

Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 octobre 2019

Par Emilie MARTIN FANANAS

Née le 20 novembre 1989 à Tours

Etude des connaissances et des sources d'information sur la contraception chez les adolescents en Limousin

Examineurs :

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT
Mme le Professeur Catherine YARDIN
M. le Professeur Tristan GAUTHIER
Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME
Mme le Docteur Karen RUDELLE

Présidente
Juge
Juge
Directrice de thèse, Juge
Juge



Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 octobre 2019

Par **Emilie MARTIN FANANAS**

Née le 20 novembre 1989 à Tours

**Etude des connaissances et des sources d'information sur la
contraception chez les adolescents en Limousin**

Examineurs :

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT
Mme le Professeur Catherine YARDIN
M. le Professeur Tristan GAUTHIER
Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME
Mme le Docteur Karen RUDELLE

Présidente
Juge
Juge
Directrice de thèse, Juge
Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel (Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique (du 1^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)

PREVOST Martine (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin CHIRURGIE INFANTILE
(du 1^{er} mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine

O.R.L. (du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

A ma famille, mes amours,
Philippe, Sophie et Louise.

Fluctuat nec mergitur.

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je sais l'intérêt que vous portez à ce sujet et vous remercie pour vos cours d'endocrinologie prodigués pendant l'externat et le DU de Contraception.

A Madame le Professeur Catherine YARDIN,

Je vous remercie d'avoir accepté, malgré ma demande tardive, de siéger dans ce jury et de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour votre enseignement durant la première année de médecine.

A Monsieur le Professeur Tristan GAUTHIER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je tiens à vous témoigner de mes sentiments les plus respectueux et de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME,

Je tenais à vous remercier d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de l'élaboration de celle-ci. Je vous remercie également pour votre investissement, votre gentillesse et votre disponibilité.

A Madame le Docteur Karen RUDELLE,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Grâce à ton aide précieuse concernant les statistiques et ta disponibilité, j'ai pu mener à bien ce travail et je t'en suis reconnaissante.

Je remercie également les **médecins généralistes** qui ont participé à ce travail et **les adolescents** qui ont bien voulu répondre au questionnaire.

Aux médecins qui ont participé à ma formation et aux équipes paramédicales croisées lors de mes stages :

A Anne, je te remercie d'avoir été ma première « chef » et de m'avoir soutenue pendant mon premier stage en tant qu'interne. J'ai beaucoup appris à ton contact, tu es un excellent médecin !

Au Dr DALCOL, je vous remercie pour ces deux stages passés en votre compagnie, j'ai beaucoup appris médicalement parlant mais aussi et surtout humainement. Merci pour votre soutien à la fois personnel et professionnel.

Au Dr COQUILLAUD, je vous remercie pour votre pédagogie et votre bienveillance.

Au Dr FRUGIER, je te remercie pour ton accueil et tes conseils avisés sur la vie pratique du médecin libéral.

Au Dr VAURETTE, je te remercie de m'avoir accueillie comme interne et fait confiance pour être ta remplaçante. Ton enthousiasme et ton entrain sont communicatifs.

Au Dr LAJOIX, je te remercie pour ta bienveillance lors des premiers remplas. Ton flegme et ton humour sont très rafraichissants.

Aux Dr FARGEAS, COLLET, RUDELLE et GUITTON, je vous remercie de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplas et pour l'ambiance familiale qui règne au cabinet !

Au Dr CRISTOU-GUILHEM, je te suis reconnaissante de m'avoir initiée à la gynéco !

A ma famille et mes amis

A toi, Philippe, mon amour, mon âme sœur, sans qui tout ceci n'aurait jamais été possible (surtout la réalisation des tableaux Excel !) ... Merci pour ton soutien sans faille et tes encouragements tout au long de ces longues années d'études, parfois éprouvantes. Tu as toujours été d'un grand réconfort et de bon conseil quand parfois le doute me prenait et que je me demandais si j'avais fait les bons choix. Nous sommes déjà un « vieux couple », nous avons déjà traversé des moments de joie et de peine mais je reste persuadée qu'il nous reste beaucoup d'années de bonheur et de fous rires à vivre ! Tu ne vas pas te débarrasser de moi aussi facilement ! Je t'aime !

A ma merveilleuse Sophie, mon trésor, mon « p'tit kiwi » ! Chaque jour à tes côtés est un cadeau ! Tu es la plus belle chose que j'ai faite dans ma vie, ma plus grande réussite ! Je t'aime très fort !

A Louise, je ne t'oublie pas. Ta perte est un énorme chagrin. Je te remercie de m'avoir sauvée ; grâce à toi, aujourd'hui nous avons Sophie ! Je t'aime.

A mes parents, Christian et Michèle, merci pour votre soutien et pour m'avoir inculqué le goût de l'effort. Ma réussite professionnelle, je vous la dois. Merci pour l'attention et l'amour que vous me portiez depuis toutes ces années, chacun à votre manière. Je ne pensais pas dire ça un jour mais merci de m'avoir « forcée » à apprendre les tables de multiplication ; vous aviez raison, ça m'a servi !

A ma sœur Aurélie (ou Douady !), merci pour tous ces moments passés et à venir où tu m'as soutenue, où on a ri, où on s'est disputé (tu as vraiment un caractère de cochon !) ... Malgré nos personnalités bien différentes, nous sommes proches et je te remercie d'être là pour moi, toujours. Je suis fière de la femme indépendante et passionnée que tu es devenue !

A mes beaux-parents, Christophe et Marie, merci de m'avoir acceptée dans « la meute » ! Merci pour votre gentillesse et votre humour ! A votre contact, j'ai perdu (un peu) de ma susceptibilité ! Merci pour les repas de familles « normaux » avec des conversations « normales » ... !

A mes belles sœurs, Julie et Marine, merci pour votre joie de vivre et merci d'être vous tout simplement. Parfois, vous m'épuisez !

A mes beaux-frères, Robin et Alex, merci pour les nombreuses séances de formation pratique en traumatologie du sport !

A mes grands-parents, vous n'êtes plus là pour me voir aujourd'hui mais j'espère que vous seriez fiers de moi.

A toi, Monsieur Moumouss, mon fidèle compagnon à quatre pattes, toujours partant pour faire une pause pendant les longues heures de travail à rédiger mon portfolio et ma thèse. (Oui, oui, je vais te donner tes croquettes !)

A Lilise, je te remercie pour ton soutien à distance lors de mes études ! Ça faisait du bien de parler d'autre chose que de médecine ! On se fait un Clank ?!

A Dadou, merci pour le soutien lors des journées révisions à la BU de droit en survet' et les « soirées bières », histoire de décompresser !

A Eve-Marie et Pauline, je vous remercie pour votre soutien précieux et votre amitié pendant toutes ces années d'études qui ont parues moins longues et fastidieuses !

A Sonia, je te remercie pour ton soutien et ton amitié. Le petit Gabriel a beaucoup de chance de t'avoir comme maman et Thomas comme papa.

A Céline, Délia, Margaux et Emma, je suis très heureuse d'avoir croisé votre chemin pendant l'internat et j'espère que l'on continuera à se voir pour se raconter nos anecdotes médicales !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Abréviations

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

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

BTS : Brevet de technicien supérieur

CCP : Consultation de contraception et de prévention

CHU : Centre hospitalier et universitaire

CPGE : Classe préparatoire aux grandes écoles

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM : Départements et régions d'outre-mer

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité en santé

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IST : Infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'aménorrhée

SVT : Sciences de la vie et de la terre

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : Versus

Table des matières

Table des illustrations.....	23
Table des tableaux.....	25
Introduction.....	26
I. La contraception en France et dans le monde.....	28
I.1. Contraception et IVG en France.....	28
I.1.1. Contraception en France.....	28
I.1.2. IVG en France.....	33
I.2. Contraception et IVG dans le monde.....	34
I.2.1. Contraception dans le monde.....	34
I.2.2. Taux d'IVG dans le monde.....	38
II. Matériel et méthode.....	41
II.1. Type d'étude et population cible.....	41
II.2. Objectif principal et secondaire.....	41
II.3. Mise en place de l'étude.....	41
II.4. Recueil des données.....	41
II.5. Questionnaire (Annexe 4).....	42
II.6. Analyse statistique des résultats.....	42
II.7. Recherche bibliographique.....	43
III. Résultats.....	44
III.1. Participation et réponses.....	44
III.2. Données socio-démographiques.....	44
III.2.1. Sexe (Q1).....	44
III.2.2. Âge (Q2).....	45
III.2.3. Situation socio-professionnelle (Q3).....	45
III.2.3.1. Classe de scolarisation (Q4).....	46
III.2.3.2. Filière de scolarisation (Q5).....	47
III.3. Informations en matière de contraception.....	47
III.3.1. Estimation du niveau d'information (Q6).....	47
III.3.2. Sources d'information (Q7).....	48
III.3.3. Cours sur la contraception (Q8A et Q8B).....	49
III.3.4. Modes de contraception connus (Q9).....	50
III.3.5. Moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace (Q10).....	51
III.3.6. Souhait des adolescents quant au lieu d'information (Q11).....	52
III.3.7. Souhait des adolescents quant aux moyens d'information (Q12A).....	53
III.3.8. Cas d'une discussion orale.....	54
III.3.8.1. Modalité(s) souhaitée(s) (Q12B).....	54
III.3.8.2. Intervenant(s) souhaité(s) (Q12C).....	55
III.4. Contraception au sein d'un couple d'adolescents.....	55
III.4.1. Suite des questions pour les filles.....	56
III.4.1.1. Présence d'une contraception (Q13).....	56
III.4.1.2. Participation du partenaire au choix du mode de contraception (Q14).....	57
III.4.1.3. Connaissance du mode de contraception par le partenaire (Q15).....	57
III.4.1.4. Aide financière du partenaire pour l'achat du mode de contraception (Q16).....	58

III.4.1.5. Souhait de l'adolescente concernant l'implication de son partenaire dans le choix du mode de contraception (Q17)	58
III.4.1.6. Discussion de contraception avec le partenaire (Q18)	59
III.4.1.7. Accompagnement du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (Q19A)	60
III.4.1.8. Souhait de l'adolescente quant à l'accompagnement du partenaire lors des consultations médicales de suivi de contraception (Q19B).....	60
III.4.1.9. Souhait de l'adolescente quant à la prise d'un moyen contraceptif masculin par leur partenaire (Q20)	61
III.4.2. Suite des questions pour les garçons	61
III.4.2.1. Connaissance du type de contraception utilisée par la partenaire (Q21)	62
III.4.2.2. Participation au choix du mode de contraception (Q22A)	62
III.4.2.3. Souhait de participer au choix du mode de contraception (Q22B)	63
III.4.2.4. Participation financière à l'achat du moyen de contraception (Q23)	63
III.4.2.5. Sentiment d'être concerné par le choix du mode de contraception de la partenaire (Q24)	64
III.4.2.6. Rappel de la prise de pilule à la partenaire (Q25).....	64
III.4.2.7. Discussion de contraception avec la partenaire (Q26)	65
III.4.2.8. Accompagnement de la partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (Q27)	65
III.4.2.9. Souhait de prendre une contraception masculine (Q28).....	66
III.5. Analyses en sous-groupes.....	66
III.5.1. Estimation du degré d'information sur la contraception (Q6).....	67
III.5.2. Sources d'informations (Q7)	67
III.5.3. Modes de contraception connus (Q9)	68
III.5.4. Moyen le plus fiable et le plus efficace (Q10).....	69
III.5.5. Lieux d'information souhaité (Q11)	69
III.5.6. Modalités si discussion (Q12B).....	70
III.5.7. Intervenants si discussion (Q12C)	70
III.5.8. Discussion de contraception avec son partenaire (Q18 et Q26)	71
IV. Discussion	72
IV.1. Discussion de la méthode (validité interne).....	72
IV.1.1. Points forts de l'étude.....	72
IV.1.2. Points faibles de l'étude	73
IV.2. Discussion sur la population	74
IV.3. Discussion des résultats (validité externe)	74
IV.3.1. Résultats principaux.....	74
IV.3.2. Implication des garçons en matière de contraception	78
Conclusion	80
Références bibliographiques	81
Annexes	84
Serment d'Hippocrate.....	94

Table des illustrations

Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010 [5].	28
Figure 2 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes [6].	29
Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes [5].	30
Figure 4 : Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception [8].	32
Figure 5 : Pourcentage de femmes (mariées ou en couple) entre 15 et 49 ans utilisant une méthode de contraception en 2015 [14].	35
Figure 6 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15 à 49 ans (mariées ou en couple) en 2015 en fonction des méthodes et des régions [14].	37
Figure 7 : Situation légale de l'avortement dans le monde en 2017 [19].	39
Figure 8 : Répartition des adolescents par sexe.	44
Figure 9 : Répartition des adolescents par âge.	45
Figure 10 : Répartition des adolescents par situation socio-professionnelle.	45
Figure 11 : Répartition des niveaux de scolarisation des adolescents.	46
Figure 12 : Répartition des adolescents selon les filières si scolarisation.	47
Figure 13 : Estimation personnelle du niveau d'information en matière de contraception.	47
Figure 14 : Sources d'information en matière de contraception.	48
Figure 15 : Répartition des adolescents en fonction des cours d'éducation sexuelle.	49
Figure 16 : Répartition des adolescents en fonction de la classe d'enseignement la plus précoce d'éducation sexuelle.	50
Figure 17 : Modes de contraception connus.	50
Figure 18 : Estimation personnelle du moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace.	51
Figure 19 : Lieu(x) d'information souhaité(s) en matière de contraception.	52
Figure 20 : Moyen(s) d'information souhaité(s) en matière de contraception.	53
Figure 21 : Modalité(s) souhaité(es) si discussion orale.	54
Figure 22 : Intervenant(s) souhaité(s) si discussion orale.	55
Figure 23 : Présence d'un moyen de contraception.	56
Figure 24 : Participation du partenaire au choix du moyen de contraception.	57
Figure 25 : Connaissance du mode de contraception par le partenaire.	57
Figure 26 : Aide financière du partenaire.	58

Figure 27 : Souhait concernant l'implication du partenaire dans le choix du moyen de contraception.....	58
Figure 28 : Discussion de contraception entre partenaires.	59
Figure 29 : Participation du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.	60
Figure 30 : Souhait concernant l'accompagnement du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.	60
Figure 31 : Souhait de l'adolescente quant à la prise d'un moyen contraceptif masculin par leur partenaire.	61
Figure 32 : Connaissance du type de contraception de la partenaire.....	62
Figure 33 : Participation au choix du mode de contraception.....	62
Figure 34 : Souhait de participer au choix du mode de contraception.....	63
Figure 35 : Participation financière à l'achat du moyen de contraception.....	63
Figure 36 : Sentiment d'être concerné par le choix du mode de contraception de la partenaire.	64
Figure 37 : Rappel de la prise de pilule à la partenaire.	64
Figure 38 : Discussion de contraception avec partenaire.....	65
Figure 39 : Accompagnement de la partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.....	65
Figure 40 : Souhait de prendre une contraception masculine	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Estimation du degré d'information en matière de contraception.	67
Tableau 2 : Sources d'information en matière de contraception.....	67
Tableau 3 : Modes de contraception connus.	68
Tableau 4 : Moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace.....	69
Tableau 5 : Lieux d'information souhaités.....	69
Tableau 6 : Modalités si discussion.	70
Tableau 7 : Intervenants si discussion orale.	70
Tableau 8 : Discussion de contraception avec le ou la partenaire.	71

Introduction

La maîtrise des naissances par le biais de la contraception est un enjeu majeur de Santé Publique.

Ce sujet a été et reste très médiatisé, notamment ces dernières années d'une part avec la polémique en 2012 sur les pilules de 3^{ème} génération et le surrisque de survenue d'évènements thromboemboliques, et d'autre part avec le débat sur les effets secondaires des dispositifs intra-utérins (DIU) au Lévonorgestrel en 2017. On pourrait donc penser que l'ensemble de la population a, à sa disposition, toutes les informations nécessaires pour choisir un mode de contraception adapté et individualisé. Or, d'après les dernières études de l'INED (Institut national d'études démographiques) et de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), il subsiste un paradoxe français : malgré un recours important à la contraception, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'a cessé d'augmenter depuis 1995 jusqu'en 2007 pour finalement se stabiliser depuis une dizaine d'années [1,2].

On retrouve cette tendance chez les adolescentes car elles représentent, en 2004, 6% des IVG totales selon le rapport du Haut conseil de la population et de la famille de 2006 [3]. J'ai pu observer ce phénomène durant l'été 2016 lors de mon stage d'internat au sein du planning familial de l'hôpital mère enfant de Limoges où j'ai rencontré un nombre d'adolescentes en situation de détresse plus important que celui auquel je m'attendais.

Le but de cette étude est d'apprécier les connaissances et les sources d'information en matière de contraception chez les adolescents de 15 à 18 ans en Limousin, et notamment chez les garçons. En effet, ceux-ci sont souvent exclus des études concernant la contraception car ce thème se décline bien souvent uniquement au féminin. Or, la sexualité et le choix de ne pas concevoir est bien une volonté individuelle pouvant être à la fois féminine ou masculine intervenant dans une relation de couple à court ou long terme.

Cela étant dit, le panel en matière de contraception masculine est très restreint à l'heure actuelle, mais cela n'empêche pas les hommes de vouloir s'investir dans la contraception de leur couple, avec leur partenaire, comme cela est par exemple décrit dans la thèse de D. CADIERGUES [4]. Cependant, les résultats de cette étude montrent que malgré leur intérêt, la connaissance des moyens de contraception et de leurs modes d'utilisation semble incomplète. Par exemple, 53% des hommes de l'étude pensent que la pilule peut rendre stérile, 67% pensent que le préservatif est un moyen de contraception efficace à 100% et 69% pensent qu'une femme a moins de risque de grossesse en utilisant un stérilet qu'en prenant la pilule.

En effet, bien souvent l'information donnée chez les adolescents reste très dichotomique : prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les garçons et contraception (prévention des grossesses non désirées) chez les filles. Or, les hommes doivent être investis de leur rôle à jouer dans la maîtrise de la contraception et cela passe par une éducation à la sexualité équivalente chez les filles et les garçons.

Nous allons donc dans un premier temps faire l'état des lieux de la contraception et du taux d'IVG en France et notamment chez les adolescents ; puis nous allons nous intéresser aux données internationales disponibles en la matière. Par la suite, nous nous pencherons sur les modalités de mise en œuvre de l'étude menée pour ce travail de thèse ainsi que sur l'analyse des résultats obtenus. En dernier lieu, nous analyserons ces résultats pour dégager des grands axes de réponse à la problématique de l'information en matière de contraception chez les adolescents.

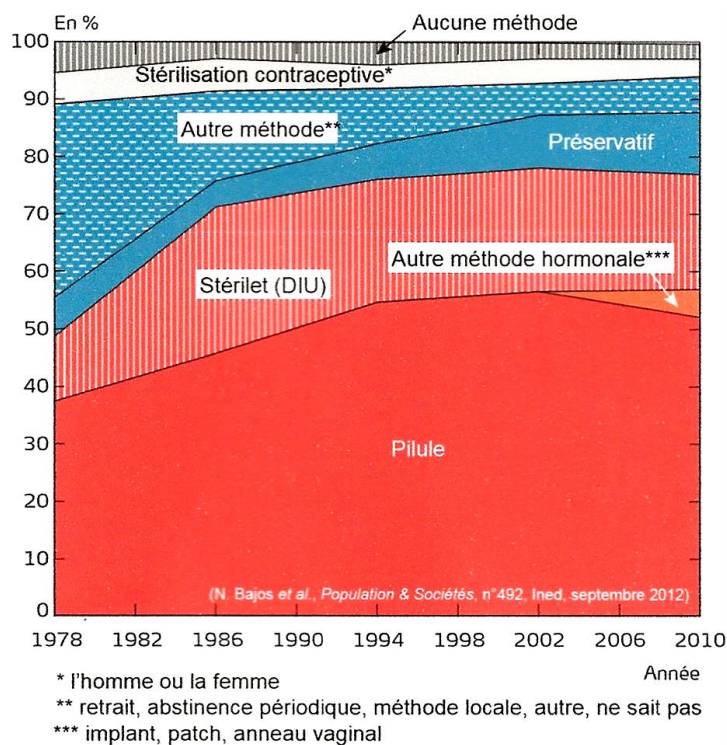
I. La contraception en France et dans le monde

I.1. Contraception et IVG en France

I.1.1. Contraception en France

D'après la revue de l'INED, *Populations & Sociétés* (Septembre 2012), le modèle contraceptif apparaît figé en France. Il y a un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule survient dès que la vie sexuelle se régularise et les couples ont recours au stérilet lorsqu'ils ont eu les enfants qu'ils désiraient. « Le préservatif est utilisé par une majorité de femmes en début de vie sexuelle : plus d'une femme de 15 à 17 ans sur deux l'utilise comme méthode contraceptive (59%), parfois en association avec la pilule (dans 15% des cas) » [5].

L'enquête Fecond menée en 2010 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'INED permet d'examiner les tendances en matière de contraception et d'examiner les évolutions notamment par rapport aux études plus anciennes comme l'étude CoCon menée en 2000.



Sources : Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

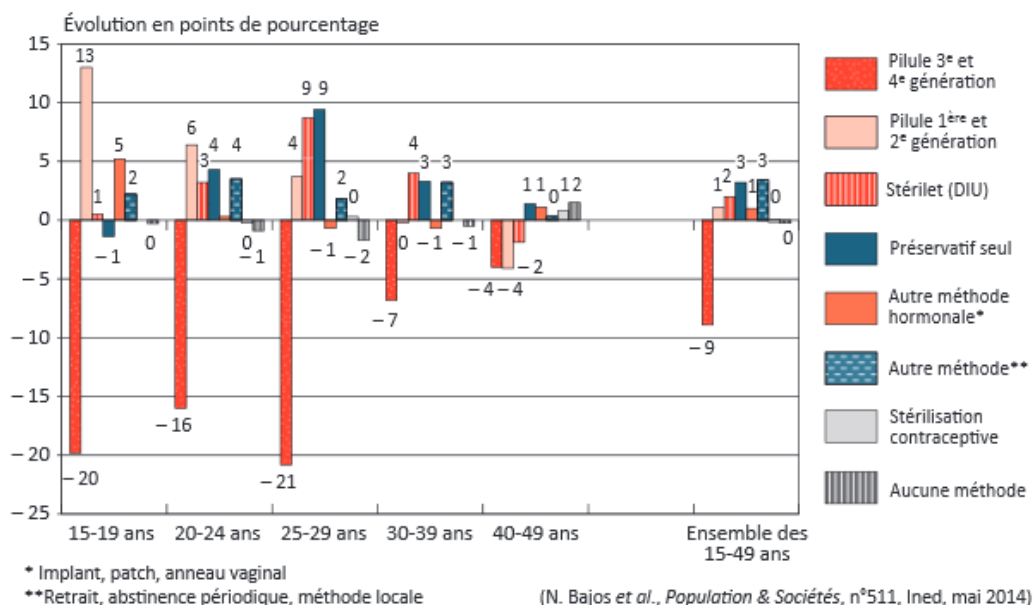
Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010 [5].

On observe une émergence des nouveaux modes de contraception tels que l'implant, l'anneau vaginal et le patch contraceptif. Il survient également une baisse de l'utilisation de la pilule (au profit de ces nouveaux modes de contraception) qui reste néanmoins la méthode la plus utilisée à tout âge en France.

Au début de l'année 2013, un débat médiatique apparaît concernant l'utilisation des pilules oestro-progestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations. En effet, suite à une plainte déposée en décembre 2012 par une jeune femme lourdement handicapée suite à une thrombose cérébrale, les médias se sont emparés du sujet. Le risque thrombotique de ces pilules est pourtant décrit depuis 1995. Ces pilules ont donc été déremboursées à partir de mars 2013.

La seconde étude Fécond réalisée en 2013 a permis de faire un état des lieux des pratiques contraceptives suite à cette controverse. Il apparaît donc qu'aucune désaffection vis-à-vis de la contraception n'ait été observée ; cependant, le modèle contraceptif semble moins figé. En effet, une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive. En effet, le débat médiatique semble avoir eu un écho plus important chez les femmes qui utilisaient la pilule mais avaient déjà des réticences à le faire. Ainsi, « le recours à la pilule a baissé, passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013 » [6].



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

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

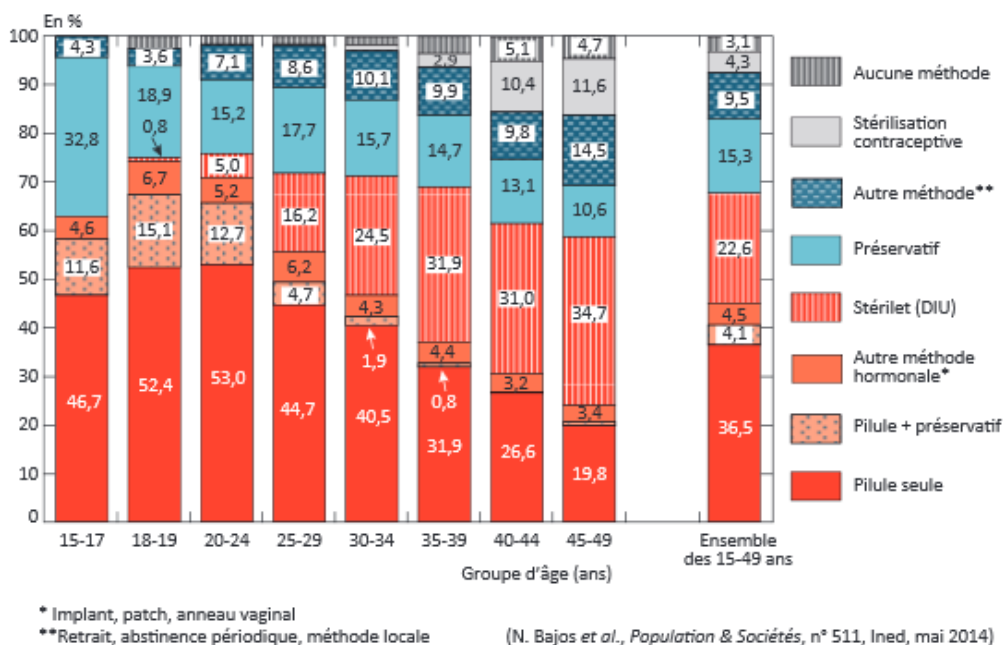
Figure 2 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes [6].

D'après le graphique précédent, on note une désaffection à l'égard de la pilule elle-même toutes générations confondues car le report vers des pilules de 2^{ème} génération est faible, excepté pour les 15-19 ans où la baisse de 20 points des pilules de 3^{ème} et 4^{ème}

génération est compensée en partie par un recours aux pilules de 2^{ème} génération (13 points).

Les pratiques contraceptives sont donc plus diversifiées mais on observe une hausse du recours aux méthodes moins efficaces (dates, retrait ...) d'après le graphique suivant (cf. Figure 3).

De plus, la réticence des médecins à prescrire un stérilet (ou DIU) aux femmes jeunes ou sans enfant semble diminuer, en partie grâce à la demande des femmes elles-mêmes. En dépit des recommandations de l'HAS (Haute autorité de santé) et de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) de 2004 [7], il n'y a pas eu de progression de prescriptions concernant le DIU entre 2000 et 2010. Cependant, entre 2010 et 2013, il y a eu une augmentation relative chez les femmes de 20 à 24 ans (de 2% à 5%) et chez les femmes de 25 à 29 ans (de 8% à 16%).



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.
 Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes [5].

Un assouplissement de la norme contraceptive se dessine à la suite de cette controverse qui a déstabilisé le modèle contraceptif figé en place avec pour conséquence une plus grande diversité de pratiques.

Une nouvelle étude a été réalisée en 2016 par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et Santé publique France. Quatre ans après « la crise de la pilule », celle-ci reste la méthode la plus utilisée (36,5%) et notamment chez les 15-19 ans (60,4%). On note une augmentation de l'utilisation du DIU avec l'âge pour devenir le premier moyen de contraception à partir de 35 ans. L'implant, quant à lui, est le plus diffusé chez les

20-24 ans (9,6%). On observe aussi une recrudescence de l'utilisation du préservatif dans toutes les classes d'âge [8].

Le paysage contraceptif continue d'évoluer à distance du débat et le tableau suivant (cf. Figure 4) détaille bien les progressions pour chaque tranche d'âge par rapport aux études Fecond de 2010 et 2013.

Pour la catégorie qui nous intéresse, les 15-19 ans, on note une augmentation du recours à l'implant ; cependant, le schéma contraceptif reste figé pour cette tranche d'âge : la pilule reste la méthode la plus utilisée et on observe une stabilisation des chiffres. On peut d'ailleurs noter que c'est la seule catégorie d'âge où il n'y a pas de diminution du recours à la pilule.

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Figure 4 : Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception [8].

Une nouvelle étude serait intéressante à réaliser pour apprécier d'éventuelles variations concernant le recours au DIU après la polémique qui a éclaté en mai 2017 concernant les DIU au Lévonorgestrel (Mirena® notamment).

En effet, de nombreuses patientes ont rapporté la survenue d'effets secondaires pour la plupart déjà connus (et spécifiés dans la notice d'utilisation) mais pour lesquels elles n'auraient pas été informées par le médecin qui a effectué la pose. L'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) a donc réalisé une enquête de pharmacovigilance qui a confirmé notamment la survenue d'anxiété après la pose des DIU au Lévonorgestrel.

En 2013, à la suite de la polémique sur les pilules oestroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations, l'HAS a publié plusieurs fiches mémo à destination des professionnels de santé sur la contraception comme « Contraception chez la femme en âge de procréer (hors postpartum et post-IVG) », « contraception chez la femme en postpartum », « Contraception chez la femme en post-IVG » ...

Une fiche mémo intitulée « Contraception chez l'adolescente » a également été rédigée et est actualisée régulièrement (dernière mise à jour en mars 2018). Il y est mentionné les particularités de l'entretien, de l'examen clinique et de la prescription d'un moyen contraceptif chez une adolescente (cf. Annexe 1).

On y retrouve notamment des conseils propres à cette situation : consultation seule avec l'adolescente ou temps seul avec elle si présence des parents, information de la confidentialité de l'entretien, information sur le risque de grossesse dès le premier rapport sexuel, examen gynécologique non nécessaire dès la première consultation si pas de symptômes le justifiant, information sur les différentes méthodes de contraception disponibles (méthodes oestroprogestatives, méthodes progestatives, DIU au cuivre, DIU au Lévonorgestrel, méthodes barrières), information sur la contraception d'urgence, rappel sur les IST...

De plus, au premier novembre 2017, la nouvelle convention médicale de 2016 a mis en place la consultation de contraception et prévention (CCP) pour les jeunes femmes mineures de 15 à 17 ans. En pratique, cette consultation de première contraception était déjà réalisée par les médecins généralistes de façon informelle. Ainsi, cette nouvelle cotation permettrait à l'adolescente de bénéficier d'une anonymisation de la consultation et du tiers payant. En pratique, la technique d'anonymisation de la cotation est difficilement réalisable.

I.1.2. IVG en France

Une contraception mal menée ou une absence de contraception pour des raisons variées (défaut d'informations, manque de moyens financiers, défaut d'accessibilité ...) peut donc mener à avoir recours à une IVG.

En 2017, 216 700 IVG ont été recensées en France ; ce qui représente une IVG pour un peu moins de quatre naissances chaque année. Ce chiffre reste stable depuis une dizaine d'années [2]. En 2011, l'INED a estimé qu'une femme sur trois aura recours au moins une fois dans sa vie à une IVG [9].

Légalement, l'IVG peut être réalisée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA) en France. Elle peut être pratiquée de façon médicamenteuse en libéral sous certaines conditions, notamment l'âge de la grossesse devant être inférieur à 7 SA. Cet âge est

augmenté à 9 SA si l'IVG médicamenteuse a lieu dans un centre hospitalier. L'IVG chirurgicale, quant à elle, peut être réalisée jusqu'à 14 SA [10].

L'âge du premier rapport sexuel en France est situé aux alentours de 17 ans selon l'INED en 2014 [11]. Le taux de recours aux IVG est de 6,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans en 2017 alors qu'il était environ de 10 pour 1000 en 2010. Cependant, ces données sont celles observées en milieu hospitalier. Or, 1600 IVG sont réalisées en ambulatoire, en cabinet de ville, et l'âge des patientes y ayant recours est inconnu mais il s'agirait quasi-exclusivement de mineures. Le taux d'IVG chez les adolescentes serait alors estimé à 12 pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans [2].

De plus, il existe une disparité spatiale concernant le nombre d'IVG réalisées ; en effet, plus d'IVG ont lieu en Ile-de-France, dans le sud de la France et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [2].

Une disparité de méthode (IVG médicale et chirurgicale) apparaît également. Deux IVG sur trois sont réalisées de façon médicamenteuse en métropole. En revanche, 5% des IVG sont menées entre 12 et 14 SA donc relèvent d'une technique chirurgicale ; ce qui démontre une difficulté d'accès dans certaines régions (DROM et Ile-de-France notamment).

I.2. Contraception et IVG dans le monde

Il existe peu de données précises sur la contraception et les adolescents dans le monde. Cependant, des données plus globales sur la prévalence de la contraception (données disponibles pour chaque pays grâce au site de la banque mondiale) [12], les différentes méthodes utilisées et le taux d'IVG dans certains pays sont néanmoins disponibles. Bien évidemment, il faut interpréter ces données en fonction du contexte local car il peut y avoir un décalage entre les résultats et la réalité (IVG réalisées de façon illégale par exemple dans certains pays).

I.2.1. Contraception dans le monde

Selon un rapport de février 2018 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 214 millions de femmes des pays en voie de développement, souhaitant retarder le moment d'avoir un enfant, n'utilisent aucun moyen de contraception [13].

Dans le monde, environ 64% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception en 2015, contre 55% en 1990. Dans neuf cas sur dix, il s'agit d'une méthode moderne de contraception [14].

Les méthodes désignées comme modernes par l'OMS regroupent la stérilisation féminine et masculine, la pilule contraceptive, l'injection d'hormones contraceptives, les implants contraceptifs, les DIU, les préservatifs masculins, les autres méthodes barrières (préservatifs féminins, diaphragme, cape cervicale, ...), les spermicides, les contraceptions d'urgences ... Ces différentes techniques sont expliquées de manière synthétique (description, mode de fonctionnement, taux d'efficacité pour prévenir les grossesses et observations éventuelles) sur le site de l'OMS [13].

A contrario, les méthodes contraceptives dites traditionnelles regroupent la méthode de la courbe de température, l'abstinence périodique, l'observation de la glaire cervicale, le retrait ... D'autres techniques propres à chaque pays peuvent s'ajouter à cette liste.

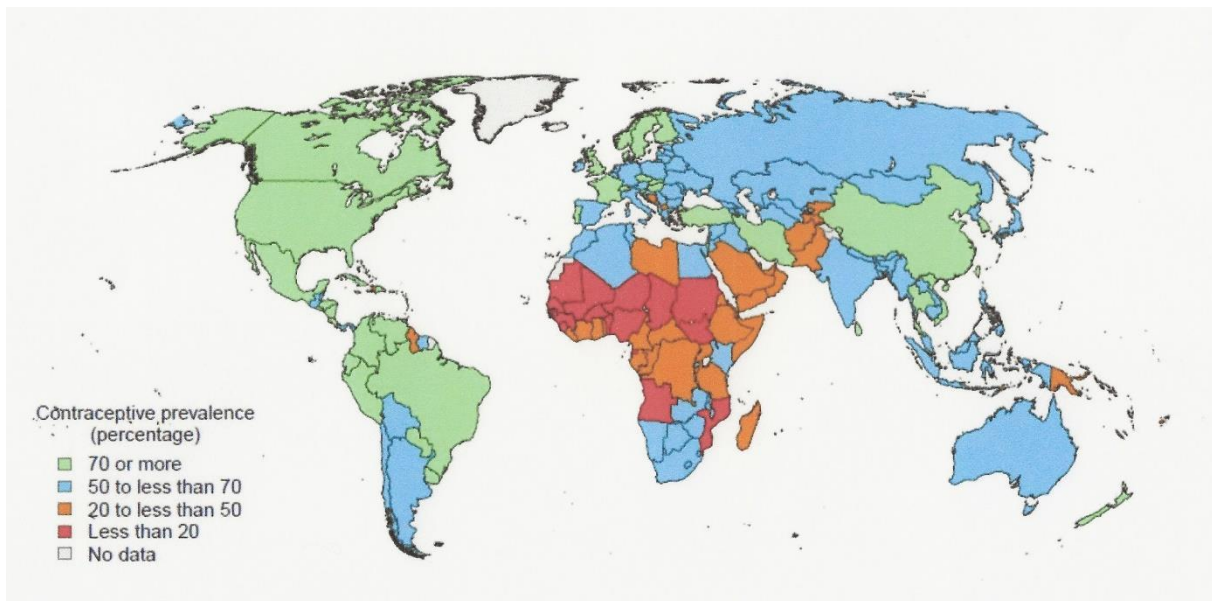


Figure 5 : Pourcentage de femmes (mariées ou en couple) entre 15 et 49 ans utilisant une méthode de contraception en 2015 [14].

Le recours à la contraception varie beaucoup selon les continents et les pays (de 4% au Sud-Soudan à 88% en Norvège) [14]. Nous allons rapporter par continent quelles sont les méthodes de contraception utilisées. Il est à noter qu'il existe parfois une grande disparité de résultats au sein d'un continent voir même au sein d'un même pays.

Les données exposées par la suite sont issues du rapport de l'OMS de 2013 (données de 2011) et de 2015 (données de 2014) concernant la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans [14-15]. Les graphiques et cartes associés sont ceux issus du dernier rapport de l'OMS de 2015. L'évolution des résultats entre ces deux rapports est exposée de façon globale (méthodes modernes et traditionnelles). La prévalence représente le nombre de cas dans une population donnée à un moment donné.

- En Afrique subsaharienne, la prévalence en matière de contraception est passée de 25,1% (2011) à 28,4% (2015) dont une augmentation de 19,7% à 23,6% pour les méthodes modernes contre une diminution de 5,4% à 4,8% pour les méthodes traditionnelles. On notera que les moyens les plus utilisés sont les injections d'hormones contraceptives (10,7%) et la pilule (5,1%).
- En Afrique du Nord, la prévalence en matière de contraception est passée de 52,7% (2011) à 53,6% (2015) dont une baisse de 48,6% à 47,7% des méthodes modernes contre une stabilisation à 5% des méthodes traditionnelles. Les moyens contraceptifs les plus fréquemment utilisés sont la pilule contraceptive (24,9%) et les DIU (16,1%).

- En Océanie, 59,4% des femmes utilisent une méthode contraceptive (en 2011 comme en 2015). 54,8% utilisent une méthode moderne comme la pilule (21,6%), les préservatifs masculins (10,2%), la stérilisation féminine (8%) et la stérilisation masculine (10,3%). Environ 5% des femmes utilisent des méthodes traditionnelles.
- En Asie, 67,8% des femmes utilisent une contraception en 2011 comme en 2015. 6% d'entre elles ont recours à une méthode traditionnelle contre 61,8% ayant recours à une méthode moderne (maintien des résultats entre 2011 et 2015) comme la stérilisation féminine (23,7%), le DIU (17,4%), les préservatifs masculins (7,6%) et la pilule (6,4%).
- En Europe, 69,2% des femmes ont recours à un moyen contraceptif (pas d'évolution des résultats entre 2011 et 2015). Elles sont 10,4% à avoir recours à des techniques traditionnelles et 58,8% à des techniques modernes dont 21,9% utilisent la pilule, 16,7% les préservatifs masculins, 11,3% les DIU et 3,7% la stérilisation féminine.
- En Amérique Latine et Caraïbes, la prévalence de femmes utilisant une contraception est de 72,7% (maintien des résultats entre 2011 et 2015). Elles sont 66,7% à utiliser des méthodes modernes comme la stérilisation féminine (25,7%), la pilule (15%), les préservatifs masculins (9,6%), les injections d'hormones contraceptives (6,8%) et le DIU (6,4%). Les méthodes traditionnelles sont utilisées par 6% des femmes.
- En Amérique du Nord, la prévalence en matière de contraception est de 74,8%. Elles sont 5,5% à utiliser une méthode traditionnelle contre 69,3% à utiliser une méthode moderne : stérilisation féminine (20,6%), pilule (16,5%), préservatifs masculins (11,9%), stérilisation masculine (11,9%) et DIU (4,7%). Ces pourcentages demeurent inchangés entre 2011 et 2015.

Les réticences de prescription de DIU chez les adolescentes sont également retrouvées dans une récente étude américaine. Il est démontré dans cette étude que les risques de complications notamment infectieuses et de grossesses extra-utérines (GEU) après la pose d'un DIU sont similaires pour toutes les catégories d'âge [16].

Concernant les données européennes, une comparaison intéressante des différents pays européens est disponible sur le site www.contraceptioninfo.eu [17]. Cette analyse est axée selon plusieurs catégories comme le taux de remboursement des moyens de contraception, l'accessibilité à une consultation de contraception, les particularités d'accès et de remboursement pour les adolescentes, la qualité des informations disponibles sur la contraception sur les sites internet nationaux ...

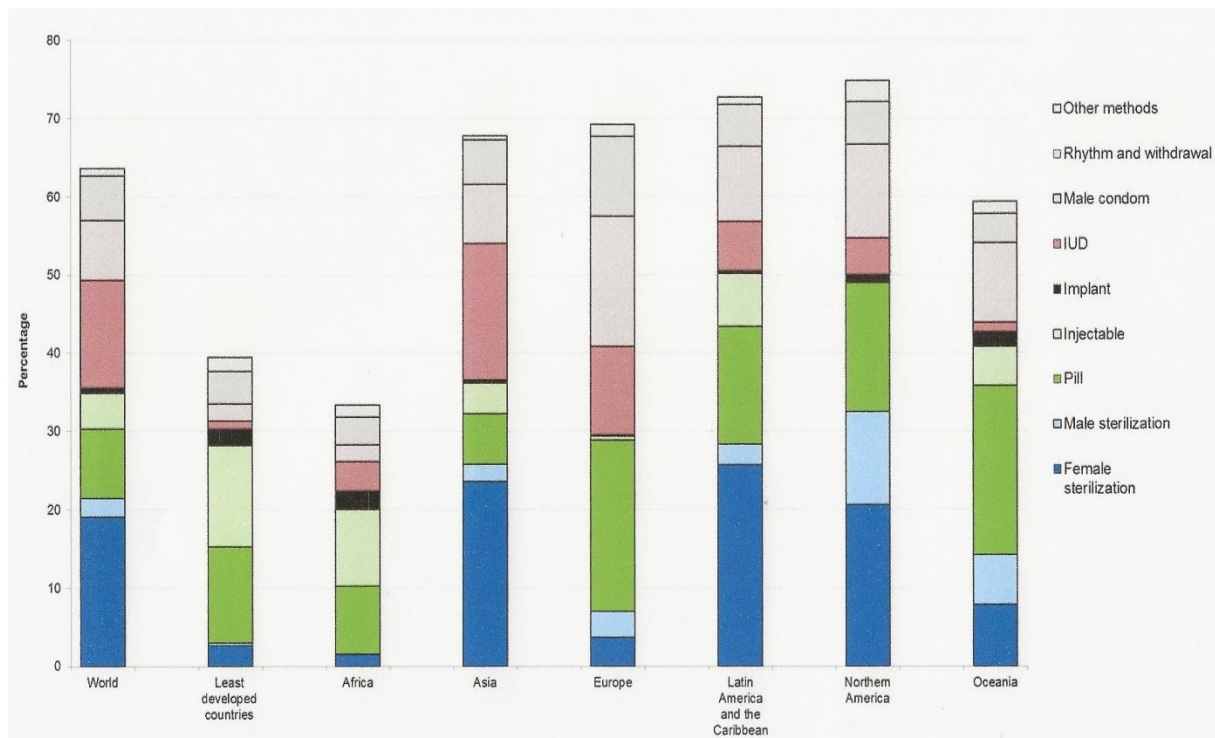


Figure 6 : Prévalence contraceptive chez les femmes de 15 à 49 ans (mariées ou en couple) en 2015 en fonction des méthodes et des régions [14].

Selon le rapport de 2015 de l'OMS, dans le monde, la prévalence de la contraception est de 63,6% dont 57,4% de méthodes modernes et 6,2% de méthodes traditionnelles. La stérilisation féminine arrive en tête avec 19,2% puis viennent les DIU (13,7%) suivi par la pilule (8,8%) et les préservatifs masculins (7,7%). Les injections d'hormones contraceptives (4,6%), la stérilisation masculine (2,4%), l'implant (0,7%) et les autres méthodes modernes (0,3%) sont des procédés encore très peu utilisés.

Les avantages de la contraception et de la planification familiale sont multiples : prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes, réduire les grossesses chez les adolescentes, réduire la mortalité infantile, contribuer à prévenir la transmission du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine), donner aux populations la capacité d'agir et de renforcer l'éducation et réduire la croissance de la population [13]. En effet, il existe un regain d'intérêt pour cette problématique notamment face à une inquiétude croissante quant aux effets de la démographie sur le climat, la dégradation de l'environnement et les crises alimentaires mondiales [18].

Néanmoins, les besoins de contraception restent insatisfaits à l'échelle mondiale pour des raisons multiples : choix limités des méthodes, accès limité à la contraception, crainte d'effets secondaires, opposition culturelle ou religieuse ... L'attitude des autorités locales et des chefs spirituels ou religieux peut donc être déterminante. Il subsiste parfois beaucoup de désinformation par rapport à la contraception (qui serait cause de stérilité, cause de cancer ...).

Il a pourtant été montré que plus les femmes ont accès à la contraception moderne, moins elles ont recours à l'IVG [18].

Impliquer les hommes dans la planification familiale semble essentiel au vu de leur rôle dans la prise de décision au sein de la famille et ce, dans la majorité des pays du monde (société patriarcale). Pourtant, seulement une infime partie ont opté pour la stérilisation masculine selon les données de l'OMS. En revanche, il est plus difficile de connaître la proportion d'hommes intervenant dans le choix de la contraception de leur compagne. Il serait intéressant de le savoir et également d'approfondir les recherches sur les raisons de leur implication ou non dans ce processus (manque d'information, volonté de ne pas s'investir, croyances religieuses ...).

I.2.2. Taux d'IVG dans le monde

Environ 80 millions de grossesses non désirées chaque année sont dues à un manque d'accès à l'information et aux services de contraception, 42 millions d'entre elles aboutiront à une IVG en 2009 [18]. En 2018, 56 millions d'IVG ont été réalisées dans le monde, représentant 25% des grossesses [19]. Les pays en voie de développement, où ont lieu 88% des avortements dans le monde, ont un taux d'avortement plus élevé (36‰) que les pays développés (27‰). Le taux d'avortement mondial des femmes de 15 à 44 ans est de 35 ‰ [19-20].

Bien évidemment, le recensement de ces IVG reste difficile en particulier dans les pays où elles sont illégales ; la plupart des données sont donc de l'ordre de l'estimation.

Il existe plusieurs méthodes d'avortement dans le monde. La méthode utilisée dépend du statut légal de l'avortement, de la durée de la grossesse, de la technologie disponible mais également des moyens financiers et de l'accès des femmes aux différentes méthodes [19].

Il existe donc des méthodes traditionnelles utilisées lorsque l'avortement est illégal. Elles correspondent à l'utilisation de plantes, de produits chimiques ou caustiques, de produits pharmaceutiques (autres que ceux utilisés dans l'IVG médicamenteuse) et de méthodes physiques (introduction d'objets dans l'utérus). Ces méthodes présentent un risque important pour la santé des femmes et se soldent souvent par des échecs et des complications. Elles affectent davantage les femmes issues d'un milieu socio-économique défavorisé.

Les méthodes médicalisées regroupent des techniques médicamenteuses et des techniques chirurgicales comme la dilatation et le curetage (méthode qualifiée d' « obsolète » par l'OMS) et l'aspiration endovaginale. L'IVG médicamenteuse est la principale méthode utilisée lorsque l'avortement est légal et représente la méthode la moins risquée pour la santé des femmes lorsque l'IVG est illégale.

Dans les pays où l'IVG est légale (données sur l'avortement fiables), plus les femmes utilisent les méthodes traditionnelles et plus le taux d'IVG est élevé [18]. Et *a contrario*, plus les femmes ont accès à la contraception moderne, moins elles ont recours à l'IVG.

Les législations en matière d'avortement sont variables selon les pays. Quand les pays autorisent l'avortement, c'est bien souvent sous certaines conditions (terme de la grossesse variable, autorisation parentale pour les femmes mineures, délai de réflexion différent selon les pays ...).

De façon globale, les lois sont plus permissives dans les pays les plus développés. Ainsi, seulement 58 pays sur 193 autorisent les IVG sans justification médicale, morale ou économique. Le seul motif qui fait quasiment consensus dans le monde est l'autorisation d'avortement pour sauver la vie de la mère (excepté pour 21 pays d'entre eux où l'IVG est totalement interdite) [19]. Depuis 2000, 28 pays ont changé leur législation sur l'avortement : tous ont élargi la base juridique (admission de l'intervention en ajoutant des critères de santé de la femme et des raisons socioéconomiques) [20].

Dans certaines régions du monde, comme l'Asie ou l'Europe orientale, il existe des avortements sélectifs selon le sexe de l'enfant à naître aboutissant ainsi à une masculinisation des naissances [21].

L'incidence de l'avortement reste élevée dans les pays aux lois restrictives qui sont majoritairement des pays en voie de développement.

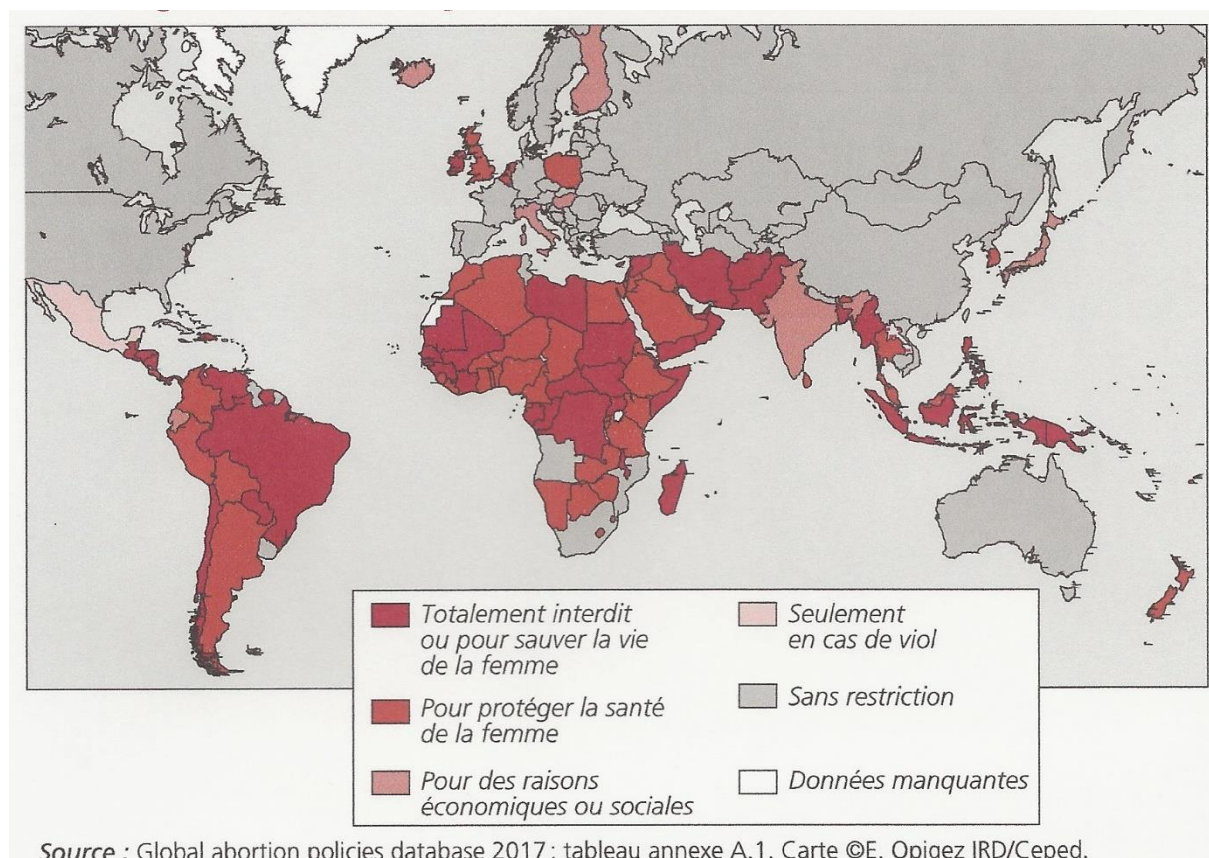


Figure 7 : Situation légale de l'avortement dans le monde en 2017 [19].

Le détail des conditions légales par pays du recours à l'avortement dans le monde est disponible en Annexe 2.

Les femmes ont donc recours à des moyens de contournement comme le déplacement dans des pays frontaliers (lois plus permissives ou délais plus longs), la procuration de médicaments abortifs de façon illégale ...

Cela amène donc à la notion de sécurité des avortements et de la possibilité de survenue d'un risque lors de la réalisation de ces IVG. 55% des avortements sont considérés comme sans risque (« sécurisés »), 31% comme à risque modéré et 14% comme à risque grave. L'avortement « non sécurisé » (à risque modéré et à risque grave) représente plus de 75% des IVG dans les pays en voie de développement contre 12% dans les pays développés [19-20]. De 4,7% à 13,2% des décès maternels peuvent être attribués à un avortement non sécurisé [21].

La législation joue également un rôle dans cette notion de sécurité : ainsi, la majorité des IVG sont sans risque dans les pays développés qui ont des lois permissives.

Tout comme la contraception, le recours à l'IVG est considéré dans beaucoup de sociétés comme révélateur d'une sexualité qui s'écarte des modèles en vigueur et donc caractérisé par une désapprobation sociale voire même dans certains pays comme un comportement déviant (renoncement à la maternité) et est passible de peine d'emprisonnement [19]. De ce fait, le droit à l'IVG, une fois acquis, est fréquemment remis en question. Son opposition se caractérise souvent par un refus d'octroyer aux femmes une autonomie reproductive.

II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude et population cible

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive multicentrique concernant les adolescents, réalisée avec le concours de leur médecin généraliste.

Les critères d'inclusion étaient :

- l'âge de 15 à 18 ans,
- le lieu d'habitation : le Limousin.

II.2. Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances sur la contraception des adolescents de 15 à 18 ans, filles et garçons, en Limousin.

L'objectif secondaire était de connaître l'implication des garçons en matière de contraception.

II.3. Mise en place de l'étude

La population cible concernait les adolescents filles et garçons de 15 à 18 ans en Limousin.

Nous avons d'abord consulté la Direction de la recherche et de l'innovation du CHU de Limoges pour mieux appréhender dans quel contexte notre projet de thèse se situait et les lois l'encadrant.

Compte tenu du fait que la population cible était des mineurs, la consultation du Comité d'éthique du CHU de Limoges nous a semblé indispensable. L'avis de celui-ci (n° 272-2018-38) n'a pas fait état de réserves éthiques concernant la validation du questionnaire de thèse. Plusieurs remarques ont cependant été faites, notamment quant à l'interrogation des mineurs de moins de 15 ans, âge légal français de la majorité sexuelle. Il nous a également été conseillé de bien séparer la dernière partie du questionnaire avec une phrase d'avertissement à destination des adolescents.

II.4. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué de fin août 2018 à début février 2019, soit une durée de cinq mois. Une lettre explicative (cf. Annexe 3) ainsi que cinq exemplaires du questionnaire (cf. Annexe 4) ont été adressés à 47 médecins généralistes du Limousin. Ils ont été choisis en concertation avec ma directrice de thèse qui connaissait le profil de

patientèle des médecins sélectionnés. Le premier envoi postal des questionnaires a eu lieu fin août 2018 et le second début novembre 2018.

II.5. Questionnaire (Annexe 4)

Nous avons élaboré avec M.-P. PAUTOUT-GUILLAUME (directrice de thèse) un questionnaire anonyme en plusieurs parties à destination des adolescents, sur la base du volontariat. Nous l'avons remanié plusieurs fois suite à des recherches bibliographiques, des réflexions personnelles et des recommandations du comité d'éthique. Il comportait 28 questions en tout. Il a par la suite été testé sur deux adolescents de mon entourage personnel pour tester la durée de remplissage (inférieure à cinq minutes).

Après une brève introduction explicative, la première partie reprenait les données épidémiologiques (sexe et âge) de l'étude et spécifiait la scolarisation ou non et le niveau de scolarisation.

La seconde partie explorait les sources d'information en matière de contraception, les moyens de contraception connus par les adolescents et leur souhait en matière d'information sur la contraception. Cette partie était composée de questions fermées et ouvertes, quantitatives et qualitatives.

La troisième partie était précédée d'une mention d'avertissement car elle concerne uniquement les adolescents ayant une vie sexuelle. Elle était elle-même partagée en deux parties et comportait des questions par sexe concernant les échanges et les attentes entre partenaires adolescents concernant la contraception.

Cinq questionnaires ont été adressés par voie postale à 47 médecins généralistes du Limousin à deux reprises fin août 2018 et début novembre 2018 soit 470 questionnaires.

II.6. Analyse statistique des résultats

L'ensemble des données a été regroupé et exploité via un tableau Excel en suivant la trame du questionnaire.

Les questions fermées quantitatives ont été codées et nous avons effectué un codage thématique concernant les réponses des questions ouvertes qualitatives. Les données ont été exprimées par effectif et pourcentage.

Pour répondre à l'objectif secondaire, une analyse en sous-groupe a été effectuée pour quelques questions ciblées.

- Le test utilisé a été le test de Fischer pour la comparaison des nombres et pourcentages car certains effectifs étaient inférieurs à 5. Le degré de significativité retenu est de 5%, soit $p \leq 0.05$.
- Pour certaines questions, il a été impossible d'analyser les résultats avec le test de Fisher compte tenu d'un grand nombre de catégories et de faibles effectifs pour certaines d'entre elles. Les résultats ont donc été exprimés en ratio pour analyser aux

mieux les réponses au questionnaire compte-tenu d'une différence d'effectif entre filles et garçons.

Les tests statistiques ont été réalisés en utilisant le logiciel en ligne biostatgv, <https://biostatgv.sentiweb.fr>.

Le choix des modalités d'analyse statistique a été conseillé et validé par K. RUDELLE, chef de clinique assistant de médecine générale.

II.7. Recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les sites internet : Pub Med, CISMef, le SUDOC, Google Scholar. Elles ont été référencées grâce au logiciel Zotero.

Les termes suivants ont été utilisés :

En français : « contraception », « adolescents », « connaissances », « sources d'information ».

En anglais : « contraception », « teenagers », « contraceptive knowledges », « contraceptive practice », « adolescent contraceptive use ».

III. Résultats

III.1. Participation et réponses

Au 1^{er} février 2019, 105 réponses ont été reçues sur 470 questionnaires envoyés, soit un taux de participation de 22,3%. Un questionnaire a été exclu car il concernait une adolescente de 14 ans. L'analyse a donc porté sur 104 questionnaires.

III.2. Données socio-démographiques

III.2.1. Sexe (Q1)

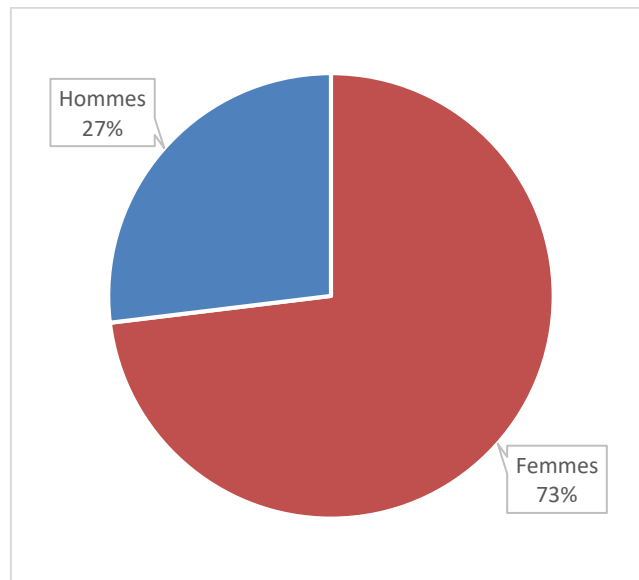


Figure 8 : Répartition des adolescents par sexe.

L'échantillon était composé de 76 filles et 28 garçons. Cela représentait respectivement 73% et 27% des effectifs.

III.2.2. Âge (Q2)

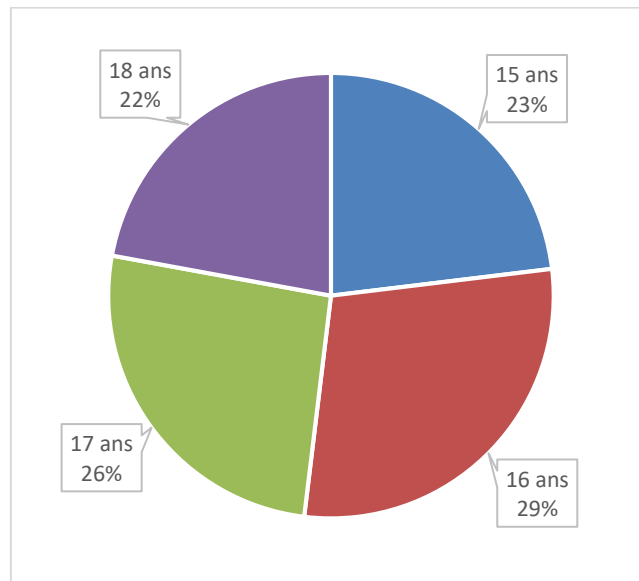


Figure 9 : Répartition des adolescents par âge.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 16,5 ans.

La répartition par classe d'âge était homogène : 24 adolescents avaient 15 ans (23%), 30 avaient 16 ans (29%), 27 avaient 17 ans (26%) et 23 avaient 18 ans (22%).

III.2.3. Situation socio-professionnelle (Q3)

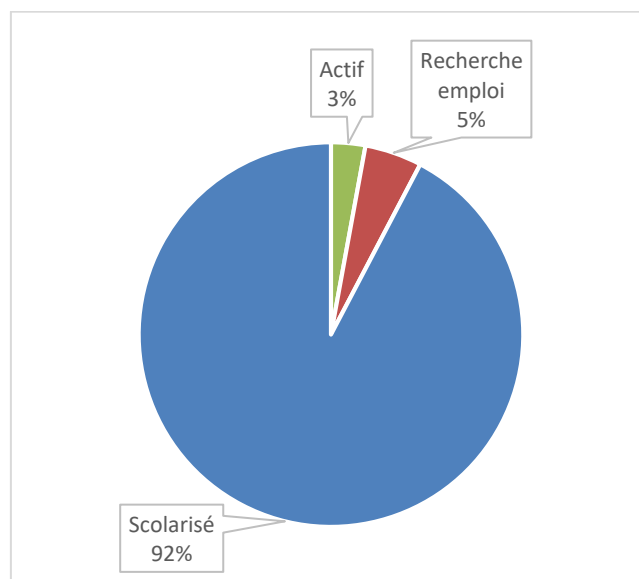


Figure 10 : Répartition des adolescents par situation socio-professionnelle.

Concernant la situation socio-professionnelle, 96 adolescents étaient scolarisés (92%), 5 en recherche d'emploi (5%) et 3 étaient actifs (3%).

III.2.3.1. Classe de scolarisation (Q4)

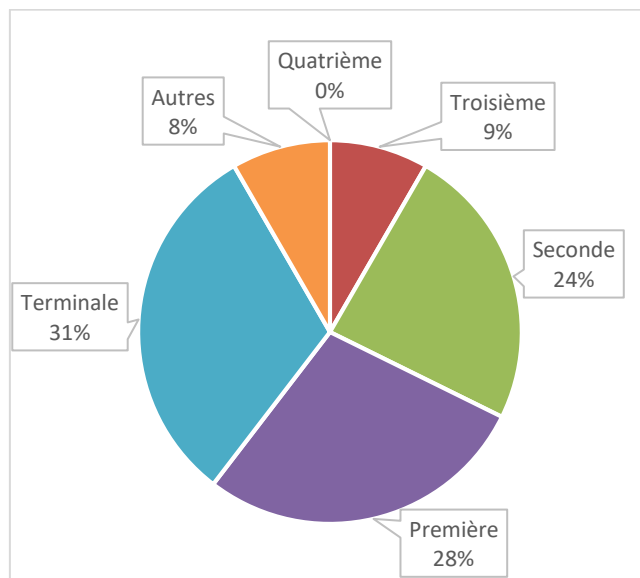


Figure 11 : Répartition des niveaux de scolarisation des adolescents.

Aucun adolescent n'était en 4^{ème}, 8 étaient en 3^{ème} (9%), 23 étaient 2^{nde} (24%), 27 étaient en 1^{ère} (28%), 30 en Terminale (31%) et 8 d'entre eux ont été classés dans la catégorie « Autres » soit 8%. Cette catégorie regroupait les étudiants en BTS (Brevet de technicien supérieur), les étudiants en Classe préparatoire aux grands écoles (CPGE), les étudiants en licence ...

8 adolescents n'étaient pas concernés car ils étaient actifs ou en recherche d'emploi.

III.2.3.2. Filière de scolarisation (Q5)

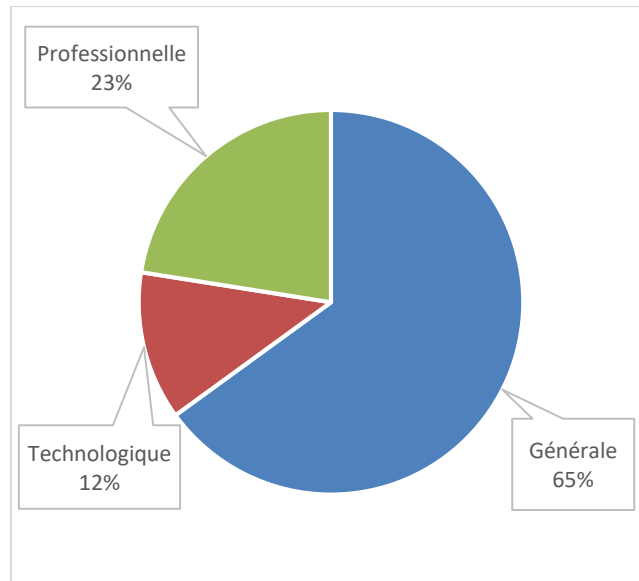


Figure 12 : Répartition des adolescents selon les filières de scolarisation.

65% était en filière générale (soit 52 adolescents), 23% en filière professionnelle (soit 18 adolescents) et 12% en filière technologique (soit 10 adolescents).

Il est à noter que 24 adolescents n'étaient pas concernés (collège, actif, en recherche d'emploi ou faisant des études postbac).

III.3. Informations en matière de contraception

III.3.1. Estimation du niveau d'information (Q6)

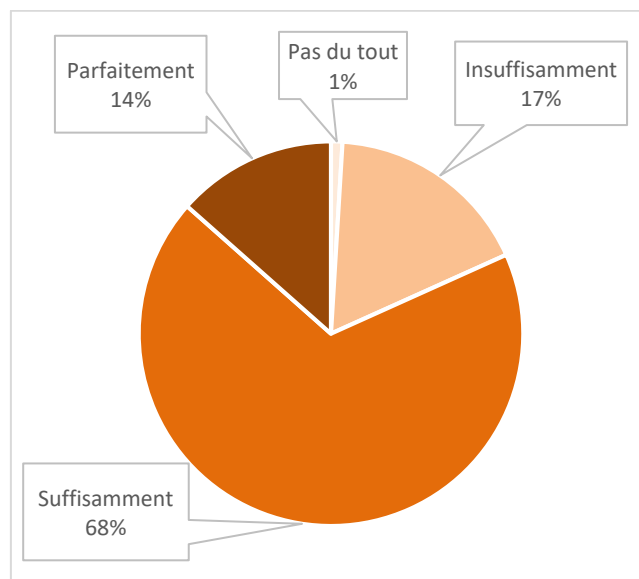


Figure 13 : Estimation personnelle du niveau d'information en matière de contraception.

Un adolescent estimait n'être pas du tout informé en matière de contraception (1%) ; 18 adolescents, quant à eux, estimaient l'être insuffisamment (17%), 71 adolescents estimaient l'être suffisamment (68%) et 14 adolescents estimaient l'être parfaitement (14%).

III.3.2. Sources d'information (Q7)

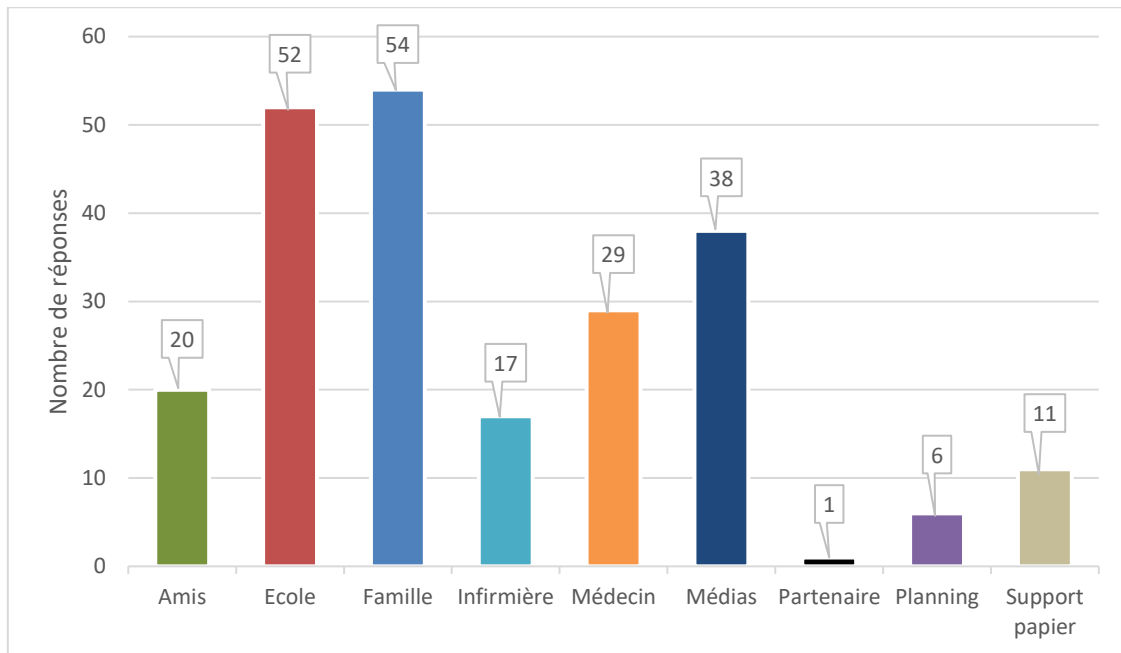


Figure 14 : Sources d'information en matière de contraception.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples sans exemple donné. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude.

Il existait initialement une notion de graduation dans les réponses en fonction de l'importance des sources. Cette idée a été abandonnée car très peu d'adolescents ont répondu en hiérarchisant leurs sources (17 questionnaires soit 16%).

Les réponses ont été regroupées en thèmes.

- Ainsi dans la catégorie « Amis », on retrouvait le terme « ami(es) », « copain(s) », « copine(s) ».
- Sous l'appellation « Ecole », on retrouvait les dénominations « école », « lycée », « collège », « établissement scolaire », « intervention collège », « intervention lycée », « journée prévention », « professeur », « profs » et « cours de SVT ».
- De même, la catégorie « Famille » regroupait « parents », « maman », « frère(s) », « sœur(s) ».
- La catégorie « Infirmière » désignait l'infirmière scolaire.
- Sous la mention « Médecins » ont été regroupés les termes « médecin traitant », « médecin généraliste », « médecin Gé », « docteur » et « gynécologue ».

- Les « Médias » regroupaient les réponses « internet », « site internet », « forum internet », « réseaux sociaux », « télévision », « pub(licité) à la télévision », « TV » et « radio ».
- Le groupe « Support papier » englobait les termes de « affiche », « dépliant », « prospectus », « boîte de préservatif », « revues » et « livres ».
- La catégorie « Planning » désignait le planning familial.

Dans l'ordre, la catégorie « Famille » a été citée le plus de fois (54 fois) puis l'« Ecole » (52 fois), les « Médias » (38 fois), les « Médecins » (29 fois), les « Amis » (20 fois) et les « Infirmières » (17 fois). La catégorie « Support papier » a été mentionné 11 fois, la catégorie « Planning » 6 fois et la catégorie « Partenaire » 1 fois.

De plus, 15 adolescents n'ont pas donné de réponse et 8 ont répondu à la question en évoquant les moyens de contraception qu'ils connaissaient et non les sources. Cela représentait au total 22% des questionnaires.

III.3.3. Cours sur la contraception (Q8A et Q8B)

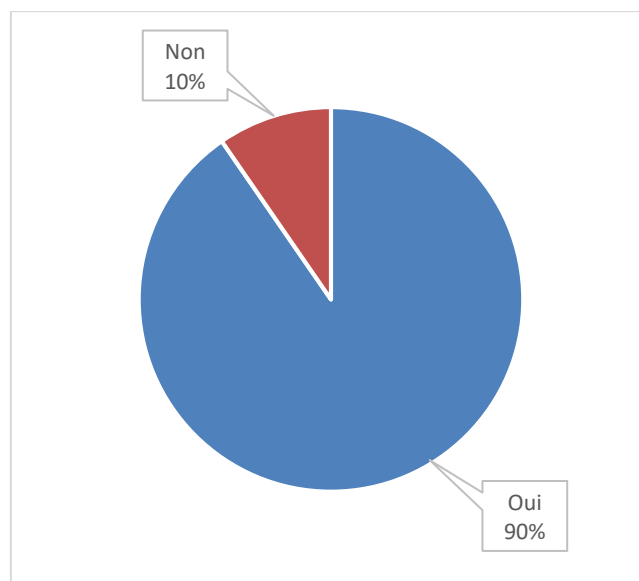


Figure 15 : Répartition des adolescents en fonction des cours d'éducation sexuelle.

Ainsi, 10 adolescents ont répondu qu'ils n'avaient jamais eu de cours d'éducation sexuelle (10%). Les 94 adolescents restants ont déclaré en avoir eu (90%).

Par la suite, certains adolescents ont coché plusieurs cases pour spécifier les différentes classes au cours desquelles ils avaient reçu une information. Seule la première intervention a été prise en compte.

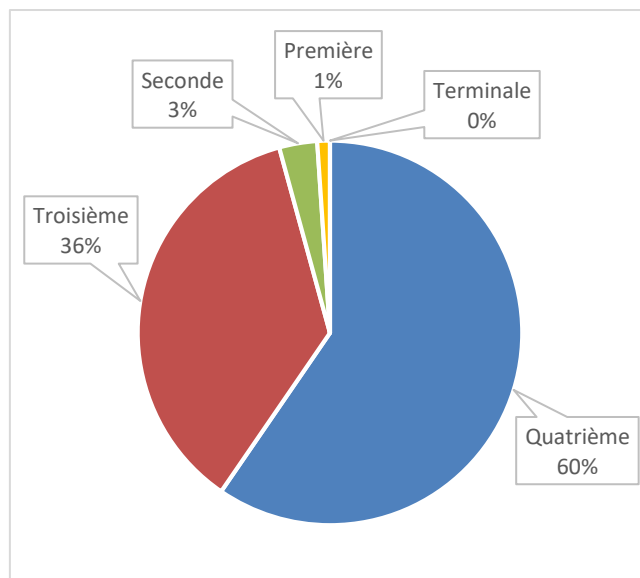


Figure 16 : Répartition des adolescents en fonction de la classe d'enseignement la plus précoce d'éducation sexuelle.

Sur les 90% des adolescents ayant assisté à une séance d'éducation sexuelle (94 adolescents), 60% d'entre eux (56 adolescents) ont eu leur première intervention en 4^{ème}, 36% en 3^{ème} (34 adolescents), 3% en 2^{nde} (3 adolescents), 1% en 1^{ère} (1 adolescent) et aucun en Terminale.

III.3.4. Modes de contraception connus (Q9)

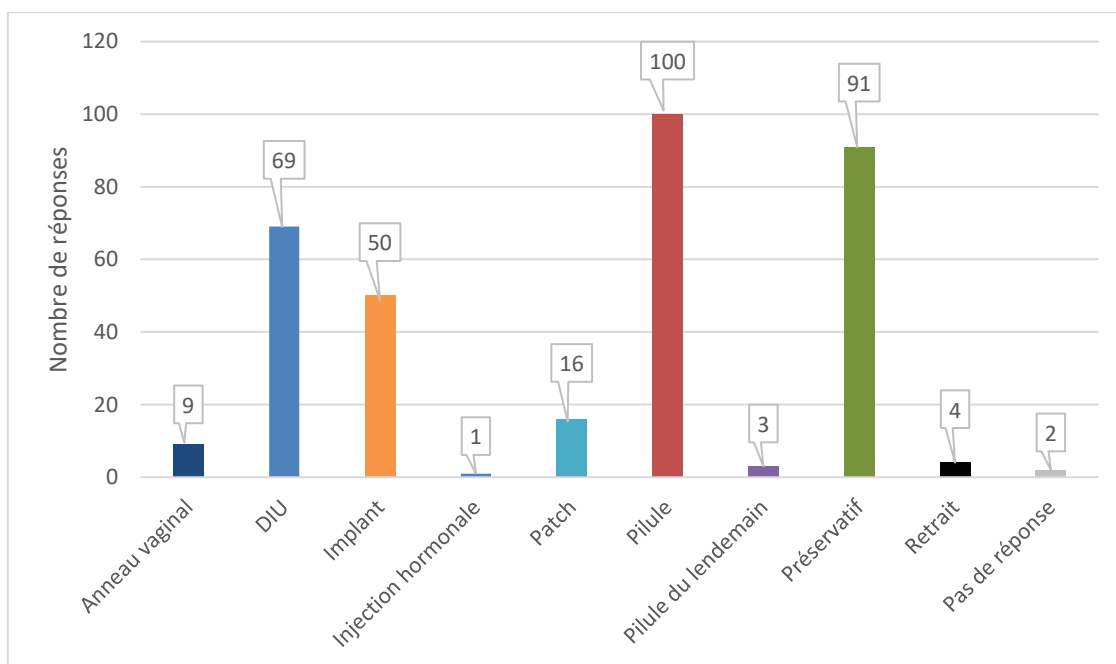


Figure 17 : Modes de contraception connus.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples sans exemple donné. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude. Les réponses ont été regroupées en thèmes. Il y a eu une grande diversité orthographique des réponses.

- La catégorie « Pilule » a récolté 100 réponses. L'orthographe a bien souvent été « pillule ».
- Sous l'appellation « Préservatif », on retrouvait les dénominations « préservatif », « capote », « préservatif masculin » et « préservatif féminin ». Il représentait 91 réponses.
- De même, la catégorie « DIU » regroupait les nombreuses orthographes approximatives du mot « stérilet ». « DIU », « DIU hormonal » et « DIU mécanique » ont été des termes donnés. 69 réponses ont été comptabilisées.
- La catégorie « Implant » a récolté 50 réponses. Le terme « bâtonnet sous la peau » est revenu quelques fois ainsi que l'orthographe « implan ».
- Les « Patch » regroupaient 16 réponses.
- Le groupe « Anneau vaginal » comptait 9 réponses.
- La catégorie « Retrait » comptabilisait 2 réponses.
- L'« Injection hormonale » a été évoquée 1 fois dans ces termes.
- 2 adolescents n'ont pas donné de réponse.

III.3.5. Moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace (Q10)

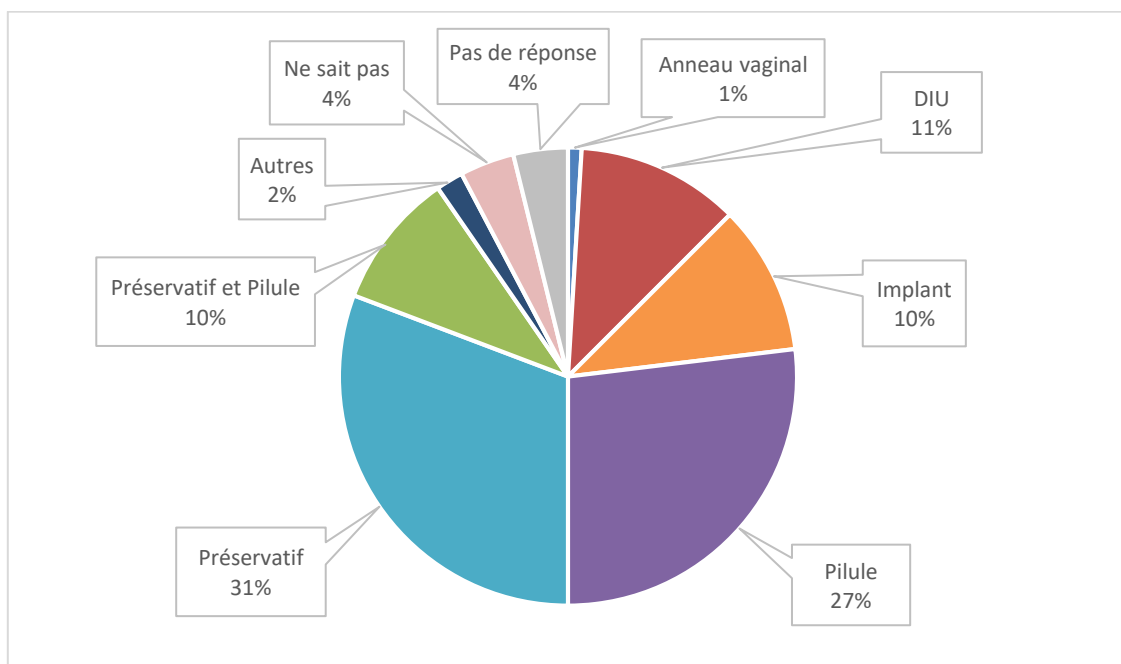


Figure 18 : Estimation personnelle du moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace.

C'était une question qualitative ouverte à réponse unique sans exemple donné.

La seule réponse multiple retrouvée a été l'association « Préservatif et Pilule » et a fait l'objet d'une catégorie à part. Les réponses ont été regroupées par thèmes. Il y a eu, là aussi, une grande diversité orthographique de réponses.

- La dénomination « Préservatif » correspondait à 31% des réponses (32 adolescents) et a regroupé les termes « préservatif masculin » et « préservatif féminin » et « capote ».
- La catégorie « Pilule » correspondait à 27% des réponses soit 28 adolescents.
- 11% ont répondu « DIU » (12 questionnaires), appellation regroupant le terme « stérilet » et « DIU ».
- L'« Implant » a récolté 10% des réponses (11 questionnaires).
- L'association « Préservatif et pilule » représentait 10% des réponses soit 10 questionnaires.
- L'« Anneau vaginal » a comptabilisé 1 réponse (1%).
- La catégorie « Autres » regroupait les termes « abstinence » et « retrait » et représentait 2% des réponses (2 réponses).
- 4% des adolescents interrogés ont répondu qu'ils ne savaient pas (catégorie « Ne sait pas ») quel était le moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace (4 réponses).
- 4% n'ont pas souhaité répondre (4 adolescents) et sont représentés sous l'appellation « Pas de réponse ».

III.3.6. Souhait des adolescents quant au lieu d'information (Q11)

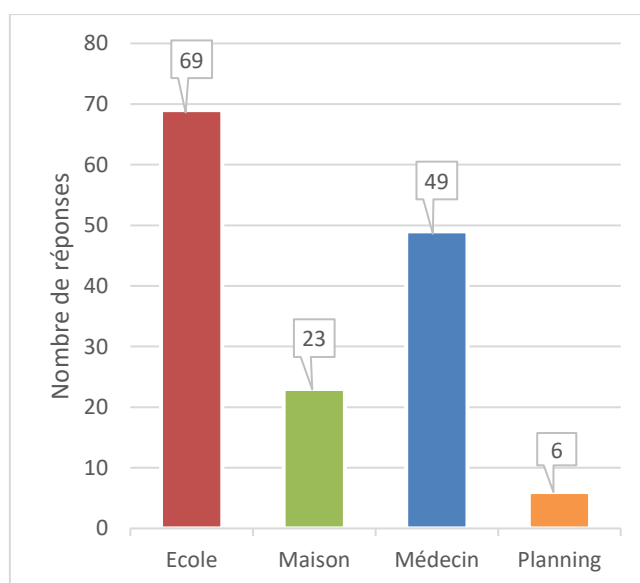


Figure 19 : Lieu(x) d'information souhaité(s) en matière de contraception.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples avec quatre exemples donnés et possibilité d'ajout de réponse personnelle. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude.

Aucun adolescent interrogé n'avait spécifié une autre catégorie que celles déjà mentionnées.

- La catégorie « Ecole » récoltait 69 réponses.
- La catégorie « Maison » regroupait 23 réponses.
- La catégorie « Médecin » correspondait à 49 réponses.
- La catégorie « Planning » correspondant au Planning familial a été cochée 6 fois.

III.3.7. Souhait des adolescents quant aux moyens d'information (Q12A)

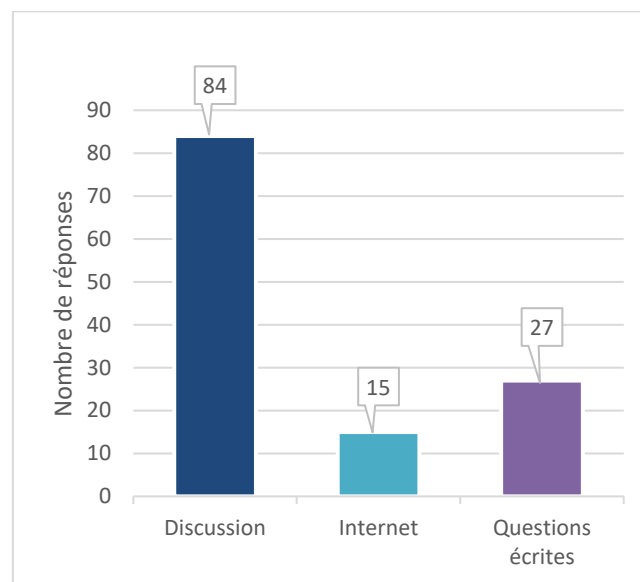


Figure 20 : Moyen(s) d'information souhaité(s) en matière de contraception.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples avec trois exemples donnés et possibilité d'ajout de réponse personnelle. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude.

Aucun adolescent interrogé n'avait spécifié une autre catégorie que celles déjà mentionnées.

- La catégorie « Discussion » désignait une discussion orale et récoltait 84 réponses.
- La catégorie « Internet » regroupait 15 réponses. Cette proposition a souvent été mentionnée associée à une autre réponse et rarement seule (2 fois).
- La catégorie « Questions écrites » désignait la réalisation de questions écrites avec réponse orale de l'intervenant et correspondait à 27 réponses.

III.3.8. Cas d'une discussion orale

III.3.8.1. Modalité(s) souhaitée(s) (Q12B)

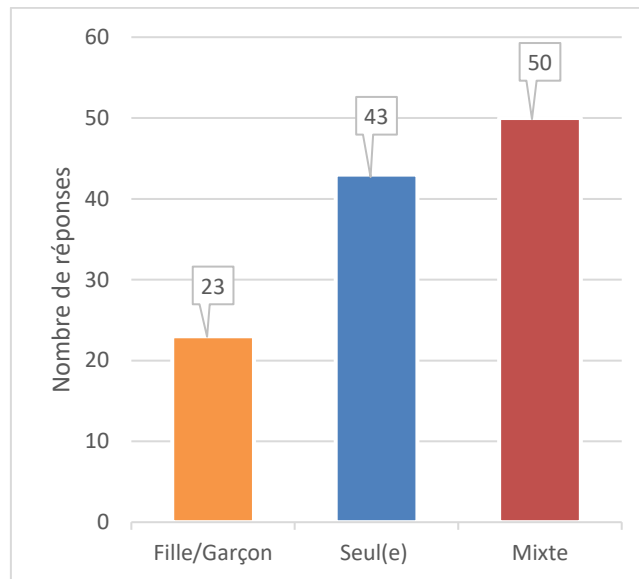


Figure 21 : Modalité(s) souhaité(es) si discussion orale.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples avec trois exemples donnés et possibilité d'ajout de réponse personnelle. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude.

Aucun adolescent interrogé n'avait spécifié une autre catégorie que celles déjà mentionnées.

- La catégorie « Fille / Garçon » désignait des groupes séparés de filles et de garçons et récoltait 23 réponses.
- La catégorie « Seul(e) » correspondait au terme individuellement et regroupait 43 réponses.
- La catégorie « Mixte » désignait la réalisation de groupes mixtes et regroupait 50 réponses.

III.3.8.2. Intervenant(s) souhaité(s) (Q12C)

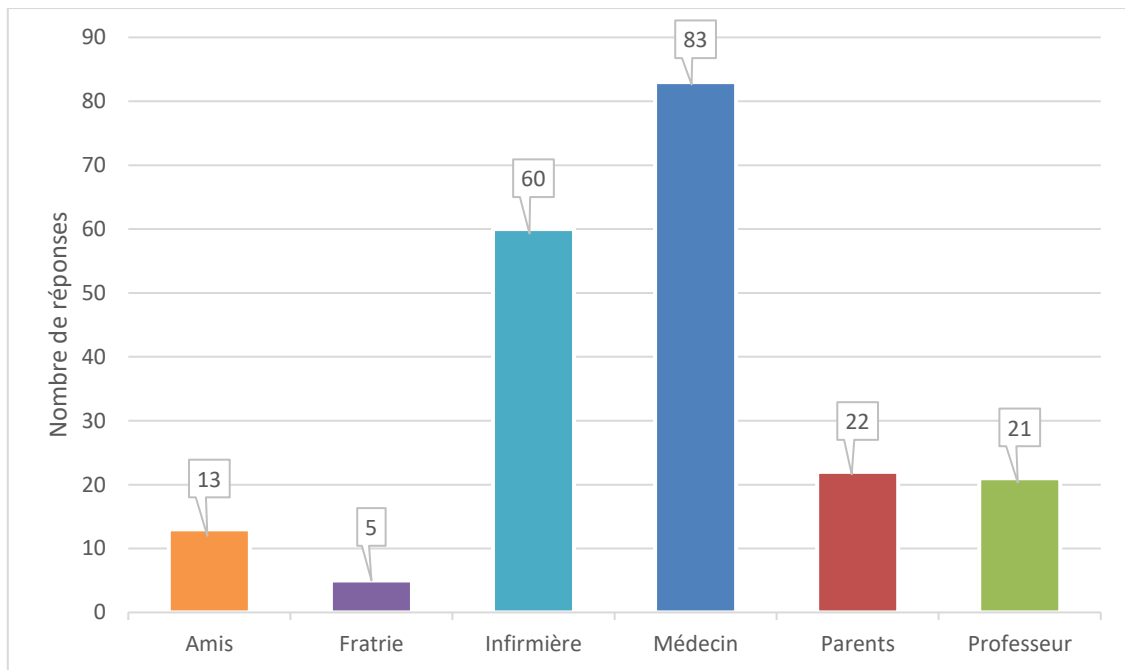


Figure 22 : Intervenant(s) souhaité(s) si discussion orale.

C'était une question qualitative ouverte à réponses multiples avec six exemples donnés et possibilité d'ajout de réponse personnelle. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude.

Aucun adolescent interrogé n'avait spécifié une autre catégorie que celles déjà mentionnées.

- La catégorie « Médecin » regroupait 83 réponses.
- La catégorie « Infirmière » récoltait 60 réponses.
- La catégorie « Parents » a reçu 22 réponses.
- La catégorie « Professeur » récoltait 21 réponses.
- La catégorie « Amis » a été répondue 13 fois.
- La catégorie « Fratrie » a reçu 5 réponses.

Les associations des réponses ont été variées mais il se dégagait notamment l'association « Médecin » et « Infirmière » qui regroupait 23 réponses.

III.4. Contraception au sein d'un couple d'adolescents

La suite du questionnaire a été précédée d'une mention d'avertissement. En effet, les questions qui suivaient ne concernaient que les adolescents ayant une vie sexuelle.

Les questions 13 à 20 concernaient les filles et les questions 21 à 29 concernaient les garçons. Ces questions ont été élaborées, pour la plupart, en « miroir ».

La suite du questionnaire a été complétée par 42 filles sur 76, ce qui représentait 55% des filles et par 16 garçons sur 28, ce qui représentait 57% des garçons.

III.4.1. Suite des questions pour les filles

On comptait 76 filles sur 104 répondants ; 42 filles ont répondu à la suite du questionnaire (soit 55%) et 34 n'ont pas complété la suite des questions (soit 45%).

III.4.1.1. Présence d'une contraception (Q13)

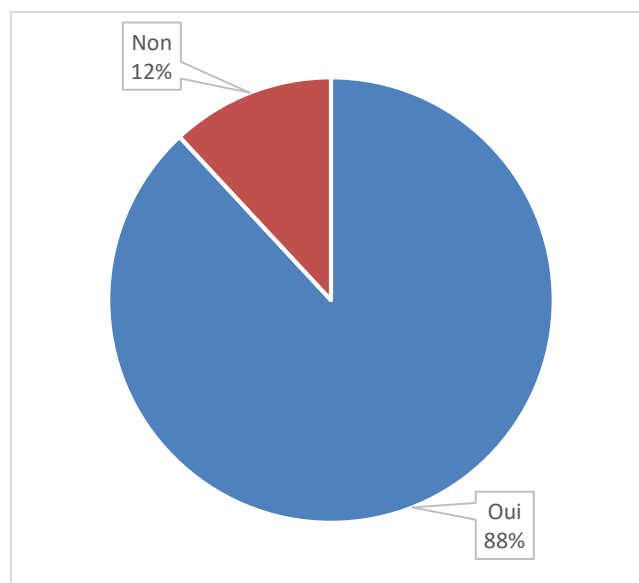


Figure 23 : Présence d'un moyen de contraception.

Elles étaient 37 filles à avoir répondu qu'elles avaient un mode de contraception (88%) et 5 à dire qu'elles n'en avaient pas (12%).

Pour les 5 filles ayant répondu « Non » à cette question, les réponses des questions 14, 15, 16, 19A et 19B ont été annulées car ces jeunes filles n'étaient pas concernées par ces questions. L'effectif de ces questions était donc de 37. Les réponses aux questions 17, 18 et 20 ont, quant à elles, été comptabilisées (effectif de 42).

III.4.1.2. Participation du partenaire au choix du mode de contraception (Q14)

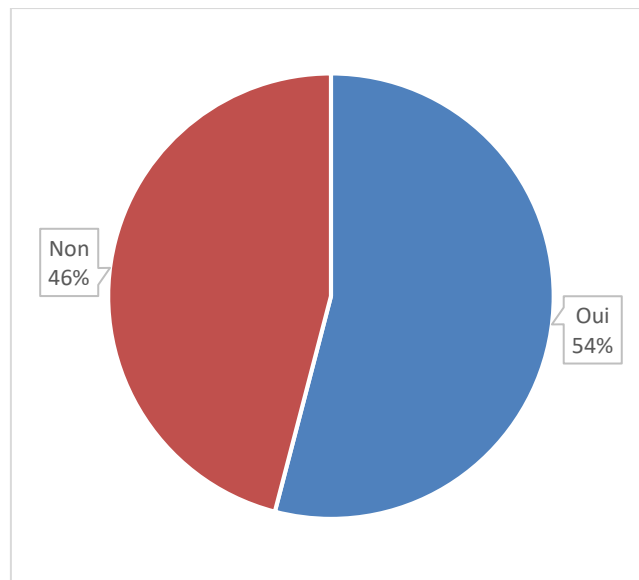


Figure 24 : Participation du partenaire au choix du moyen de contraception.

20 filles ont répondu qu'elles avaient fait participer leur partenaire au choix du moyen de contraception (54%) et 17 filles ont répondu qu'elles ne l'avaient pas fait (46%).

III.4.1.3. Connaissance du mode de contraception par le partenaire (Q15)

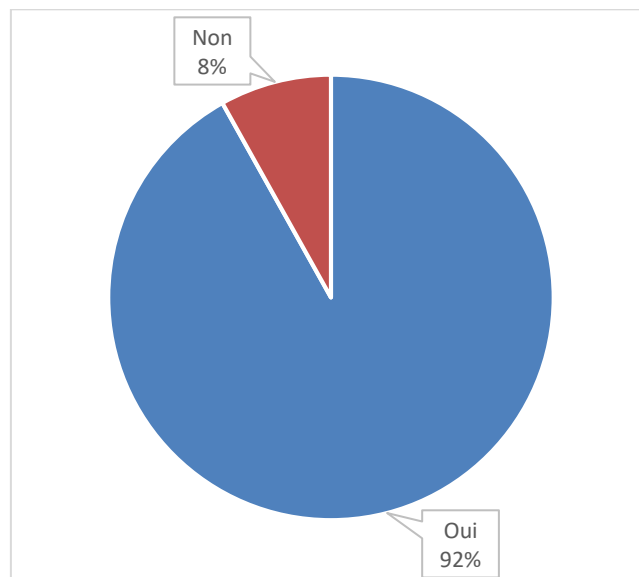


Figure 25 : Connaissance du mode de contraception par le partenaire.

34 filles ont répondu que leur partenaire était informé du mode de contraception utilisé (92%) et 3 filles ont répondu qu'elles n'avaient pas informé leur partenaire (8%).

III.4.1.4. Aide financière du partenaire pour l'achat du mode de contraception (Q16)

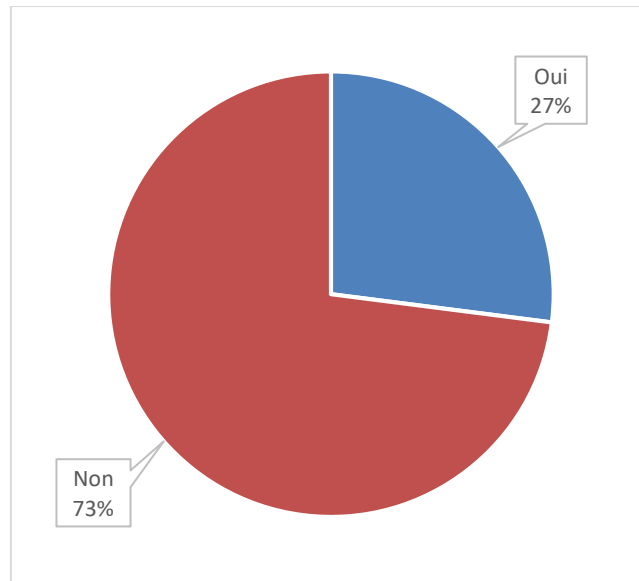


Figure 26 : Aide financière du partenaire.

27 filles ont répondu que leur partenaire ne participait pas à l'achat du mode de contraception (73%) et 10 filles ont répondu le contraire (27%).

III.4.1.5. Souhait de l'adolescente concernant l'implication de son partenaire dans le choix du mode de contraception (Q17)

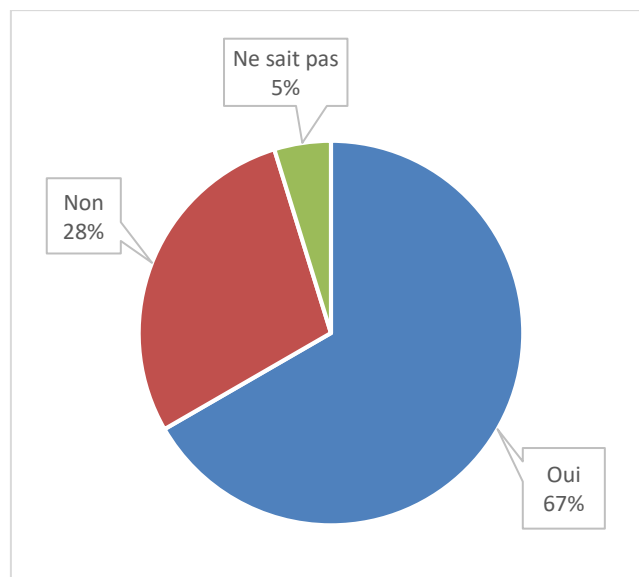


Figure 27 : Souhait concernant l'implication du partenaire dans le choix du moyen de contraception.

Une catégorie « Ne sait pas » a été ajoutée.

28 filles ont répondu qu'elles souhaiteraient impliquer leur partenaire dans le choix du mode de contraception (67%), 12 filles ont répondu le contraire (28%) et 2 adolescentes ont répondu qu'elles ne savaient pas (5%).

III.4.1.6. Discussion de contraception avec le partenaire (Q18)

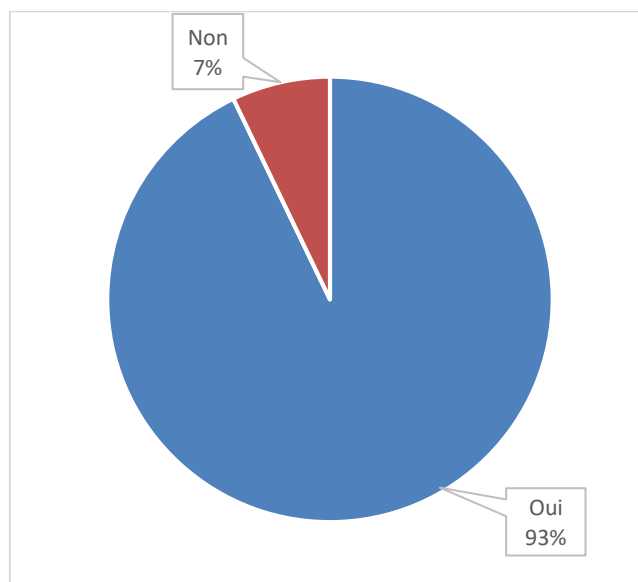


Figure 28 : Discussion de contraception entre partenaires.

39 adolescentes ont répondu qu'elles discutaient de contraception avec leur partenaire (93%) et 3 adolescentes ont répondu qu'elles ne le faisaient pas (7%).

III.4.1.7. Accompagnement du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (Q19A)

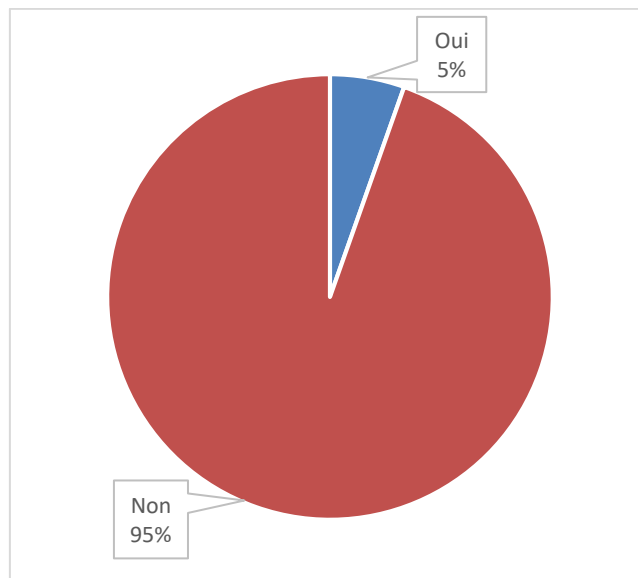


Figure 29 : Participation du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.

35 adolescentes ont répondu qu'elles n'étaient pas accompagnées par leur partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (95%) et 2 adolescentes ont répondu que c'était le cas (5%).

III.4.1.8. Souhait de l'adolescente quant à l'accompagnement du partenaire lors des consultations médicales de suivi de contraception (Q19B)

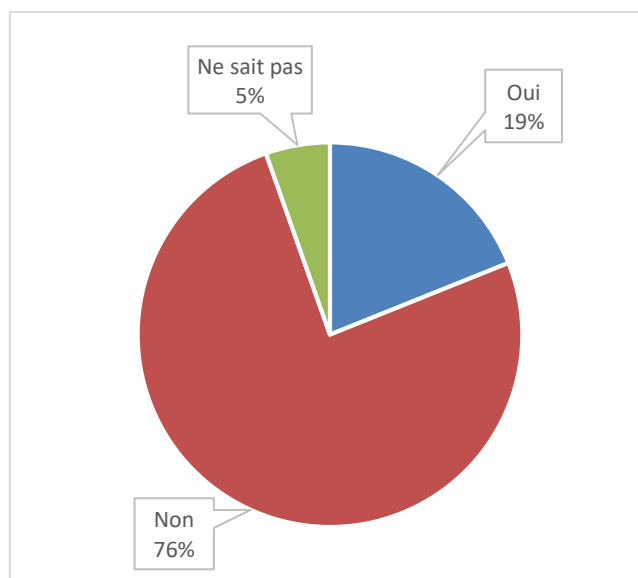


Figure 30 : Souhait concernant l'accompagnement du partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.

7 adolescentes ont répondu qu'elles souhaiteraient être accompagnées par leur partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (19%), 28 adolescentes ont répondu qu'elles ne le souhaiteraient pas (76%) et 2 adolescentes ont répondu qu'elles ne savaient pas (5%).

III.4.1.9. Souhait de l'adolescente quant à la prise d'un moyen contraceptif masculin par leur partenaire (Q20)

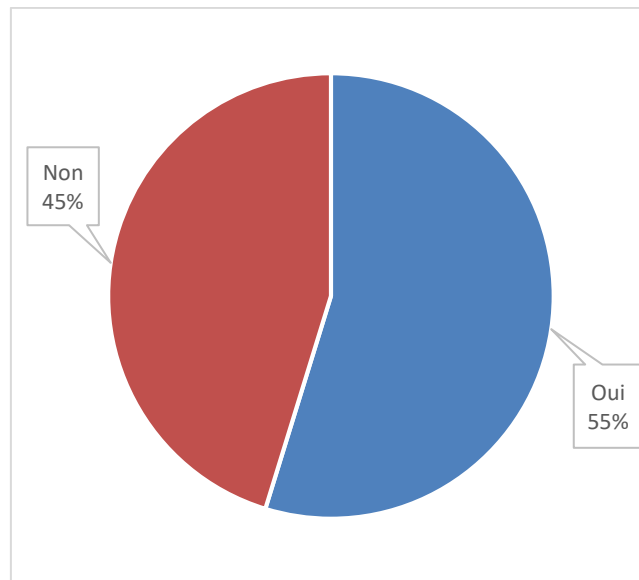


Figure 31 : Souhait de l'adolescente quant à la prise d'un moyen contraceptif masculin par leur partenaire.

23 adolescentes ont répondu qu'elles souhaiteraient que leur partenaire prenne un moyen contraceptif masculin (55%), 19 adolescentes ont répondu qu'elles ne le souhaiteraient pas (45%).

III.4.2. Suite des questions pour les garçons

On comptait 28 garçons sur 104 répondants. 16 garçons ont répondu à la suite du questionnaire (soit 57%) et 12 n'ont pas complété la suite des questions (soit 43%).

III.4.2.1. Connaissance du type de contraception utilisée par la partenaire (Q21)

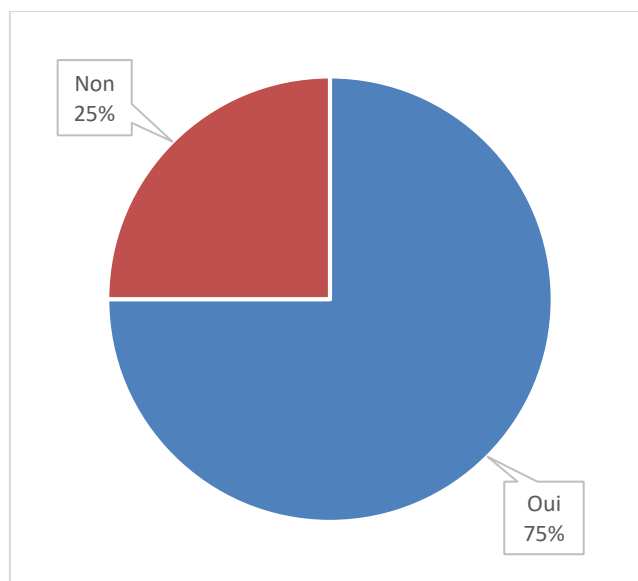


Figure 32 : Connaissance du type de contraception de la partenaire.

12 adolescents ont répondu qu'ils savaient quel était le mode de contraception de leur partenaire (75%) et 4 adolescents ont répondu qu'ils ne le savaient pas (25%).

III.4.2.2. Participation au choix du mode de contraception (Q22A)

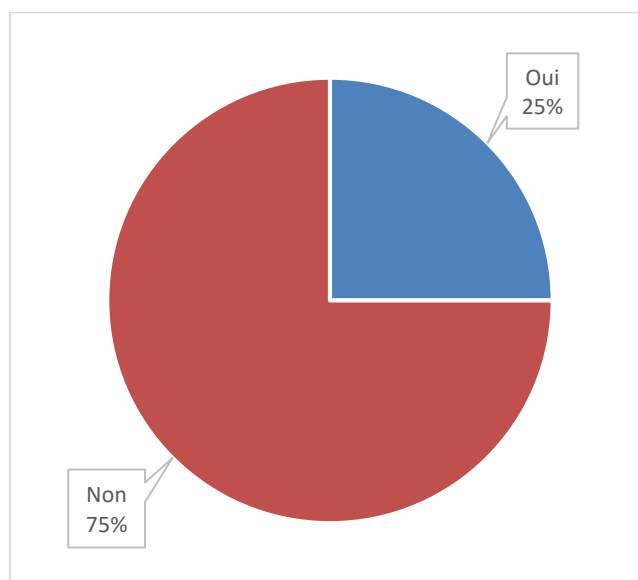


Figure 33 : Participation au choix du mode de contraception.

4 adolescents ont répondu qu'ils avaient participé au choix du mode de contraception de leur partenaire (25%) et 12 adolescents qu'ils n'y avaient pas participé (75%).

III.4.2.3. Souhait de participer au choix du mode de contraception (Q22B)

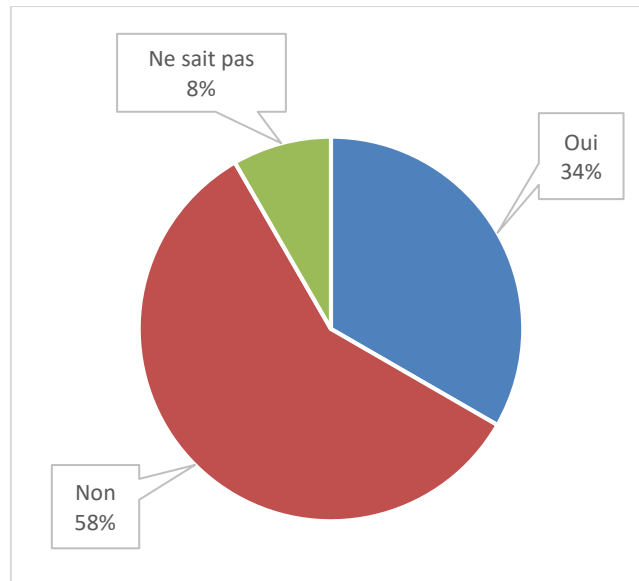


Figure 34 : Souhait de participer au choix du mode de contraception.

4 adolescents ont répondu qu'ils souhaiteraient participer au choix du mode de contraception de leur partenaire (34%), 7 adolescents qu'ils ne le souhaitaient pas (58%) et 1 adolescent qu'il ne savait pas (8%). L'effectif total était de 12 garçons (quatre garçons non concernés car ayant répondu oui à la question précédente).

III.4.2.4. Participation financière à l'achat du moyen de contraception (Q23)

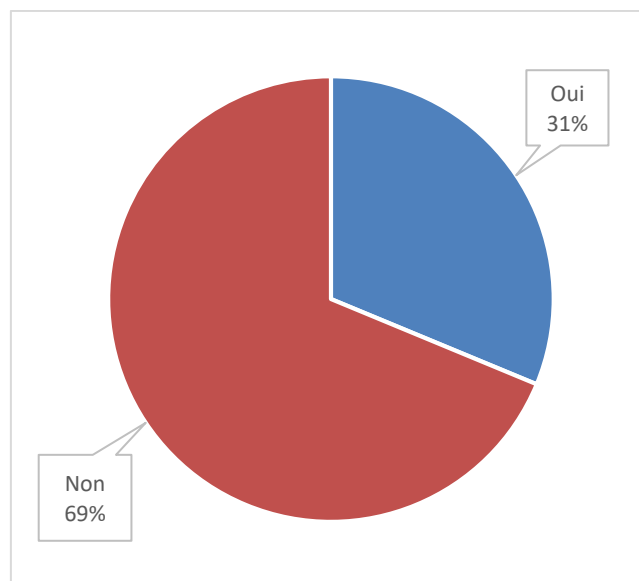


Figure 35 : Participation financière à l'achat du moyen de contraception.

5 adolescents ont répondu qu'ils participaient financièrement à l'achat du mode de contraception (31%) et 11 adolescents qu'ils ne participaient pas (69%).

III.4.2.5. Sentiment d'être concerné par le choix du mode de contraception de la partenaire (Q24)

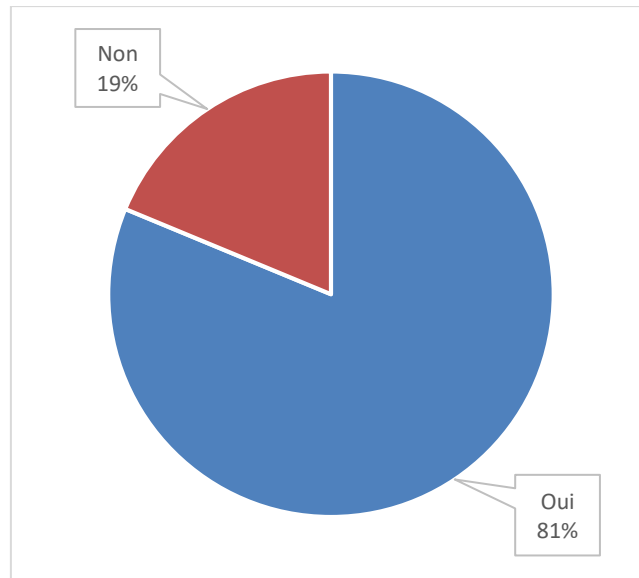


Figure 36 : Sentiment d'être concerné par le choix du mode de contraception de la partenaire.

13 adolescents ont répondu qu'ils se sentaient concernés par le choix du mode de contraception de leur partenaire (81%) et 3 adolescents le contraire (19%).

III.4.2.6. Rappel de la prise de pilule à la partenaire (Q25)

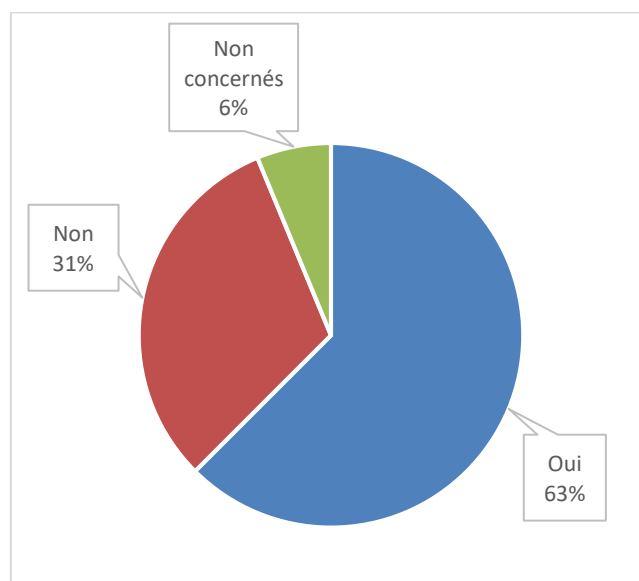


Figure 37 : Rappel de la prise de pilule à la partenaire.

10 adolescents ont répondu qu'ils rappelaient la prise de pilule à leur partenaire (63%), 5 adolescents qu'ils ne le faisaient pas (31%) et 1 adolescent n'était pas concerné car la pilule n'était pas le mode de contraception de sa partenaire (6%).

III.4.2.7. Discussion de contraception avec la partenaire (Q26)

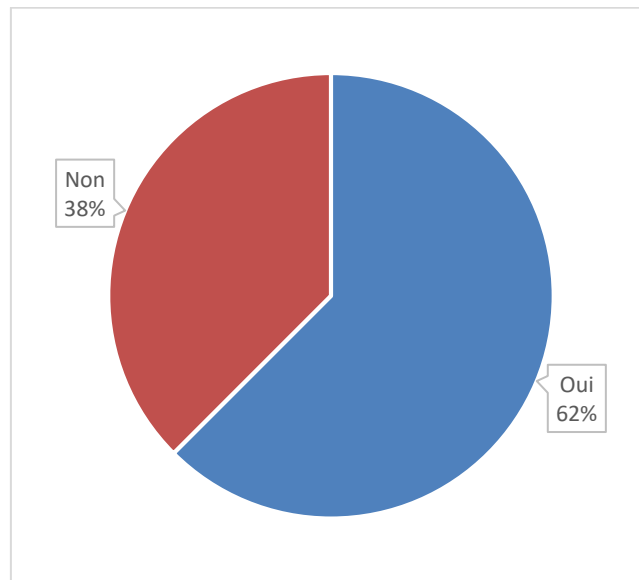


Figure 38 : Discussion de contraception avec partenaire.

10 adolescents ont répondu qu'ils discutaient de contraception avec leur partenaire (62%) et 6 adolescents qu'ils ne le faisaient pas (38%).

III.4.2.8. Accompagnement de la partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception (Q27)

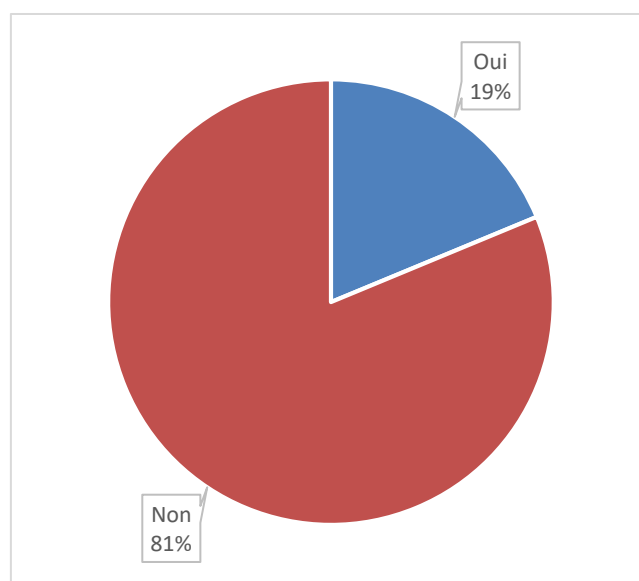


Figure 39 : Accompagnement de la partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception.

3 adolescents ont répondu qu'ils accompagnaient leur partenaire lors des consultations médicales de suivi de contraception (19%) et 13 adolescents qu'ils ne le faisaient pas (81%).

III.4.2.9. Souhait de prendre une contraception masculine (Q28)

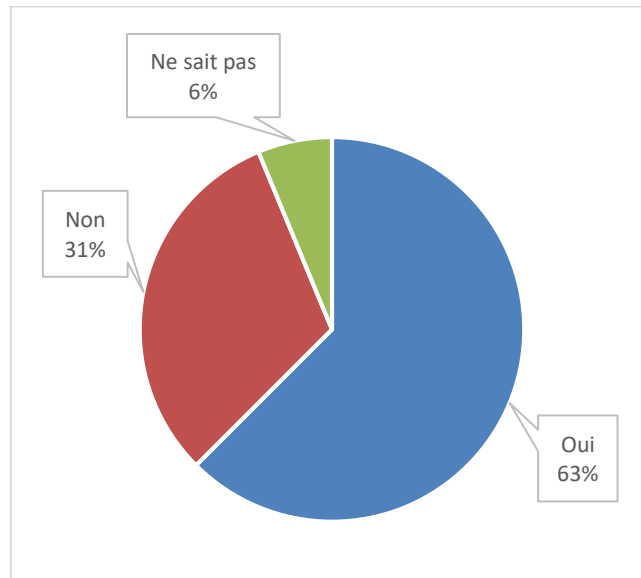


Figure 40 : Souhait de prendre une contraception masculine

10 adolescents ont répondu qu'ils souhaiteraient prendre une contraception masculine si celle-ci existait (63%), 6 adolescents qu'ils ne le feraient pas (31%) et 1 adolescent qu'il ne savait pas (6%).

III.5. Analyses en sous-groupes

Nous avons également voulu savoir s'il existait une différence statistique significative de réponses entre les filles et les garçons afin de répondre à l'objectif secondaire de notre étude, à savoir l'implication des garçons en matière de contraception.

Pour les questions 7, 9, 10, il a été impossible d'analyser les résultats avec le test de Fisher compte tenu d'un grand nombre de catégories et de faibles effectifs pour certaines d'entre elles. Les résultats ont donc été exprimés en ratio pour analyser aux mieux les réponses au questionnaire compte-tenu d'une différence d'effectif entre filles et garçons.

Pour les questions 11, 12B, 12C, 18 et 26, le test de Fisher (avec un seuil de significativité de 0,05) a permis de retrouver une différence statistiquement significative entre les réponses des filles et des garçons.

Pour les autres questions du questionnaire, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée.

III.5.1. Estimation du degré d'information sur la contraception (Q6)

Estimation du degré d'information sur la contraception		Q6			
		Pas du tout	Insuffisamment	Suffisamment	Parfaitement
Filles (effectif total : 76)	Effectif	0	8	54	14
	%	0,0%	10,5%	71,1%	18,4%
Garçons (effectif total : 28)	Effectif	1	10	17	0
	%	3,6%	35,7%	60,7%	0,0%
Effectif total : 104	Effectif	1	18	71	14
	%	1,0%	17,3%	68,3%	13,5%
Ratio filles/garçons			0,80	3,18	

Tableau 1 : Estimation du degré d'information en matière de contraception.

Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour cette question par le test de Fisher ($p = 0,000578$).

En effet, majoritairement, filles et garçons estimaient être suffisamment informés mais dans des proportions différentes (respectivement 71,1% et 60,7%). Les filles étaient 18,4% à estimer être parfaitement informées puis 10,5% à l'être insuffisamment et aucune à n'être pas du tout informée. En revanche, les garçons étaient 35,7% à estimer être insuffisamment informé et 3,6% à n'être pas du tout informé. Aucun garçon n'avait répondu être parfaitement informé.

III.5.2. Sources d'informations (Q7)

Sources d'information	Q7						Ratio filles / garçons
	Filles (effectif total : 76)		Garçons (effectif total : 28)		Effectif total : 104		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Ecole	36	47,4%	16	57,1%	52	50,0%	2,25
Médias	29	38,2%	9	32,1%	38	36,5%	3,22
Famille	44	57,9%	10	35,7%	54	51,9%	4,40
Amis	15	19,7%	5	17,9%	20	19,2%	3,00
Partenaire	1	1,3%	0	0,0%	1	1,0%	
Support visuel	7	9,2%	4	14,3%	11	10,6%	1,75
Médecin	28	36,8%	1	3,6%	29	27,9%	28,00
Infirmière	15	19,7%	2	7,1%	17	16,3%	7,50
Planning	6	7,9%	0	0,0%	6	5,8%	
Néant	10	13,2%	5	17,9%	15	14,4%	2,00
Incompris	6	7,9%	2	7,1%	8	7,7%	3,00

Tableau 2 : Sources d'information en matière de contraception.

Des différences importantes existaient concernant les sources d'informations citées par les adolescents.

En effet, les filles faisaient appel en premier lieu aux membres de leur famille puis à l'école, aux médias, au médecin, à l'infirmière, à leurs amis, à un support visuel, au planning familial et enfin à leur partenaire. 10 adolescentes n'avaient pas répondu et 6 n'avaient pas compris la question.

Les garçons, quant à eux, faisaient appel en premier lieu à l'école, aux membres de leur famille puis aux médias, aux amis, à un support visuel, à l'infirmière, au médecin. 5 adolescents n'avaient pas répondu et 2 n'ont pas compris la question. Aucun n'avait fait référence au planning familial ou à sa partenaire.

III.5.3. Modes de contraception connus (Q9)

Modes de contraception	Q9						
	Filles (effectif total : 76)		Garçons (effectif total : 28)		Effectif total : 104		Ratio filles / garçons
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Préservatif	65	85,5%	26	92,9%	91	87,5%	2,50
Pilule	74	97,4%	26	92,9%	100	96,2%	2,85
DIU	58	76,3%	11	39,3%	69	66,3%	5,27
Implant	46	60,5%	4	14,3%	50	48,1%	11,50
Patch	14	18,4%	2	7,1%	16	15,4%	7,00
Anneau vaginal	9	11,8%	0	0,0%	9	8,7%	
Injection hormonale	1	1,3%	0	0,0%	1	1,0%	
Pilule du lendemain	3	3,9%	0	0,0%	3	2,9%	
Retrait	2	2,6%	2	7,1%	4	3,8%	1,00
Néant	2	2,6%	0	0,0%	2	1,9%	

Tableau 3 : Modes de contraception connus.

Il existait des différences importantes concernant les modes de contraception connus par les adolescents.

En effet, les filles évoquaient majoritairement (dans l'ordre) la pilule, le préservatif, le stérilet, l'implant, le patch, l'anneau vaginal, la pilule du lendemain, la méthode du retrait et l'injection hormonale. 2 adolescentes n'avaient pas répondu.

Pour les garçons, ils parlaient en premier lieu de la pilule et du préservatif, puis du stérilet, de l'implant et du patch. 2 adolescents n'ont pas répondu. Aucun n'avait mentionné l'anneau vaginal, l'injection hormonale et la pilule du lendemain.

III.5.4. Moyen le plus fiable et le plus efficace (Q10)

Moyen le plus fiable et le plus efficace	Q10						
	Filles (effectif total : 76)		Garçons (effectif total : 28)		Effectif total : 104		Ratio filles / garçons
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Anneau vaginal	1	1,3%	0	0,0%	1	1,0%	
DIU	12	15,8%	0	0,0%	12	11,5%	
Implant	10	13,2%	1	3,6%	11	10,6%	10,00
Pilule	23	30,3%	5	17,9%	28	26,9%	4,60
Préservatif	15	19,7%	17	60,7%	32	30,8%	0,88
Préservatif et Pilule	7	9,2%	3	10,7%	10	9,6%	2,33
Autres	1	1,3%	1	3,6%	2	1,9%	1,00
Ne sait pas	4	5,3%	0	0,0%	4	3,8%	
Pas de réponse	3	3,9%	1	3,6%	4	3,8%	3,00

Tableau 4 : Moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace.

Il existait des différences importantes entre les réponses des garçons et des filles concernant la notion de moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace.

En effet, il n'existait pas de consensus pour les filles. Elles évoquaient pour 30,3% d'entre elles la pilule puis le préservatif (19,7%), l'implant (13,2%), le stérilet (15,8%), l'association pilule et préservatif (9,2%), l'anneau vaginal (1,3%) et enfin les méthodes barrières (1,3%). 4 adolescentes avaient répondu qu'elles ne savaient pas et trois n'avaient pas répondu.

La majorité des garçons évoquaient le préservatif (60,7%), la pilule (19,7%), l'association pilule et préservatif (10,7%), l'implant (3,6%) et les méthodes barrières (3,6%). Ici encore, aucun n'avait mentionné l'anneau vaginal et le stérilet. Un questionnaire était resté sans réponse.

III.5.5. Lieux d'information souhaité (Q11)

Lieu d'information souhaité		Q11			
		Médecin	Ecole	Maison	Planning
Filles (effectif total : 76)	Effectif	42	46	21	6
	%	55,3%	60,5%	27,6%	7,9%
Garçons (effectif total : 28)	Effectif	7	23	2	0
	%	25,0%	82,1%	7,1%	0,0%
Effectif total : 104	Effectif	49	69	23	6
	%	47,1%	66,3%	22,1%	5,8%

Tableau 5 : Lieux d'information souhaités.

Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour cette question par le test de Fisher ($p = 0,00243$).

En effet, filles et garçons souhaitaient préférentiellement être informés à l'école puis chez le médecin et enfin à la maison. Cependant, les proportions entre filles et garçons variaient.

III.5.6. Modalités si discussion (Q12B)

Modalité si discussion		Q12B		
		Groupes mixtes	Individuellement	Groupes séparés
Filles (effectif total : 76)	Effectif	28	37	18
	%	36,8%	48,7%	23,7%
Garçons (effectif total : 28)	Effectif	22	6	5
	%	78,6%	21,4%	17,9%
Effectif total : 104	Effectif	50	43	23
	%	48,1%	41,3%	22,1%

Tableau 6 : Modalités si discussion.

En réalisant le test de Fisher, une différence statistiquement significative a été retrouvée pour cette question ($p = 0,00409$).

En effet, les filles souhaitaient préférentiellement être informées individuellement (48,7%) puis en groupe mixte (36,8%) et de façon moindre en groupe séparé de garçons et de filles (23,7%).

Les garçons, quant à eux, souhaitaient être informé majoritairement en groupe mixte (78,6%). Il existait ensuite peu de différence entre le fait d'être informé de façon individuelle (21,4%) et en groupes séparés de filles et de garçons (17,9%).

III.5.7. Intervenants si discussion (Q12C)

Intervenant si discussion		Q12C					
		Médecin	Infirmière	Professeur	Parents	Fratrie	Amis
Filles (effectif total : 76)	Effectif	63	44	8	20	5	12
	%	82,9%	57,9%	10,5%	26,3%	6,6%	15,8%
Garçons (effectif total : 28)	Effectif	20	16	13	2	0	1
	%	71,4%	57,1%	46,4%	7,1%	0,0%	3,6%
Effectif total : 104	Effectif	83	60	21	22	5	13
	%	79,8%	57,7%	20,2%	21,2%	4,8%	12,5%

Tableau 7 : Intervenants si discussion orale.

Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour cette question par le test de Fisher ($p = 0,00121$).

Les filles citaient majoritairement le médecin (82,9%) et l'infirmière (57,9%). Venaient ensuite les parents (26,3%), les amis (15,8%), les professeurs (10,5%) et la fratrie (6,6%).

Pour les garçons, le médecin était cité en premier (71,4%), l'infirmière (57,7%), les professeurs (46,4%), les parents (7,1%) et enfin les amis (3,6%). Aucun ne mentionnait ses frères et sœurs.

III.5.8. Discussion de contraception avec son partenaire (Q18 et Q26)

Discussion de contraception avec son partenaire	Q18		Q26	
	Oui	Non	Oui	Non
Réponse	39	3	10	6
Population concernée	42		16	
%	92,9%	7,1%	62,5%	37,5%

Tableau 8 : Discussion de contraception avec le ou la partenaire.

En réalisant le test de Fisher, une différence statistiquement significative a été retrouvée pour cette question ($p = 0,00961$).

92,9% des filles ont affirmé qu'elles discutaient de contraception avec leur partenaire contre 62,5% des garçons.

IV. Discussion

IV.1. Discussion de la méthode (validité interne)

Nous avons souhaité mener une étude quantitative pour faire un bilan statistique des connaissances des adolescents. L'interprétation de ses résultats est bien évidemment limitée et nécessiterait la réalisation d'autres études à la fois quantitative (avec des effectifs plus importants) et qualitative pour mieux pouvoir interpréter les réponses des adolescents et pouvoir nuancer les résultats.

IV.1.1. Points forts de l'étude

La contraception est un sujet peu exploré chez les adolescents filles et garçons. La plupart des études en la matière porte uniquement sur des femmes et bien souvent chez des femmes majeures. Or, la compréhension de la contraception est déterminante pendant cette période très particulière de la vie qu'est l'adolescence que ce soit chez les filles ou les garçons.

Des études qualitatives et quantitatives sur la contraception vue par les hommes nous ont servi d'axes de réflexion pour élaborer une partie des questions adressées aux garçons (C. DOIN en 2017 et D. CADIERGUES en 2015) [4,22].

En revanche, on retrouve peu d'études menées sur ce sujet chez les adolescents filles et garçons. Dans sa thèse, Mme LEGROS a interrogé, par le biais du lycée, des adolescents filles et garçons de 15 à 17 ans en 2013, à La Réunion [23]. La thèse de A. LANTHEAUME réalisée en 2001, à Lyon, porte sur les adolescents de 13 à 19 ans interrogés là aussi, dans le cadre du lycée [24].

Le choix de la méthode s'est porté sur une analyse quantitative pour essayer d'avoir un bilan objectif des connaissances et sources d'information sur la contraception chez les adolescents. L'auto-questionnaire nous a semblé être le meilleur moyen de récolter les données et le cabinet médical, l'endroit le plus adapté (notamment pour interroger des adolescents indépendamment du fait qu'ils soient scolarisés ou non).

Nous n'avons pas souhaité axer notre étude sur une évaluation du niveau de connaissances supposé et réel des méthodes contraceptives, sujet déjà largement étudié dans la littérature.

De plus, peu d'études s'orientent sur les souhaits des adolescents concernant les modalités d'information en matière de contraception. Nous avons donc axé une partie de ce travail sur ce thème (modalités pratiques, intervenants ...). Notre réflexion était basée sur le fait que si les adolescents étaient dans de bonnes conditions pour recevoir l'information en matière de contraception, l'apprentissage en serait d'autant plus important.

Nous avons également souhaité aborder un sujet peu décrit dans les études : la communication autour de la contraception au sein d'un « couple » d'adolescents. Ainsi la seconde partie du questionnaire était dédiée aux adolescents ayant une vie sexuelle et permettait de savoir s'ils discutaient de contraception avec leur partenaire et leur investissement personnel sur le sujet (participation au choix, à l'achat du mode de contraception, aux consultations de suivi ...).

IV.1.2. Points faibles de l'étude

C'était une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive donc aucun lien causal ne peut être établi. En revanche, pour certaines questions, des liens statistiques ont été retrouvés.

Le caractère intime du sujet peut expliquer en partie le taux de réponse de 22%. D'autres éléments de réponse de cette faible participation peuvent être dépendants des médecins généralistes à qui ont été adressés les questionnaires. En effet, ceux-ci pouvaient ne pas avoir beaucoup d'adolescents dans leur patientèle, ils pouvaient ne pas avoir le temps de distribuer le questionnaire ou de le faire remplir aux adolescents.

De plus, le nombre de garçons reste limité dans notre étude (27%). Ils ont pu ne pas se sentir concernés par ce questionnaire sur la contraception et ce d'autant plus si le questionnaire était laissé en libre accès dans la salle d'attente de leur médecin généraliste (phénomène décrit dans d'autres thèses) [4].

Le manque d'effectif a limité l'analyse en sous-groupe et le manque de puissance peut expliquer qu'une partie des résultats ne soit pas significative. Une autre explication possible est la multiplicité des réponses possibles pour certaines questions qualitatives.

Un biais de sélection peut résider dans le choix des critères d'inclusion. En effet, uniquement les adolescents de 15 à 18 ans ont été interrogés ; or, l'âge du premier rapport est de plus en plus précoce et il aurait été probablement judicieux d'interroger également des adolescents plus jeunes.

La longueur du questionnaire a pu décourager certains adolescents comme le fait de répondre au questionnaire en présence de leur parent pour certains. Certaines réponses n'ont pas été anticipées pour des questions quantitatives fermées ; cependant, les adolescents ont alors annoté le questionnaire en créant la catégorie « oubliée ».

Beaucoup d'adolescents n'ont pas compris la question 7 et la notion de « sources » d'information en matière de contraception. Nous n'avons pas souhaité donner d'exemple pour ne pas influencer les réponses des adolescents. Ils ont répondu en énonçant les moyens de contraception qu'ils connaissaient ; ceci peut induire un biais de remplissage des questionnaires.

IV.2. Discussion sur la population

Il est probable que les adolescents qui ont répondu à ce questionnaire se sentent plus concernés par la contraception que ceux qui ne l'ont pas fait. Cela peut représenter un biais de sélection.

De même, l'effectif plus important de filles (73%) ayant répondu au questionnaire peut également constituer un biais de sélection car la population générale des 15-18 ans est relativement équilibrée concernant le genre selon le dernier rapport de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) [25].

Toutefois, il existait une bonne représentativité de l'échantillon de l'étude par rapport à la notion de scolarisation. En effet, 92% étaient scolarisés dans notre étude ; ce qui est sensiblement le même taux d'après les études de l'INSEE [26]. La répartition des adolescents selon les filières (générale, technologique et professionnelle) différait légèrement de celle de la population générale avec une sous-représentation de la filière professionnelle (30% selon le ministère de l'éducation contre 23% dans notre étude).

De plus, il existait une répartition presque équivalente des quatre classes d'âge de l'étude (15, 16, 17 et 18 ans).

Enfin, un peu plus de la moitié des adolescents ont répondu à la dernière partie du questionnaire qui évoque leur vie sexuelle. Cela correspond aux conclusions de l'INED concernant l'âge du premier rapport en France qui est d'environ 17 ans et celui de plusieurs thèses comme celle de A. BAUDRIER [11,27].

IV.3. Discussion des résultats (validité externe)

IV.3.1. Résultats principaux

L'**objectif principal** de cette étude était d'évaluer les connaissances des adolescents sur la contraception. Cela a pu être réalisé selon les différents axes suivants.

Concernant l'**estimation individuelle du niveau de connaissance supposée** en matière de contraception, une majorité d'adolescents a répondu se sentir suffisamment informés (68%) avec une nette proportion de filles. On retrouve cette tendance dans plusieurs thèses : celle de M.-C. LEGROS de 2013 et celle de A. BAUDRIER de 2015 (où 85% des adolescentes estiment être suffisamment informées) [23,27]. De plus, selon un rapport du Haut conseil de la population et de la famille de 2006, il existe une différence entre le sentiment d'être informé et le niveau réel d'information. Ainsi, de nombreuses fausses croyances, comme l'impossibilité d'être enceinte lors des premiers rapports ou lors d'un rapport pendant les règles persistent chez les adolescents [3,23].

Les **sources d'information** les plus fréquentes en matière de contraception sont dans l'ordre la famille, l'école, les médias, le médecin, les amis, l'infirmière, les supports papiers, le planning familial et enfin le ou la partenaire.

Cela diffère de la thèse de A. BAUDRIER de 2015 où l'ordre des sources est le lycée, les parents, les amis, l'infirmière scolaire, le médecin et les médias. La population étudiée concerne bien la même classe d'âge que la nôtre mais l'étude porte uniquement sur des adolescentes et a été menée dans les établissements scolaires. Il est à noter qu'uniquement 54% des adolescentes ont discuté de contraception avec leur médecin traitant et ce, à leur initiative, dans la plupart des cas [27].

La thèse de M.-C. LEGROS fait également état que les adolescents interrogés ont comme source d'information première l'enseignement scolaire au lycée. Cela étant dit les adolescents ont été interrogés en milieu scolaire [23].

Il existe également des différences avec la thèse de D. CADIERGUES de 2015 qui retrouve comme sources d'informations prépondérantes : les médias, le médecin et la partenaire. La population n'est pas la même que pour notre étude (hommes de 15 à 55 ans) [4]. Ainsi, avec l'âge, les hommes se tourneraient-ils plus vers leur partenaire pour parler de contraception ?

On peut également noter que les sources d'information diffèrent en fonction du sexe dans notre étude.

En effet, les filles se réfèrent plus aux professionnels du milieu médical (médecin notamment et infirmière dans une moindre mesure) et dans des proportions moins importantes à leur famille. On peut s'interroger sur la fiabilité de l'information dispensée au sein de leur famille même si l'accès semble plus aisé que pour d'autres ressources. Pour les garçons, l'école et la famille sont les sources les plus prépondérantes. En revanche, pour les deux genres, les médias occupent une place importante dans les possibles sources d'information. On peut se demander quels sont leurs sites internet de référence par exemple et si l'information dispensée est fiable, elle aussi.

Concernant les **cours sur la contraception**, 90% des adolescents en ont déjà eu pour la première fois, dès la classe de 4^{ème} ou de 3^{ème}. Nous entendons par « cours sur la contraception » la réalisation des cours d'éducation sexuelle rendue obligatoire depuis la loi de 2001 (trois séances d'éducation sexuelle doivent être dispensées par an) [22,24,27]. Toutefois, de nombreuses études font état d'une application disparate de cette mesure pour des raisons variées (manque de moyens financiers, manque de moyens humains, ...) et bien souvent les adolescents ne bénéficient pas des trois séances annuelles prévues. De plus, ces séances sont abordées par le professeur des Sciences de la vie et de la terre (SVT) qui n'est peut-être pas l'interlocuteur le plus approprié dans cette situation. Certes, il est nécessaire que les adolescents aient les bases anatomiques et physiologiques pour appréhender la sexualité du corps humain mais ce sujet intime est difficilement abordable avec un professeur qui souhaite maintenir une relation plus distante avec ses élèves.

Concernant les **modes de contraception connus** par les adolescents, la pilule, le préservatif et le DIU arrivent en tête dans cet ordre comme le relatent de nombreuses études [4,23,24,27]. De plus, sans surprise également, une proportion plus importante de filles cite l'implant, le patch et le DIU.

Par ailleurs, le préservatif, la pilule et l'association des deux sont cités comme **moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace**. Une proportion importante de filles cite également l'implant. Les garçons évoquent majoritairement le préservatif à cette question comme le rapporte plusieurs études [4,22,24,27]. Il serait intéressant de savoir si c'est vraiment le cas pour l'effet contraceptif ou s'ils associent la contraception avec la notion de protection aux IST qui est une notion martelée chez les adolescents garçons.

Il est à noter qu'aucun adolescent fille ou garçon n'a mentionné de méthodes définitives comme la vasectomie ni la ligature des trompes.

Concernant le **souhait des adolescents en matière d'information** sur la contraception, ceux-ci sont unanimes quant à la méthode : ils souhaitent majoritairement une discussion orale avec l'intervenant. Nous avons supposé que ce serait le mode le plus choisi suite à nos recherches bibliographiques et nous avons donc axé notre questionnaire en ce sens.

Concernant le **lieu**, les adolescents préfèrent être informés à l'école et chez leur médecin et dans une moindre mesure à la maison. Très peu d'adolescents évoquent le planning familial.

Il existe une différence de préférence entre filles et garçons. En effet, les filles évoquent le cabinet médical et l'école de façon quasi équivalente puis vient la maison. Plusieurs études font état qu'elles souhaitent d'ailleurs bénéficier d'une consultation dédiée à la contraception [27]. Les garçons, quant à eux, citent majoritairement l'école puis le cabinet médical et enfin la maison. Aucun ne cite le planning familial. Là aussi, il serait intéressant de savoir pourquoi les garçons ne citent pas le planning familial ; pensent-ils que ce lieu est uniquement dédié aux filles, connaissent-ils cet endroit et ses fonctions ? A l'âge adulte, les hommes ne connaissent pas non plus les plannings familiaux d'après la thèse de C. DOIN [22].

Les adolescents sont partagés sur la question concernant les **modalités** de dispensation d'information lors d'une discussion avec intervenant. En effet, les filles souhaitent être informées individuellement pour la moitié d'entre elles puis en groupe mixte et enfin en groupes séparés de garçons et de filles. En revanche, pour les garçons, ils souhaitent très majoritairement être informés en groupes mixtes puis de façon moindre en groupes séparés ou individuellement.

Cette différence se retrouve dans le choix des **intervenants**. En effet, les filles citent très majoritairement le médecin puis l'infirmière puis les parents ; alors que les garçons se réfèrent majoritairement au médecin, puis à l'infirmière et au professeur dans des proportions relativement équivalentes.

En définitive, les filles préféreraient être informées à l'école et au cabinet médical par une discussion orale individuelle avec le médecin et/ou l'infirmière scolaire. Les garçons, quant à eux, préféreraient être informés à l'école par une discussion orale en groupe mixte avec le médecin, l'infirmière et les professeurs.

On peut déplorer que les études en matière de contraception ne s'attachent pas à savoir où les adolescents cherchent l'information en matière de contraception mais font plutôt un bilan des méthodes utilisées. Il serait intéressant de savoir si cette tendance se vérifie sur des études avec un effectif plus important, ce qui nous permettrait d'envisager des modes différents d'information en fonction du sexe pour être le plus efficace possible par rapport aux messages de prévention souhaités.

La suite des résultats du questionnaire concernait les **adolescents ayant une vie sexuelle**.

Il existait une différence statistiquement significative entre les réponses des garçons et des filles concernant le fait de **discuter de contraception avec son partenaire**. Ainsi, les filles répondaient majoritairement discuter de contraception avec les garçons et ceux-ci dans une proportion nettement moindre. Ces résultats quantitatifs sont difficilement interprétables mais on pourrait se demander pourquoi il existe un tel écart. Cela reflète-t-il le manque d'intérêt des garçons pour le sujet ? Les filles surestiment-elles le fait d'en parler à leur partenaire ? Et si oui, pourquoi ? Est-ce une façon de légitimer leur choix de contraception auprès de leur partenaire ?

D'ailleurs, concernant **le choix du moyen de contraception**, il existait une différence non statistiquement significative entre les réponses des filles et des garçons. Ainsi, une fille sur deux déclarait avoir fait participer son partenaire à son mode de contraception tandis qu'un garçon sur quatre disait avoir participé à ce choix. Là aussi, une étude qualitative serait intéressante pour corroborer et explorer cette différence de résultats et y apporter une interprétation.

Concernant la suite des questions, il existait une similitude de réponses des garçons et des filles. Les adolescents garçons étaient majoritairement informés de la contraception des adolescentes filles et s'en sentaient concernés. Cependant, ils participaient rarement à l'achat du mode de contraception et aux consultations de suivi (ce qui n'était pas un souhait des adolescentes filles).

En revanche, nous ne nous attendions pas à ce qu'il y ait un consensus entre filles et garçons concernant l'existence d'une **contraception masculine**, type pilule masculine.

En effet, plus de la moitié d'entre eux serait intéressée par l'existence de ce mode de contraception. Nous nous attendions à des réponses plus consensuelles. Pourquoi les filles sont-elles réticentes au développement d'une contraception masculine ? Quels sont les freins à l'avènement de ce type de contraception ? Est-ce dû à un manque de confiance envers leur partenaire et au fait que les conséquences d'une mauvaise observance entraîneraient une grossesse qu'elles devraient assumer physiquement et non leur partenaire ? Une contraception masculine symboliserait, peut-être, le fait d'être dépossédé de son droit à contrôler son corps pour les adolescentes ? On retrouve également cette tendance de résultats dans la thèse de C. DOIN [22].

IV.3.2. Implication des garçons en matière de contraception

L'implication des garçons en matière de contraception était l'objectif secondaire de cette étude.

Il apparaît que les garçons se sentent moins informés que les filles sur la contraception. Les connaissances des différents modes de contraception possibles se limitent pour beaucoup d'entre eux au préservatif et à la pilule majoritairement (et dans un degré moindre au DIU). Ce sont d'ailleurs ces deux modes de contraception qui leur semblent le plus efficaces. Cette méconnaissance des moyens de contraception possibles et de leurs utilisations sont des notions que l'on retrouve dans de nombreuses études [4,22-24].

Il apparaît également que l'environnement de l'école est important pour eux, plus que pour les adolescentes. En effet, ils évoquent à la fois cette proposition dans le lieu et les intervenants souhaités (infirmière scolaire et professeur).

Une fois adulte, les hommes citent volontiers l'école comme lieu d'information comme le démontrent plusieurs études [22]. N'ont-ils pas d'autres lieux d'information à l'âge adulte ? Par quels moyens peuvent-ils donc parfaire leurs connaissances sur la contraception une fois qu'ils ont terminé leur cursus scolaire ?

Le cabinet médical apparaît comme le second lieu d'information possible pour eux mais dans une proportion nettement moins importante que l'école. Préfèrent-ils l'anonymat d'un groupe dans une salle de classe à une discussion individuelle avec un intervenant ?

Ils préfèrent donc discuter de contraception dans le cadre scolaire majoritairement, en groupe mixte, avec comme intervenant des médecins, des professeurs et/ou des infirmières scolaires. Ils évoquent également comme sources annexes d'information leur famille et les médias.

La moitié des adolescents garçons ayant répondu au questionnaire évoquait l'existence d'une activité sexuelle.

Il apparaît ainsi dans leurs réponses qu'une majorité connaît le mode de contraception de leur partenaire (qui est probablement la pilule). Ils affirment avoir participé pour trois quarts d'entre eux au choix de ce mode de contraception. Ceux n'y ayant pas participé préfèrent ne pas donner leur avis sur la question. Ils sont 81% à se sentir concernés par le choix du mode de contraception de leur partenaire.

Seulement un tiers d'entre eux participe à l'achat de ce mode de contraception. Près des deux tiers d'entre eux affirment faire penser à la prise de la pilule à leur partenaire. Deux tiers également des garçons disent discuter de contraception avec leur partenaire mais très peu les accompagnent à leurs consultations médicales de suivi.

Enfin, ils sont deux tiers à souhaiter prendre une contraception masculine si cela existait. On retrouve d'ailleurs dans la thèse de C. DOIN, la notion que la contraception masculine la plus adaptée selon les hommes eux-mêmes devrait être naturelle, efficace, réversible, peu coûteuse, facile d'utilisation et ayant une activité préventive concernant les IST [22].

Les adolescents garçons se sentent impliqués dans la contraception mais n'ont, à l'évidence, pas les ressources (interlocuteurs et supports) nécessaires pour pouvoir mettre en pratique leurs bonnes intentions [24].

Conclusion

Il existe un paradoxe français : le nombre d'IVG stagne depuis plus de dix ans malgré un taux important d'utilisation des moyens de contraception. Il apparaît donc intéressant de se pencher sur les connaissances et les sources d'information en matière de contraception chez les adolescents. De nombreuses études ont été réalisées chez les adolescentes mais il existe peu de données concernant les garçons. Ce travail a permis d'avoir quelques premiers éléments sur le sujet.

Il apparaît nécessaire que l'accès à une information fiable sur la contraception à une période charnière de la vie qu'est l'adolescence soit primordial. Cette information préventive sur la contraception donnée de manière équivalente aux garçons et aux filles permettrait de mieux les renseigner et les responsabiliser. En revanche, les modalités d'accès, en matière d'information contraceptive, semblent en inadéquation, d'après les résultats de notre étude, avec les souhaits des adolescents. Il serait donc intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure pour étayer ces premiers résultats.

De plus, la mise en place effective des trois séances annuelles d'éducation sexuelle prévues par la législation semble être une mesure incontournable pour mener à bien l'information contraceptive. Pour cela, la présence d'un personnel formé (ou de consultants extérieurs) et de moyens matériels adaptés paraissent indispensables. On pourrait même se demander s'il ne faudrait pas évoquer, de manière adaptée à l'âge bien, la sexualité plus tôt dans le cursus scolaire (par exemple à l'école primaire comme dans d'autres pays européens).

Il serait donc pertinent de réaliser une enquête de plus grande envergure chez les adolescents garçons sur leurs connaissances et sources d'information en matière de contraception. Ainsi, en ciblant mieux les lacunes et les attentes des garçons, pourrions-nous améliorer les connaissances globales au sein d'un « couple » d'adolescents afin de limiter le recours à une IVG ?

Références bibliographiques

- [1] « Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels », *Ined - Institut national d'études démographiques*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>. [Consulté le 25-nov-2018].
- [2] A. Vilain, « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », *Ministère des Solidarités et de la Santé*. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [3] I. Nisand et L. Toulemon, « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineurs ». *La Documentation française*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000104/index.shtml>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [4] D. Cadiergues, « La connaissance des hommes sur la contraception : étude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans », Thèse d'exercice : Médecine, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2015. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [5] N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, et C. Moreau, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Ined - Institut national d'études démographiques*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [6] N. Bajos, M. Rouzaud-Cornabas, H. Panjo, A. Bohet, et C. Moreau, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Ined - Institut national d'études démographiques*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [7] « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandation de bonne pratique », *Haute Autorité de santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272385/fr/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [8] D. Rahib, M. Le Guen, et N. Lydie, « Baromètre Santé 2016 / Contraception », *Santé Publique France*. [En ligne]. Disponible sur : inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [9] « La contraception dans le monde (2011) », *Ined - Institut national d'études démographiques*, Août-2014. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [10] « Je m'informe sur l'IVG ». [En ligne]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/je-m-informe-sur-l-ivg.html>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [11] « L'âge au premier rapport sexuel », *Ined - Institut national d'études démographiques*, oct-2014. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [12] « Prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans) », *Banque mondiale (données)*. [En ligne]. Disponible sur :

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.CONU.ZS?view=chart>.
[Consulté le : 11-janv-2019].

- [13] « Planification familiale/Contraception », *Organisation mondiale de la santé*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. [Consulté le : 11-janv-2019].
- [14] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et Population Division, « Trends in contraceptive use worldwide, 2015. », *United Nations*, 2015. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>. [Consulté le : 18-janv-2019].
- [15] WHO, « World Contraceptive Patterns 2013 », *www.unpopulation.org*, oct-2013. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>. [Consulté le : 25-nov-2018].
- [16] A. B. Berenson, A. Tan, J. M. Hirth, et G. S. Wilkinson, « Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers », *Obstet. Gynecol.*, vol. 121, n° 5, p. 951-958, mai 2013. [Consulté le : 5-dec-2018].
- [17] « Contraception Atlas 2019 », *ContraceptionInfo*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>. [Consulté le : 16-mars-2019].
- [18] C. D'Arcangues, « The situation of contraception worldwide : major challenges », *Médecine Reprod.*, sept. 2009. [Consulté le : 07-dec-2018].
- [19] A. Guillaume et C. Rossier, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, vol. 73, n° 2, p. 225, 2018. [Consulté le : 11-janv-2019].
- [20] « L'avortement dans le monde en 2017 », *Guttmacher Institute*, 09-mars-2018. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.guttmacher.org/fr/report/avortement-dans-le-monde-en-2017-resume>. [Consulté le : 11-janv-2019].
- [21] « L'avortement dans le monde », *Ined - Institut national d'études démographiques*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-avortement-dans-le-monde/>. [Consulté le : 11-janv-2019].
- [22] C. Doin, « Quels sont les freins des hommes à l'avancement de la contraception masculine ? », Thèse d'exercice : Médecine, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2017. [Consulté le : 05-fev-2019].
- [23] M.-C. Legros, « Évaluation de la connaissance de la contraception dans un échantillon d'adolescents scolarisés de 15 à 17 ans, à la Réunion, d'août à octobre 2013 et rôle du médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances : impact sur le taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures : enquête réalisée auprès de 457 lycéens de l'académie de la Réunion », Thèse d'exercice : Médecine, Université de Bordeaux, 2014. [Consulté le : 01-juill-2019].
- [24] A. Lantheaume, « Evaluation des pratiques et connaissances des adolescents, en matière de contraceptions et de leurs modalités d'accès », Thèse d'exercice : Médecine, Université Claude Bernard, Lyon, 2017. [Consulté le : 26-mai-2019].
- [25] « Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2019, France – Bilan démographique 2018 », *Insee*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>. [Consulté le : 04-mai-2019].
- [26] « Taux de scolarisation par âge en 2016 », *Insee*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383587>. [Consulté le : 06-avr-2019].

[27]A. Baudrier, « Etude descriptive sur le ressenti des lycéennes concernant l'information sur la contraception et la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur : une étude un an après la mise en place du Pass contraception en Limousin », Thèse d'exercice : Médecine, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2015. [Consulté le : 19-mai-2019].

Annexes

Annexe 1. Fiche Mémo HAS « Contraception chez l'adolescente » Juillet 2013, Mise à jour en mars 2018.....	85
Annexe 2. Conditions légales du recours à l'avortement dans 193 pays du monde	89
Annexe 3. Lettre aux médecins généralistes.....	91
Annexe 4. Questionnaire	92

Annexe 1. Fiche Mémo HAS « Contraception chez l'adolescente » Juillet 2013, Mise à jour en mars 2018



Fiche Mémo Contraception chez l'adolescente

Juillet 2013
Mise à jour mars 2018

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité et gratuitement

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de consultation uniquement avec elle.
- L'adolescente doit être informée de la confidentialité de l'entretien, mais également de la gratuité de la consultation, de la méthode contraceptive et des actes liés à la contraception.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est également possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins

- Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes...
- Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.
- Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.
- Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.
- Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.
- Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

- L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, **tension artérielle**, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1^{re} consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1^{er} entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles :
 - l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation ;
 - contenu de l'information : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (notamment sur l'acné et les règles), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement...

L'information à délivrer (suite)

- Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :
 - la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
 - l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
 - le retour de la fertilité : est en général immédiat **sauf après injection de progestatif** où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
 - l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.
- Informer sur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.
- Contraception d'urgence : informer sur :
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
 - la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.
- Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

- Les estroprogestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine...).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération³ et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Le prescripteur doit fournir des informations aux adolescentes et s'assurer de leur bonne compréhension concernant :
 - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
 - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter) ;
 - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsifs, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat) ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>.

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

- Les progestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
 - **pilule microprogestative** : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
 - **implant à l'étonogestrel** - méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
 - **les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois)** : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsifs, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat) ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.
- Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

- Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares **ou nullipares/nulligestes**).
- Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
 - leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
 - l'impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
 - la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.
- Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.
- Le DIU au LNG est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu'elles acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
- Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

- Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes.
- Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée avec les adolescents.

Méthodes barrières (suite)

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹⁰ ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.



→ Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

- efficacité contraceptive du diaphragme / de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »)
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida.**
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, par le praticien (médecin ou sage-femme) après examen gynécologique et l'apprentissage se font en consultation.
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

10. Voir documents de l'Inpes :

- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf>.
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf>.

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)



→ Méthodes peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »).

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)



→ Non autorisées par la loi chez les mineures¹¹.

11. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP).



Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association fil-santé jeunes : www.filsantejeunes.com
- Association française pour la contraception : www.contraceptions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : www.ivg.social-sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr – rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org



Annexe 2. Conditions légales du recours à l'avortement dans 193 pays du monde

Tableau A.1. Conditions légales du recours à l'avortement dans 193 pays du monde

Conditions légales de l'avortement	Afrique 53 pays	Asie 48 pays	Amérique latine 34 pays	Europe, Amérique du Nord, Australie 58 pays
Totalement interdit	9 pays : Comores ⁽¹⁾ , Congo, Djibouti ⁽¹⁾ , Gabon, Gambie ⁽³⁾ , Guinée-Bissau ⁽³⁾ , Madagascar ⁽¹⁾ , Mauritanie, Sénégal ⁽³⁾	1 pays : Philippines	6 pays : Salvador, Haïti, Honduras, Nicaragua, République Dominicaine, Suriname	5 pays : Andorre, Vatican, Malte, Saint-Marin, Palaos
Pour sauver la vie de la femme	11 pays : Centrafrique (VI, MF), Côte d'Ivoire (Rép. Dem. du Congo, Guinée (VI, MF), Libye, Malawi, Mali (VI), Ouganda, Somalie, Sud-Soudan, Soudan (V)	15 pays : Afghanistan, Bangladesh, Bahreïn, Brunei, Émirat Arabes Unis (M), Indonésie (V, MF), Iran (MF), Liban, Maldives*, Myanmar, Oman, Pakistan, Sri Lanka, Syrie, Yémen	13 pays : Antigua et Barbuda*, Bahamas*, Brésil (V, MF), Chili (V, MF) ⁽⁶⁾ , Dominique*, Grenade*, Guatemala, Jamaïque*, Panama (V, MF), Paraguay, Saint Kits et Nevis*, Trinidad et Tobago*, Venezuela	7 pays : Irlande, Île de Cook, Île Salomon, Kiribati, Nauru, Papouasie Nouvelle-Guinée, Tuvalu
Pour sauver la vie de la femme et protéger sa santé physique ou mentale	27 pays : Algérie, Bénin (VI, MF), Botswana (VI, MF), Burkina Faso (VI, MF), Burundi, Cameroun (V) ⁽¹⁾ , Égypte, Érythrée (VI) ⁽²⁾ , Éthiopie (VI, MF, H), Ghana (VI, MF), Guinée Équatoriale*, Île Maurice (V, MF), Kenya, Lesotho (VI, MF) ⁽²⁾ , Liberia (VI, MF) ⁽²⁾ , Maroc, Namibie (VI, MF), Niger (MF), Nigeria*, Tanzanie (V, MF), Tchad (MF), Rwanda (VI, MF), Seychelles (VI, MF, H), Sierra Leone, Swaziland (VI, MF), Togo (VI, MF), Zambie (V, MF), Zimbabwe (VI, MF)	13 pays : Arabie Saoudite, Bhoutan (VI, MF, H), Chypre (V, MF), (République de) Corée (VI, MF, H) ⁽²⁾ , Hong Kong (VI, MF), Irak (MF) ⁽²⁾ , Israël (VI, MF), Jordanie, Koweït (MF), Malaisie, Qatar (MF), Thaïlande (V, MF), Timor (MF)	8 pays : Argentine (V), Barbade (MF), Belize (MF), Bolivie (VI, MF), Colombie (VI, MF), Costa Rica, Pérou, Sainte Lucie (VI)	10 pays : Belgique (MF), Liechtenstein, Monaco (V, MF), Pays-Bas (MF), Pologne (VI-MF), Royaume-Uni (MF), Fidji (VI-MF), Nouvelle-Zélande (I, MF, H), Samoa, Vanuatu*
Raisons précédentes + raisons économiques ou sociales		2 pays : Inde (MF, H), Japon (V)	2 pays : Équateur (V), Saint Vincent et Grenadines (VI, MF)*	4 pays : Finlande (VI, MF), Hongrie (VI, MF), Islande (VI, MF), Italie (I, MF)

Tableau A.1 (suite). Conditions légales du recours à l'avortement dans 193 pays du monde

Conditions légales de l'avortement	Afrique 53 pays	Asie 48 pays	Amérique latine 34 pays	Europe, Amérique du Nord, Australie 58 pays
Uniquement en cas de viol		1 pays : Laos	1 pays : Mexico ⁽⁴⁾	
A la demande	6 pays : Afrique du Sud, Angola, Cap Vert, Mozambique, São Tomé et Príncipe, Tunisie	16 pays : Arménie, Azerbaïdjan, Cambodge, Chine, (République Démocratique de) Corée*, Géorgie, Kazakhstan, Kirgizstan, Mongolie, Népal, Singapour, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ouzbékistan, Vietnam	4 pays : Cuba, Guyana, Porto Rico, Uruguay	32 pays : Albanie, Allemagne, Autriche, Bosnie-Herzégovine, Biélorussie, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, République de Moldavie, Monténégro, Norvège, Portugal, Roumanie, (Fédération de) Russie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République tchèque, Ukraine, Canada*, États-Unis d'Amérique, Australie ⁽⁵⁾ ,

Note : Autorisé en cas de viol (V), d'inceste (I), de malformation du fœtus (MF), ou pour les femmes qui ont un handicap mental (H).

Sources : Global Abortion Policies –2017 pour la majorité des pays et pour les pays marqués * : Center for Reproductive Rights (CRR), <http://worldabortionlaws.com/map/>

(1) Sont considéré comme interdit, mais avec des exceptions :

- au Cameroun autorisé par le Code pénal si « justifié par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé (classifié pour préserver la vie uniquement) ».
- aux Comores, l'interruption de grossesse pourra être pratiquée pour des motifs médicaux très graves constatés par écrit par deux médecins au moins.
- à Djibouti : n'est pas constitutive de l'avortement l'interruption de grossesse pratiquée par un médecin pour un motif thérapeutique, conformément à la loi sur la santé publique.
- en République démocratique du Congo : l'avortement est interdit par le Code pénal. Dans des cas exceptionnels, lorsque la vie de la mère est gravement menacée et que l'avortement thérapeutique paraît le seul moyen de la sauver, la légitimité de cette intervention reste en discussion.
- à Madagascar : il appartient à l'État de mettre en place des services sanitaires spéciaux, de qualité et accessibles aux femmes qui présentent des complications liées à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum, à la période post-natale ainsi qu'à l'avortement.

(2) la notion de vie n'est pas mentionnée, seulement celle de santé.

(3) dans ces pays, le Code d'éthique et de pratique harmonisées de CEDEAO (2013) qui définit les obligations générales des praticiens peut s'appliquer (mais il ne correspond pas à un document officiel du gouvernement). Il stipule que « l'interruption volontaire de la grossesse ne peut être pratiquée sauf disposition contraire prévue par la loi ». Toutefois, dans la section V qui traite des obligations des praticiens envers les patients, le Code énonce à l'article 141 « Un avortement thérapeutique peut être effectué si l'intervention est le seul moyen de sauver la vie de la mère ».

(4) Au Mexique, la loi est définie pour chaque État : il est légalisé dans tous les États uniquement en cas de viol. Il est autorisé sans restriction dans la ville de Mexico.

(5) Australie : pays fédéral, chaque État a sa propre législation, l'avortement est autorisé dans la majorité à la demande.

(6) Au Chili la loi autorise l'avortement pour les trois causes : vie, viol et malformation du fœtus a été votée en août 2017.

Annexe 3. Lettre aux médecins généralistes

Bonjour,

Actuellement médecin généraliste remplaçante, je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine, une étude concernant les connaissances et sources d'informations sur la contraception des adolescents en Limousin. Ce travail est réalisé sous la direction du Docteur PAUTOUT-GUILLAUME à Saint-Just-le-Martel.

Ce questionnaire s'adresse à tous les adolescents, filles et garçons, de 15 ans (âge de la majorité sexuelle) à 18 ans. Il a été approuvé par le comité d'éthique du CHU de Limoges.

Cette étude permettra de réaliser dans un premier temps un état des lieux de leurs connaissances (notamment chez les garçons, population peu étudiée sur ce sujet).

Ce travail repose sur l'hypothèse que si les adolescents étaient mieux informés et impliqués, il y aurait une meilleure efficacité contraceptive. Quelles stratégies se dégagent donc pour leur apporter une information éclairée dans ce choix ? Quelles sont leurs attentes concernant cette information sur la contraception ?

La seconde partie du questionnaire porte davantage sur la vision féminine et masculine de la contraception au sein d'une relation entre adolescents.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à faire remplir ce rapide questionnaire strictement anonyme aux adolescents de votre patientèle.

Merci pour votre collaboration !

Vous trouverez ci-joint des enveloppes affranchies pour le retour des questionnaires.

Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires à l'adresse mail suivante : emilie.fananas@gmail.com.

Bien confraternellement,

Emilie FANANAS

Annexe 4. Questionnaire

Questionnaire : Connaissances et sources d'informations sur la contraception chez les adolescents en Limousin

Bonjour,

Actuellement médecin généraliste remplaçante, je prépare ma thèse d'exercice sur la contraception chez les adolescents. Je vous remercie de répondre au questionnaire suivant.

Il est bien évidemment anonyme et ne servira qu'à l'élaboration de ma thèse.

Ma directrice de thèse est le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME à Saint-Just-le-Martel.

Merci de votre participation !

Emilie FANANAS

A propos de vous :

- 1- Vous êtes : une fille un garçon
- 2- Quel âge avez-vous ? 15 ans 16 ans 17 ans 18 ans
- 3- Etes-vous ? actif en recherche d'emploi scolarisé
- 4- Si vous êtes scolarisé, en quelle classe êtes-vous ?
 4^{ème} 3^{ème} 2^{nde} 1^{ère} Terminale
- 5- Si vous êtes au lycée, en quelle filière êtes-vous ?
 Générale Technologique Professionnelle

Sources d'informations :

- 6- Estimez-vous être informé sur la contraception ?
 pas du tout insuffisamment suffisamment parfaitement
- 7- Quelles sont vos sources d'informations concernant la contraception ? Citez-les et classez-les de la plus importante en 1 à la moins importante (vous n'êtes évidemment pas obligé de tout remplir !)
1-..... 2-.....
3-..... 4-.....
5-..... 6-.....
7-..... 8-.....
9-..... 10-.....
- 8- A) Avez-vous eu des cours sur la contraception ou des séances d'éducation sexuelle ?
 Oui Non
B) Si oui, en quelle classe étiez-vous ?
 4^{ème} 3^{ème} 2^{nde} 1^{ère} Terminale
- 9- Citez les modes de contraception que vous connaissez.
-..... -..... -.....
-..... -..... -.....
-..... -..... -.....
- 10- D'après vous, quel est le moyen de contraception le plus fiable et le plus efficace ?
.....

- 11- Où souhaiteriez-vous être informé sur les différents modes de contraception ?
 au cabinet de votre médecin traitant au collège/ au lycée à la maison
 au planning familial autres :
- 12- A) Par quels moyens souhaiteriez-vous être informé ?
 Discussion orale avec intervenant par internet questions écrites anonymes avec réponse orale de l'intervenant autres :
- B) Si discussion orale avec intervenant, avec quelles modalités ?
 en groupe mixte individuellement en groupe séparé de filles et de garçons
 autres :
- C) Par qui ?
 médecin infirmière professeur parents frères/sœurs amis
 autres :

Attention ! La suite du questionnaire concerne uniquement les adolescents ayant déjà une vie sexuelle ; merci de n'y répondre que si c'est le cas pour vous.

• Suite des questions pour les filles :

- 13- Avez-vous une contraception ? oui non
14- Avez-vous fait participer votre partenaire au choix de votre mode de contraception ? oui
 non
15- Est-il au courant du mode de contraception que vous prenez ? oui non
16- Y-a-t-il une aide financière de votre partenaire concernant la contraception ? oui non
17- Souhaiteriez-vous que votre partenaire se sente concerné par le choix de votre mode de contraception ? oui non
18- Discutez-vous de contraception avec votre partenaire ? oui non
19- A) Votre partenaire vous accompagne-t-il aux consultations médicales de suivi de contraception ? oui non
B) Souhaiteriez-vous qu'il le fasse ? oui non
20- Aimerez-vous que votre partenaire prenne une contraception (type pilule masculine si cela existait) ? oui non

• Suite des questions pour les garçons :

- 21- Connaissez-vous le type de contraception qu'utilise votre partenaire ? oui non
22- A) Vous a-t-elle demandé de participer au choix de la contraception ? oui non
B) Si non, auriez-vous aimé qu'elle le fasse ? oui non
23- Participez-vous à l'achat de la contraception de votre partenaire ? oui non
24- Vous sentez-vous concerné dans le choix du mode de contraception de votre partenaire ?
 oui non
25- Faites-vous penser à la prise de la pilule (si c'est le moyen de contraception) à votre partenaire ? oui non non concerné (la pilule n'est pas le moyen de contraception de la partenaire)
26- Discutez-vous de contraception avec votre partenaire ? oui non
27- Accompagnez-vous votre partenaire aux consultations médicales de suivi de contraception ?
 oui non
28- Aimerez-vous avoir une contraception masculine si cela existait ? oui non

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etude des connaissances et des sources d'information sur la contraception chez les adolescents en Limousin

OBJECTIF : L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances et des sources d'information sur la contraception chez les adolescents. L'objectif secondaire est d'évaluer l'implication des garçons en matière de contraception.

METHODE : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive multicentrique menée entre Août 2018 et Février 2019 dans des cabinets de médecine générale en Limousin concernant des adolescents filles et garçons entre 15 et 18 ans.

RESULTATS : Cent quatre questionnaires ont fait l'objet d'une analyse statistique. Soixante-seize questionnaires ont été remplis par des filles et 28 par des garçons (73% vs 27%). Les filles estiment être suffisamment informées sur la contraception par rapport aux garçons (71% vs 61%, $p=0,001$). Les sources prépondérantes d'informations des adolescents sont la famille, l'école, les médias et le médecin. Les filles se réfèrent plus au médecin que les garçons (ratio F/G=28). Les garçons connaissent peu de moyens de contraception par rapport aux filles (essentiellement pilule et préservatif). Les filles souhaitent être informées à l'école ou au cabinet médical par une discussion orale individuelle avec un médecin ou une infirmière alors que les garçons souhaitent être informés à l'école par une discussion en groupe mixte par le médecin, l'infirmière et les professeurs. Les filles affirment parler de contraception avec leur partenaire de façon plus importante que lorsque l'on pose la question aux garçons (93% vs 63%, $p=0,009$).

DISCUSSION : Il existe une méconnaissance des moyens de contraception possibles et de leurs utilisations chez les garçons. Les sources d'information diffèrent en fonction du genre ; l'environnement scolaire semble prépondérant pour les garçons et le cabinet médical pour les filles. Il semble donc important de s'adapter à leurs préférences pour être plus efficace en matière d'information contraceptive.

Mots-clés : contraception, connaissances, adolescents, sources information

Study of adolescent's knowledges and information sources about contraception in Limousin

INTRODUCTION : The main objective of this study is to review adolescent's knowledges and information sources about contraception. The secondary goal is to evaluate boy's involvement about contraception.

METHOD : It's a multi-centric cross-sectional descriptive observational study conducted between August 2018 and February 2019 in general medicine practices in Limousin about teenagers aged 15 to 18 years-old.

RESULTS : One hundred and four questionnaires have been analyzed. Seventy-six questionnaires have been completed by girls and 28 by boys (73% vs 27%). Girls feel better informed about contraception than boys (71% vs 61%, $p=0,001$). The main information sources of teenagers are family, school, media and doctors. Girls refer more to doctor than boys (ratio F/G=28). Boys know less contraception methods than girls (mainly pill and condom). Girls would like to be informed at school or in general medicine practice by an individual talk with a doctor or a nurse whereas boys would be informed at school along discussions in mixed group with a doctor, a nurse and a teacher. More girls assure talking about contraception with their partner than boys do (93% vs 63%, $p=0,009$).

DISCUSSION : Boys lack knowledge about contraception methods and their use. Information sources vary according to the gender : the main source for boys is school and medical practice for girls. It seems to be important to fit their needs in order to be efficient about contraception information.

Keywords : contraception, teenagers, contraceptive knowledge, contraceptive use

