

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Delphine LOQUIN

Née le 03 Janvier 1982 à Mont Saint Aignan

Présentée et soutenue publiquement le : 10 Février 2014

CONSULTATION « CONTRACEPTION » :
LES ATTENTES DES ADOLESCENTES
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE 14 ADOLESCENTES
VENANT CONSULTER AU CENTRE DE PLANIFICATION ET
D'EDUCATION FAMILIALE FLORA TRISTAN D'ANGERS

Président : Monsieur le Professeur SENTHILES Loïc

Directeur : Madame le Docteur TESSIER CAZENEUVE Christine

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. PROCACCIO
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie

URBAN Thierry
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Pneumologie
Neurologie
Radiologie et imagerie médicale
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude
ANNWEILER Cédric
AUGUSTO Jean-François
BEAUVILLAIN Céline
BELIZNA Cristina
BLANCHET Odile
BOURSIER Jérôme
BOUTON Céline
CAILLIEZ Éric
CAPITAIN Olivier
CASSEREAU Julien
CHEVAILLER Alain
CHEVALIER Sylvie
CONNAN Laurent
CRONIER Patrick
CUSTAUD Marc-Antoine
de CASABIANCA Catherine
DUCANCELLE Alexandra
DUCLUZEAU Pierre-Henri
FORTRAT Jacques-Olivier
GOHIER Bénédicte
GUARDIOLA Philippe
HINDRE François
JEANGUILLAUME Christian
JOUSSET-THULLIER Nathalie
KEMPF Marie
LACOEUILLE Franck
LERMITTE Emilie
LETOURNEL Franck
LOISEAU-MAINGOT Dominique
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène
MAY-PANLOUP Pascale

MESLIER Nicole
MOUILLIE Jean-Marc
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne
PELLIER Isabelle
PENCHAUD Anne-Laurence
PIHET Marc
PRUNIER Delphine

Biophysique et médecine nucléaire
Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
Néphrologie
Immunologie
Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
Hématologie ; transfusion
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Médecine générale
Médecine générale
Cancérologie ; radiothérapie
Neurologie
Immunologie
Biologie cellulaire
Médecine générale
Anatomie
Physiologie
Médecine générale
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Nutrition
Physiologie
Psychiatrie d'adultes
Hématologie ; Transfusion
Biophysique et médecine nucléaire
Biophysique et médecine nucléaire
Médecine légale et droit de la santé
Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
Biophysique et médecine nucléaire
Chirurgie Générale
Biologie cellulaire
Biochimie et biologie moléculaire
Biologie cellulaire
Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Physiologie
Philosophie
Anatomie
Radiologie et Imagerie médicale
Pédiatrie
Sociologie
Parasitologie et mycologie
Biochimie et biologie moléculaire

PUISSANT Hugues
ROUSSEAU Audrey
SAVAGNER Frédérique
SIMARD Gilles
TANGUY-SCHMIDT Aline
TURCANT Alain

Génétique
Anatomie et cytologie pathologiques
Biochimie et biologie moléculaire
Biochimie et biologie moléculaire
Hématologie ; transfusion
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur SENTHILES Loïc

Directeur de thèse :

Madame le Docteur TESSIER CAZENEUVE Christine

Membres du jury :

Madame le Docteur BARON Céline

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa

Madame le Docteur TESSIER CAZENEUVE Christine

Remerciements:

Au Président de thèse : Merci de présider mon jury de thèse, la gynécologie a toujours été une discipline qui m'a intéressée, et j'espère que le sujet de ma thèse vous a intéressé.

Aux membres du jury :

Au Professeur Céline Baron pour m'avoir orienté vers ma directrice de thèse, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Au docteur Catherine De Casabianca, merci de participer à mon jury.

Au docteur Vanessa Belloeil : merci de m'avoir permis de faire mon étude au sein du CPEF d'Angers. J'espère que mon travail satisfera vos attentes pour l'élaboration de nouveaux documents à destination des adolescentes.

A ma directrice de thèse : le Dr Christine Tessier Cazeneuve

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse vu les conditions. Merci d'avoir pu rendre possible ma venue au CPEF d'Angers. Merci de votre disponibilité, de votre réactivité, du temps que vous m'avez accordée, et de vos précieux conseils. Merci pour toutes les relectures et les corrections que vous avez faite.

A la doyenne de la faculté de médecine d'Angers : le Professeur Isabelle Richard avec qui on a essayé d'améliorer la vie des étudiants en médecine quand j'étais externe. Merci de m'avoir permis de passer ma thèse à Angers.

A ma famille : Pour leur soutien tout au long de mon cursus et surtout pendant mon internat. Merci d'avoir été toujours là pour me pousser à continuer, pour m'avoir convaincue d'aller jusqu'au bout quand j'avais envie de tout arrêter.

Merci à mon compagnon qui m'a soutenue pendant mon travail de thèse et qui trouvait toujours un bon mot pour me remettre à travailler.

Merci aussi aux autres membres de « mon autre famille » Bernard et Marie Hélène pour avoir été des super parents de substitution pendant mon externat.

Merci à Katelle et Jean Marie, pour m'avoir souvent hébergée et d'avoir toujours été là quand j'avais besoin d'un pilier solide dans ma vie.

A mes amis :

Merci à mon ancienne colocataire et amie Stéphanie avec qui j'ai traversé ces 3 années de galères Troyennes, Bragardes, Carolomacériennes et Rémoises. Merci d'avoir toujours été là pendant mes problèmes de santé d'ailleurs depuis on ne se quitte plus vu que tu m'as même rejoint à Rennes.

Merci à Anaïs pour toujours maintenir le groupe des trois entre Lyon, Reims et Rennes et même quand elle est à l'autre bout du monde.

Merci à tous les Mat(t) hieu de ma vie de la maternelle à aujourd'hui vous avez toujours été mes meilleurs amis.

À Fourchette pour ses histoires rocambolesques et son aptitude à trouver un bon resto ou que l'on soit ! Maintenant c'est toi qui es sur Angers et c'est bien d'y avoir un pied à terre.

Merci à Élodie pour nos vacances nos histoires rocambolesques, pour m'avoir fait rencontré mon amoureux et d'avoir corrigées mes fautes de français !

Merci à mes amis connus grâce à la vie associative au sein de la CoMA, de l'ANEMF, de la Fé2a, de l'ISNAR, d'Urbreizh et Réagjir .Depuis Angers en passant par le projet fou du dixième congrès des internes de médecine générale à Reims au Champagne ! C'est toujours motivant d'entreprendre de nouvelles choses pour l'amélioration de la médecine et surtout la médecine générale: notre passion.

Merci à toute l'équipe des « Clairières » pour m'avoir soutenue pendant mon mémoire, et ma thèse .C'est un peu grâce à vous que j'en suis là.

Enfin merci à tous ceux, que je n'ai pas cités mais qui se reconnaîtrons et surtout ne pensez pas que je ne pense pas à vous, vous êtes tous une petite partie de mon cœur et de mon énergie.

LISTE DES ABREVIATIONS

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

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

ONDPS : Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

DIU : Dispositif Intra Utérin

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

PLAN

- I) INTRODUCTION**
- II) METHODE**
- III) RESULTATS ET ANALYSES**
- IV) DISCUSSION**
- V) CONCLUSION**
- VI) BIBLIOGRAPHIE**
- VII) TABLE DES MATIERES**
- VIII) ANNEXES**

I) INTRODUCTION

La contraception des adolescentes reste une préoccupation de santé publique notamment à cause de la stagnation du nombre d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) chez les mineures en France [1]. Le nombre d'IVG chez les adolescentes reste stable autour de 12000/an [1], malgré les efforts des pouvoirs publics à travers les campagnes d'information de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) sur la contraception d'urgence en 2011, de « comment bien choisir sa contraception » en mai 2013 [2], ainsi que la loi sur la gratuité de la contraception chez les mineur(e)s [3] (mars 2013). D'un point de vue technique, l'arsenal contraceptif s'est considérablement enrichi au cours des dix dernières années. De nouvelles galéniques de contraception offrent une alternative à la contraception hormonale orale. Ces méthodes ont pour but principal d'améliorer l'observance, et donc l'efficacité des contraceptifs, mais l'étude de l'INPES de 2011 [4] montrent que les femmes n'utilisent pas forcément une contraception adaptée à leur mode de vie, et ne connaissent pas suffisamment la contraception d'urgence. De plus, le dernier baromètre santé de septembre 2012 [5] fait état du recul de l'utilisation de la pilule contraceptive chez les adolescentes. Pour la première fois depuis sa légalisation en 1967, la fréquence d'utilisation de la pilule diminue ; et cette baisse (-4,6 % entre 2000 et 2010) n'est pas complètement compensée par l'adoption de ces nouveaux modes de contraception (+2.8 % d'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives chez les 15-19 ans).

Les adolescentes, malgré la diminution du nombre de gynécologues médicaux (secondaire à la suppression du CES de gynécologie médicale en 1984 source ONDPS (Observatoire Nationale de la Démographie et de Promotion de la Santé) [6]), ont de nouveaux interlocuteurs. Depuis juillet 2011, les sages-femmes ont vu leur pouvoir de prescription étendu à la contraception [7]. La féminisation de la médecine notamment de la médecine générale peut également favoriser le dialogue et la prise en charge de ces jeunes femmes [8]. Dans ce contexte, les médecins généralistes en tant que médecins de famille et de premier recours [9] devraient être les premiers acteurs de cette éducation à la sexualité, de la prévention et de la prescription des premiers contraceptifs.

En terme de prévention, l'HAS (Haute Autorité de Santé) recommande l'utilisation du « double dutch » [10] c'est à dire l'association du préservatif (seul moyen fiable reconnu pour se protéger des Infections Sexuellement Transmissibles- I.S.T.-) et d'un moyen de contraception fiable (contraception hormonale : pilule, anneau, patch, implant, ou DIU- Dispositif Intra Utérin- hormonal ou mécanique : DIU au cuivre). Cependant les adolescents

continuent à utiliser la plupart du temps, le préservatif seul lors des premiers rapports (91.2% des 15-19 ans) [5].

Devant tous ces constats des questions se posent : Pourquoi les adolescentes ne consultent pas plus pour une première contraception ? Savent-elles vers qui se tourner ? Comment se préparent-elles à leur vie sexuelle ?

Les connaissances et la maîtrise de la contraception paraissent aussi complexes pour les jeunes filles que pour leurs aînées alors même que les sources d'informations fiables se multiplient, notamment sur internet avec des sites comme « choisirsacontraception.fr » ou « macontraception.ca ». De plus l'éducation sexuelle a été rendue obligatoire par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception [11] : elle stipule qu'en complément des cours de découverte du monde en primaire et de sciences et vie de la Terre dans le secondaire, une information et une éducation à la sexualité sont obligatoirement dispensées « dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène », (article L. 312-16 du code de l'éducation). Mais cette éducation est encore trop disparate comme le signale le rapport sur la contraception des mineurs par Madame la députée Bérengère Poletti en 2011 [12].

Et paradoxalement, les jeunes semblent privilégier comme source d'information leurs amies, les membres de leurs familles les forums sur internet [13] ; alors que l'on pourrait s'attendre à ce qu'elles se tournent vers leur médecin, qui, à priori, semble la personne la plus à même de leur fournir les explications fiables et adéquates. Pourquoi? Est-ce parce que les médecins, généralistes notamment, n'abordent pas d'eux-mêmes de façon « systématique » la sexualité et la contraception avec leurs jeunes patientes? Est-ce parce que la contraception et la sexualité restent des sujets tabous même au sein de la communauté médicale, plus particulièrement quand il s'agit de très jeunes personnes? Les médecins généralistes sont-ils partie prenante dans l'éducation des jeunes à la vie sexuelle? Jouent-ils leur rôle de prévention, et d'éducation? Ont-ils les moyens et les formations pour remplir leur rôle de santé publique?

En effet, la prévention des IST, la contraception et ses effets secondaires, l'IVG devraient faire partie intégrante de leur action auprès de la population qu'ils soignent comme le suggère une thèse sur « l'éducation à la santé lors de la prescription d'une première contraception par le médecin généraliste » par M. Pichon Escalbert. [14]

L'opinion des adolescentes, qui commencent leur vie sexuelle ou s'y préparent, vis-à-vis de leur principal interlocuteur est d'autant plus importante qu'elles sont dans une période de transition déterminante pour leur avenir.

De nombreuses études, les recommandations de 2004 ainsi que les nouvelles fiches mémo de HAS (rédigées suite aux discussions autour des prescriptions des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération) (annexes 4 et 5) indiquent aux médecins ce qu'ils devraient faire lors d'une consultation pour une contraception. Mais qu'attendent nos jeunes patientes de cette consultation, et de leur médecin ?

Ce travail a pour but de proposer des réponses à ce questionnaire. Il repose sur une étude qualitative auprès d'adolescentes recrutées en soins primaires.

En répondant à cette question peut être pourrons-nous améliorer nos pratiques et corrélérer les objectifs de santé publique avec les attentes personnelles des très jeunes patientes.

II) METHODE

Recherche qualitative par entretiens individuels semi structurés réalisés auprès d'adolescentes consultant au Centre de Planification et d'Education Familial Flora Tristan au CHU d'Angers entre le 1^{er} Aout et le 4 Septembre 2013.

A) Population et recrutement

L'enquête a été menée auprès de 14 adolescentes âgées 13 et 18 ans venant pour des consultations gynécologiques, de contraception, ou pour des tests de grossesses. Ces consultations se faisaient sur rendez-vous, celles pour tests de grossesses étaient libres, une adolescente venait dans le cadre des consultations libres dit « mercredi portes ouvertes au centre de planification ».

B) Déroulement des entretiens

Avant chaque entretien, la présentation de l'étude, son but et son déroulement étaient exposés. Un rappel de l'anonymat absolu leur était signifié avant de recueillir leur consentement oral. Les entretiens ont été enregistrés en totalité.

L'entretien avait lieu avant que les patientes rencontrent les médecins ou infirmières pour éviter qu'elles n'aient des informations répondant à leurs interrogations ce qui auraient pu biaiser les réponses.

C) Structure des entretiens

L'interview était dirigée par une grille d'entretien élaborée grâce au travail bibliographique fait dans le cadre du mémoire de DES de l'auteur.

Cette grille a été retravaillée avec la directrice de thèse pour répondre au mieux à la problématique de la thèse.

La grille comprenait 11 questions ouvertes (Annexe 1).

Dans l'élaboration de la grille d'entretien s'est posé l'influence de la laïcité ou non de l'enseignement mais nous n'avons pas retenu ce critère au final. Par choix l'origine ethnique et religieuse des adolescentes n'a pas été prise en compte.

Les questions tournaient autour de 6 axes :

- Les raisons de consultation, les attentes des adolescentes, et la réponse des professionnels face à ces attentes
- Les sujets prioritaires à aborder lors de ces consultations
- L'avis des adolescentes sur les supports papiers de fin de consultation
- L'avis des adolescentes sur une consultation « adolescent »
- La connaissance des adolescentes sur les prescripteurs de contraception
- L'éducation à la sexualité : les cours reçus, leurs souhaits
- L'aspect sociologique de la responsabilité de la contraception, et de la place du partenaire.

Il n'y a pas eu d'entretien test.

D) Méthode d'analyse et résultats

Les entretiens ont été enregistrés intégralement puis retranscrits par l'auteur sur Word sous forme de verbatim (Annexes 2)

Lecture attentive du verbatim au fur et à mesure des entretiens, et définition d'unités de signification afin de faire évoluer les thèmes ou sous thème de la grille d'analyse.

Triangulation du verbatim par la directrice de thèse, médecin généraliste travaillant au CPEF considéré comme expert en contraception.

Relecture à la fin de l'étude afin de s'assurer que le relevé initial ne devait pas être complété.

L'analyse du verbatim a été réalisée par question, puis par thématique pour faire ressortir les idées essentielles. Les résultats ont été synthétisés en tableau (Annexe 3)

Il a été parfois difficile de retranscrire et d'interpréter les idées des jeunes filles, car étant donné leur jeune âge leurs réponses étaient souvent courtes et leurs réflexions non abouties.

III) RESULTATS ET ANALYSES

A) Population de l'échantillon

1) Critères :

Age : Sur les 14 adolescentes interrogées la plus jeune avait 13 ans, la plus âgée 18 ans, 6 avaient 16 ans et les 6 autres 17 ans.

Lieu de vie : Le découpage géographique s'est fait en trois zones centre-ville urbain, banlieue de la grande ville, et campagne.

6 adolescentes habitaient en centre-ville ,4 en banlieue, et 4 en campagne.

Scolarité : La scolarisation des adolescentes était très variée.

Filière générale :

Secondaire (5) une adolescente en quatrième, une en première ES, une en première S, une en terminale ES, une en terminale S.

Universitaire : une étudiante en première année de faculté de sociologie.

Filière professionnelle :

Lycée (4) une adolescente en seconde service à la personne, une en première secrétariat, une en première sanitaire et sociale, une en première vente

CAP : deux adolescentes en CAP Commerce.

Alternance : une en alternance restauration.

Une adolescente avait arrêté sa scolarité en troisième.

Contraception : Sur les 14 adolescentes, 4 n'avaient pas de contraception nécessitant une consultation médicale (2 utilisaient des préservatifs de façon non systématique, deux étaient vierges sans aucune contraception au préalable)

Types de contraception : 3 étaient sous implant, une sous pilule progestative les autres sous pilule œstro-progestative.

Prescripteurs : Ces moyens de contraception avaient été prescrits par des généralistes pour 6 d'entre elles, et 4 par le CPEF. Les implants avaient tous été posés au CPEF dont un en post IVG.

2) Analyse de la population

La population de l'échantillon est diversifiée : en terme d'âge (13 à 18 ans) et lieu de vie. Notre population d'adolescentes est représentative, comme pour la population générale [15] elles vivent en majorité en centre-ville, ou en banlieue, et une petite frange à la campagne. Elles viennent d'horizons scolaires différents, filières générales, professionnelles, apprentissage. Cette diversité permet d'appréhender les comportements ou les attentes dans les différents milieux scolaires. Et de voir également si la prévention est faite, et si elle a des répercussions différentes en fonction des milieux scolaires.

Presque les trois quart (71%) des adolescentes de l'étude, ont un moyen de contraception, celui-ci leur a été prescrit par leur médecin généraliste dans plus de la moitié des cas.

B) Résultats et analyses par thème

L'ensemble des résultats est en annexe : verbatim (Annexe 2), tableaux de résultats (Annexe 3).

1) Les raisons des consultations pour contraception

a) *Prévention des grossesses non désirées, préparation aux premiers rapports sexuels*

Les adolescentes interviewées consultent en vue de se protéger d'une grossesse non désirée « *j'ai un copain et que je n'ai pas envie de tomber enceinte* » (A4), et pour certaines d'entre elles, avant même d'avoir des rapports sexuels « *c'était avant d'avoir des rapports sexuels* » (A3) « *pour ne pas tomber enceinte. Plutôt avant d'avoir des rapports* » (A5). Les adolescentes de cette étude sont donc plutôt prévoyantes. La peur et la prise de risque de grossesses non désirées sont cependant retrouvés « *ça fait deux ans que j'ai arrêté la pilule, et j'ai peur de tomber enceinte un jour ou l'autre* » (A10).

Elles le font aussi pour être bien informées et se préparer « *Je me prépare. J'en avais parlé du centre de planification avec mes copines* » ; « *Avoir un peu plus de renseignements* » (A7), « *c'est bien de se protéger. Et parce que je commence à en avoir besoin* » (A13).

Au total les jeunes filles interrogées pour la plupart veulent se prendre en charge car la majorité à une contraception, ou vient en consultation pour en avoir une. « *Je me suis prise en main pour aller voir quelqu'un pour la pilule ou poser un implant* » (A10).

b) Questions sur les effets secondaires

Certaines adolescentes déjà sous contraceptifs viennent consulter en raison d'inquiétudes sur l'apparition d'effets secondaires.

« *J'ai continué la pilule pendant un mois j'ai eu des saignements. Cela m'a posé questions* » (A1), « *Parce que j'ai des pertes de sang qui durent depuis quelques mois. On m'a dit que ça pouvait venir de la pilule, que je ne la supportais plus* » (A12), « *ça fait trois semaines que j'ai mes règles et ça m'embête à chaque fois. En plus je grossis et je n'aime pas ça.* » (A3).

c) Questions sur un changement de contraception

Même sans effets secondaires constatés, elles se posent des questions sur un éventuel changement de contraception « *je viens enlever mon implant* » (A3) ; « *Et puis je trouve que la pilule c'est un peu dur à la prendre je trouve, donc je voulais poser des questions sur l'implant.* » (A1) ; « *J'aimerais changer* » (A12).

d) Contexte d'urgence

Certaines viennent pour des cas d'urgences « *en urgence parce que l'année dernière je suis tombée enceinte donc je suis venue ici* » (A6), ici sous-entendu le CPEF ; « *J'ai eu des rapports je viens faire un test de grossesse* » (A2).

e) *Motif médical*

Mais la prescription de la pilule peut aussi être motivée par un autre but que celui de la contraception : « *pour réguler mes cycles* » (A14). « *J'ai des douleurs abdominales [...] je veux résoudre le problème* » (A9)

Il existe un biais de recrutement puisque cette étude est réalisée dans un CPEF et que les patientes consultent pour une contraception ou un test de grossesse qui débouchera sur une consultation où l'on discutera mise en place d'une contraception.

Cependant le message de prévention pour éviter des grossesses non désirées passent chez les adolescentes : elles sont conscientes du risque de grossesse et viennent donc consulter pour se protéger.

2) Les attentes des adolescentes sur la consultation, et la réponse des médecins face à ces demandes.

En croisant les données recueillies dans la question 2 sur les attentes des adolescentes et la question 4 sur les ressentis des adolescentes sur ces consultations, plusieurs phénomènes ressortent.

a) *Les attentes vis-à-vis des rôles qu'elles attribuent au médecin*

Les adolescentes attendent avant tout des réponses concrètes à leurs questions « *J'attends d'avoir des réponses* » (A2) « *Qu'il réponde à mes questions* » (A5), « *Que le médecin soit capable de répondre à mes questions* » (A4).

Elles recherchent surtout un rôle de conseil du médecin « *Qu'il sache me conseiller* » (A4) ; « *Avoir des conseils surtout* » (A8).

Ce conseil doit être personnalisé, et adapté à leur situation « *D'en savoir plus sur ce qui me conviendrait le mieux* » (A13).

Ces adolescentes soulignent que la clarté des informations est importante. Et elles reprochent aux professionnels de santé qui leur ont prescrit leur moyen de contraception de ne pas avoir assuré ce rôle « *On m'a déjà expliqué tout ça, mais ... ce n'est pas clair* » (A3) ; « *La pilule je la prenais avant, mais je l'oubliais tout le temps. Mais ce n'était pas très clair pour moi ce*

qu'il fallait faire quand je l'oubliai. Enfin je croyais que c'était clair quand on me l'a expliqué mais je suis quand même tombée enceinte » (A6).

Elles sont surprises aussi de ne pas avoir été assez informées des effets secondaires qu'elles peuvent rencontrer.

« Est-ce que vous avez trouvé qu'il vous a donné toutes les informations pour la prendre la pilule justement ?(A1) Pas trop non, par exemple pour les saignements je ne m'y attendais pas trop. C'est un peu en lisant la notice de la pilule et sur des forums aussi que j'ai vu que ça existait. » ; «Et puis sur les effets, parce qu'on grossit avec la pilule et on nous le dit pas. Et puis avec la cigarette ce n'est pas bon» (A6).

Les jeunes patientes sont cependant partagées : certaines se plaignent d'un manque d'information et d'autres se plaignent aussi d'un trop-plein d'information, et du fait qu'elles ne peuvent pas tout retenir. *« Mais c'est trop. [...] C'est trop d'informations » (A3).*

« Mais il m'a trop bien expliqué, [] mais j'ai pas du trop bien retenir. Parce qu'il y a trop de choses en même temps et qu'on peut pas tout retenir » (A9).

Les adolescentes se plaignent de l'information donnée, mais il est difficile de savoir si elles ont eu une information qui répond à leurs questions ou un trop plein d'information qu'elles ont jugée inutile sur le moment et donc qu'elles ont aussi vite oublié. Une information trop exhaustive et non personnalisée aboutit parfois à une perte d'information. C'est pourquoi il faut sélectionner les choses à dire en fonction de l'adolescente que nous avons en face de nous, tout en laissant la porte ouverte aux éventuelles questions. *« Si tu as une question, n'hésite pas à me la poser ou à appeler au cabinet ? ».*

Il peut être cependant compliqué pour le professionnel de santé de susciter des questions et de reprendre des idées de façon adaptée lorsque les adolescentes n'ont pas de questions particulières de prime abord. J'ai *« pas de questions particulières » (A5), « Ben je n'avais pas vraiment de questions. Je voulais juste un moyen de contraception » (A8), « Rien de spécial, pas de question » (A11).*

D'autres sont *mieux préparées, et mieux documentés* et arrivent avec des demandes bien précises *« Quand je veux quelque chose je pose des questions ? »(A3).*

b) *La question du secret médical et de la confiance accordée au médecin*

Les jeunes patientes ignorent leurs droits en tant que mineures, pourtant redéfinis dans la loi de 2001 en ce qui concerne la contraception, et pensent toujours être soumises à l'autorité parentale « *Est ce qu'on peut enlever l'implant sans le dire à nos parents ?* » (A6). Elles restent également circonspectes quant à la conservation du secret médical, notamment au sein d'un cabinet où sont suivis les autres membres de leur famille. Certaines patientes ont consulté leur médecin généraliste pour leur première contraception, alors même qu'elles ne sont pas à l'aise avec lui et qu'elles craignent une divulgation d'informations les concernant. « *Avec le médecin que j'ai, ce n'est pas trop simple de parler, comme c'est le même médecin que ma famille enfin. Enfin je n'ai pas l'impression que ça va rester là* » (A1).

Chez une des adolescentes, on retrouve même une idée de contrainte alors qu'à 17 ans, elle pourrait choisir son médecin traitant. « *Vu que c'est par rapport à la famille c'est ce médecin là que je dois voir. Donc je suis obligée d'aller voir quelqu'un d'autre, ou une autre personne pour me comprendre.* » (A2).

c) *La question de l'examen physique et gynécologique*

L'approche de la contraception et de l'examen physique posent question à quelques adolescentes. Elles ne savent pas à quel moment aller voir le gynécologue, ni que le médecin généraliste peut aussi les examiner. « *Je voudrais poser une question sur le premier rendez-vous chez une gynécologue ? Parce que je ne sais pas quand il faut faire* » (A1).

Même si les recommandations rappellent bien que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire pour une prescription de contraception surtout chez les adolescentes ; et que les médecins généralistes respectent bien ce conseil, les demandes d'examen de certaines adolescentes doivent aussi être entendues. En tout cas l'examen doit être expliqué car cela reste une peur, ou du moins une grande interrogation. « *..., pour moi elle écoute pas assez le corps, elle touche pas assez le corps* » (A2).

Si l'examen n'est pas réalisé de suite, la présentation de l'anatomie du sexe féminin ainsi que celle des instruments utilisés (spéculum, doigtier..), qui peut le faire, son intérêt doit être explicité pour dédramatiser ce premier examen. Toutes ses questions devraient être éclaircies durant une consultation pour réduire les fausses idées et peur que peuvent avoir les adolescentes. Si le médecin n'a pas le temps de le faire il existe un très bon document sur le premier examen gynécologique qu'on peut donner ou mettre en salle d'attente (Annexe 7).

3) Les sujets prioritaires à aborder lors des consultations « contraception » selon les adolescentes

La question 5 permet de cerner les sujets que les adolescentes voulaient absolument aborder lors de la consultation.

La gestion de la prise de pilule, et surtout de l'oubli est le sujet qui revient le plus souvent. C'est un problème ressenti comme compliqué et les explications données ne semblent pas toujours adaptés. «*Si on oublie notre pilule .Parce ce que c'est compliqué la pilule* » (A5) ; «*La pilule et les oublis .Je sais juste qu'il faut prendre la pilule du lendemain [...] ce n'est pas clair.* » (A3) ; « *Si j'oublie de prendre la pilule comment on fait. Car je ne sais pas* » (A7) ; « *Qu'est- ce qu'on fait quand on a un oubli de pilule ?* » (A8).

Les adolescentes sont pourtant plutôt prévoyantes sur ce point, encore une fois. Elles cernent bien la principale difficulté et le risque essentiel de la pilule ; elles anticipent bien la situation à laquelle elles vont probablement être le plus confrontée. « *Enfin le fait de mal la prendre, je sais qu'on a déjà eu beaucoup de problème* »(A9) ; « *et puis les moyens de bien l'utiliser* » (A8).

Le deuxième sujet de préoccupation des adolescentes concernent les IST, leurs interrogations reviennent beaucoup « *c'est de ne pas attraper de maladie. C'est juste ça le principal* »(A2), « *au niveau des maladies* » (A13).

Les effets secondaires sont aussi un sujet prioritaire pour certaines «*plutôt les effets secondaires* » (A10) ; « *les effets secondaires* » (A12).

Comme nous l'avons déjà remarqué, certaines adolescentes sont plus demandeuses que d'autres d'informations : « *On doit parler de tout .Tout est prioritaire.* » (A4), « *C'est les conseils qui sont le plus importants* » (A6).

4) La connaissance des adolescentes des professionnels de santé

La question 3, qui portait sur les prescripteurs possibles de contraception, permet de remarquer que les médecins généralistes (12 adolescents sur 14 l'ont cité) et le centre de

planification et d'éducation familiale (8 adolescentes sur 14 l'ont cité) sont bien identifiés comme personnes ressources.

Les gynécologues aussi mais ils sont moins cités (A4, A5, A13, A14).

Une seule adolescente (A9) cite l'infirmière scolaire comme pouvant lui donner un moyen de contraception. Il est vrai que certains établissements scolaires n'ont pas d'infirmière, ou à des horaires restreints, alors que leur fonction est un des points importants de la campagne d'information sur la contraception d'urgence. Ceci peut expliquer la faible citation de cet intervenant.

De même, les pharmacies comme lieu d'obtention d'une contraception ne sont citées que par une seule adolescente « *Ben à la pharmacie* » (A1)

La contraception d'urgence sans ordonnance pour les mineures, ainsi que le dépannage jusqu'à six mois quand l'adolescente a déjà eu une prescription (qui n'est plus valable) est une possibilité offerte et méconnue par les adolescentes [16]. Il est très dommageable que les adolescentes ne connaissent pas ce moyen supplémentaire de délivrance car cette démarche a été mise en place pour éviter les arrêts de contraceptifs et surtout éviter les grossesses non désirées. De plus le pharmacien réorientera la jeune fille vers un médecin pour un examen médical et des conseils supplémentaires.

L'autre professionnel de santé complètement méconnu des adolescentes est la sage-femme. Certes leurs compétences en la matière ont été étendues il y a peu, en 2011, mais on peut s'étonner de leur absence dans l'enquête : les sages-femmes sont des professionnels médicaux de premiers recours, en grande majorité des femmes, ce qui peut sembler séduisant pour de jeunes patientes.

5) L'apport du support papier en post consultation

La question 6 essaie de cerner les sujets sur lesquels les adolescentes voulaient garder un document après leur consultation : une sorte de pense bête, de rappel, et de savoir si l'apport d'un tel support (papier) pouvait les intéresser devant la masse d'information que nous leur donnons.

Les adolescentes sont demandeuses de documents sur les conduites à tenir en cas d'oubli et la prise de contraceptif d'urgence « *qu'est-ce que je dois faire si j'oublie de prendre la pilule ?* »

Quand je dois prendre la pilule du lendemain ? »(A7) ; « des rappels sur quoi faire quand on oublie la pilule » (A9) ; « des indications sur les oublis surtout »(A11) ; « des informations sur si on a pas pris la pilule dans l'heure combien de temps on a »(A14).

L'autre sujet qui intéresse les adolescentes est la protection des IST : *« la protection plus pour le préservatif »(A6) ; « sur les maladies infectieuses » (A12) ; « les différentes maladies » (A13).*

Les adolescentes demandent aussi qu'on leur présente tous les moyens de contraception qui existent : *« tous les moyens de contraception qui existent » (A8) ; « tous les moyens de contraception qui peuvent exister » (A9).*

Celles qui ont eu l'occasion d'avoir un support papier ont plutôt été satisfaites même si l'explication de vive voix est toujours préférable et donc à ne pas à omettre.

« Mais c'est pas pareil, le papier. Expliquer avec des mots je trouve que c'est mieux qu'avec un papier » (A5).

Même si certaines trouvent cela inutile (3/14) et ne l'utiliseraient pas, *« ça sert à rien » (A5), « je le jetterai » (A2), « Je crois que je me rappellerai de tout je pense. Je crois que tous ce qu'on va me dire je vais m'en rappeler, enfin j'espère. » (A10).*

Comme tout outil, le support papier donné en fin de consultation doit être explicité afin de tenir son rôle.

Dans les CPEF existent déjà des guides, des brochures qui peuvent être distribués même en cabinet. Sur certains sites internet comme www.inpes.sante.fr ou www.planif49.fr , des brochures semblables sont téléchargeables.

L'INPES a aussi créé une carte sur l'oubli de pilule et l'adresse du site pour répondre aux différentes interrogations (Annexes 9), ainsi que des documents avec tous les types de contraceptions et des documents sur l'examen gynécologique (Annexes 6 et7).

Il existe aussi des sites à conseiller aux adolescentes dont les informations sont vérifiées www.choisirsacontraception.fr ; www.onsexprime.fr

6) Aborder la sexualité lors de la consultation, et l'éducation à la sexualité

Contrairement aux attentes de l'auteur, les adolescentes interrogées semblaient peu demandeuses d'informations sur la sexualité.

Bien sûr il y a l'expression d'une pudeur « *Non. Je n'aimerais pas. C'est personnel* » (A7), « *ça ne concerne que nous, pas le médecin* » (A10) et de secret car on touche à quelque chose d'intime, dont certaines ne parlent qu'avec leur partenaire. « *Y a qu'avec mon copain que je parle de ses choses-là. Et je connais pas mal de chose.* » (A5).

Pour certaines ce n'est pas le rôle du médecin mais plutôt celui des parents « *je dirais mes parents et moi* » (A6), « *je ne pense pas que ça soit au médecin de parler de ces choses-là* » (A10).

Pour la majorité le médecin ne doit parler qu'IST « *plutôt des infections* » (A1), « *j'aimerais qu'il me parle des maladies sexuellement transmissibles* » (A6), « *j'aimerais qu'il me parle des maladies sexuellement transmissibles* » (A12), « *plutôt les maladies* » (A14).

Il n'intervient qu'en cas de problèmes « *si il y a un problème* » (A11), ou si les patients ont des questions « *si le patient le veut oui, si il a des questions particulières* » (A13).

Certaines aimeraient quand même en savoir plus sur leur corps « *comment évolue le corps en fait, car je vois des changements. C'est ça les questions que je me pose* » (A2), et les premiers rapports « *Avant d'avoir des rapports. Ben comment ça se passent* » (A8).

Pour plusieurs d'entre elles la sexualité est un sujet personnel sur lequel on ne discute pas avec le médecin : « *je ne parle pas de ça avec les gens [...] y qu'à mon copain* » (A5), « *je ne pense pas que ça soit au médecin de parler de ces choses-là* » (A10), « *la première fois c'est personnel* » (A7).

C'est assez surprenant surtout que des études [13,17] montrent qu'il y a de nombreuses idées fausses qui circulent mais les adolescentes notamment celle de notre étude à priori ne se tourneraient pas vers le médecin pour avoir des éclaircissements.

Ceci peut être expliqué par les cours d'éducation sexuelle prodigués à l'école. Comme nous pouvons l'observer avec la question 8 la majorité des adolescentes ont eu des cours en quatrième, troisième, certaines en première et seconde.

Seulement deux adolescentes signalent qu'elles en ont eu des cours de la 6ème à la 3ème (c'est-à-dire tous les ans : les textes de lois [11] obligent à 3 sessions par an normalement).

Une grande disparité est observée dans l'exécution de ces cours : par des professeurs « *c'était des professeurs* » (A12) ; « *c'était des cours* » (A9), certains avec des intervenants extérieurs « *une association [...] des femmes bénévoles* » (A8), au CPEF ou les interventions sont

réalisés par des conseillères conjugales et familiales « *au centre de planification* » (A13) « *c'était au centre de planification* » (A14) ou « *l'infirmière du collège* » (A10).

La filière professionnelle semble celle où les cours sont les plus fréquents ou du moins les plus réalisés. Sachant que plusieurs d'entre elles ont même des cours validant (Sanitaire et Sociale) ou qui en traitent. « *En cours on l'étudie vachement* » (A9 1ere professionnel), « *en PSE (Prévention Santé Environnement), on a tous ce qu'il y a sur les IST.* » (A11 alternance restauration).

D'une manière générale les adolescentes de l'étude ne sont pas forcément satisfaites de ces cours. Pour certaines : ce n'est pas assez approfondi « *troisième mais ce n'était pas approfondi .C'était vraiment du parcours* » (A12)

« *Oui mais on n'en parle pas vraiment. Ce n'est pas pareil, c'est pas suffisant* » (A5).

Les adolescentes critiquent les cours peut-être car ils sont trop théoriques, peu pratiques, ni personnalisés. D'autres par contre trouvent que c'est suffisant « *avec les cours c'est déjà pas mal* » et que ce n'est pas forcément le rôle de l'école de faire cette éducation « *Et puis il y a les parents pour faire c'est leur rôle.* » (A4).

Il est intéressant de voir que les adolescentes pensent connaître plein de choses autour de la sexualité mais où trouvent-elles leurs informations puisque les cours à l'école sont insuffisants et qu'elles ne se tournent pas vers les professionnels de santé ?

7) Proposition de « consultation de l'adolescent »

Cette question paraît importante car la mise en place d'une consultation obligatoire au cours de l'adolescence, sur le même principe que les consultations obligatoires des enfants, a été évoquée par les autorités sanitaires. Notamment par le conseil national de l'ordre des médecins en 2011 qui proposait une telle consultation entre 12 et 14 ans [18]).

Cette consultation aurait été dédiée à la prévention. En effet, les adolescents sont rarement malades et consultent peu leur médecin traitant. Celui-ci a donc moins d'occasions de s'entretenir avec eux des questions de sexualité ou de contraception auxquelles ils peuvent être confrontés. De plus l'abord de certaines demandes nécessite du temps et du tact, mais aussi une motivation de la part du médecin traitant. D'autant plus que celui-ci est identifié

comme tenant de l'autorité, et parfois perçu comme une personne en connivence avec les parents, du fait de son rôle de « médecin de famille », mais aussi de l'antériorité du suivi de l'enfant, maintenant adolescent. Le médecin « de famille » n'est donc pas nécessairement la personne vers laquelle vont se diriger les adolescents pour leur consultation.

Si le médecin traitant n'est pas l'interlocuteur privilégié par les adolescentes, un autre soignant « extérieur » à leur histoire – autre médecin, généraliste ou gynécologue, sage-femme, conseillère conjugale et familiale- pourrait prendre en charge ces consultations. Car, sur le principe, les adolescentes sont plutôt favorables à ce genre d'initiative.

L'âge de 15 ans semble pour elles le bon âge « *oui c'est bien c'est le bon âge* » (A6) ; « *c'est le bon âge je trouve* » (A7) ; « *15 c'est le bon âge* » (A14).

Quelques-unes le jugent trop tardif « *y a des gens qui font ça plus tôt que ça* » (A8) ; « *même plus jeune au final ça serait pas mal* » (A9) ; « *c'est peut-être un peu tard 15ans, le plus tôt est le mieux* » (A12).

L'âge de 13 ans a été proposé comme alternative « *il faudrait le faire à 13 ans* » (A5)

Les adolescentes sont conscientes que l'information manque : « *pour éviter les bêtises* »(A1) « *les dégâts* »(A2), et qu'un grand nombre d'entre elles ne sont pas assez informées « *y en a beaucoup qui sont mal informées* » (A12).

Cependant, elles ne s'incluent pas dans ce groupe, utilisant toujours le pronom impersonnel « *on* » ou « *ils* » pour mettre de la distance.

Le lieu pour cette consultation semble difficile à établir. Cela pourrait être plus facile à l'école « *ça serait mieux à l'école* » (A10), et pour une question d'équité « *tout le monde est là* » (A7). Mais plusieurs pensent qu'un autre lieu comme le centre de planification pourrait être plus adapté par son anonymat.

L'intervention de quelqu'un d'extérieur paraît être plus pertinente que l'intervention de professeurs que les adolescentes n'écoutent pas « *ils n'écoutent pas les professeurs .ils écoutent plus la famille que les enseignants* » (A2) ; « *c'est mieux que ce soit un quelqu'un de l'extérieur qui en parle, on se sent plus en confiance* » (A9).

Les adolescentes sont assez réfractaires au fait que cela soit obligatoire « *pas forcément obligatoire* » (A1) « *faudrait pas que ça soit obligatoire* » (A7).

8) Evolution générationnelle du couple

Les deux dernières questions ont été suggérées à l'auteur par l'observation répétée de consultations de contraception de « couples » : les adolescentes semblent venir de plus en plus accompagnées de leur compagnon.

En effet dans les réponses des adolescentes même si la question de la contraception reste une responsabilité uniquement ou essentiellement féminine, « *c'est une responsabilité féminine* » (A1), « *Les hommes n'ont pas de risque de tomber enceinte* » (A2), « *Là ça devient féminin* » (A5), elles associent leur conjoint, essentiellement dans la prévention des IST, par le biais des préservatifs.

Actuellement la plupart des adolescentes considèrent que la contraception est une affaire aussi bien féminine que masculine, que « *C'est pour tout le monde* » (A10) ; « *on est deux dans l'histoire* » (A9, A13) ; « *c'est les deux partenaires* » (A12) ; ou aimeraient que les hommes s'impliquent plus « *implication du partenaire* » (A3) ; « *L'homme doit prendre plus de place* » (A4) ; « *Les hommes doivent s'y intéresser aussi* » (A7).

Enfin, la présence du compagnon lors des consultations ne pose majoritairement ni problème, ni gêne, ni pour l'un, ni pour l'autre et souvent le conjoint a déjà assisté à une consultation (A3, A4, A6, A9) Cela peut représenter un côté rassurant « *c'est rassurant* » (A12) et d'implication dans la relation « *Ben il n'a pas intérêt* » sous-entendu de refuser (A11).

Quelques adolescentes expriment des réticences, mises sur le compte de difficultés organisationnelles « *J'ai déjà du mal à venir toute seule* » (A13) ou du respect de leur intimité « *Chacun pour soi c'est ma santé* » (A2).

Cette nouveauté ou évolution, semble plutôt positive, marquant sûrement un plus grand dialogue dans le couple, et aidera peut-être plus les jeunes filles à venir consulter car elles ne se retrouvent plus seules devant leurs peurs de maternité. La peur de la paternité a l'air d'entraîner aujourd'hui une plus grande responsabilisation des garçons. Mais une étude quantitative sur ces aspects pourraient nous permettre plus d'extrapolations sur les comportements des adolescents dans leur ensemble.

9) Analyses croisées

Il ressort de cette étude que les adolescentes des filières professionnelles ainsi que la jeune femme en rupture scolaire, ont eu davantage de cours d'éducation à la sexualité. La prévention semble bien renforcée dans ces filières probablement aussi parce qu'une étude de la CAF montre que " ce sont bien souvent des enfants des milieux défavorisés qui sont touchés et la venue d'un enfant chez une mineure va renforcer leurs situations de précarité, accentuées par le fait que 35% de ces jeunes filles auront un autre enfant dans les deux ans" [17]. Un contexte est également retrouvé dans leur histoire personnelle : ce sont ces adolescentes qui sont venues au CPEF dans un contexte d'urgence pour prendre une contraception.

Cependant, même si accentuer la prévention dans certains groupes de population semble important, le respect de la loi de 2001 est nécessaire et des dispositions doivent être prises afin que les trois sessions de cours annuels soient effectives dans toutes les filières, ce qui actuellement est loin d'être le cas.

Les adolescentes qui pensent que la contraception est une question féminine sont celles qui accepteraient plus difficilement leur partenaire en consultation : ce qui est plutôt cohérent. Mais ce sont aussi essentiellement des adolescentes plutôt en filières professionnelles. On peut se demander si le rôle de l'homme dans le couple est vu de la même manière.

Les adolescentes ayant eu leur première prescription par un médecin généraliste sont celles chez qui ressortent des besoins plus précis : une assurance de confidentialité, d'un vrai examen gynécologique. Par contre elles ne font pas parties des adolescentes satisfaites des réponses apportées. Donc on peut supposer que les médecins généralistes devraient avoir une attention toute particulière pour cette population parce qu'à priori toutes les réponses ne leurs sont pas apportées. C'est sur ces questions qu'il faut peut-être renforcer la formation des médecins généralistes.

IV) DISCUSSION

A) Evaluation de la population et biais

D'un point de vue cible, la population de l'étude est conforme en termes d'âge. L'âge moyen du premier rapport sexuel chez les filles reste autour de 17 ans selon le baromètre santé jeune 2010 (17 ans et 6 mois) [19] et notre effectif est surtout composé de jeunes filles de 16 à 17 ans (12/14).

Toutefois un biais de recrutement existe car les patientes interviewées viennent volontairement au centre de planification donc elles expriment un intérêt pour la contraception. Elles arrivent souvent aussi avec une demande bien spécifique et un certain sens des responsabilités qui incombent aux relations sexuelles qui constitue un biais d'auto-sélection.

Contrairement à ce que nous pouvions attendre le biais géographique est limité car nous avons une représentation non négligeable d'adolescentes venant de la campagne 28% alors que la part des 15-17 ans vivant en campagne est de 16.9 % [15]. En effet les centres de planification n'étant présents qu'en ville nous aurions dû avoir une surreprésentation d'adolescentes habitant en centre-ville. De plus une seule est accompagnée d'un adulte pouvant faciliter le transport. Dans la population interrogée les adolescentes arrivent à trouver le moyen d'aller en ville pour aller chercher des informations. Ce fait est discordant avec la question de la difficulté d'accès des adolescentes au CPEF posée par les instances [12].

La question peut se poser de connaître les priorités, les centres d'intérêts des adolescentes : celles qui font une priorité d'être informé sur la contraception, trouvent une solution pour venir au CPEF. Ceci est appuyé par le fait que quand il y a besoin de faire une IVG, les adolescentes réussissent à accéder au centre d'orthogénie.

Notre population d'adolescentes en terme de scolarité est aussi très diversifié ce qui exclus un autre biais de sélection. Toutes les adolescentes de tous milieu scolaire, général, professionnel, apprentissage et même ayant décroché du milieu scolaire viennent au centre de planification ce qui nous permet d'avoir un échantillonnage intéressant. Cette diversité montre aussi que dans tous les milieux socio-professionnels les adolescentes ont besoin d'information et viennent au CPEF et que dans toutes les institutions un déficit d'information existe.

B) Les attentes des adolescentes

Presque la moitié des adolescentes venaient au CPEF alors qu'elles avaient eu une première prescription de contraceptif par un médecin généraliste en « ville ». Pourquoi les adolescentes viennent-elles consulter un autre professionnel de santé, ou le même, dans une autre structure ? Leurs attentes n'avaient pas dû être complètement satisfaites comme nous pouvions le constater en analysant la question 4. La moitié des adolescentes sont satisfaites alors que dans une autre étude [20] on retrouvait plus de 86% d'adolescentes satisfaites du contenu des consultations faites par les médecins généralistes.

Cette étude met en évidence un besoin non satisfait d'informations complémentaires, plus claires, plus adaptées en particulier sur la conduite à tenir pratique en cas d'oublis de contraception ou de risque d'IST. Elle met en évidence aussi la peur du manque de confidentialité lors des consultations avec leur médecin de « famille ».

Enfin les jeunes femmes sont aussi demandeuses d'examen clinique par un professionnel et il est vrai que le gynécologue reste le spécialiste du corps féminin [21]. Pourtant dans les faits, les adolescentes ont moins recours à ce spécialiste (les adolescentes ne représentent que 4% de leur consultation selon IRDES : Institut Recherche et Documentation en Economie de la Santé) qu'au médecin généraliste. Il est vrai que la démographie des gynécologues médicaux ainsi que leur répartition sur l'ensemble du territoire rend leur accès difficile avec des délais de consultation longs. Sans compter certains dépassements d'honoraires qui ne peuvent être versés par les adolescentes. Ceci explique sûrement pourquoi elles se tournent plus facilement vers leur médecin traitant (qui peuvent intervenir la première fois) ou vers les CPEF. La première prescription se fait souvent dans un contexte de semi urgence : le rapport sexuel chez les adolescents étant non planifié, il est plus facile de prendre un rendez-vous chez son généraliste que d'attendre des mois pour un rendez-vous avec un gynécologue. Ceci explique sûrement le fait que nous n'ayons pas retrouvé de jeunes filles ayant une prescription prescrite par un gynécologue. Par contre elles sont en décalage avec la réalité en consultant au CPEF où la plupart des intervenants sont comme dans notre étude des médecins généralistes. Si elles étaient plus au courant de cet état de fait iraient-elles encore plus facilement voir leur généraliste ?

1) Le besoin d'explication

Les adolescentes de notre étude se plaignent d'un manque d'explication, de clarté. Hors pour permettre cet échange il faut du temps. Les médecins généralistes eux même, dans la thèse de C. Leveau [22] trouvaient que la consultation pour une première prescription de contraception était une consultation chronophage, et qu'ils oubliaient d'expliquer certaines choses. Ils se plaignent aussi d'une formation inadaptée à ce genre de consultation et aussi d'un manque de rémunération pour ses consultations qui ne sont pas adaptés à la consultation libérale.

Pour ceux qui prennent le temps, souvent l'apport de tant d'information reste difficilement assimilable par l'adolescente. D'où l'importance des consultations de suivi de contraception, en effet la contraception nécessite une prise en charge semblable à celle mise en place par les généralistes pour les maladies chroniques avec une éducation thérapeutique du patient.

2) Une information exhaustive

Le besoin d'une information la plus exhaustive possible retrouvée dans ce travail est corrélé par d'autres études [17 ; 22]. Mais le besoin de « tout savoir » doit être nuancé par l'adaptation de ces renseignements à la situation et à la personnalité de chacune.

Dans ce cadre, le rôle de « conseiller » du médecin mis en évidence dans cette étude est donc indispensable. Mais ce rôle se heurte à l'ambiguïté des demandes adolescentes : avoir un avis, un conseil mais sans enfreindre leur intimité par des questions. La formation des médecins généralistes doit donc s'orienter vers des entretiens de type counseling et l'abord des adolescents en général. Mais également vers des connaissances plus spécifiques sur les différentes contraceptions afin de pouvoir respecter les recommandations HAS de 2004 et de guider l'adolescente vers le choix qui lui convient le mieux.

Le rôle du médecin est donc essentiel : celui-ci doit savoir et accepter de prendre du temps pour une consultation de première demande de contraception, mais également maîtriser suffisamment le sujet afin de donner les informations essentielles en évitant le « trop » d'informations. Il doit savoir guider la jeune patiente afin de la laisser choisir sa contraception comme le préconisent les Recommandations de l' HAS 2004. Les entretiens de suivi doivent bien reprendre systématiquement les éventuels points importants pour la patiente et distiller les informations afin qu'elles soient mieux retenues.

Comme le démontrait une étude « Obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour l'aide au choix d'une contraception pour les adolescentes » [22], les adolescentes arrivent avec en tête l'idée d' «avoir une pilule », «comme ses copines ». Or c'est là tout l'enjeu et l'intérêt d'une consultation médicale dédiée et structurée : l'adolescente doit entendre que la prise d'une contraception doit être réfléchie et prendre en compte sa personnalité, ses habitudes de vie et son histoire personnelle et familiale, ce qui peut l'amener à dévoiler certains pans de son intimité à un « étranger » -son médecin- qui peut cependant la « connaître » depuis longtemps. La jeune femme doit également concevoir qu'une contraception reste « un médicament » même si elle n'est pas « malade », et que comme toute médication, elle est soumise à des contre-indications, des effets indésirables, et à une éventuelle évolution au fur et à mesure des années.

Une thèse portant sur les connaissances des alternatives de prescription des contraceptifs des médecins généralistes [23], soulignait la prescription quasi exclusive par ceux-ci de contraceptifs oraux, sans présentation des autres moyens de contraception existants et « proposables » à tout âge. L'information exhaustive réclamée par les jeunes femmes de notre étude n'est donc pas délivrée.

Les médecins pour la plupart disaient qu'il n'y avait pas de demande pour ces contraceptifs. Se pose la question de savoir si cette absence de demande n'est pas due à une méconnaissance de la part des adolescentes. L'étude sur « Les connaissances des adolescentes sur les nouveaux modes de contraception » [24] justifie que les médecins informent sur tous les moyens de contraceptions disponibles car cette étude prouve bien que l'information n'est pas encore passée chez les adolescentes.

Les médecins sont aussi décontenancés quand il faut changer de moyen de contraception ou même de pilule [23]. Ceci plaide pour une meilleure formation sur la contraception des médecins généralistes, d'autant que la prescription d'une contraception est le premier motif de consultation « gynécologique » en médecine générale. Comme le prouve l'EPPM (Etude Permanente des Prescriptions Médicales) 53.1 % des actes de contraception chez les femmes sont réalisés par les médecins généralistes. Comme dans notre étude ils sont les premiers prescripteurs ils ont donc un rôle d'expert à jouer et pour la formation à la méthode du counseling [10] doit être enseignée aux futurs médecins généralistes.

3) La nécessité de parler les oublis de pilule quand on prescrit une contraception orale pour améliorer l'observance

Dans une étude sur l'information donnée par les médecins généralistes [25], on remarque que les médecins ont des discours divergents notamment sur les .Ce défaut de discours systématique nuit à la clarté de la conduite à tenir en cas d'oubli pour les jeunes filles. Cette étude va dans le même sens que ce que ressentent les adolescentes de notre étude car pour elle la priorité est d'apporter une information claire sur les conduites à tenir en cas d'oubli.

En partant de ce constat, il serait intéressant de mettre en place dans nos consultations une place dédiée à l'oubli de pilule car cela fait partie de la prévention et représente une véritable éducation thérapeutique pour nos jeunes patientes. Comme le proposait Le Denmat Carine dans son guide d'aide à la prescription de la pilule [13], donner des schémas, des papiers de conduite à tenir aideraient les praticiens .Cela permettrait aussi d'unifier le discours. De plus ces supports existent déjà il suffit de les diffuser .Pour cela le travail en réseaux avec les CPEF et les réseaux de périnatalité permettrait un meilleur lien entre les différents intervenants.

Il existe de nombreux supports pourquoi les médecins ne les utilisent ils pas ? Les connaissent-ils ? (Annexes 4, 5, 6, 7, 8, 9) Il serait intéressant de savoir si dans leur pratique les médecins généralistes utilisent ces aides à la prescription. Ces supports permettent d'ouvrir le dialogue, de cibler la consultation sur certains points et de ne pas surcharger d'information les adolescentes. En ramenant un papier chez elles, elles peuvent prendre le temps pour les lire au calme, comprendre et assimiler toutes les informations. De plus les adolescentes sont dans cette attente puisqu'elles sont majoritairement pour et c'est sur ce sujet qu'elles aimeraient avoir une aide écrite.

Il est vrai que même si rien ne remplace une explication de vive voix, la brochure peut être un premier pas vers des questions et permettre des explications, de revenir sur certains points lors des consultations de suivi. Une simple question : « as- tu lu la brochure que je t'ai donné, as-tu des questions ? » sert d'ouverture lors de la consultation de suivi pour nous permettre à nous médecin de prendre conscience de l'intégration de ces informations.

Dans l'étude sur les nouvelles galéniques contraceptives, les médecins généralistes citaient comme les deux premières causes pour expliquer la stagnation du taux d'IVG : la mauvaise observance des utilisatrices, et la mauvaise connaissance des contraceptifs des adolescentes et des médecins. De plus l'étude Cocoon [26] montre que 22% des femmes arrêtent leur

contraception dans l'année de la première prescription, et 60% chez les adolescentes [21]. Comment expliquer cette mauvaise observance ? Selon plusieurs études [12, 22,23] les obstacles à une contraception efficace chez l'adolescente sont : le manque d'information des adolescentes ; l'obligation de la prescription médicale, le cout de la contraception, et le besoin de confidentialité. Notre étude montre que les médecins ne sont pas toujours les meilleurs prescripteurs. En effet si les attentes des adolescentes ne sont pas entendues, probablement que l'observance va en pâtir. Comme l'a observé une équipe de INSERM [27] l'observance repose plus sur l'efficacité de l'accompagnement et du conseil médical que sur le type de pilule prise.

Or chez les adolescentes qui rentrent dans la vie sexuelle, les idées fausses doivent être combattues, et pour que l'observance soit bonne encore faut-il faire une réelle éducation thérapeutique adaptée à la patiente.

Médecin de premier recours, le MG a la compétence pour expliquer l'intérêt de la prise quotidienne des traitements chroniques, il peut donc faire de même avec la contraception afin que les adolescentes puissent faire évoluer celle-ci en fonction de leur mode de vie, de leur situation sentimentale ou économique etc.

4) Confidentialité et gratuité

Notre étude souligne la crainte récurrente et déjà connue des adolescents en particulier les jeunes filles du non-respect du secret médical vis-à-vis de l'autorité parentale. Il est vrai que le médecin traitant peut se trouver en difficultés vis-à-vis d'une mineure, s'il n'est pas au fait de l'ensemble des dispositions légales et ordinaires les concernant.

Pour construire une bonne relation de soin la confiance entre l'adolescente et le médecin doit être établie. Dans l'étude sur « La représentation des adolescentes en matière de contraception » [21], les adolescentes citent le secret médical comme « soucis » pour ne pas venir consulter leur médecin généraliste. Et comme le dit le Pr Nisand [17]: « Ignorant le secret médical, les jeunes disqualifient le médecin de famille .Les médecins traitants devraient prendre acte de cette défiance des jeunes par rapport à eux et, sans intrusion, prendre l'initiale, à point nommé, de rappeler leur obligation de secret vis à vis des parents ». Rappeler l'existence du secret médicale en début de consultation serait déjà un premier pas pour construire cette confiance, car si pour le médecin, le secret professionnel entourant la

consultation est évident, les adolescents ont besoin de se l'entendre affirmer pour entrer dans une véritable relation de soin.

Le coût d'une consultation en médecine de ville est aussi avancé comme argument pour expliquer que les mineures consultent peu leurs médecins généralistes pour une contraception. Il a été prouvé [19] que plus les jeunes ont des difficultés financières plus ils négligent leur contraception. Probablement car ils n'ont pas les moyens de payer les honoraires médicaux et les contraceptifs. La gratuité et l'anonymat sont toujours réservés aux centres de planification et d'éducation familiale, à part dans quelques régions où le pass contraception a été mis en place pour consulter en ville. Sont-ils connus par les adolescentes ? Pratiqués par les médecins ? En tout cas nous n'avons pas retrouvé ce critère dans notre étude à cause du biais de recrutement. Cependant la gratuité pour les mineures des contraceptifs remboursables par la sécurité sociale depuis mars va peut-être changer la donne, mais encore une fois il faut en faire la promotion.

5) La question de l'examen médical et gynécologique

Une question très intéressante a été soulevée par plusieurs adolescentes : celle de l'examen gynécologique.

En effet selon les recommandations de HAS de 2004 et de nombreux travaux, il n'y a pas d'obligation à faire un examen gynécologique à une adolescente pour une contraception.

Mais certaines patientes peuvent ne pas se sentir considérée comme femme par cette démarche : les adolescentes en plein changement avec l'apparition des caractères sexuels secondaires, et les premiers rapports sexuels ont besoin d'être rassurée sur leurs corps, les changements qui s'opèrent et une certaine normalité.

Longtemps la consultation chez le gynécologue souvent choisi par la mère a effrayé les jeunes filles. Maintenant que l'examen systématique est sorti des habitudes des praticiens, certaines adolescentes se demandent quand un examen gynécologique est souhaitable ?

A ne plus en faire, on occulte ces questions et nous ne répondons pas à certaines demandes, à des attentes de réassurance, et peut être aussi une sorte de rite de passage. « Comme si les adolescentes ne devenant vraiment « femme » qu'après que le médecin les a examinés ». Une étude qualitative sur 64 jeunes femmes va dans le même sens : « la consultation pour une contraception pour l'adolescente est chargée d'un nouveau sens marquant la reconnaissance d'un corps de femme et d'une entrée proche dans une sexualité adulte » [28]. Une étude sur

« Les enjeux et la complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et de la femme jeune l'examen gynécologique chez les adolescentes » montre en effet que certaines femmes « évoquent une sorte de satisfaction d'avoir enfin pu concrétiser cet accès à un statut supplémentaire de femme » par cet examen mais ce sentiment n'est pas présent chez toutes. [29]. Comme les règles ont une portée symbolique chez la femme l'examen gynécologique en comporte une également c'est une sorte de « bénédiction médicale quant à leur corps ». Ceci renforce l'idée du « rite de passage » et coïncide avec une nouvelle étape dans le processus de féminisation de l'adolescente. Il vient remplacer et prendre la place d'un autre vécu précédent comme l'entrée dans la puberté avec l'apparition des règles [29].

Il ne faut donc pas banaliser le fait de ne plus en faire mais mieux y préparer les adolescentes car comme le décrit le docteur Mc Carthy dans un article « the first pelvic examination » [30], si le premier examen se déroule bien, il permet à la jeune femme une meilleure connaissance de son corps ainsi qu'une plus grande confiance en l'examineur ». De plus un premier examen gynécologique « réussi » est le point de départ d'un suivi gynécologique de qualité [32] il ne faut donc pas le négliger car il présage aussi du futur suivi des femmes.

C) L'éducation à la sexualité

1) L'ignorance des adolescentes sur la contraception et la sexualité

Dans notre étude le manque de connaissances des adolescentes se retrouve au niveau des prescripteurs et les délivreurs potentiels de contraception. Ainsi, les sages-femmes ne sont jamais citées alors que leur droit de prescription existe depuis 2 ans. Pour beaucoup de personnes, la sage –femme reste la personne qui met au monde l'enfant et ce rôle est peut-être trop prégnant. Son rôle de prévention n'est pas encore assez reconnu. L'ambiguïté du désir de grossesse chez certaines adolescentes peut compliquer leur démarche auprès d'une sage-femme pour se protéger d'une possible grossesse, avec un sentiment d'illogisme dans cette demande auprès de ce professionnel médical. Une investigation complémentaire sur le sujet, afin de mieux cerner cette difficulté pourrait être intéressante.

Les médecins généralistes par contre sont plus représentés ici que dans les études précédentes, donc l'information de leur pouvoir de prescription est passée auprès du jeune public. On pourra peut-être voir la même évolution chez les sages-femmes et les infirmières scolaires

dans quelques années, surtout que la campagne radio de INPES de 2013 précise bien que les femmes peuvent « parler contraception à leur médecin ou leur sages-femmes ».

Enfin le dépannage par le pharmacien d'une plaquette de pilule lorsque les adolescentes ont une ordonnance récente n'est pas connue du tout. Cela est très dommageable et explique peut-être l'arrêt de contraceptif de certaines adolescentes qui ont oublié de prendre rendez-vous. Or ce système a été mis en place par les pouvoirs publics pour éviter aux jeunes femmes de se mettre dans une situation à risques, et de débiter une grossesse non désirée.

D'autre part des études [17 ; 28 ; 32] ont montré que les adolescentes avaient des connaissances théoriques très approximatives voire des fausses idées. Parmi celles-ci : « les premiers rapports sont non fécondants, pendant les règles on ne risque rien, il n'y a pas de risque si le garçon se retire pour éjaculer, ou si il n'y a pas pénétration, la pilule, ça fait grossir, ça donne le cancer et ça rend stérile, on ne peut pas prendre de contraception quand on fume ».

Le Pr Nisand dit même que « Chacun imagine que l'information sur la sexualité est disponible pour le plus grand nombre. Beaucoup pense que la contraception est largement accessible. On est loin de soupçonner le degré d'ignorance des jeunes, le nombre d'idées aberrantes, renforcées par la pensée magique si fréquente à ces âges. On ne prend pas assez en compte les obstacles et les entraves que vivent les jeunes dans ce domaine. Non informés ou mal informés, ils n'ont aucun moyen préventif à leur disposition sauf à se dévoiler à contretemps, parfois en urgence, à leurs parents ce qui peut dissuader les plus décidés. On apprend à nos jeunes à traverser la rue sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle en évitant les écueils de celle-ci peut recéler ».

Toutes ces études montrent l'importance d'une éducation à la sexualité.

2) Rôle et place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité

Dans notre étude, la question sur la sexualité à proprement parler a été plutôt écartée. Elles les adolescentes ne semblent pas à l'aise avec ces sujets. Les demandes des adolescentes auprès des médecins sont ciblées essentiellement sur les IST.

Une étude sur les lycéens caennais [33] retrouve que les trois premières sources d'information des adolescents en terme de sexualité sont les cours de biologie, les médias, et les interventions des CPEF. Contrairement à notre étude les adolescents étaient plutôt satisfaits de cette formation et quand ils avaient des questions ils se tournaient en premiers lieu vers leur parents (40%), leurs frères et sœurs (18%) , le CPEF (33%) , la médecine scolaire (6%), et le médecin

traitant dans seulement 2% des cas . Dans cette étude, comme dans la nôtre la place du médecin traitant pour parler sexualité est écartée par les adolescents.

Mais si les adolescentes ne veulent pas parler sexualité avec leur médecin, peut être ressentent elles un malaise chez leur interlocuteur ? Dans le baromètre 2009, les médecins généralistes pour la plupart n'étaient pas motivés par les consultations gynécologiques car souvent elles sont liées à la vie affective et sexuelle et c'est ce domaine que les médecins considéraient comme faisant le moins partie de leur rôle. Comme le prouve l'étude sur « Les obstacles à la prescription d'une contraception chez les adolescentes » ces tabous réciproques représentent un frein majeur à une vraie éducation sexuelle et surtout une sexualité bien vécue par la suite.

Le Pr Nisand [17] souligne l'importance de ne pas refuser de parler sexualité: « Refuser de parler de la sexualité des adolescents ne l'a fait pas disparaître. Les jeunes ont des désirs qu'ils réalisent ou qui restent parfois au stade du fantasme. L'adolescence est l'âge des interrogations, des expérimentations des transgressions. Notre rôle d'adultes est de préparer les plus jeunes à affronter des choses qui souvent nous dépassent. Faute d'aborder les sujets qui ne sont en réalité que la vie, l'amour, la tendresse, le désir.... ils vont rechercher par eux-mêmes les réponses à leurs questions. Ils se retrouvent à surfer sur le Net sur des sites pornographiques : 30% des consommateurs de pornographie seraient âgés de 13 à 14 ans.

Une enquête européenne montre que 80% des garçons de 14 à 18 ans et 45% des filles du même âge ont vu un film porno dans l'année écoulée. Refuser de dialoguer avec les plus jeunes de sexualité les conduit à regarder des images avilissantes pour les femmes ».

D'après une étude observationnelle [34] 100 % des médecins généralistes déclaraient parler contraception auprès de leurs patientes. 55% sur leur demande, 43 % lors de la discussion sur la vaccination contre HPV vers 14 ans, 32 % quand la femme est en âge de procréer. Ils parlent contraception, mais ils restent plus partagés sur l'abord de la sexualité .C 'est encore un tabou dans la profession. Il est pourtant difficile de parler de contraception sans parler sexualité.

A Gianni [35] décrit 4 types de postures face à l'abord de la sexualité :

- **L'évitement** de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité que les médecins généralistes attribuent à leur ignorance, leur manque de formation et leur difficultés du à leur gêne à aborder le sujet.
- **L'approbation médicale** par la nosographie et les traitements. C'est-à-dire se contenter de traiter des organes et des maladies

- **La prise en compte de la dimension psychologique et relationnelle**, aussi bien en ce qui concerne la vie sexuelle des patients que les dimensions de la relation médecin/ patient
- **La mise au centre de leur pratique de la sexualité** par un tout petit groupe de praticien car il constitue une dimension du bien être des patients. Ce sont souvent des praticiens ayant suivi des formations en sexologie, ou qui ont un intérêt pour la psychologie en générale ou pour la psychanalyse.

Repérer dans quelle posture les médecins se trouvent permet une réflexion et une évolution. En effet ces paramètres sont modifiables et donc permettent d'espérer une amélioration de nos pratiques en intervenant sur la formation initiale et continue des médecins.

3) Les cours d'éducation à la sexualité

Pour diminuer le nombre important d'IVG, les lois en matière d'éducation sexuelle en France ont évolué depuis 1998. Alors que pour une partie de population générale ce n'était pas le rôle de l'école maintenant selon la loi les élèves doivent avoir trois sessions de cours annuels dans toutes les classes et adaptés à leur niveau, alors que dans la circulaire du 19 nov. 1998 une seule séance de 2 à 6 heures en quatrième était prévu.

Ces dispositifs sont laissés à la charge des chefs d'établissement. Cette éducation est faite de façon très disparate ce qui a déjà été souligné par le rapport du député Bérengère Poletti [12]. Ceci se confirme dans notre enquête car aucune des adolescentes n'a eu la même éducation que ce soit en termes de nombres de sessions, et d'intervenants.

Nous avons remarqué aussi que les filières professionnelles avaient été plutôt avantagées par les dispositifs au détriment de filières générales. Probablement parce que les étudiantes des filières professionnelles ont des rapports sexuels plus précoces, un nombre d'IVG plus élevé, que les IST sont plus fréquentes dans les milieux moins favorisés, et qu'elles rentrent plus précocement dans la vie active [36].

La demande d'éducation à la sexualité est pourtant une demande très présente chez les adolescentes car les jeunes filles de l'étude sont toutes d'accord pour une consultation vers l'âge de 15 ans pour parler sexualité voir même plus tôt.

Les pouvoirs publics sont conscients de ce problème, les adolescents sont réalistes sur le sujet elles savent qu'elles en ont besoin .Il est dommageable que ces deux aspirations ne se rencontrent pas.

Le conseil de l'ordre des médecins a aussi proposé une consultation chez l'adolescent entre 12 et 14 ans, qui aurait pu être un premier pas pour parler prévention, contraception, sexualité. Avec une consultation dédiée plus longue ou les médecins généralistes pourraient prendre le temps et construire une vraie relation de soin avec l'adolescent [18].

En ce qui concerne les programmes d'éducation à la sexualité, ils existent de nombreux tutoriels adaptés à chaque âge. En prenant exemple sur ceux-ci et avec une formation des enseignants, des bénévoles, et de professionnels de santé, cette éducation devrait être possible pour chaque adolescent [37].

De nombreuses initiatives sont mise en place : des passages au planning familiale, des interventions en classe par des infirmières, médecins, les conseillères conjugales et familiales. Mais comme souvent, les aides financières peuvent manquer vu que le nombre de planning familial se réduit, et que la médecine scolaire est réduite à son strict minimum ayant déjà du mal à faire tous les examens obligatoires des enfants, la prévention pour les adolescents passent forcément en second plan. Elle ne peut plus assurer ses rôles [38].

Mais comme souvent, les aides financières peuvent manquer : le nombre de centres de planification se réduit, la médecine scolaire réduite à son strict minimum ne peut plus assurer ses rôles, la prévention pour les adolescents passe au second plan. [38].

Il serait intéressant de leur mettre à disposition des adresses, des lieux de rencontre où elles peuvent poser toutes leurs questions, plutôt que les laisser faire leur éducation sexuelle seul et parfois avec des médias qui ne leur sont pas destinés tels que les sites internet et vidéo pornographique. Une étude montre que plus d'un 80 % des adolescents ont déjà vu des images pornographiques [17].

Plus il y aura de lieux à l'extérieur de l'école et dans l'école, plus les adolescents pourront rencontrer l'intervenant qui leur convient.

Parce que l'entrée dans la sexualité à deux est un défi à l'intérieur même du défi de l'adolescence. Parler de sexe, s'en moquer, le diffamer ou le vulgariser permettent de s'en défendre. Il faut toute la patience d'adultes bienveillants et qui savent poser autorité et

douceur sur ces questions pour que les jeunes, tout en gardant un semblant de posture de maîtrise, entendent une parole différente sur ce moment d'intimité et de relâchement.

Les enjeux au début de la vie sexuelle sont importants et peuvent conditionner parfois certaines pathologies comme la dyspareunie, le vaginisme, ou les difficultés de libido. Ces pathologies ont parfois des traitements limités et souvent décevants, elles pourraient peut-être en partie être évitées si l'éducation sexuelle était faite de façon différente. Les enjeux sont personnels mais aussi de santé publique avec l'objectif de diminuer le nombre de grossesses non désirées, donc d'IVG potentielles, et de contaminations par les IST (notamment le chlamydiae avec le risque ultérieur de troubles de la fertilité et l'HPV avec le risque de cancer du col).

D) Avenir

L'étude montre qu'il s'opère une évolution dans les représentations de la contraception. Ceci est moins une question féminine que de couple. Les jeunes femmes voudraient une plus grande implication des hommes. Et par ce que nous avons pu entendre les garçons s'engagent de plus en plus et viennent en consultation avec leur compagne.

Cette constatation est plutôt positive et peut être annoncer une meilleure prise en charge de la contraception. Si le couple prend les responsabilités ou du moins les partage cela permettra peut-être aux jeunes adolescentes de se sentir moins seule devant leur peur de « tomber enceinte ».

Les chiffres sur ces consultations de couple n'existent pas mais il est indéniable que le rôle de l'homme en tant que potentiel père, et de plus en plus présent dans la société.

Une étude sur « l'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et professionnels » [39] rapportait que beaucoup de professionnels pensent que la contraception est mieux gérée si c'est une affaire de fille. Les adolescents eux séparent les responsabilités : « L'homme a une place dans la prévention des IST par le biais des préservatifs et la fille pour la grossesse par le biais de la contraception ».

Dans des études françaises mais chez des hommes et des femmes plus âgés, les hommes paraissent « indifférents » à la contraception « dès l'abandon du préservatif » [40]. Les femmes pensent qu'il y a un manque d'intérêt car la grossesse ne les touche pas physiquement.

Une autre étude portant sur la place des hommes dans la contraception : montre que certains hommes avancent l'ignorance ou un désintérêt en ce qui concerne la contraception [41]. Mais une bonne partie admet aussi que discuter de la contraception n'est pas aisé. Ils aimeraient être plus informés par des prospectus, des campagnes de prévention ou des entretiens médicaux et également des cours d'éducation sexuelle plus pratiques. Ceci va plutôt dans le sens qu'une plus grande place à l'homme doit être faite au sein des consultations contraception. En accompagnant leurs compagnes, ils recevraient ainsi les mêmes informations et prendrait aussi peut être plus de responsabilités : en quelque sorte une coresponsabilité.

Dans notre étude le phénomène de désintérêt semblait moins marqué, les garçons de ce qu'en disent leurs compagnes semblent pour un certain nombre prendre une part de responsabilité de la contraception. Rien qu'en accompagnant leurs amies. Peut-être parce qu'ils sont plus jeunes est que le rôle de l'homme dans l'éducation des enfants a changé et qu'ils s'en préoccupent plus. De plus, les femmes sont prêtes à leur laisse une place: le message que la contraception est une affaire pour les garçons et les filles est donc important à faire passer.

E) Propositions

1) Pour le prescripteur de contraception

Cette étude a permis de réaliser un fil conducteur de consultation « contraception » pour les adolescentes à destination des professionnels de santé - adapté des recommandations de l'HAS de 2004- et prenant en compte les attentes des adolescentes.

Premièrement : rappeler la confidentialité et le secret professionnel

Deuxièmement : reconnaître l'autonomie de l'adolescente dans sa sexualité et donc dans le choix de sa contraception pour cela il faut savoir la guider et donc faire un diagnostic éducatif : Savoir

- Ce qu'elle fait, (milieu, âge, partenaire, ATCD, TABAC)
- Ce qu'elle sait, (de la contraception, du cycle, des IST, effets secondaires pilule)

- Ce qu'elle croit chasser les idées fausses (1^{er} rapport non fécondant, grossesse possible que le 14^{ème} j du mois ...)
 - Ce qu'elle ressent, (peur, crainte, des 1^{er} rapports, de l'examen gynéco)
- Et enfin - Ce qu'elle a envie après toutes les explications.

Troisièmement : poser la question sur l'examen gynécologique car si il n'est pas obligatoire certaines veulent être examinées. En tout cas expliciter son intérêt, qui peut le faire, comment il se réalise.

Quatrièmement : bien insister sur l'explication des IST, et des conduites à tenir en cas de problèmes avec la contraception

Cinquièmement : remettre un document papier à celles qui le désirent.

Exemple de document en Annexe 10

2) Document pour les adolescentes

Les adolescentes sont demandeuses de documents résumant les conduites à tenir en cas d'urgence. Il existe déjà plusieurs documents mais chacun traite d'un sujet différent.

En les regroupant et les simplifiant, réalisation d'un document de synthèse sur les conduites à tenir en cas d'urgences. Ce document servira de base de travail à la commission « document » du CPEF Flora Tristan pour qu'il puisse le diffuser (Annexe 11).

3) Pour l'éducation à la sexualité

a) Application et vérification de l'application de la loi de 2002

Dans un premier temps il serait intéressant de faire un état des lieux des institutions qui réalisent les cours d'éducation à la sexualité, de comment elles le font et surtout des problèmes qu'elles rencontrent pour les organiser.

b) Réalisation de plaquettes d'information

Ces plaquettes permettraient de regrouper tous les acteurs de santé et coordonnées des organismes disposés à faire de l'éducation sexuelle, à rencontrer les adolescents en groupe ou en individuel. Ceci pourrait se faire à l'échelon régional.

Des plaquettes listant les lieux, les contacts, les sites internet délivrant une information vérifiées pour que les adolescentes puissent se tourner vers la forme qui leur convient le mieux. Et pourquoi pas des applications smartphones outils privilégiés des adolescents.

c) Formation des médecins généralistes à la contraception et à l'entretien type counseling

La contraception fait partie des champs de compétences d'un médecin généraliste mais ils seraient intéressant que chaque interne de médecine générale puisse passer en stage en gynécologie pour se confronter et se forger une expérience sur ces questions. Cela permettrait peut-être aussi de lever les tabous sur l'abord de la sexualité avec les patients. Inclure la santé sexuelle dans le cursus du DES de façon plus claire pourrait sensibiliser les étudiants à cette thématique.

Enfin l'apprentissage de la technique de counseling, ou de la méthode BERGER préconisée par l'HAS dans la consultation contraception doit être formalisé car elle peut servir bien au-delà du champ de la contraception.

V) CONCLUSION

Plus de quarante-cinq ans après la loi Neuwirth (1967), l'utilisation massive de la contraception, et les lois favorisant l'accès aux contraceptions pour les mineures, le nombre d'IVG chez les adolescentes ne régresse pas. Les études ont retrouvé plusieurs facteurs expliquant ce phénomène : la non ou mauvaise utilisation de la contraception, le manque d'information, l'obligation de la prescription médicale et le coût de celle-ci.

Mieux répondre aux attentes des adolescentes lors d'une consultation « contraception » pourrait aussi être une des solutions pour réduire ces facteurs.

A travers cette étude qualitative par entretiens individuels auprès d'adolescentes interviewées au centre de planification d'Angers, nous avons recherché à identifier ces attentes. Tout en essayant de dégager aussi des pistes vers l'amélioration de l'éducation sexuelle.

L'un des biais de cette étude est un biais de sélection car nous n'avons interrogé que des adolescentes venant volontairement au CPEF donc plus enclines à considérer la question de la contraception comme essentielle dans le début de leur vie sexuelle.

Il en ressort que les attentes des adolescentes sont simples et surtout de l'ordre du conseil. La demande porte essentiellement sur une information honnête, claire et exhaustive qui répond à leurs questionnements.

Les adolescentes attendent aussi de la confidentialité, et une prise en compte de leur autonomie en tant qu'adulte en devenir.

Le médecin généraliste trouve de plus en plus sa place dans cette démarche, avec les gynécologues, sages-femmes et les CPEF. Pour accélérer ce changement, les généralistes devraient incorporer quelques outils, notamment les fiches et supports papiers qu'on peut trouver dans les CPEF et dont les adolescentes sont demandeuses devant la masse d'informations transmises.

De plus l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, la prise de la contraception d'urgence et les IST doit prendre une part importante de la consultation car c'est ce qui inquiète les adolescentes. Le guide « que faire en cas d'urgence » réalisé grâce à cette étude pourrait permettre de transmettre cette information.

La prescription des contraceptifs se rapproche beaucoup de l'éducation thérapeutique.

La méthode BERCER prônée dans les recommandations HAS 2004 avec son diagnostic thérapeutique doit permettre une meilleure observance, notamment par l'adhésion du patient au traitement par le choix de celui-ci. Le guide de consultation proposé reprend ses critères en y ajoutant le rappel de la confidentialité et l'interrogation sur l'examen gynécologique qui

même s'il n'est pas obligatoire doit être formulé et non pas occulté car cela permet de le dédramatiser.

Enfin la question de l'éducation sexuelle reste encore à approfondir car si le constat du manque par rapport à la loi est indéniable. Cette éducation faite à l'école essentiellement par des professeurs reste peu efficace. Même si les adolescentes ne se tourneraient pas forcément vers leur médecin pour en parler elles veulent que ce dialogue sur la sexualité existe.

La proposition de la consultation à quinze ans leur a plutôt plu même si ce projet a été abandonné. En tout cas un intervenant extérieur formé à cette approche paraît une bonne idée comme l'a montré l'expérimentation du Pr Nisand dans la région de Strasbourg.

Par ailleurs un changement de paradigme est en train de s'opérer car la contraception pour les adolescentes n'est plus qu'une question féminine, la place du partenaire est reconnue et son implication plutôt à encourager.

De nombreux outils existent pour l'aide à la prescription des contraceptifs les médecins généralistes les connaissent-ils ? Les utilisent-ils ? La diffusion de ceux-ci serait déjà un premier pas vers l'amélioration de nos pratiques.

Enfin de nombreuses thèses se sont intéressées à la formation des internes autour de la gynécologie (l'examen, le FCV, les gestes techniques) mais une étude sur l'existence de la formation à l'éducation thérapeutique par le counseling pourrait nous permettre de cibler les besoins et d'améliorer la formation des futurs praticiens et ainsi de répondre encore mieux aux attentes des adolescentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
2. « Choisir sa contraception » campagne INPES octobre 2012 ; « il y a une contraception qui vous convient » campagne INPES 18 mai 2013.
3. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. 2013-248 Mar 25, 2013.
4. Les françaises utilisent elles un moyen de contraception adaptée à leur mode de vie ? INPES; 2011.
5. Contraception : la pilule cède du terrain. Baromètre santé 2012 INPES. Septembre 2012.
6. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
7. Rapport ONDPS sur les métiers de la périnatalité 2007. La gynécologie médicale en situation critique [Internet]. Les Nouvelles NEWS]. Available from: <http://www.lesnouvellesnews.fr/index.php/civilisation-articles-section/bien-etre/2215-la-gynecologie-medicale-en-situation-critique>
8. Féminisation de la médecine : une nouvelle profession médicale. Bibliomed, 2005 :372.
9. France - La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille- WONCA EUROPE 2002
10. Recommandation HAS sur la contraception. 2004.

11. Art 22 loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet, 2001.
12. Rapport d'information I3444 sur la contraception des mineures .Bérengère Poletti. Mai 2011
13. Le Denmat C. Evaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information et de la prescription en médecine générale. Proposition d'un guide d'aide à la prescription de la pilule. Paris VI; 2011.
14. Pichon Escabelt .L'éducation à la santé lors de la prescription d'une première contraception par le médecin généraliste. Paris V 2011.
15. Densité des 15-17 ans par rapport à la moyenne de métropole. INSEE.2006
16. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. 2013-248 Mar 25, 2013.
17. Pr Israël Nisand, Dr Brigitte Letombe, Sophie Marinopoulos (préfacé par Jeannette Bougrad).Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles ; février 2012.176.
18. Rapport sur la santé de l'enfant et adolescent. Prises en charge .CNOM 20 Octobre 2011.
19. François Beck, Jean-Baptiste Richard. Les comportements santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 ; mai 2013.
20. Aubin C, Jourdain Menninger D. Evaluation des politiques de préventions des grossesses non désirés et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001. IGAS; 2009 Oct. p. p34 35. Report No.: RM2009-112P.

21. Cann C. Représentation des adolescentes en matière de contraception. [Brest]: ufr médecine; 2011.
22. Leveau C. Obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour l'aide au choix d'une contraception pour les adolescentes. [Brest]: ufr médecine; 2009.
23. Millon L. Connaissance et prescription en médecine générale des alternatives de la contraception orale. [Rennes]: ufr médecine; 2010.
24. Bonnet-Chasles C. La connaissance des adolescents sur les nouveaux moyens contraceptifs Enquête réalisée auprès de 295 élèves de seconde du lycée Blaise Pascal à Orsay (91). Paris XI; 2008.
25. Gleyer Tekaya S. Première prescription de contraception orale à une adolescente : informations données en médecine générale en Indre et Loire en 2005. [Tours]: UFR médecine; 2006.
26. Moreau C, Boyer S, Bajos N, Restuguz G, Trussel J. Frequency of discontinuation of contraceptive use : Results from a France population closed cohort
27. INSERM-INED Unité 822. Synthèse de l'enquête Cocoon (2000-2004). Mars 2008.
28. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception .Santé publique 2011 ; 23 :77-87.
29. Kielar A, Moreau E. Enjeux et complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et de la femme jeune. Etude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi dirigés auprès de femmes âgées de 18 à 30 ans. Lilles; 2012.
30. Mc Carthy V. The first pelvic examination. Journal of pediatric health care. 1997.11(5):247-9.
31. Guillin- Angoulevant C. Examen clinique dans le cadre du suivi gynécologique: Etude des représentations des femmes. Angers; 2003.

32. Scalliet V. Connaissance des messages d'information sur les méthodes contraceptives et la sexualité. Evaluation auprès d'adolescentes et jeunes adultes scolarisés en Charentes. [Poitiers]: ufr médecine; 2008
33. Bennia-Bourai Set al. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donnée auprès de 232 lycéens. Caen. Médecine 2006 ; 5 :84-9
34. Boulhila Cloarec N. Les nouvelles galéniques contraceptives et leur impact sur le taux d'interruption volontaire de grossesse : Evaluation des pratiques et enquête d'opinion en médecine générale. [Aix Marseille]: ufr médecine; 2011.
35. Gianni A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. 2009 .
36. Choquet M , Le doux S. Adolescents. Analyse et Perspectives. Paris :INSERM ;1994 .
37. Éducation à la sexualité- L'éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur - Ressources nationales - Éduscol [Internet].
<http://eduscol.education.fr/cid46850/ressources-nationales.html>.
38. La santé scolaire en souffrance en France. Rev Prescrire 2009 ; 29 (313) :864-867.
39. Guilbert E, Dufort F, Saint-Laurent L. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. Journal SOGC. 2001
Avril;23(4):329–33.
40. Cussac A. Implication des hommes dans la contraception vue par les femmes: Etude qualitative en Rhône-Alpes. St Etienne; 2013.
41. Hottois J. Représentation qu'ont les hommes de leur place dans le couple hétérosexuel en ce qui concerne la contraception et le désir d'enfant. Strasbourg; 2012

LISTES DES FIGURES

- 1) Grille d'entretien
- 2) Verbatim
- 3) Fiche mémo consultation contraception pour les adolescentes HAS
- 4) Fiche bon usage du médicament HAS : contraception oestro progestative préférer les pilules 1ère et 2ème génération
- 5) Les différentes méthodes de contraception
- 6) Guide la consultation gynécologique
- 7) Fiche PRESCRIRE : se protéger des IST
- 8) Fiche PRESCRIRE : choisir une contraception
- 9) Fiche PRESCRIRE : poser un DIU
- 10) Fiche PRECRIRE : idées fausses sur les DIU au cuivre
- 11) Carte INPES
- 12) Document destiné aux médecins
- 13) Document destiné aux adolescentes

LISTE DES TABLEAUX

- I) Les motifs de consultation des adolescentes
- II) Les attentes des adolescentes pour une consultation « contraception »
- III) Les prescripteurs de contraceptifs identifiés par les adolescentes
- IV) Les attentes non satisfaites des adolescentes
- V) Les raisons de la non satisfaction
- VI) Les sujets prioritaires pour les adolescentes lors d'une consultation « contraception »
- VII) Thèmes proposés par les adolescentes pour un support papier donné en fin de consultation
- VIII) L'abord de la sexualité lors de la consultation
- IX) Education à la sexualité reçue par les adolescentes de l'étude
- X) Intervenants réalisant les cours d'éducation sexuelle
- XI) Avis des adolescentes sur une consultation prévention vers 15 ans
- XII) Propositions de lieux de réalisation de cette consultation
- XIII) Avis des adolescentes sur l'âge de cette consultation
- XIV) Représentation de la contraception par les adolescentes
- XV) Le partenaire a-t-il une place dans la consultation ?

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE	2
COMPOSITION DU JURY	6
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	9
PLAN	10
I INTRODUCTION	11
II METHODE	14
A) Population et recrutement	14
B) Déroulement des entretiens	14
C) Structure des entretiens	14
D) Méthode d'analyse et résultats	15
III RESULTATS ET ANALYSES	15
A) Population de l'échantillon	15
1) Critères	15
2) Analyse de la population	16
B) Résultats analysés par thème	17
1) Les raisons de consultation pour contraception	17
a) Prévention des grossesses non désirées, préparation aux premiers rapports sexuels	17
b) Questions sur les effets secondaires	18
c) Questions sur un changement de contraception	18
d) Contexte d'urgence	18
e) Motif médical	19
2) Les attentes des adolescentes sur la consultation, et la réponse des médecins face à ces demandes	19
a) Les attentes vis-à-vis des rôles qu'elles attribuent au médecin	19
b) La question du secret médical et de la confiance accordée au médecin	21
c) La question de l'examen physique et gynécologique	21
3) Les sujets prioritaires à aborder lors des consultations « contraception » selon les adolescentes	22
4) La connaissance des adolescentes des professionnels de santé	22

5) L'apport du support papier en post consultation	23
6) L'abord de la sexualité lors de la consultation, et éducation à la sexualité	24
7) Proposition de « consultation de l'adolescent »	26
8) L'évolution générationnelle du couple	28
9) Analyses croisées	29
IV DISCUSSION	30
A) Evaluation de la population et biais	30
B) Les attentes des adolescentes	31
1) Le besoin d'information	32
2) Une information exhaustive	32
3) La nécessité de parler les oublis de pilule quand on prescrit une contraception orale pour améliorer l'observance	34
4) Confidentialité et gratuité	35
5) La question de l'examen médicale et gynécologique	36
C) L'éducation à la sexualité	37
1) L'ignorance des adolescentes	37
2) Rôle et place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité	38
3) Les cours d'éducation à la sexualité	40
D) Avenir	42
E) Propositions	43
1) Pour le prescripteur de contraception	43
2) Document pour les adolescentes	44
3) Pour l'éducation à la sexualité	44
V CONCLUSION	46
VI BIBLIOGRAPHIE	48
LISTE DES FIGURES	52
LISTE DES TABLEAUX	53
TABLE DES MATIERES	54
VII ANNEXES	57
1) Grille d'entretien	58
2) Verbatim	59
3) Tableaux de synthèse des questions	79
4) Fiche mémo consultation contraception pour les adolescentes HAS	85

5) Fiche bon usage du médicament HAS : contraception oestro progestative préférer les pilules 1ère et 2ème génération	89
6) Les différentes méthodes de contraception	91
7) Guide la consultation gynécologique	94
8) Fiches PRESCRIRE : Se protéger des IST	105
Choisir une contraception	106
Poser un DIU	107
Idées fausses sur DIU au cuivre	108
Contraception post coïtale	109
9) Carte INPES	110
10) Document destiné aux médecins	111
11) Document destiné aux adolescentes	112

PERMIS D'IMPRIMER

ANNEXES

- 1) Grille d'entretien
- 2) Verbatim
- 3) Tableaux de synthèse des questions
- 4) Fiche mémo consultation contraception pour les adolescentes HAS
- 5) Fiche bon usage du médicament HAS : contraception oestro progestative préférer les pilules 1ère et 2ème génération
- 6) Les différentes méthodes de contraception
- 7) Guide de la première consultation gynécologique
- 8) Fiches PRESCRIRE :
 - se protéger des IST
 - choisir une contraception
 - Poser un DIU
 - Idées fausses sur DIU au cuivre
- 9) Carte INPES
- 10) Document destiné aux médecins
- 11) Document destiné aux adolescentes

1) GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation du but du travail de thèse, rappel de l'anonymat. Dénomination des adolescentes par A suivi du numéro de l'entretien .Recueil de l'AGE, NIVEAU SCOLAIRE (Privé, public) lieu d'habitation, d'une prise antérieure de contraception et de son prescripteur.

Question 1 : Quels sont les raisons qui vous amène à consulter un professionnel de santé pour une contraception (le fait d'avoir eu des rapports non protégés ? avant les premiers rapports, conseils d'une amie, d'un parent , besoin d'information ?)

Question 2 : Qu'attendez-vous de cette consultation ?

Question 3 : Savez-vous où et qui peut vous prescrire des moyens de contraception ?

(CPN, gynéco, obstétricien, médecin généraliste, sage femmes, infirmière scolaire cabinet de ville, hôpital, renouvellement possible par pharmacien)

Question 4 : Si vous avez déjà consulté pour ce motif, trouvez-vous que les professionnels de santé ont répondu à vos attentes ? Quelles questions n'ont pas été ou pas assez abordées selon vous ?

Question 5 : Lors d'une consultation pour une contraception, de quoi voudriez-vous parler en priorité?

(Faut-il parler de quoi faire en cas d'oubli, de la contraception d'urgence, de comment mettre un préservatif ?)

Question 6 : Si un support papier vous été remis au sortir de la consultation sur quoi voudriez-vous qu'il porte ? (la conduite à tenir en cas d'oubli, les numéros, d'urgence en cas de soucis avec votre contraception, le mode de prise de votre contraception ...)

Question 7 : Si le professionnel lors de la consultation abordait certains points de la sexualité, de quoi voudriez-vous qu'il vous parle ?

(Anatomie, et physiologie de votre corps, et de celui de votre partenaire ? Des IST ? Physiologie des rapports sexuels : première fois, hymen, fantasmes, préliminaires, pénétration, éjaculation ...)

Question 8 : Vous rappelez vous avoir eu des cours sur la sexualité au cours de votre scolarité ?

Par qui ont-ils été faits ?

Question 9 : Trouvez-vous qu'une consultation vers 15 ans pour tous les adolescents pour parler de sexualité, contraception serait une bonne idée ?

(Trop tôt ? Trop tard ? Lieu cabinet de ville, école...)

Question 10 : Pensez-vous que la contraception n'est qu'une question féminine ? Et pourquoi ?

Question 11 : Amèneriez-vous votre ami avec vous pour la consultation sur la contraception ? Si non pourquoi ?

2) VERBATIM

Entretien A1 :

Critères : femme 16 ans déjà sous contraceptif orale prescrite par son médecin en terminale S dans un lycée public habite en banlieue d'une grande ville.

Question 1 : Quels sont les raisons qui vous amènent à consulter un professionnel de santé pour une contraception (le fait d'avoir eu des rapports non protégés ? avant les premiers rapports, conseils d'une amie, d'un parent, besoin d'information ?)

A1 J'ai continué la pilule pendant un mois j'ai eu des saignements. Cela m'a posé questions, Du cout je voulais poser la question.

Et puis je trouve que la pilule c'est un peu dur à la prendre je trouve donc, je voulais poser des questions sur l'implant.

Et puis je voulais poser une question sur le premier rendez-vous chez une gynécologue Parce que je ne sais pas quand il faut faire.

Question 2 : Donc vous attendez un peu de cette consultation de répondre à toutes ses questions ?

A1 Oui

Question 3 : Savez-vous ou et qui peut vous prescrire des moyens de contraception ?

A1 : Ben à la pharmacie

Alors la pharmacie c'est là où on vous la délivre mais qui peut vous la prescrire ?

A1 : Ben ici, (Oui le centre de planification)

A1 : et chez le médecin.(Médecin c'est pour médecin généraliste)

A1 : oui et après je ne sais pas

Question 4 : Comme vous avez déjà une contraception ? Vous aviez êtes chez qui pour la première demande de contraception ? . Est-ce que vous trouvez qu'il a répondu à vos attentes ? Répondu à toutes vos questions ?

A1 : Ben avec le médecin que j'ai, ce n'est pas trop simple de parler, comme c'est le même médecin que ma famille enfin. Enfin je n'ai pas l'impression que ça va rester là.

Vous avez peur qu'il dise des choses à vos parents ?

A1 : Ben déjà que ça été dur à ma mère de lui dire que je prends la pilule et tout alors au médecin.

Vous savez le médecin il est soumis au secret professionnel, il n'a rien à dire à vos parents.

Vous auriez voulu lui posez quoi comme question ?

A1 : ben un peu les mêmes questions

Est-ce que vous avez trouvez qu'il vous a donné toutes les informations pour la prendre la pilule justement ?

A1 : Pas trop non, Par exemple pour les saignements je ne m'y attendais pas trop, c'est un peu en lisant la notice de la pilule et sur des forums aussi que j'ai vu que ça existait.

Question 5 : Alors de façon plus générale. Lors d'une consultation pour une contraception, de quoi voudriez-vous parler en priorité ? Les effets secondaires, les oublis, la contraception d'urgence, c'est quoi le sujet le plus important pour vous ?

A1 : Ne pas l'oublier. C'est pour ça que je veux poser des questions sur l'implant. C'est plus pratique et ça dure plus longtemps.

(C'est sur l'oubli que vous voudriez que ça soit plus cadrer ?)

A1 Oui parce que j'ai toujours mon alarme sur mon portable mais Voilà quoi ...

Question 6 : Si un support papier vous été remis au sortir de la consultation sur quoi voudriez-vous qu'il porte ?

A1 : C'est-à-dire ?

(Ben si à la fin de la consultation on vous donnait une petite carte ou un petit papier quels information vous voudriez dessus ? Des informations sur qu'est- ce qu'on fait en cas d'oubli, des numéros d'urgence etc.....)

A1 : Plutôt des... comment dire. Des indications sur les oublis surtout. Parce que les numéros je crois pas que j'appellerai, j'aime pas trop.

Question 7 : Si le professionnel lors de la consultation abordait certains points de la sexualité, de quoi voudriez-vous qu'il vous parle ?

A1 : blanc, je ne sais pas *(Des maladies sexuelles transmissibles ? Des problèmes lors des premiers rapports ?)*

A1 plutôt des infections, car je n'ai pas fait le

Le vaccin ?

Oui la prise de sang je ne sais pas quoi ? Pour les IST. Ben du coup on m'avait dit que comme avec la première personne ce n'était pas nécessaire. Ca ne servait à rien.

Question 8 : Vous avez eu des cours, des informations au cours de votre scolarité sur la sexualité ?

A1 : non (*Y a des cours obligatoire normalement*)

A1 : Au lycée non (*Et en troisième, quatrième*)

A1 : Là oui mais je ne me rappelle pas qu'on m'est parlé des IST.

Question 9 : Trouvez-vous qu'une consultation vers 15 ans pour tous les adolescents pour parler de sexualité, contraception serait une bonne idée ? Un peu comme il y a chez les enfants plus jeunes

A1 : pas forcément obligatoire mais accessible à tous car je pense qu'il y a beaucoup de personnes qu'y viennent ici parce qu'ils ne peuvent pas parler à leurs parents. Et au lieu de faire des bêtises et être obligé d'en parler à ses parents à ce moment-là.

Question 10 : Pensez-vous que la contraception n'est qu'une question féminine ? Et pourquoi ?

A1 : je pense que c'est un peu notre responsabilité et que le garçon il n'a rien à faire. Pour l'instant il n'y a rien pour les garçons pour l'instant je crois. Enfin si un truc mais ce n'est pas encore au point.

Voilà quoi

Question 11 : Amèneriez-vous votre ami avec vous pour la consultation sur la contraception ? Est-ce que ça vous semble faisable ?

A1 c'est-à-dire ? (*Est-ce que si vous aviez un petit copain est ce que vous l'emmèneriez à une consultation chez le médecin. Pas pour l'examen mais pour que vous puissiez en parler de contraception.*)

A1 : A ben oui.

Cela ne vous dérangerez pas qu'il soit là ?

Non au contraire (*Vous pensez que cela ne dérangerez pas votre ami ?*)

Non, je ne pense pas.

Entretien A2 :

Critères : femme de 17 ans en 1^{ere} secrétariat dans un lycée professionnel public, habite en centre-ville .Sous contraceptif hormonale orale prescrite par son médecin traitant.

Question 1 : A2 : Pour me rassurer, avoir des informations.

Question 2 : A2 : J'attends d'avoir des réponses. J'ai eu des rapports je viens faire un test de grossesse.

As-tu des questions particulières que tu aimerais poser ? A2 : Non là je vois pas.

Question 3 : A2 : Mon médecin, mon médecin de famille

Est-ce qu'il y a d'autres professionnels de santé qui le peuvent ?

A2 : Non, je crois pas. Et puis vu que c'est par rapport à la famille c'est ce médecin là que je dois voir.

Question 4 : A2 : Elle est pas assez..., pour moi elle écoute pas assez le corps, elle touche pas assez le corps ; Donc je suis obligée d'aller voir quelqu'un d'autre, ou une autre personne pour me comprendre.

Question 5 : A2 : Non ça je le sais déjà, c'est juste pour moi c'est ne pas attraper de maladie.

C'est juste ça le principal, le reste je le sais. Je sais quoi faire.

Question 6 : A2 : C'est dans la tête y a pas besoin de papier, parce que le papier on peut vite le jeter. Les jeunes y jettent. En tout cas moi je le jetterai.

Question 7 : A2 : Mm mmm pour moi un point important, comment évolue le corps en fait, car je vois des changements .C'est ça les questions que je me pose.

Question 8 : A2 : Non jamais.

Question 9 A2 : ben oui ça éviterai des dégâts. Parce que les jeunes quand elles sont avec un garçon elles se confient aux garçons mais pas aux parents, pas aux bonnes personnes.

Je pense que ça devrait être les parents, vu qu'à l'école les enfants, les étudiants ils s'en foutent un peu, ils écoutent pas les professeurs. Ils écoutent plus la famille que les enseignants.

Ou ils écoutent les copains, copines est ce n'est pas les personnes qu'il faut écouter.

Question 10 : A2 : Comment ça je ne comprends pas votre question (*Est-ce que vous trouvez que la contraception ce n'est que le problème de la femme ?*)

A2 : Ben oui, un homme il peut avoir des maladies, les transmettre, mais c'est moins voyant. Sur la femme c'est plus fragile. Et déjà un homme ça peut pas avoir d'enfant. Donc il y a plus de risque pour la femme

On a plus de responsabilités.

Question 11 : A2 : Non je pourrais pas. C'est chacun pour soi.

(Cela vous poserez un problème qu'il soit là ?)

A2 : C'est même pas un problème c'est ma santé, c'est pas sa santé.

Pour moi c'est comme ça .

S'il veut nous aider ben il nous aide. Mais si il veut pas, on peut pas forcer la chose.

Entretien A3 :

Critères : femme de 17 ans en CAP commerce, habite en banlieue de la ville, contraception par implant posé au CPN.

Question 1 : A3 : Aujourd'hui je suis venue pour enlever mon implant. Parce que ça fait trois semaines que j'ai mes règles et ça m'embête à chaque fois. En plus je grossis et je n'aime pas ça.

(La première fois que tu as consulté pour une contraception c'était dans quel contexte ? Urgence après des rapports non protégés, en prévision de rapports sexuels ? Pour avoir des informations ?

)A3 : Oui c'était avant d'avoir des rapports sexuels.

Question 2 : A3 : Quand je suis allée mettre l'implant, Je voulais savoir comment ça fonctionnait. Le

médecin m'a dit que certaines pouvaient devenir grosse ou mincir. Que y 'en a qui peuvent ne plus avoir leurs règles ou d'autres avoir leur règles comme d'hab. . Mais c'est trop..

(C'est trop quoi ?) A3 : C'est trop d'informations

Question 3 : A3 : Ici si c'est pas ici je sais pas .

Question 4 : A3 : Quand je veux quelque chose je pose des questions ? *(Est-ce que vous trouvez que le médecin à bien répondu ?)* A3 : Oui bien.

Question 5 : A3 : pfou je sais pas. *(Il n'y a pas un sujet sur lequel vous aimeriez revenir ?)*

A3 : La pilule et les oublis .Je sais juste qu'il faut prendre la pilule du lendemain parce qu'on m'a déjà expliqué tout ça, mais ... ce n'est pas clair.

Question 6 : A3 : Je n'ai pas vraiment compris la question. *(Si à la fin de la consultation, on te donnait quelque chose des rappels sur les choses qu'il faut faire, ne pas faire ?)*

A3 : Ben pour l'implant c'est pas difficile par ce que tu veux te protéger avec le préservatif ou tu te protège pas. Mais pas de risque d'oubli

(Justement savoir comment bien mettre le préservatif pour se protéger ? Avoir des numéros d'urgence en cas de soucis ?)

A3 : Ben oui là ça serait bien

Question 7 : A3 : Les infections.

Question 8 : A3 : Ben en troisième, et aussi en CAP parce que ça faisait partie de la validation du CAP .

Question 9 A3 : Ben oui *(Dans quel lieu ?)* A3 : Pour moi c'est ici, parce que dès que j'ai eu mes 16 ans je suis venue ici. C'est anonyme c'est mieux pour parler.

Question 10 : A3 : Non. *(Vous pensez que le partenaire doit être impliqué aussi ?)*

A3 : Oui bien sûr, il doit être impliqué

Question 11 : A3 : Oui, bien sûr. Il est déjà venu avec moi en fait.

Entretien A4 :

Critères : femme de 17 ans, en terminale ES dans un lycée public, habite en campagne, venue avec sa mère, contraception par implant posé au CPN.

Question 1 : A4 : Ben parce que j'ai un copain et que j'ai pas envie de tomber enceinte.

Question 2 : A4 : Que le médecin soit capable de répondre à mes questions..... Qu'il sache me conseiller.

Question 3 : A4 : Mon médecin, le planning familial .Et le gynécologue aussi

Question 4 : A4 : Non il avait bien répondu à toutes mes questions, y a pas eu de problème là-dessus

Question 5 : A4 : Pas de priorité. On doit parler de tout .Tout est prioritaire.

Question 6 : A4 : des numéros d'urgences

Question 7 A4 : Je vois pas (*Est-ce que tu trouves que c'est au médecin d'en parler ?*)

A4 : Non c'est au deux au patient comme au médecin.

Question 8 : A4 : Oui en 3^{ème}. (*Est-ce que tu en as retenue quelque chose ?*)

A4 : Oui j'ai retenue des trucs (*Est-ce que c'est ça qui t'a poussé à consulter ici ?*)

A4 : Je crois pas, je ne sais pas.

Question 9 : A4 : Je sais pas, avec les cours c'est déjà pas mal. Et puis il y a les parents pour faire c'est leur rôle.

Question 10 : A4 : Non, l'homme devrait prendre un peu plus de place.

Question 11 : A4 : Ben s'il avait pu il serait là. C'est ma maman qui le remplace

Entretien A5 :

Critères: femme de 17 ans, en apprentissage dans le commerce après avoir arrêté ces études, habite en centre-ville. Contraception orale prescrite par le CPN.

Question 1 A5 : Pour ne pas tomber enceinte. Plutôt avant d'avoir des rapports

Question 2 : A5 : Qu'il réponde à mes questions. Et puis sur les effets, parce qu'on grossit avec la pilule et on nous le dit pas. Et puis avec la cigarette ce n'est pas bon.

Question 3 : A5 : Les médecins. (*Quels types de médecins ?*) A5 : Les gynécologues, ou les généralistes.

Question 4 : A5 : Oui. Pas de questions particulières

Question 5 : A5 : Si on oublie notre pilule, parce que c'est compliqué la pilule.

Question 6 A5 : On nous donne déjà un papier. (*Oui ici c'est possible*)

A5 : Mais c'est pas pareil, le papier. Expliquer avec des mots je trouve que c'est mieux qu'avec un papier. Ça sert à rien le papier, il est mal expliquer.

Question 7 : A5 : Déjà je parle pas de ça avec les gens. Y a qu'avec mon copain que je parle de ses choses-là. Et je connais pas mal de chose. Après pour les autres oui c'est bien.

Question 8 : A5 : Oui mais on parle pas vraiment. C'est pas pareil , c'est pas suffisant .

(A quel période de votre scolarité ?)

A5 : Quatrième je crois. *(Est-ce que ça vous a poussé à venir au centre de planification pour avoir d'autres informations ?)*

A5 : Oui

Question 9 : A5 : Faudrait le faire plutôt. Les filles de nos jours c'est pas ... Moi je pense qu'il faudrait le faire à 13 ans. *(Est-ce qu'il y a un lieu qui serait le plus propice à le faire ?)*

A5 : Après ça dépend si c'est une loi pour toutes les filles de 13 ans si c'est obligatoire ça sera chez le médecin de famille. Sinon à l'école.

Question 10 : A5 : Non. Après quand ça fait un moment que t'es avec la personne ben faut faire le test. Et si les deux sont négatifs et que t'as confiance. Là ça devient féminin. Mais au début non.

Question 11 : A5 : AH non, trop gêné ! *(Est-ce que vous ça vous poserez un problème si il était là ?)*

A5 : Non *(Lui par contre ça le gênerait ?)* A5 : Lui oui ça le gênerait.

Entretien A6 :

Critères : femme de 16 ans, seconde professionnelle pour service à la personne dans le privé, habite en banlieue .Sous implant post IVG avant contraception orale prescrite par son médecin généraliste.

Question 1 : A6 : Ben en urgence parce que l'année dernière je suis tombée enceinte donc je suis venue ici.

Question 2 : A6 : Pour moi c'est d'être en sécurité déjà. Ben d'être protégé.

.

Question 3 : A6 : Le médecin généraliste mais mon médecin il travaille ici , donc je viens ici .

Question 4 : A6 : Et oui est ce qu'on peut enlever l'implant sans le dire à nos parents ?

La pilule je la prenais avant, mais je l'oubliais tout le temps.

Mais ce n'était pas très clair pour moi ce qu'il fallait faire quand je l'oubliai. Enfin je croyais que

c'était clair quand on me la expliqué mais je suis quand même tombée enceinte.

(Vous l'avez dit à votre médecin que ce n'était pas clair ?)

A6 : Ben en fait j'imaginai que j'avais tout compris mais ... ce n'était pas le cas

Question 5 : A6 : Ben quand on ne prend pas de contraception. Faut toujours mettre les préservatifs, et la pilule du lendemain si besoin. Et euh ben voilàC'est les conseils qui sont le plus importants

Question 6 : A6 : La protection, comment se protéger bien. Et ne pas passer à côté.

(Plus vis-à-vis des IST, ou des moyens de contraception ?)

A6 : Plus pour le préservatif.

Question 7 : A6 : Moi j'aimerais qu'il me parle des maladies sexuellement transmissibles.

(C'est à qui pour vous de faire cette éducation ? La famille, l'école, les médecins ? C'est personnel ?)

A6 : Ben je dirais mes parents et moi.

Question 8 : A6 : c'était en quatrième je crois.

Question 9 : A6 : Oui c'est bien, c'est le bon âge. (Le lieu le plus adapté pour le faire selon vous ?

)A6 : plutôt chez le médecin, c'est plus rassurant.

Question 10 : A6 : Ben oui, je pense. Je n'ai jamais entendu qu'il existait une contraception pour les garçons

Question 11 : A6 : Oui, pas de problème. Il est déjà venu sans problème.

Entretien A7 :

Critères : 13 ans, quatrième dans le publique , habite en campagne. Pas de contraception.

Question 1 : A7 : Je me prépare. J'en avais parlé du centre de planification avec mes copines

Question 2 : A7 : Avoir un peu plus de renseignements, et avoir la pilule.

(Avez-vous des questions précises que vous aimeriez poser ?)

A7 : Ben si on doit prendre la pilule tous les soirs à la même heure. Des questions pratiques quoi.

Question 3 : A7 : Non. A part ici non.

Question 4 : *Avez-vous parlé contraception avec un médecin déjà ?* A7 : Non jamais *(Avec vos parents ?)* A7 : Non plus

Question 5 : A7 : Oui si j'oublie de prendre la pilule comment on fait. Car je ne sais pas.

Question 6 A7 : Qu'est-ce que je dois faire si j'oublie de prendre la pilule et quand je dois prendre la pilule du lendemain.

Question 7 : A7 : Les IST. *(Comme vous n'avait jamais eu de rapports est ce que vous voudriez qu'il aborde qu'est ce qu'il se passe la première fois ?)*

A7 : Non. Je n'aimerais pas. C'est personnel.

Question 8 A7 : Non pas encore, justement on doit les avoir en quatrième.

Question 9 : A7 : C'est une bonne idée, c'est le bon âge je trouve.

Ben l'école c'est bien parce que tout le monde est là. Mais y en a qui ont honte de poser de question, ou des trucs comme ça. Mais faudrait pas que ça soit obligatoire.

Question 10 : A7 : Non. Ben les garçons aussi ils doivent s'intéresser à ça .

Question 11 : A7 : Oui je pourrais l'amener mais ça me gênerait. Parce qu'il y a toujours un truc qui doit être garde entre ... c'est un peu secret. *(Vous pensez qu'il serait à l'aise ?)* Non, il ne voudrait pas.

Entretien A8 :

Critères : 16 ans, en 1ère ES dans un lycée public, sous contraception orale prescrite par son médecin traitant, habitant en centre-ville.

Question 1 : A8 : Pour éviter d'avoir des risques d'être enceinte

Question 2 : A8 : Avoir des conseils sur tout.

Question 3 : A8 : Le médecin, mon médecin généraliste. La secrétaire a dit qu'ici aussi au centre de planification on pouvait avoir une contraception.

Question 4 : A8 : Ben j'avais pas vraiment de questions. Je voulais juste un moyen de contraception

Question 5 : A8 : Qu'est-ce qu'on fait quand on a un oubli de pilule. Et puis les moyens de bien l'utiliser

Question 6 : A8 : Je sais pas (*Si on pouvait vous faire des rappels sur quoi voudriez-vous qu'ils portent ?*) A8 : Tous les moyens de contraceptions qui existent.

Question 7 : A8 : Avant d'avoir des rapports. Ben comment ça se passent. (*Est-ce vous trouvez que le médecin c'est une bonne personne pour en parler ?*)

A8 : ben oui, mais pas s'il y a ma mère.

Question 8 : A8 : Oui au lycéen en troisième, et en quatrième aussi. (*Y a-t-il eut des intervenants extérieurs et vous rappelez vous quels étaient leurs professions ?*)

A8 : C'était une association mais je me rappelle plus le nom. C'était des femmes bénévoles, pas des médecins ni des infirmières. Elles présentaient tous les moyens de contraceptions, et les moyens d'urgence.

Question 9 : A8 : C'est bien, y a des gens qui font ça plus tôt que ça. Un autre lieu que l'école c'est mieux

Question 10 : A8 : non, y a des moyens de contraceptions masculins donc on est deux. (*C'est quoi pour vous les moyens de contraception masculins ?*)

A8 : les préservatifs C'est essentiellement ça.

Question 11 : A8 : Oui pas de problème. Ça ne lui poserait pas de problème.

Entretien A9 :

Critères : 16 ans, lycée professionnel public en première année. Habite en banlieue. Contraception par Leelo Gé prescrit par son médecin généraliste.

Question 1 : A9 : Essentiellement pour des douleurs de règles.

Question 2 : A9 : C'était pour trouver une solution à ses douleurs. (*Y avait-il un désir de contraception en plus ?*)

A9 : Oui

Question 3 : A9 : les plannings comme ici, mon médecin, au lycée aussi il nous informe vachement là-dessus avec l'infirmière.

Question 4 : A9 : Moi mon médecin, là-dessus il est génial. Il m'a renseigné sur plein de choses.

Mais il m'a pas trop bien expliqué, enfin si mais j'ai pas du trop bien retenue. Parce qu'il y a trop de choses en même temps et qu'on peut pas tout retenir. Je pense qu'on devrait avoir un papier .

C'était surtout sur les oublis de pilule, je sais jamais si il faut la reprendre ou pas ...

Question 5 : A9 : bien renseigné déjà, pour pouvoir bien l'utiliser la pilule. Parce que la pilule à notre âge, c'est pas ... enfin le fait de mal la prendre, je sais qu'on n'a déjà eu beaucoup de problème. Faut bien la prendre quoi .

Question 6 : A9 : Tous les moyens de contraception qui peuvent exister.

Et des rappels sur quoi faire quand on oublie la pilule, ou quand on a plus de pilule. Je ne sais pas ce qu'on a droit de faire et de ne pas faire avec une pilule .

Question 7 : A9 : Des dangers, je pense. Ben que les rapports sexuels ce n'est pas anodins ? (*Vous pensez plutôt maladies ou risques de grossesse ?*)

A9 : Ben les deux.

Question 8 : A9 : Oui quatrième c'était des cours, en troisième on a eu 2 interventions je crois dans l'année par des personnes extérieures et seconde pas d'intervention mais en cours on l'étudie vachement.

Question 9 : A9 : 15 ans c'est bien, mais même plus jeune au final ça serait pas mal

C'est mieux que ça soit quelqu'un de l'extérieur qui en parle, on se sent plus en confiance.

Question 10 : A9 : Non, parce qu'on est deux dans l'histoire

Question 11 : A9 : Oui. On l'a déjà fait pour un dépistage, ça ne l'a pas gêné.

Entretien A10 :

Critères : adolescente de 17 ans accompagnée de son éducatrice, habite en centre-ville, a arrêté les cours en Troisième, à déjà eut une Pilule Minidril prescrite par son médecin traitant ou le CPN ne se rappelle plus trop elle était très jeune.

Question 1 : A10 : ben parce que voilà ça, fait deux ans que j'ai arrêté la pilule, et que j'ai peur de tomber enceinte un jour ou l'autre. Et voilà, je me suis prise en main pour aller voir quelqu'un pour la pilule ou poser un implant.

Question 2 : A10 : qu'on me mette l'implant. (*Avez-vous des questions des demandes particulières ?*)

Non ça va. Ah si j'en ai une, il y a des examens à faire avant de mettre l'implant ou pas ?

Question 3 : A10 : Le médecin généraliste, le planning familial. Et je crois que c'est tout.

Question 4 : A10 : je me rappelle même plus quand je suis venue. Je suis venue quand j'étais plus petite. Je ne me souviens plus.

Question 5 : A10 : Plutôt les effets secondaires.

Question 6 : A10 : Je crois que je me rappellerai de tout je pense. Je crois que tous ce qu'on va me dire je vais m'en rappeler, enfin j'espère.

Question 7 : A10 : Non ça va, je ne pense pas que ça soit au médecin de parler de ces choses-là. Ca ne concerne que nous, pas le médecin. Je n'en parle pas de toutes manières.

Question 8 : A10 : Au collège, dans toutes les classes de la 6ème à la 3^{ème}. (*Qui vous faisait les cours ?*)

L'infirmière du collège. (*Y'a-t-il eut des intervenant extérieurs ?*) Non je ne me rappelle pas

Question 9 : A10 : ça serait une très bonne idée .Ça serait mieux à l'école.

Question 10 : A10 : Non, ben parce que tout le monde doit en prendre même les garçons. C'est pour tout le monde.

Question 11 : A10 : Oui, sans soucis.

Entretien A11 :

Critères : 16 ans habite en campagne, est en alternance dans la restauration école publique. A déjà une contraception orale prescrite par le CPN.

Question 1 : A11 : Parce que j'ai fait une IVG, ici

Question 2 : A11 : Rien de spéciale, pas de question

Question 3 : A11 : Ici et chez le médecin (*Quel type de médecin ?*) Ben généraliste.

Question 4 : A11 : Oui j'ai eu toutes les informations nécessaires.

Question 5 : A11 : Surtout les oublis, mais ça déjà été fait ici.

Question 6 : A11 : Surtout les oublis

Question 7 A11 : Je ne sais pas (*Est-ce que vous trouvez que c'est au médecin d'en parler ?*) Ben ça dépend dans quel cas (*Dans quel cas alors ?*) Ben si il y a un problème.

Question 8 :A11 : Oui en PSE (Prévention Santé Environnement), on a tous ce qu'il y a sur les IST.A 15 ans. (*Y'a-t-il eut des intervenants extérieurs ?*) Non.

Question 9 : A11 : Ben oui c'est une bonne idée, après le lieu ben ici au centre de planification.

Question 10 : A11 : Non .Ben pourquoi ça serait que pour les filles. Les garçons ils sont aussi responsables.

Question 11 : A11 : Non. (*Est-ce que lui ça lui poserait un problème de venir ?*) Ben il n'a pas intérêt.

Entretien A12 :

Critères : adolescente de 17 ans, en première bac pro en sanitaire et sociale, aide à la personne.

Elle est sous contraception orale pour des kystes ovariens depuis 3 ans, prescrit par l'hôpital au départ,

puis renouveler au CPN. Vient pour la première fois avec sa mère

Question 1 : A12 : Parce que j'ai des pertes de sang qui dure depuis quelques mois. On m'a dit que ça pouvait venir de la pilule, que je ne la supportais plus.

Question 2 : A12 : Régler le problème. J'aimerais changer, mais c'est difficile pour moi parce que j'ai le syndrome de Raynaud et donc il n'y a que cette pilule adapté pour moi. Mais j'aimerais bien changer si possible

Question 3 : A12 : Les médecins généralistes, et puis le centre de planification.

Question 4 : A12 : Oui ils ont bien répondu, j'avais plusieurs questions, ils m'ont rassuré sur certains aspects.

Comment faire pour tomber enceinte avec mes kystes, parce que je prends une pilule pour mes kystes mais si je l'arrête mes kystes vont revenir alors est ce que je pourrais tomber enceinte.

Question 5 : A12 : Les effets secondaires. Parce que qu'est- ce qu'on fait en cas d'oubli, il m'en avait déjà parlé. On prend une pilule du lendemain et on met des préservatifs pendant une semaine

Question 6 : A12 : Sur les maladies infectieuses.

Question 7 : A12 : justement des maladies infectieuses. Les risques, de comment on peut les dépister.

Question 8 : A12 : En seconde, et de la sixième à la troisième mais ce n'était pas approfondi .C'était vraiment du parcours. C'était des professeurs, pas d'interventions extérieures.

Question 9 : A12 : Dans un collège, et puis oui ça serait intéressant parce qu'il y en a beaucoup qui sont mal informé. Et qui font par exemple tombe enceinte et savent pas comment faire après .Et qui sont un peu perdu après. Alors oui il faut les informer des chemins qu'ils peuvent prendre.

Et c'est peut-être un peu tard 15 ans, le plus tôt est le mieux.

Question 10 : A12 : Ben c'est aussi une question masculine, parce que c'est les deux partenaires qui sont concernés.

Question 11 : A12 : Oui, pour qu'il fasse des tests aussi. (*Cela ne vous gênez pas ?*). Non c'est rassurant au contraire

Entretien A13 :

Critères : Jeune femme de 18 ans (depuis 2 mois) qui va rentrer en première année de faculté de sociologie. Habite en banlieue. Elle n'a pas de contraception n'utilise que le préservatif. Elle est accompagnée d'une amie.

Question 1 : A13 : Ben parce que c'est bien de se protéger. Et parce que je commence à en avoir besoin.

Pour prendre moins de risque de grossesse.

Question 2 A13 : D'en savoir plus sur ce qui me conviendrait le mieux. Les différentes sortes de pilule parce que je les connais pas trop, et ben limite commencer une contraception dès maintenant.

Question 3 : A13 : Ben mon médecin, ou un gynéco.

Question 4 : pas concerné

Question 5 : A13 : Que faire en cas d'urgence. et au niveau des maladies aussi.

Question 6 : A13 : Les différentes maladies.

Question 7 : A13 : Je ne sais pas du tout. (*Est-ce que vous trouvez que c'est le rôle du médecin de parler de sexualité ?*) Ben si le patient le veut oui, si il a des questions particulières.

Question 8 : A13 : au centre de planification, en première on est tout venu ici. C'était une infirmière je crois qui est intervenue.

Question 9 : A13 : Une consultation individuelle ? Je ne suis pas sûr, je trouve que c'est trop tôt. Une consultation individuelle, ça peut faire peur en tout cas moi ça me ferait trop peur. En groupe par contre, ça c'était bien passé.

Dans un lieu extérieur à l'école par contre.

Question 10 : A13 : Non, on est deux dans l'histoire

Question 11 : A13 : Je ne sais pas. (*Cela vous gênez ?*) Le truc c'est que je n'oserai pas lui demander. (*Et vous ça vous gênez ?*) Je galère déjà tout de seule à venir ici alors je ne vais pas trop l'ébruter.

Entretien A14 :

Critères : Jeune femme de 16ans en première S. Habite à la campagne. Elle n'a pas de contraception elle a pris la pilule il y a plus d'un an prescrit au CPN. Elle est accompagnée d'une amie.

Question 1 : A14 A la base c'est pour réguler mes règles. Et après pour avoir une contraception, voilà, pour me protéger des grossesses.

Question 2 A14 : Je ne sais pas avoir la pilule. (*Est-ce que tu aurais des questions particulières à poser ?*) Ben non, je sais déjà tout ce que j'ai à savoir.

Question 3 : A14 : La gynéco, et le médecin.

Question 4 : A14 : Ça c'était bien passé la première fois au centre de planification.

Question 5 : A14 : Je sais pas trop, l'oubli surement comment on fait qu'on on oublie la pilule.

Question 6 : A14 : Ben des informations sur si on pas pris la pilule dans l'heure combien de temps on a de temps pour prendre la pilule par exemple.

Question 7 : A14 : Plutôt les maladies.

Question 8 : A14 : C'était en troisième, on a été au centre de planification parce qu'il était au centre de planification .C'était des infirmières qui sont intervenues

Question 9 : A14 : Oui je pense que c'est important d'en parler jeune, parce qu'ils le font de plus en plus tôt. Donc du coup c'est bien d'aborder le sujet.

15 ans c'est le bon âge. Pour le lieu l'école c'est le mieux. .

Question 10 : A14 : Non, ben parce que lui aussi il peut se protéger.

Question 11 : A14 : Oui, ça ne me poserait pas de problème.

3) TABLEAUX DE RESULTATS

Les motifs de consultation des adolescentes (question 1)

Motifs de consultation		VERBATIM	
Prévention :	Eviter une grossesse non désirer Avant les premiers rapports sexuels	"j'ai pas envie de tomber enceinte "	A4
		"pour ne pas tomber enceinte"	A5
		"je me prépare"	A7
		"Pour éviter d'avoir des risques d'etre enceinte"	A8
		"j'ai peur de tomber enceinte un jour ou l'autre"	A10
		"pour prendre moins de risque de grossesse"	A13
		"pour me proteger des grossesses"	A14
		"la première consultation c'était avant d'avoir des rapports "	A3
		"j'ai un copain"	A4
		"plutot avant d'avoir des rapports "	A5
	"je me prépare"	A7	
	"Parce que c'est bien de se proteger . Et parce que je commence à en avoir besoin "	A13	
Effets secondaires :	Saignements	"j'ai eut des saignements"	A1
		"ça fait trois semaine que j'ai mes règles et ça m'embete"	A3
		"j'ai des pertes de sang qui dure depuis quelques mois "	A12
	Prise de poids	"en plus, je grossis et je n'aime pas ça"	A3
Questions/ informations :	Sur d'autres de contraception	"je voulais poser des questions sur l'implant"	A1
	Sur l'examen gynécologique	"je voulais poser une question sur le premier examen chez une gynécologue parce que je ne sais pas quand il faut le faire "	A1
	Demandes d'informations non précisées	"avoir des informations "	A2
Contexte d'urgence :	Retard de règles	"j'ai eut des rapports ,je viens faire un test de grossesse"	A2
	Suite à une grossesse non désirée	"l'année dernière je suis tombée enceinte , et je suis venue ici "(CPEF)	A6
		"j'ai fait une IVG ici "	A11
	Etre rassuré	"pour me rassurer"	A2
Motif médical :	dysménorrhée	"pour des douleurs de règles"	A9
	Réguler les cycles	"c'est pour réguler mes règles"	A14
	Difficulté de prise de co	"je trouve que la pilule c'est un peu dur à la prendre , je trouve"	A1
Changer de moyen de contraception :		"je suis venue pour enlever mon implant"	A3
		"pour la pilule ou poser un implant "	A10

Les attentes des adolescentes pour une consultation « contraception » (question 2)

Attentes de la consultation		VERBATIM	
Role de conseils du médecin :	Bien informer sur les effets secondaires et répondre aux questions Conseils sur la contraception Conseils sur l'examen gynéco Conseils sur un changement de contraception Conseils sur les examens complémentaires	"cela m'a posé question"	A1
		"les effets , parce qu'on grossit avec la pilule""avec la cigarette c pas bon"	A5
		"avoir des conseils sur tout "	A8
		"qu'il réponde à mes questions "	A7
		"quand il faut faire le premier examen gynéco "	A1
		"j'aimerais changer"	A12
		"y a des examens à faire avant de mettre l'implant"	A10
Role d'éducateurs du médecin :	Fonctionnement des contraceptifs Conseils pratiques Conseils personnalisés	"je voulais savoir comment ça fonctionnait"	A3
		"prendre la pilule tous les soirs , à la meme heure ?" "des questions partiques quoi "	A7
		"les différentes sorte de pilule , je les connais pas trop"	A13
		" la pilule c'est un peu dur à la prendre"	A5
		"d'en savoir plus sur ce qui me conviendrait le mieux "	A13
Roles de prescripteurs du médecin :		"avoir la pilule "	A7
		"je voulais un moyen de contraception"	A8
		"commencer une contraception des maintenant"	A13
		"avoir la pilule"	A14
Role de prévention du médecin :	Parler IST ,sécurité pour les rapports	"j'attends d'avoir des réponses .j'ai eut des rapports"	A2
		"d'etre en sécurité déjà .d'etre protégé"	A6
Role de technicien du médecin :	Savoir mettre un implant	"qu'on mette l'implant"	A10
Role de soignant du médecin:	Résoudre un problème de santé	"trouver une solution à ses douleurs"	A9
		"IVG"	A11
		"réponse au test de grossesse"	A12
pas d'attente particulière		"rien de spéciale , pas de question"	A11
		"je connais déjà tout"	A14

Les prescripteurs de contraceptifs identifiés par les adolescentes(question 3)

Médecin généraliste	A1, A2 ,A4, A5, A6 ,A8, A9, A10, A11,A12,A13,A14
Médecin gynécologue	A4 , A5,A13,A14
CPEF	A1, A3, A6, A7, A8, A9, A11,A12
Planning familial	A4,A10
Infirmière scolaire	A9
Pharmacie	A1
Sage femme	0

Les attentes non satisfaites des adolescentes (question 4)

	VERBATIM	
Attentes satisfaites	"Quand je veux quelque chose je pose les questions [...] Oui bien"	A3
	"il avait bien répondu à toutes mes questions"	A4
	"Oui j'ai eut toutes les informations necessaires"	A11
	"Oui ils ont bien répondu " "ils m'ont rassuré sur certains aspects"	A12
	"Ca c'est bien passé"	A14
Pas de questions particulières	"Oui .pas de questions particulières"	A5
	"Ben j'avais pas trop vraiment de questions"	A8
Attentes satisfaites sur le moment	"ben j'avais tout compris ... mais ce n'étais pas le cas "	A6
	"Mon médecin la dessus il est génial" "Mais j'ai pas du trop bien retenue"	A9

Les raisons de la non satisfaction

	VERBATIM	
Difficulté de dialogue	"c'est pas trop simple de parler,comme c'est le meme médecin que ma famille "	A1
	"jamais parler contraception avec mon médecin"	A7
Problèmes de confidentialité Secret médical	"J'ai pas trop l'impression que ça va rester là "	A1
Problème de connaissance de leurs droits Autorité parentale	"est ce qu'on peut enlever l'implant sans le dire à nos parents ? "	A6
Problèmes du trop plein d'information qui entraine"un oubli"	"il y a trop de choses en meme temps et on peut pas tout retenir"	A9
	"je croyais que c'était clair quand on me l'a expliquer "	A6
Manque d'examen / de contact physique	"elle écoute pas assez le corps , elle touche pas assez le corps "	A2

Les sujets prioritaires pour les adolescentes lors d'une consultation
« contraception »(question 5)

VERBATIM

La conduite à tenir lors d'un oubli de pilule	"ne pas l'oublier "	A1
	"les oublis[...] c'est pas clair "	A3
	"si on oublie notre pilule , parce que c'est compliqué"	A5
	"si j'oublie de prendre la pilule et quand je dois prendre la pilule du lendemain"	A7
	"qu'est ce qu'on fait quand on a un oubli de pilule"	A8
	"surtout les oublis"	A11
	"l'oubli surement "	A14
Bonne utilisation de la pilule	"les moyens de bien l'utiliser"	A8
	"pour pouvoir bien l'utiliser la pilule"	A9
Contraception d'urgence	"je sais juste qu'il faut prendre la pilule du lendemain "	A3
	"et la pilule du lendemain"	A6
	"que faire en cas d'urgence"	A13
Les IST	"ne pas attraper de maladie"	A2
	"au niveau des maladies aussi "	A13
Les effets secondaires des contraceptifs	"plutot les effets secondaires"	A10
	"les effets secondaires"	A12
Préservatif	"quand on ne prend pas de contraception , faut toujours mettre des preservatif? "	A6
Tout ?	"tout est prioritaire"	A4

Thèmes proposés par les adolescentes pour un support papier donné en fin de
consultation(question 6)

Pas d'interet d'un support papier	" Je le garderai pas, je le jeterai"	A2
	"Ca sert à rien"	A5
	" J'ai tout dans la tete "	A10
La conduite à tenir lors d'un oubli de pilule	"des indications sur les oublis surtout"	A1
	"pas de risque d'oubli"	A3
	"qu'est ce que je dois faire si j'oublie de prendre la pilule"	A7
	"des rappels sur quoi faire quand on oublie la pilule "	A9
	"surtout les oublis"	A11
	"des informations sur si on pas pris la pilule dans l'heure combien de temps on a "	A14
Présentation de tous les moyens de contraception	"tous les moyens de contraception qui existent"	A8
	"tous les moyens de contraception qui peuvent exister "	A9
Contraception d'urgence	"quand je dois prendre la pilule du lendemain"	A7
Numéros d'urgences	"des numéros d'urgences"	A4
Sur toutes les IST et comment s'en proteger	"la protection plus pour le préservatif"	A6
	"sur les maladies infectieuses"	A12
	"les différentes maladies"	A13

L'abord de la sexualité lors de la consultation (question 7)

VERBATIM

Prévention IST	"plutot des infections " "les infections" "j'aimerais qu'il me parle des maladies sexuellement transmissibles" "les IST " "les deux d'IST " "des maladies infectieuses" "plutot les maladies"	A1 A3 A6 A7 A9 A12 A14
Dépistage des IST	" de comment on peut les dépister"	A12
Prevention vaccin hpv	"je n'ai pas fait le vaccin ?"	A1
Evolution du corps : physiologie	"comment évolue le corps ,je vois des changements . C'est ça qui me pose questions"	A2
Les premiers rapports sexuels	"ben comment ça se passent ?" "les rapports sexuels c'est pas anodins"	A8 A9
Rapports sexuels et risque de grossesse	"et de grossesse"	A9
Souhait que le sujet soit abordé par le médecin	"c'est au deux au patient et au médecin " "si le patient le veut oui , si il y a des questions particulières"	A4 A13
Que si problème	"cas dépend dans quels cas ,ben si il y a un problème "	A11
Pas le rôle du médecin	"je ne parle pas de ça avec les gens ""y qu'à mon copain" "je ne pense pas que ça soit au médecin de parler de ces choses là "	A5 A10
Rôle parentale	"mes parents et moi"	A6
Sujet personnel	"la première fois c'est personnel"	A7

Education à la sexualité reçue par les adolescentes de l'étude (question 8)

Pas de cours	A2
En quatrième	A1, A5, A7, A8, A9
En troisième	A3, A4, A8, A9
Collège 6ème à la 3ème	A10, A12
Seconde	A9, A12
Première	A13

Intervenants réalisant les cours d'éducation sexuelle

Professeur	A9, A11, A12
Infirmière scolaire	A10
Personne extérieure (Association)	A8, A9
CPN infirmières	A13,A14

Avis des adolescentes sur une consultation prévention vers 15 ans (question 9)

Bonne idée	"Pour éviter de faire des bêtises " "Pour éviter les dégats " "y en a beaucoup qui sont mal informé "	A1 A2 A12 A3, A6,A8 A10, A11 ,A13 , A14
les cours suffisent	c'est le role des parents	A4
Pas obligatoire	"pas forcement obligatoire"	A1 A7

Propositions de lieux de réalisation de cette consultation

VERBATIM		
Ecole	"tout le monde est là " "ca serait mieux à l'école" "c'est mieux que ce soit un quelqu'un de l'extérieur qui en parle ,on se sent plus en confiance "	A7 A10 A9
Médecin	"chez le médecin c'est plus rassurant"	A6
CPN	"c'est anonyme c'est mieux pour parler "	A3 A9, A11
Famille	"ça devrait etre les parents " "ils ya déjà les parents pour le faire "	A2 A4
Autre lieux	"ils écoutent plus la famille que les enseignants" "un autre lieu que l'école c'est mieux	A2 A8

Avis des adolescentes sur l'âge de cette consultation

VERBATIM		
15 ans bon age	"oui c'est bien c'est le bon age " "c'est le bon age je trouve" "15 c'est le bon age "	A6, A7 A14
Trop tot	"je ne suis pas sur je trouve c'est trop tot "	A13
Plus tot	"y a des gens qui font ça plus tot que ça " "meme plus jeune au final ça serait pas mal " "c'est peut etre un peu tard 15 ans , le plus tot est le mieux "	A8 A9 A12
13 Ans	"il faudrait le faire à 13 ans "	A5

Représentation de la contraception par les adolescentes (question 10)

Oui	"Responsabilité feminine "	A1
	"Car pas de contraception pour les hommes "	A6
	"Pas au début car il y a le risque IST après les tests , ça devient une responsabilité feminine"	A5
	"les hommes n'ont pas de risque de grossesse "	A2
Non	"Implication du partenaire"	A3
	"L'homme doit prendre plus de place "	A4
	"Les hommes doivent s'y interesser aussi"	A7
	"Ils existent des contraceptions pour les hommes aussi (preservatifs)"	A8, A11
	"on est deux partenaires"	A12
	"on est deux dans l'histoire "	A9, A13
	"pour tout le monde "	A10

Le partenaire a-t-il une place dans la consultation ? (question 11)

Oui	"Pas de soucis "	A1, A8, A10,A11,A14
	"Déjà venu"	A3, A4, A6, A9
	"C'est rassurant"	A12
	mais avec un peu de gene car c'est secret	A7
Non	"c'est chacun pour soi .c'est ma santé"	A2
	"il serait gené "	A5
		A11
Ne sais pas	"je ne sais pas "	A13

4) FICHE MEMO HAS



Fiche Mémo Contraception chez l'adolescente

Juillet 2013

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 trains à l'école 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

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle.
- L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, les pilules estroprogestatives ou progestatives, l'implant progestatif et le dispositif intra-utérin (DIU) sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

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 impetans 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 référence 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 décolllement 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 infirmières scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence au lévonorgestrel.

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 artériel, 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, migraines...).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : il est recommandé de prescrire en 1^{re} intention une pilule combinée contenant de la norethistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1^{re} ou 2^e génération²). 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 patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux adolescentes 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 h³ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décolllement 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 veineux⁴ 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 évocant 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 anticonvulsivants, 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, 2015).

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2015).

4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule 7 », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - <http://www.inpes.sante.fr/CFES3/seves/catalogue/pdf/1368.pdf>

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non-utilisatrices de pilule, 3/10 000 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 (2^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2015).

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

7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Répertoire 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 (ménorragies, 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 le 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.

❗ Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Théaurus 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, quelle 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* 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.

❗ 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/CFR3/Dossiers/statistiques/pdf/016.pdf>
- • Mode d'emploi du préservatif masculin -- <http://www.inpes.sante.fr/CFR3/Dossiers/statistiques/pdf/718.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.fil-santejeunes.com
- Association française pour la contraception : www.contraceptions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : www.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.choisisacontraception.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

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
TEL : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

5) FICHE HAS BON USAGE DU MEDICAMENT



Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1^{re} ou 2^e génération

- Les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) sont parmi les moyens les plus efficaces (indice de Pearl < 1) pour la prévention des grossesses non désirées.
- L'efficacité des différents types de COEP est du même ordre.
- Tous les contraceptifs estroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thromboembolique artériel ou veineux. Avant leur prescription, il est indispensable de rechercher des facteurs de risque thromboembolique personnels ou familiaux. Chez les femmes ayant des facteurs de risque constituant une contre-indication, un autre mode de contraception devra être proposé.
- Les COEP dits de 3^e génération (C3G, contenant du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate) exposent les femmes à un surrisque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux COEP dits de 1^{re} ou 2^e génération (C1G ou C2G).
- Aucune étude n'a démontré que les C3G apportaient un bénéfice supplémentaire par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée et les méno-métrorragies.
- Du fait de leur moindre risque thromboembolique veineux pour une efficacité comparable, la HAS considère que les contraceptifs oraux de 1^{re} ou de 2^e génération doivent être préférés à ceux de 3^e génération.

1. Quels sont les différences entre les « générations » de contraceptifs oraux estroprogestatifs ?

- Selon le progestatif utilisé, la plupart des COEP ont été divisés en trois classes ou « générations », appellation qui laisse entendre que les plus récents sont préférables aux précédents, sans que ce soit avéré. Ces trois « générations » (C1G, C2G et C3G) utilisent le même estrogène, l'éthinyl-estradiol (EE) à des doses variées, associé à un progestatif norstéroïdien (voir au verso les autres COEP). Cette classification ne préjuge en rien des avantages ou inconvénients d'une « génération » par rapport aux autres.
- Les C1G/C2G sont remboursables. En revanche, seuls certains C3G ont été inscrits au remboursement. Les laboratoires concernés n'ayant pas demandé le remboursement des autres COEP de cette classe (en italiques dans le tableau ci-dessous), ceux-ci ne sont pas remboursables.

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
C1G	EE (35 µg)	Noréthistérone	Triata*	
C2G	EE (20, 30 ou 40 µg)	Lévonorgestrel	Adepa*, Amarance*, Daily Gél*, Evaneclia*, Lacteo*, Lovavulo*, Ludeal Gél*, Minidri*, Optidri*, Optilova*, Paolia*, Trinordio*, Zikiale*	
	EE (50 µg)	Norgestrel	Stedri*	
C3G	EE (20 ou 30 µg)	Désogestrel	Desobel*, Vamoline Continu* et EE/désogestrel Biogaran*	Cycleane*, Mercilon*, Vamoline*
	EE (15, 20, 30 ou 40 µg)	Gestodène	Carlin*, Elezia* et EE/gestodène Arrow*, Biogaran*, Ranbaxy*, Ratiopharm*, Sandoz*, Winthrop*	Harmonet*, Meliane*, Melodia*, Minesse*, Minulet*, Moneva*, Optinesse*, Phaeve*, Trinsulet* et neuf génériques*
	EE(35 µg)	Norgestimate	-	Cleat*, Effprev*, Triafen*, Triolest*

* : Etenol*, Fesida*, Sykane*, Perlone* et EE/gestodène Arrow*, Biogaran*, BIP*, Teva*, Zylus*.

2. Certains contraceptifs oraux estroprogestatifs sont-ils plus efficaces que d'autres ?

- Les COEP sont l'un des moyens contraceptifs les plus efficaces. Leurs indices de Pearl (nombre de grossesses pour 100 femmes prenant un COEP pendant un an) sont inférieurs à 1, à condition qu'il n'y ait pas d'oubli de prise.
- Il n'existe pas de différence d'efficacité entre les COEP : leurs indices de Pearl sont tous du même ordre.

Autres contraceptifs oraux estroprogestatifs

Les COEP plus récents utilisent des progestatifs de types différents. Les laboratoires concernés n'ayant pas demandé leur remboursement, la HAS n'a pas eu à se prononcer sur ce point.

Selon les données disponibles, il n'y a pas d'argument pour les préférer aux précédents. De plus, il est apparu que les COEP contenant de la drospirénone présentent un surrisque thromboembolique par rapport aux C2G*.

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités
Autres COEP	EE (30 µg)	Chlormadinone	Belara*
	EE (20 ou 30 µg)	Drospirénone	Belanette*, Convulne*, Drosipibe*, Jasmine*, Jasminelle*, Jasminelle Continu*, Rimendia*, Yaz*, EE/drospirénone Biogaran* et Biogaran Continu*
	Estradiol (1,5 mg)	Nomégestrol	Zoely*
	Valérate d'estradiol (3/2/1 mg)	Diénogest	Qlaira*

3. Certains contraceptifs oraux estroprogestatifs sont-ils mieux tolérés que d'autres ?

- Aucune étude jusqu'à présent n'a démontré que les C3G avaient un intérêt clinique supplémentaire par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les jambes lourdes, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée ou les méno-métrorragies.

4. Comment réduire le risque de survenue d'un événement thromboembolique (veineux ou artériel) lié aux contraceptifs oraux estroprogestatifs ?

- Tous les COEP entraînent une augmentation du risque d'événement thromboembolique veineux, d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. C'est pourquoi toute prescription de COEP doit être précédée d'une recherche des facteurs de risque personnels ou familiaux de thrombose.
- En effet, si le risque cardiovasculaire lié aux COEP est faible dans l'absolu, il est accru en cas d'association à d'autres facteurs de risque, à réévaluer à chaque prescription, notamment :
 - tabagisme : l'arrêt du tabac doit être préconisé et accompagné ;
 - anomalies de la coagulation, d'origine génétique en particulier : il faut les rechercher en cas d'antécédents familiaux (et bien sûr personnels) d'accidents cardiovasculaires ;
 - âge : le risque thromboembolique augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice/risque des COEP devra être réévalué individuellement et de façon régulière à partir de 35 ans.
- Par ailleurs, les utilisatrices de COEP doivent être informées des signes évocateurs d'accident vasculaire.

5. Quel est le risque thromboembolique veineux avec les C3G par rapport aux C1G/C2G ?

- De l'ensemble des travaux publiés, il ressort que le risque d'événement thromboembolique veineux est accru avec les C3G par rapport aux C1G/C2G*.
 - Chez la femme en bonne santé sans autre facteur de risque, ce risque est d'environ 0,02 % par an avec les C1G/C2G* ; avec les C3G, il passe à 0,04 % par an (soit 4 accidents par an au lieu de 2 pour 10 000 utilisatrices).
 - Le risque thromboembolique veineux lié aux COEP est maximal dans les 12 premiers mois. Il diminue avec la durée de prise de la contraception, mais le surrisque lié aux C3G par rapport aux C1G/C2G* persiste.
- Lors de la prescription d'une contraception orale estroprogestative, il convient de préférer les C1G/C2G*.
- Le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'une C3G jusque là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme déjà sous C3G la méthode contraceptive la plus appropriée pour elle (autre contraceptif oral, dispositif intra-utérin, etc.).

* : contenant moins de 50 µg d'éthinyl-estradiol (EE).



Compte tenu des données scientifiques disponibles et au regard de l'existence d'alternatives (les C1G et C2G), le service médical rendu par les contraceptifs oraux estroprogestatifs dits de troisième génération est insuffisant pour leur prise en charge par la solidarité nationale.

HAS

Validé par la Commission de la Transparence de la HAS, ce document a été élaboré à partir des données de l'AMM, des études disponibles et de l'ensemble des avis de la Transparence. Ces avis, comme l'ensemble des publications de la HAS, sont disponibles sur www.has-sante.fr

Novembre 2012

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PREX ¹	COMMENT L'OBTENIR?
 <p>DIU (Dispositif intra-utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (surgarant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : 125,95 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPJ³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPJ³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PILULE CONTRACEPTIVES On comprend à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération de progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,80 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPJ³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPJ³.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une reformule pour 6 mois maximum. Délivré sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renseigner la débitrice pour 6 mois maximum.</p>
 <p>PATCH CONTRACEPTIF On patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 5 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Entour 10 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>104,44 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPJ³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPJ³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. ² Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou agents d'Etat. ³ Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PREX ¹	COMMENT L'OBTENIR?
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on retire l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Entour 14 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelette en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un diène très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 6 heures après le rapport. N/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : entour 45 €. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : entour 60 €. Non remboursé.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivré sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être utilisé dans les CPJ³. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p>PRÉSÉRVAIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en tenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPJ³ et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p>PRÉSÉRVAIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Entour 1,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPJ³ et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. ² Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovale qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	Environ 7 à 10€ selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sur ordonnance en pharmacie.
 <p>PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogesterone) est injecté par voie intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	Chaque dose coûte 3,44 €. Remboursés à 65 %.	Sur ordonnance en pharmacie.
 <p>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité coésogénique définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <i>Stérilisation à visée contraceptive</i>).</p>	Remboursés à 80 %.	L'intervention ne peut être réalisée : <ul style="list-style-type: none"> • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

¹ Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.



Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissiez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

La consultation gynécologique

C'est une consultation spécialisée pour répondre à toutes les questions sur la grossesse, les règles, la fertilité, le conseil, la contraception et pour évaluer les problèmes de santé des femmes.

Que fait la gynécologue ?

Elle examine les organes reproducteurs et les seins, vérifie l'absence de grossesse et s'occupe de la contraception.

Elle prescrit des médicaments et des examens de laboratoire.



Qui consulter ?

Pour trouver une gynécologue, contactez votre médecin généraliste ou votre pharmacien. Ils pourront vous orienter vers la bonne adresse.



Vous pouvez également consulter votre médecin généraliste pour un conseil ou un examen de routine.

Comment y aller ?

Vous pouvez aller à la consultation en voiture, en train, en métro, en bus ou à pied. Si vous n'avez pas de moyen de transport, vous pouvez aller à la consultation en taxi ou en car.

Quand consulter ?

Vous pouvez consulter à tout moment de l'année, mais il est préférable de consulter avant la grossesse.



Préparer la consultation

Prenez rendez-vous à l'avance. Préparez votre dossier médical et vos questions. Arrivez à l'heure et prenez un rendez-vous à l'avance.



Si vous avez des questions, contactez votre médecin généraliste ou votre pharmacien. Ils pourront vous orienter vers la bonne adresse.

Après la consultation

Vous pouvez aller à la consultation à tout moment de l'année, mais il est préférable de consulter avant la grossesse.



Conseils gynécologiques

Prenez rendez-vous à l'avance. Préparez votre dossier médical et vos questions. Arrivez à l'heure et prenez un rendez-vous à l'avance.



La consultation, c'est avant tout un dialogue...

Pour commencer, le médecin ou la sage-femme te demande pourquoi tu viens.

Souvent, tu le sais mais tu n'oses pas le dire. Parfois, c'est moins clair dans la tête. Mais plus tu arrives à être précise, plus on peut te répondre facilement.

Le professionnel te pose aussi des questions pour mieux te connaître et pour savoir quelle est ta situation ou ton état de santé (ton âge, la date de tes dernières règles, certaines maladies dans ta famille...). Tu peux te confier à lui.

Si une personne t'accompagne, c'est peut-être à ce moment-là qu'on lui demande de sortir pour te parler en tête-à-tête.

Bonjour... C'est la première consultation ?

Ce qu'on va se dire restera entre nous, rien ne sera répété à tes parents.

Oui.

Pourquoi viens-tu me voir ?

Il faut vraiment que j'arrive à lui dire... Alors, je me lance, après tout, je suis venue pour ça !

Tu peux parler de tout ce que te soucie, rien n'est ridicule ou bête. Le médecin ou la sage-femme ne se moqueront pas et ne seront pas gênés : ils ont l'habitude, c'est leur métier.

Pour parler de ton corps, tu peux utiliser les mots de tous les jours, on te comprendra.

J'ai peur de l'examen médical !

Rassure-toi, il n'y a aucune obligation à ce qu'une partie de ton corps soit examinée pendant la première consultation sauf si quelque chose ne va pas ou si tu le demandes.

La suite de la consultation dépend des sujets dont tu veux parler...

J'ai un séni plus gros que l'autre. C'est normal ?

Toutes mes copines ont, leurs règles, saut moi...

Parler du corps

Certaines filles se posent des questions sur leurs seins, leur sexe, les règles, les pertes. D'autres filles veulent savoir si elles sont "normales" ou simplement comment elles sont faites. Le médecin ou la sage-femme peut, par exemple, proposer de leur faire découvrir leur corps, parler avec des schémas (voir page 18).

Comment savoir si j'ai perdu ma virginité ?

J'ai eu quand ce fut l'histoire avec mon copain.

Il veut que je fasse des trucs que je n'ai pas envie de faire...

Parler de la sexualité

Certaines filles se posent des questions sur la virginité, la "première fois", le plaisir, la maturation... D'autres ont déjà un petit ami ou une petite amie et peuvent se poser des questions sur les rapports sexuels ou avoir des soucis (douleurs, inévitables...). Le professionnel peut en parler avec elles.

Je suis très irritée, ça me démange...

J'ai des pertes mais comment savoir si elles sont normales ?

Parler des problèmes de santé

Certaines filles ont un symptôme (douleur, pertes colorées, saignement inhabituel...) dont il faut s'occuper. La plupart du temps, décrire le problème suffit pour décider d'un traitement, un examen médical est rarement nécessaire.

D'autres filles veulent des infos sur les infections sexuellement transmissibles (IST voir page 19) : VHS-Sida, chlamydiae, hépatite B... Le professionnel peut leur expliquer comment se protéger au mieux, se faire dépister, voire se faire vacciner.

Pilule, abstinence, amené vaginal, préservatifs... avec Damien on sait pas comment choisir ?

Puisque je vais prendre la pilule, on doit quand même continuer avec les préservatifs ?

Parler de la contraception

Certaines filles veulent avoir des infos sur les différents moyens de contraception comme les contraceptifs ou les effets secondaires... D'autres veulent commencer une contraception, ou ont des problèmes avec celle qu'elles prennent déjà. En parler permet de trouver la solution la mieux adaptée à chacune.

À la fin de la consultation...

Selon les cas, le médecin ou la sage-femme te donne une ordonnance, te rappelle certains conseils et te précise comment le re-contacter si besoin.



Vous avez reçu une ordonnance, vous pouvez la commander par téléphone ou par mail.

Écrivez que tu as besoin de la commande.

Tu hésites à revenir

Tu n'es pas "accroché" avec le médecin ou la sage-femme, tu as eu l'impression d'être mal conseillée, que ton n'a pas pris le temps de t'écouter.

Tu as tout à fait le droit de changer d'avis si tu te poses de nouvelles questions.

Si tu en as la possibilité, demande conseil autour de toi pour avoir l'adresse d'un autre professionnel.

Quand faut-il revenir ?

- > Si tu as un problème de santé ou si tu te poses de nouvelles questions.
- > Si l'a prescrit une contraception, le professionnel te précisera à quel rythme venir le voir.

Ce qui peut te gêner...

La peur de poser des questions ridicules

Écoute que tu demandes comment ça se passe, ça n'est pas un problème ?

La peur d'être jugée

J'ai eu peur de paraître bête...

La peur de ne pas tout comprendre

C'est une question simple, mais j'ai plusieurs questions...

La peur d'oublier les questions importantes, ou de ne pas oser les poser

Seuls que tu as posé les questions, ça se passe bien.

Pour mieux préparer les questions à l'avance par écrit.

Pour en savoir plus sur l'examen médical

Si, en général, aucun examen médical n'est nécessaire pendant la première consultation, tu te demandes sûrement ce qui va se passer le jour où tu auras besoin d'être examinées...

L'examen médical est un ensemble de gestes que fait le médecin ou la sage-femme pour vérifier que tu es en bonne santé ou pour dépister certaines maladies.

Tous ces gestes ne sont pas faits systématiquement à chaque consultation : cela dépend de ton âge, de la situation, de la raison de la consultation... Le professionnel t'explique au fur et à mesure ce qu'il va faire, dans quel ordre, à quel moment, ce que tu vas ressentir... Pour commencer, il te demande de te déshabiller...

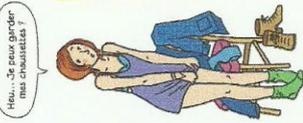
Se déshabiller... pas si facile !

Déshabiller certaines parties de son corps très intimes n'est pas toujours évident. Il existe pas d'autres moyens pour les examiner.

En revanche, il existe des solutions pour se sentir plus à l'aise :

- > Il n'est absolument pas obligatoire d'être intérieurement nue : on peut garder le "bas" pendant l'examen des seins et garder le "haut" pendant l'examen gynécologique.
- > Le professionnel adapte sa façon de faire. Par exemple, l'examen des seins peut être réalisé juste en relevant le tee-shirt.

Et puis, avec le temps, parce qu'on connaît mieux le déroulement de l'examen et qu'une relation de confiance s'établit avec le médecin ou la sage-femme, se déshabiller est souvent moins difficile.



Hé... je suis gênée, mais rassurez-vous !

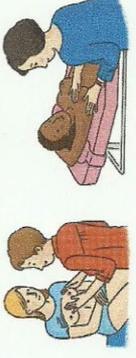
Pas de panique !

- > Je ne suis pas déglottée ! On ne te passe pas de doigts dans le vagin, on se sert le mieux, juste avant le rendez-vous !
- > Je ne pourrai pas faire une toilette ! Il n'est pas recommandé de faire une toilette même particulière avant l'examen. Le professionnel t'explique à quel moment il faut se laver les mains et à quel moment il faut se déshabiller.
- > J'ai mes règles ! Ce n'est pas un problème, le professionnel t'adaptiera.



L'examen des seins

Cet examen est réalisé systématiquement à partir de 25 ans. Il permet d'explorer une éventuelle boule ou une grosseur. Parfois, c'est toi qui as pu la sentir et cela t'inquiète. Dans la grande majorité des cas, c'est sans gravité à ton âge. Le professionnel papa avec ses deux mains tes seins ainsi que tes aisselles quand tu es en position assise et en position allongée.



Cet examen ne fait pas mal. Mais il peut être désagréable et tu as les seins douloureux, ce qui arrive parfois au moment des règles. Si c'est le cas, le mieux est de le programmer, le professionnel t'en tiendra compte.

L'examen gynécologique

C'est l'examen des organes génitaux externes et internes (voir schémas p. 18). Il sert à vérifier que tous les organes sont en bonne santé (le toucher vaginal), soit à examiner le col de l'utérus (en réalisant un spéculum).

On n'engage, les mains, le corps et le sexe d'un examen.

Cet examen n'est pas nécessaire quand on consulte pour avoir une contraception.

Ca n'est pas très confortable... mais ce sera rapide et le gynécologue va te rassurer et que je fais.



Un examen abdo

Cet examen est souvent source d'inquiétudes :
 > Parce qu'il nécessite de monter une patte très intime de son corps.
 > Parce qu'il oblige à être dans une position souvent perçue comme désagréable.
 > Parce que le professionnel doit toucher une partie du corps intime et sensible, parfois avec des instruments.
 Quand il est fait avec délicatesse et dans une relation de confiance, cet examen n'est pas douloureux.

Le toucher vaginal

Le médecin ou la sage-femme introduit ses doigts dans le vagin pour examiner l'utérus, les ovaires, l'ovaire et le péritoine.



L'examen avec un spéculum

Le spéculum maintient les parois du vagin et permet de voir le vagin, et éventuellement de faire un frottis.



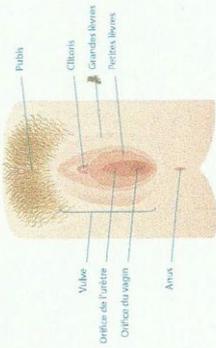
Le frottis (voir schéma p. 19)

Les autres examens

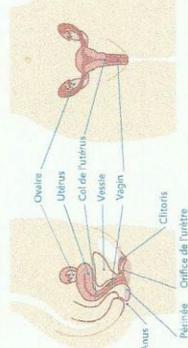
Le professionnel te demandera très certainement de te poser et prendre la tension. Dans certains cas, on peut également te faire ou te prescrire des examens complémentaires :
 > une échographie, une prise de sang, une analyse d'urine...

Pour en savoir plus sur ton corps

Ce que tu peux voir



Ce que tu ne peux pas voir



Lexique

Contraception

Ce sont toutes les méthodes qui ont pour but d'éviter une grossesse. Elles sont nombreuses et permettent à chacun et à chacune de choisir la méthode qui convient à sa situation. Elles sont délivrées gratuitement pour les mineures et remboursées en partie pour les autres.

Frottis

C'est un prélèvement de cellules du col de l'utérus fait à l'aide d'une petite spatule en bois, d'une sorte de coton tige ou d'une petite brosse souple. Il permet de dépister éventuellement, comme à un cancer, le premier frottis est réalisé après cinq ans de vie sexuelle, en prévention, tous les deux à trois ans.

Infection sexuellement transmissible (IST)

Ce sont des infections qui se transmettent par les relations sexuelles, qu'il y ait ou non protection.

Certaines infections se ressentent facilement car elles provoquent des symptômes, comme les dermatites, des peurs ou des douleurs.

D'autres infections ne provoquent pas ou peu de symptômes et peuvent passer inaperçues. Elles sont donc à surveiller et à soigner car les complications peuvent être graves.

Pour certaines maladies, l'hopital B et certains autres peuvent proposer des vaccins responsables de cancers du col de l'utérus, un vaccin peut être proposé. Mais une surveillance régulière (frottis) sera toujours nécessaire.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Ce sont les méthodes qui permettent d'interrompre une grossesse que l'on ne souhaite pas. Elles sont nombreuses et peuvent être administrées ou chirurgicales, elle peut se faire au centre de planification, chez un gynécologue ou un gynécologue. Elles sont remboursées en partie par la Sécurité sociale pour les majeures.

Pour en savoir plus

Tu peux trouver des informations plus précises et complètes sur les méthodes de contraception ou dans un centre de planification. On trouve également beaucoup d'informations sur Internet, mais elles ne sont pas toujours fiables. Vérifier sur certains blogs et forums. (1)

Voici une liste de sites Internet où les informations sont vérifiées et validées :

- www.choisircontraception.fr
- www.msaexpressive.ca
- www.info-lad.fr
- www.planning-familial.org
- www.france.adoles.fr
- www.filiatante.com

Tu peux y consulter la brochure « Questions d'ado »
 02 3224 777 de 8 h à minuit
 par mail ou par téléphone
 02 3224 777 de 8 h à minuit
 (coût d'une communication ordinaire)

Tu te poses des questions sur la consultation gynécologique...

Pour en savoir plus et trouver des réponses à tes questions, tourne les pages de ce guide !



Retrouve le guide sur :
www.sparadrap.org/gyneco
www.adosen-sante.com
www.inpes.sante.fr



Ce guide a été élaboré par un groupe de travail :
Sandrine HERRENSCHMIDT, Françoise GALLAND, Myriam BLUDI et Dr Catherine DIVOLDINE pour l'association SPARADRAP
Anne LAURENT-BEQ et Nathalie DEGRELLE pour l'Association Adosen prévention santé MGEN
Anna MERCIER et Angélique NUGIER pour l'INPES
Dr Brigitte LITONJIE pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCCGM)
Pascal DAUTHIEUX et Dr Chantal GINOLUX pour l'inspection académique de Seine-Saint-Denis
Catherine FAUDET et Marie-Pierre MARTINET pour le Mouvement Français du Planning Familial (MFPF)
Avec la collaboration du Dr Martin Winckler

Illustrations et réalisation graphique : Sandrine HERRENSCHMIDT

Merci aux nombreuses personnes qui ont fait une relecture de ce guide et en particulier :

- Des gynécologues de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCCGM) et de l'Hôpital Armand Trousseau (Paris), des sage-femmes du Collège National des Sage-Femmes (CNSEF), des médecins et infirmières de l'Éducation Nationale, des professionnels du Planning Familial, de la MGEN et de l'INPES.

- Des élèves du collège Jean-Jacques de Villeneuve, de 1ère année BTS Management du lycée Clémenceau de Villeneuve et des jeunes du Centre de consultation adolescent du Centre Hospitalier d'Adreville.

Ce guide est diffusé gratuitement par l'Association Adosen prévention santé MGEN et par l'INPES au sein de leurs réseaux.

Il est vendu par l'association SPARADRAP : www.sparadrap.org - Catalogue

© mai 2017 Association SPARADRAP et Association Adosen prévention santé MGEN pour les textes.
© Association SPARADRAP pour les illustrations.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Reproduction, même partielle, interdite.



Ce guide t'a aidé ?
Fais passer l'info
aux copines !



Rapports sexuels et risques de contamination par le virus du sida



Chaque année en France, environ 6 000 personnes sont contaminées par le virus du sida au cours de relations sexuelles.

Utiliser des préservatifs et penser au traitement d'urgence

● En cas de relations sexuelles avec une personne porteuse du virus du sida, l'utilisation de préservatifs est le meilleur moyen de ne pas être contaminé. En cas de relations sexuelles vaginales (pénétration de la verge (pénis) dans le vagin), l'utilisation systématique du préservatif masculin (capote) ou du préservatif féminin divise par 5 environ le risque de contamination par le virus du sida.

● En cas de rapports sexuels non protégés ou de rupture du préservatif avec un partenaire porteur (ou éventuellement porteur) du virus du sida, il existe un risque de contamination sexuelle par le virus du sida. Il est alors recommandé de consulter très rapidement (dans les heures qui suivent) à l'hôpital où, si besoin, des médicaments à prendre à la maison seront proposés.

Relations sexuelles à risque plus élevé

● Si 100 couples dont un des membres est porteur du HIV ont des relations sexuelles vaginales non protégées deux fois par semaine, au bout d'un an, environ 10 des 100 partenaires non porteurs du virus seront contaminés. Le risque lié à la fellation (pénétration de la verge dans la bouche) non protégée paraît 10 fois moindre.

● Si les 100 couples pratiquent la sodomie (pénétration anale) non protégée deux fois par semaine, au bout d'un mois, environ 5 à 8 partenaires non porteurs du virus seront contaminés (et jusqu'à 15 en cas d'éjaculation anale). Le risque est accru pour le partenaire non porteur du virus qui est pénétré.

Situations à risque encore accru

● Plus il y a de virus dans le sang ("charge virale élevée") et plus le risque de contamination est grand. C'est le cas en l'absence de traitement ou encore au tout début de l'infection. Par exemple si, durant cette période, 5 couples ont 2 relations sexuelles vaginales non protégées par semaine, au bout d'un mois, un des 5 partenaires sera contaminé.

● Les infections sexuelles et gynécologiques augmentent le risque de contamination au cours d'un rapport. Il en est de même des saignements chez la femme (règles ou autres).

Rares situations à faible risque

● Plusieurs enquêtes ont démontré que le risque de contamination est très faible lorsque :

- le partenaire contaminé est suivi médicalement et prend un traitement anti-HIV ;
- les analyses ne détectent plus le HIV dans son sang depuis au moins 6 mois ;
- aucun des partenaires n'a d'autre maladie infectieuse sexuellement transmissible.

● Les autorités sanitaires suisses ont estimé que les couples stables dont un des partenaires est porteur du sida, mais qui remplissent ces trois conditions pouvaient avoir des rapports sexuels sans préservatifs. Ce n'est pas l'avis des autorités sanitaires françaises, qui recommandent à ces couples de continuer à toujours utiliser des préservatifs.

©Prescrire - juin 2012

Sources :

- "Estimer le risque d'infection par le HIV après une exposition ponctuelle" *Rev Prescrire* 2011 ; 31 (338) : 920-921.
- "Transmission sexuelle du HIV : risque variable selon les situations" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (308) : 452-453.
- "Les préservatifs réduisent la transmission du HIV" *Rev Prescrire* 2002 ; 22 (226) : 220.
- "Préservatif féminin. Une alternative au préservatif masculin" *Rev Prescrire* 2005 ; 25 (259) : 213-218.

Choisir une pilule estroprogestative



Les pilules estroprogestatives à choisir en premier sont souvent les plus anciennes.

● Les pilules contraceptives dites estroprogestatives contiennent deux hormones : un estrogène et un progestatif. Elles font partie des moyens de contraception les plus efficaces pour les femmes. Pour choisir parmi les dizaines de pilules qui existent, il faut tenir compte du risque d'effets indésirables, qui dépend surtout du progestatif utilisé.

Une pilule "minidosée"

● L'hormone estrogène des pilules est le plus souvent l'*éthinyloestradiol*, (ou parfois l'*estradiol*, qui ne présente pas d'avantage particulier).

● La plupart des pilules contiennent moins de 50 microgrammes d'*éthinyloestradiol* par comprimé : elles sont "minidosées". Cela limite les risques d'effets indésirables : troubles cardiovasculaires, nausées-vomissements et maux de tête. Mais moins elles sont dosées, plus cela augmente le risque de grossesse en cas d'oubli, et le risque de saignements irréguliers.

Attention au progestatif

● Pour choisir sa pilule, le plus important est le progestatif qu'elle contient.

● Les progestatifs les plus anciens (*norgestrel*, *lévonorgestrel*, *noréthistérone*) entraînent les plus faibles risques de phlébite (caillot de sang dans une veine) et d'embolie (dépôt de caillots de sang, notamment dans le poumon). Les risques sont augmentés avec les progestatifs appelés *désogestrel*, *gestodène* ou *drosprénone*. Les risques cardiovasculaires des autres progestatifs sont moins bien connus, mais certains exposent à des effets indésirables graves.

● La *drosprénone* agit aussi sur le rein, ce qui augmente le risque d'effets indésirables. Son action interfère avec celle de nombreux médicaments. Les pilules qui en contiennent ont la réputation de faire perdre du poids : c'est une illusion (a).

● La *cyprotérone* diminue parfois une acné, mais elle augmente le risque de phlébite et d'embolie. Mieux vaut la réserver à quelques cas d'acné prononcée accompagnée de troubles hormonaux.

Pilules mono ou multiphasiques

● Les pilules estroprogestatives "monophasiques" contiennent les mêmes doses d'hormones dans chaque comprimé. Dans les pilules "biphasiques" ou "triphasiques", les doses d'hormones varient deux fois ou trois fois dans le cycle. Rien ne démontre que les effets indésirables

(par exemple, les saignements irréguliers) sont moins fréquents avec les unes ou les autres. Les pilules compliquées, à 5 phases, n'ont pas d'avantage démontré.

Pilules remboursables

● Les pilules contraceptives estroprogestatives à choisir en premier contiennent un progestatif bien éprouvé, comme le *lévonorgestrel* ou la *noréthistérone*.

● En France, plusieurs de ces pilules, parmi les plus anciennes, présentent en plus l'avantage d'être remboursables par la Sécurité sociale.

©Prescrire - décembre 2012

a- Dans une expérimentation, au bout d'un an, les femmes qui ont pris une pilule à la drosprénone ont perdu en moyenne 270 grammes de plus que les femmes qui ont pris une pilule classique.

Sources :

- "Contraception par estroprogestatif" Idées-Forces Prescrire mises à jour décembre 2012 : 7 pages.
- "Contraceptifs estroprogestatifs oraux : faire un tri parmi la pléthore de spécialités" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (309) : 496-497.

Stérilets au cuivre : idées vraies, idées fausses



Le stérilet au cuivre permet une contraception pendant plusieurs années. Son effet contraceptif est interrompu dès le retrait.

Au moins aussi efficace que la pilule

● Les stérilets au cuivre sont formés d'un T en plastique souple d'environ 3 cm de long, dont une partie est entourée par un fil de cuivre (a). Sauf cas particulier, ils sont facilement mis en place dans l'utérus lors d'une consultation.

● Les stérilets agissent surtout en empêchant la fécondation de l'ovule par les spermatozoïdes. Leur efficacité contraceptive est équivalente à celle des pilules prises régulièrement, et supérieure à celle des pilules prise avec des oublis occasionnels (b). Cette efficacité dure pendant au moins 5 à 10 ans.

● Le stérilet peut être mis en place dans les 5 jours suivant un rapport non protégé (c'est-à-dire sans contraception), afin de servir de contraception d'urgence. Il est alors plus efficace que les "pilules du lendemain".

● Un stérilet peut aussi être mis en place juste après un accouchement ou une interruption de grossesse.

● Le retrait du stérilet est facile. Il entraîne l'arrêt immédiat de l'effet contraceptif. Dans l'année qui suit le retrait du stérilet, sur 10 femmes sou-

haitant être enceintes, environ 8 ou 9 le sont : autant que si elles n'avaient jamais porté de stérilet.

Peu d'effets indésirables

● La pose du stérilet provoque des douleurs, des saignements, ou des nausées transitoires chez environ 1 femme sur 100. Les événements indésirables sérieux (perforation de l'utérus ou infection profonde) sont exceptionnels.

● Après la mise en place de stérilet au cuivre, les règles augmentent environ de moitié, et sont parfois douloureuses (surtout pendant les 6 à 12 premiers mois). Certaines femmes demandent alors le retrait du stérilet.

● L'expulsion du stérilet est rare. Elle survient chez une femme sur 10 à 20. Il est alors possible de choisir une nouvelle contraception.

● Une grossesse extra-utérine (c) est possible, mais plus rarement que chez les femmes qui ne prennent pas de contraception.

Convient à de très nombreuses femmes

● Une infection locale, une déformation de la cavité utérine ou une maladie grave de l'utérus peuvent obliger à retarder la pose d'un stérilet ou à y renoncer. En dehors de ces cas, très peu de problèmes de santé sont incompatibles avec le stérilet, qui peut être utilisé en cas de dia-

bète, de problèmes cardiaques, de phlébite, d'infection par le virus du sida, etc.

● Le stérilet peut être utilisé sans risque particulier par les adolescentes et les jeunes femmes n'ayant jamais eu d'enfant, ainsi que par les femmes qui allaitent.

● Le port d'un stérilet au cuivre n'interdit l'usage d'aucun médicament. En particulier, il n'est pas vrai que les anti-inflammatoires diminuent son efficacité.

● Ne pas oublier que, avec ou sans stérilet, le préservatif est la seule protection sérieuse contre les infections sexuellement transmissibles, en cas de relation sexuelle à risque.

©Prescrire - février 2013

.....
a- Les stérilets contenant un médicament hormonal ont des effets différents. Ils ne sont pas abordés ici.

b- Sur 160 femmes portant un stérilet pendant un an, il survient en moyenne environ une grossesse, qui s'interrompt spontanément dans plus de la moitié des cas.

c- Les grossesses extra-utérines se développent hors de l'utérus. Elles ne peuvent aboutir à une naissance et provoquent des douleurs et parfois une hémorragie interne.

Sources :

- "Dispositifs intra-utérins, alias stérilets - Première partie - Une alternative efficace à la contraception hormonale orale" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (304) : 113-119.
- "Dispositifs intra-utérins, alias stérilets - Deuxième partie - Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (305) : 202-206.

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?



Il faut réagir vite

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Immédiatement après une interruption volontaire de grossesse, dans les 48 heures suivant un accouchement ou plus de 4 semaines après celui-ci par exemple. Ou encore dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé, dans un but de contraception d'urgence.

La pose dure peu de temps

● La pose du stérilet dure environ 5 minutes, pendant lesquelles la femme reste en position dite gynécologique, c'est-à-dire allongée les

fois une douleur modérée au bas-ventre, comme pendant des règles.

● La pince est ensuite retirée. Les fils du stérilet sont coupés de façon à en laisser dépasser de quelques centimètres dans le vagin : ils serviront à enlever le stérilet. Cela n'entraîne aucune douleur. Puis le spéculum est retiré.

● Mieux vaut rester quelques minutes en position allongée, pour éviter un malaise en se redressant.

Sources :

- "Dispositifs intra-utérins, alias stérilets – Première partie - Une alternative efficace à la contraception hormonale orale" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (304) : 113-119.
- "Dispositifs intra-utérins, alias stérilets – Deuxième partie - Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (305) : 202-206.



Une info-santé fiable, sans subvention ni publicité

www.prescrire.org

Fil Conducteur de consultation « contraception » pour adolescentes

- 1) Rappeler la confidentialité de la consultation

- 2) Dresser le profil éducatif de l'adolescente
 - Recueil âge, antécédents généraux et gynécologiques personnels et familiaux (thromboses, cancers...) Mode de vie, facteur de risque (tabac, surpoids, rapports non protégés...)
 - Evaluer les connaissances de l'adolescente sur la physiologie, les IST , les moyens de contraception, lui présenter ceux qu'elle ne connaît pas ou sur lesquels elle a des a priori ou des idées fausses, si elle a des craintes vis à vis de certains .
 - Finir en lui demandant ce quelle envisage comme contraception à court terme et long terme .

- 3) Pratiquer un examen physique générale (poids, taille, TA, signes acné, pilosité)
Poser la question du l'examen gynécologique : « Ce n'est pas une obligation mais veux-tu que je t'examine au niveau gynécologique ? ». Si non proposer d'expliquer en quoi cela consiste et montrer les instruments (spéculum, doigtier, etc...)

- 4) Faire la prescription
 - expliquer la méthode de prise de la contraception orale, ou la méthode d'insertion si autre moyen de contraception (DIU, Anneau, implant...)
 - redonner les effets secondaires du contraceptif choisi.
 - si contraception orale : explication de la conduite à tenir si oubli et prise de la contraception d'urgence.

- 5) Faire reformuler l'adolescentes sur ce qu'elle a compris, demander si elle a des questions ET donner un support papier en fonction des besoins

- 6) Programmer la consultation de suivi et expliquer son importance pour vérifier la bonne tolérance de la contraception et envisager des changements par la suite.

- 7) Finir en laissant la possibilité de contact si elle a des questions ou problème et adresse autres structures centre de planification, CDAG etc...

11) DOCUMENT A DESTINATION DES ADOLESCENTES

Recto

QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE



1

Verso

Les Numéros et Sites Internet Utiles

Régionaux :



CPEF- Flora Tristan – CHU : **02.41.35.38.43**

Centre de planification Angers : **02.41.31.31.45**

S.U.M.P.P.S : **02.41.22.69.10**

Et bien sûr votre médecin traitant, gynécologue, sage-femme, pharmacien, infirmière scolaire etc....



www.planif49.fr

Nationaux :



Fil Santé Jeunes : **32.24**

(Tlj : 8h-24h, anonyme et gratuit)

Sida Info Service : **0 800 840 800**

(24h/24, anonyme et gratuit)

Le planning familial : **01.47.00.18.66**



www.choisirscontraception.fr

www.onsexprime.fr

4

QUE FAIRE EN CAS D'OUBLI DE PILULE

- ➔ Moins de 12 h : pas de panique !!!
Vous êtes TOUJOURS protégées,
prenez le comprimé oublié et continuez votre plaquette comme d'habitude.
Plus de 12 h: vous N'ETES PLUS protégées
- ➔ Rapports sexuels dans les 5 jours précédents ?

OUI

NON

1) **Contraception d'urgence**
le plus rapidement possible *
2) Pendant 7 jours
protection des rapports par
préservatifs
3) Poursuite de la pilule
comme d'habitude
4) si pas de règle faire test de
grossesse
OU
Pose d'un **Dispositif Intra**
Utérin (DIU =Stérilet) au
cuivre dans *les 5 jours*
suivant le rapport à risque
auprès d'un médecin, CPEF

1) Pendant 7 jours
protection des rapports par
préservatifs
-2) Poursuite de la pilule
comme d'habitude

***Contraception d'urgence** : **Mineures**
Gratuite en pharmacie *sans condition* ou auprès de l'infirmière scolaire,
du centre de planification. **Adultes** : en
pharmacie *remboursée* sur ordonnance

2

QUE FAIRE EN CAS DE RAPPORTS SEXUELS NON PROTEGES (SANS PRESERVATIF OU PROBLEME AVEC CRAQUAGE ETC. ...)

- 1) J'ai un autre moyen de contraception efficace (pilule, implant, DIU, patch, anneaux)
PAS de risque de grossesse MAIS

➔ Risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)

- Je vais voir mon médecin pour une prescription de test
- **OU** je vais au CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

- 2) Je n'ai pas d'autre moyen de contraception

➔ Risque IST (cf. conduite à tenir 1)

+

➔ Risque de grossesse :

- Prendre la *contraception d'urgence* le plus rapidement possible *

Pour les mineures, selon la loi le pharmacien doit vous la fournir gratuitement n'a pas le droit de vous la refuser insisté !!!!

- Si retard de règle faire un test urinaire de grossesse et consulter un médecin 3

PERMIS D'IMPRIMER

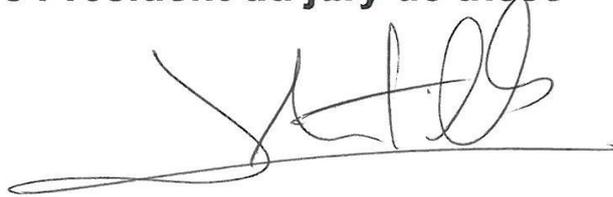
THÈSE DE Madame LOQUIN Delphine

Vu, le Directeur de thèse

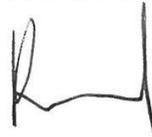
Docteur Clotilde TESSIER - CAZENEUVE



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



LOQUIN Delphine

**CONSULTATION "CONTRACEPTION":
LES ATTENTES DES ADOLESCENTES
ENQUETE QUALITATIVE SUR 14 ADOLESCENTES CONSULTANT AU CENTRE
DE PLANIFICATION ET D' EDUCATION FAMILIALE FLORA TRISTAN D'ANGERS**

RESUME

La contraception des adolescentes est toujours un sujet d'actualité en France .Qu'attendent elles des consultations "contraception»? Par une étude qualitative auprès d'adolescentes consultants au CPEF d'Angers, faite grâce à des entretiens semi structurés par un questionnaire, nous allons tenter de répondre à cette question. La population est âgées de 13 à 18 ans, la répartition géographique et par milieu scolaire est diversifiée et représentative. Les attentes des jeunes sont tournées sur des conseils personnalisés, des informations claires, exhaustives et pratiques. Elles désirent avoir des documents écrits pour savoir quoi faire en cas d'urgence ainsi que pour les informer sur les IST. Elles ont une mauvaise connaissance de leurs droits et des prescripteurs, et jugent que l'éducation sexuelle faite à l'école est insuffisante. Les attentes des adolescentes coïncident avec les recommandations HAS de 2004 mais les médecins n'y répondent pas toujours. Le manque de temps, de formation ainsi que des tabous persistent. L'éducation sexuelle à l'école est à uniformiser car elle n'est pas faites partout, ni selon les directives de la loi de 2002. En conclusion les adolescentes veulent des consultations personnalisées Pour combler ses attentes les médecins doivent adapter leurs discours tout en gardant une démarche systématisée pour ne rien omettre car ses premières consultations sont remplies d'enjeux. Une meilleure formation l'utilisation d'outils communs permettrait un discours unifié et une meilleure prise en charge des adolescentes Enfin une réflexion à plus grande échelle sur l'éducation à la sexualité des adolescentes doit s'ouvrir pour les préparer au mieux.

MOTS-CLES

CONTRACEPTION

PREVENTION

ADOLESCENTES

EDUCATION SEXUELLE

MEDECIN GENERALE

CONSULTATION

FORMAT

Mémoire

Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Indiquer le NOM de la personne qui suit la publication (directeur ou
président, par exemple)

¹ statut au moment de la soutenance

