

La contraception chez l'adolescent

Accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science
HES-SO en soins infirmiers

Par

Jennifer Chammartin et Sophie Groux

Promotion 2011-2014

Sous la direction de Madame Marie-Noëlle Kerspern

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 30 juin 2014

Résumé

Etat des connaissances : certains adolescents sont actifs sexuellement et une partie d'entre eux est confrontée à des grossesses non-désirées. Les adolescents, qui sont des individus qui vivent de nombreux changements, peuvent en effet rencontrer des difficultés dans l'utilisation de la contraception, comme l'absence d'utilisation de cette dernière, l'utilisation d'une méthode peu efficace, mais aussi l'utilisation inadaptée d'une méthode efficace. Il ressort alors le besoin d'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception

Objectifs : mettre en lumière différentes stratégies efficaces, utilisables par les infirmières, pouvant augmenter la qualité de l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception ou le faciliter afin que les adolescents utilisent au mieux la contraception.

Méthode : il s'agit d'une revue de littérature étoffée qui comprend 12 recherches qui ont été sélectionnées pour la plupart sur Pubmed. Une revue systématique de littérature tirée de Pubmed vient compléter ces 12 recherches. La qualité méthodologique des recherches sélectionnées a été évaluée grâce à des grilles de lecture critique puis les recherches ont été résumées.

Résultats : La catégorisation des résultats des recherches incluses dans ce travail ainsi que leur discussion ont permis de mettre en évidence la diversité des stratégies d'accompagnement existantes, qui se complètent les unes les autres. Ces stratégies sont axées sur la nécessité de s'adapter à la population, l'importance de donner du pouvoir à l'adolescent, les informations données, la manière d'entrer en relation et les connaissances de l'infirmière.

Perspectives : il est nécessaire que des recherches supplémentaires soient menées pour évaluer quelles sont les stratégies qui apportent le plus grand bénéfice. Des études sont aussi attendues pour évaluer la possibilité de généraliser les stratégies mises en évidence au contexte suisse.

Mots-clés en anglais: Adolescent ; Contraception ; Health Promotion ; Sex Education ; Communication; Conseling; Decision Making.

Remerciements

Pour commencer, nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, Madame Marie-Noëlle Kerspern, pour nous avoir accompagnées tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions également Mesdames Marylin Page et Christine Groux et Monsieur Pascal Groux pour le temps consacré à la relecture du travail et pour les corrections apportées.

Enfin, nous tenons à remercier grandement nos familles ainsi que Sonia Chassy, Kristel Colombo, Elodie Gutknecht et Lia Domeniconi pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de cette période dédiée à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Introduction

Ce travail de Bachelor a pour but de faire émerger une question de recherche pertinente et d'y répondre grâce à des recherches scientifiques.

Notre questionnement sur la contraception émerge de situations de stage dans lesquelles l'une de nous a été amenée à suivre des adolescentes venues pour des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et qui présentaient des difficultés dans l'utilisation de leur contraception. Ces situations nous amènent à poser la problématique autour des difficultés d'utilisation de la contraception chez les adolescents. Le développement des cadres conceptuels entourant cette problématique débouche sur la formulation de notre question de recherche qui est : « De quelle manière l'infirmière peut-elle accompagner les adolescents dans l'utilisation de la contraception ? », le terme infirmière faisant référence aux deux genres.

Le but de ce travail est donc de faire ressortir des stratégies d'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception, utiles pour les infirmières.

En lien avec cette question de recherche, différents cadres de référence sont présentés. Il s'agit de l'approche interactionniste de Fornerod, de l'empowerment et du rôle infirmier. Ces cadres de référence sont utiles dans la discussion des résultats.

La méthodologie utilisée pour répondre à notre question est une revue de littérature étoffée. Ainsi, les stratégies d'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception sont issues de recherches scientifiques. Les résultats de ces recherches sont discutés à la lumière de nos cadres conceptuels et de référence, mais également de notre question de recherche, afin de faire émerger des stratégies utiles pour l'infirmière.

La dernière partie de ce travail pose un regard critique sur ce qui a été effectué et propose des perspectives pour les recherches futures.

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
1. CONTEXTE GÉNÉRAL	7
1.1. LA SITUATION DE DÉPART	7
1.2. ASPECTS POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE SUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	7
2. PROBLÉMATIQUE.....	11
3. CADRES CONCEPTUELS :.....	14
3.1. L'ADOLESCENCE :.....	14
3.2. LA CONTRACEPTION :	18
3.3. LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION:	21
4. QUESTION DE RECHERCHE ET BUT DU TRAVAIL	22
5. CADRES DE RÉFÉRENCE :.....	23
5.1. L'APPROCHE INTERACTIONNISTE DE PIERRE FORNEROD :.....	23
5.2. L'EMPOWERMENT :	25
5.3. LE RÔLE INFIRMIER	28
6. SYNTHÈSE.....	30
7. MÉTHODOLOGIE.....	32
7.1. ARGUMENTATION DU CHOIX DU DEVIS	32
7.2. MOTS-CLÉS	33
7.3. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	35
7.4. STRATÉGIES DE RECHERCHE.....	35
7.5. DÉMARCHE D'ANALYSE CRITIQUE	36
8. RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	37
8.1. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	37
8.1.1. <i>Court descriptif des études incluses.....</i>	<i>37</i>
8.1.2. <i>Catégorisation.....</i>	<i>39</i>
8.2. INTÉRÊT DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA CONTRACEPTION	39
8.3. LES RÉSULTATS ET LEURS LIENS AVEC LES CADRES CONCEPTUELS ET DE RÉFÉRENCE ET LA QUESTION DE RECHERCHE	40
8.3.1. <i>Le renforcement de l'auto-efficacité</i>	<i>40</i>
8.3.2. <i>La communication.....</i>	<i>44</i>
8.3.3. <i>L'éducation sexuelle</i>	<i>61</i>
8.3.4. <i>L'accessibilité</i>	<i>65</i>
8.3.5. <i>La formation des professionnels de la santé.....</i>	<i>69</i>
8.3.6. <i>Le partenariat entre les structures de santé.....</i>	<i>72</i>
8.4. RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE.....	75
8.5. REGARD CRITIQUE SUR LES ÉTUDES INCLUSES	77
8.6. CRITIQUE DU TRAVAIL EFFECTUÉ ET APPRENTISSAGES.....	79
9. PERSPECTIVES	82

9.1. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE EN GÉNÉRAL.....	82
9.2. SUGGESTIONS POUR LES RECHERCHES À VENIR	83
CONCLUSION.....	86
LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87
LISTE BIBLIOGRAPHIQUE.....	94
ANNEXES.....	108
A. DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ	108
B. L'ADOLESCENCE	109
C. LES DIFFÉRENTS MOYENS DE CONTRACEPTION	118
E. LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS.....	150
F. TABLEAU DES STRATÉGIES DE RECHERCHE AYANT ABOUTI.....	156
G. LA GRILLE DE SYNTHÈSE DES RECHERCHES INCLUSES.....	159
H. LES GRILLES D'ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES	162
I. GRILLE TYPE DE RÉSUMÉ DES ARTICLES	203
J. GRILLES DE RÉSUMÉ DES RECHERCHES.....	204

1. Contexte général

Dans ce chapitre, nous allons commencer par présenter la situation à l'origine du choix de la thématique de la contraception chez les adolescents. Dans un deuxième temps, afin de mieux saisir le contexte dans lequel s'insère cette thématique, nous allons développer brièvement certains aspects pouvant avoir une influence sur l'utilisation de la contraception.

1.1. La situation de départ

Le thème de la contraception chez les adolescents abordé dans ce travail a pris source dans un stage que l'une de nous a effectué en gynécologie où elle a suivi des jeunes femmes qui présentaient, entre autres, des difficultés à prendre quotidiennement leur pilule mais qui ignoraient quelles autres méthodes pouvaient leur convenir. Cela fait écho en nous car, adolescentes, nous méconnaissions aussi les alternatives à la pilule. Lors de ce stage, elle a également suivi une jeune fille de 15 ans venue pour une interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette situation nous a particulièrement questionnées, car il nous semble qu'à 14 ou 15 ans une jeune fille n'est pas prête pour être mère et que c'est une responsabilité trop importante à gérer à cet âge. De plus, nous avons l'impression que la contraception est un sujet très médiatisé et de moins en moins tabou. Ainsi au début de ce travail, nous nous sommes posé les questions suivantes : Comment est-il possible qu'il y ait, de nos jours, des adolescentes de 14-15 ans qui soient confrontées à une grossesse et potentiellement à un avortement alors qu'il existe une multitude de moyens de contraception sur le marché ? Quels sont les moyens contraceptifs qu'un adolescent peut employer ? Quel rôle l'infirmière peut-elle jouer auprès de ces adolescents ?

1.2. Aspects pouvant avoir une influence sur l'utilisation de la contraception

Dans ce chapitre, nous allons développer les droits des adolescents dans la sexualité, dans le but de savoir dans quelle mesure ils ont le droit d'avoir des relations sexuelle et un accès à la contraception. Le droit d'accès à la contraception débouche sur la question des contraintes financières qui peuvent

être un obstacle à son obtention. En effet, il ne suffit pas d'avoir légalement accès à la contraception pour que l'adolescent puisse réellement l'obtenir. Suite à cela, nous nous intéresserons à l'éducation sexuelle afin de mieux saisir si tous les adolescents bénéficient des mêmes apports. En effet, le fait d'avoir reçu une base théorique est une ressource sur laquelle le professionnel peut s'appuyer, lorsqu'il traite de la contraception avec un adolescent. Finalement, nous mettrons en évidence que les infirmières sont concernées par la thématique de la contraception chez les adolescents.

Les droits des mineurs :

La majorité sexuelle, en Suisse, est atteinte, selon CIAO (2011), à 16 ans. En dessous de cette limite, les rapports sexuels ne sont légaux que si les deux partenaires ont une différence d'âge de moins de trois ans. Par exemple, un jeune de 15 ans peut entretenir, dans la légalité, des relations sexuelles avec des partenaires de 12 à 18 ans.

Pour la demande de prescription d'un moyen contraceptif, par l'adolescent, Steiert (S.d.) nous renseigne sur le fait que celui-ci doit être en mesure de comprendre les informations fournies sur les effets, les précautions et les risques. Cela amène à la notion de capacité de discernement. Selon le code civil suisse (1907), est capable de discernement « Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables » (Art. 16 du Code Civil suisse, 1907, p.3). Par conséquent, un adolescent capable de discernement peut légalement faire une demande de contraception et cette demande peut être acceptée sans l'accord de son représentant légal et sans que celui-ci ne soit averti de cette demande. Cela met en évidence qu'un adolescent mineur, bien qu'il soit encore sous la responsabilité de son représentant légal, a tout de même la possibilité de choisir, même à l'encontre de l'avis parental, ce qu'il juge le plus adéquat pour sa contraception et sa vie sexuelle, dans les limites de la légalité.

Les contraintes financières :

Dans ce contexte d'accès à la contraception, il faut savoir qu'« ... en Suisse, la contraception, qui rentre dans le domaine de la prévention, n'est ni gratuite, ni

remboursée par les assurances maladies » (Centre de liaison des associations féminines genevoises [CLAFG], S.d.). Ainsi, même si un adolescent a accès à la contraception sans accord parental, il devra tout de même déboursier une certaine somme pour l'obtenir, alors qu'il est, dans la plupart des cas, dépendant financièrement de ses parents.

L'éducation sexuelle :

Il faut savoir, qu'en Suisse, selon la Commission du Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) (2009), il n'existe pas de directives uniformes et obligatoires concernant l'éducation sexuelle au niveau scolaire. En effet, de nombreuses différences persistent entre cantons et parfois même entre établissements. Foster (2012), quant à elle, met en évidence que la Suisse romande et la Suisse alémanique s'organisent de manière différente en matière d'éducation sexuelle. La première utilise un modèle externe, c'est-à-dire qu'elle fait appel à des structures professionnelles pour délivrer un enseignement sur le thème de la sexualité. La Suisse alémanique, quant à elle, a recours à un modèle interne qui privilégie l'enseignement de cette thématique par les professeurs de l'établissement scolaire (p.5). De plus, la Commission du DFI (2009) rappelle que les cours d'éducation sexuelle ne sont pas obligatoires.

Il résulte de ces différents éléments que deux adolescents du même âge vivant à des endroits différents, en Suisse, n'ont pas forcément reçu le même apport de connaissances et donc n'ont pas la possibilité de développer les mêmes compétences.

Les infirmières sont-elles concernées par la contraception chez les adolescents ? :

Les infirmières côtoient quotidiennement des femmes de tous âges qui pourraient potentiellement avoir besoin d'accompagnement dans l'utilisation de la contraception. Les jeunes adolescents, particulièrement vulnérables et ciblés par ce travail, sont tout particulièrement rencontrés dans les services de pédiatrie, de gynécologie ou de planning familial, mais il est possible d'en trouver dans d'autres services. Par conséquent, ce travail et les interrogations qu'il met en évidence peuvent concerner les infirmières de différents milieux.

En résumé :

Les adolescents, même s'ils n'ont pas encore atteint la majorité sexuelle, peuvent, légalement, avoir des rapports sexuels. De plus, à tout âge, ils peuvent obtenir une contraception, sans l'accord parental. Bien qu'ils aient accès à cette contraception, son coût peut représenter un obstacle pour ces jeunes qui dépendent encore financièrement de leurs parents. Parallèlement à cela, le fait que les infirmières soient amenées à côtoyer des adolescents potentiellement actifs sexuellement tend à soutenir qu'elles peuvent jouer un rôle dans leur accompagnement dans l'utilisation de cette contraception. Pour ces infirmières, les connaissances que les adolescents ont reçues à travers les cours d'éducation sexuelle peuvent être une ressource. Cependant, bien qu'il existe des cours d'éducation sexuelle à l'école, ils ne sont pas obligatoires. Il faut savoir, qu'en Suisse, il n'existe pas de directives uniformes quant à cette éducation. Ce qui a pour conséquence que les adolescents n'ont pas tous les mêmes connaissances. L'accompagnement de ces adolescents par l'infirmière doit donc être adapté de manière individuelle.

2. Problématique

Comme pour de nombreuses femmes, le thème de la contraception nous interpelle et est parfois source de profondes remises en question et d'incompréhensions. Comme dit précédemment, notre thématique de la contraception chez les adolescents a pris source dans la prise en charge, lors d'un stage, d'adolescentes présentant des difficultés liées à la contraception, difficultés menant à des grossesses non-désirées et à des IVG. Par conséquent, afin d'inscrire la situation rencontrée dans un contexte plus global, nous nous sommes interrogées sur plusieurs aspects : dans quelle mesure les adolescents sont-ils sexuellement actifs ? Qu'en est-il des grossesses dans le monde ? Quels types de problèmes liés à la contraception mènent aux grossesses adolescentes ? Qu'advient-il de ces grossesses ?

Ces éléments nous permettront de préciser notre problématique autour de la contraception.

Les adolescents sexuellement actifs :

A l'heure de la puberté, de nombreux changements s'opèrent chez les jeunes, notamment les changements physiques qui mènent à un corps sexué et capable d'engager un processus de reproduction. Une enquête menée par l'Institut national d'études démographiques (Ined), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) (2013), en 2007, indique que l'âge moyen de la première relation sexuelle, en France, a constamment baissé entre 1954 et 2005. Il se situe, en 2005, à 17,2 ans pour les hommes et 17,6 pour les femmes. Selon Kuntsche et Windlin (2009), une enquête de l'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), menée en 2009-2010, met en évidence qu'en Suisse, à 14 ans, près de 9,3% des filles et 13,4% des garçons disent avoir déjà eu des relations sexuelles. À 15 ans, il s'agit de 16,8% des filles et de 23,8% des garçons. Ceci montre que les rapports sexuels à un âge précoce ont augmenté. Ces chiffres démontrent que, dès 14 ou 15 ans, certains adolescents sont actifs sexuellement. Ces adolescents sont, par conséquent, concernés par la contraception.

Les grossesses dans le monde :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012^a) nous donne quelques chiffres : en 2008, dans le monde, 16 millions de naissances ont été enregistrées chez les adolescentes de 15 à 19 ans, ce qui représente 11% de l'ensemble des naissances. Bien que l'OMS (2012^a) précise qu'environ 95% de ces naissances concernent les pays à revenu faible ou intermédiaire, les grossesses chez les adolescentes des pays industrialisés n'en sont pas pour autant négligeables.

Les types de problèmes liés à la contraception qui mènent aux grossesses adolescentes :

Berghin et al. (2004) ont mis en évidence plusieurs causes de grossesse chez des adolescentes belges : 45,4% n'ont pas utilisé de moyens contraceptifs, 23% ont utilisé une méthode peu efficace et 23,5% d'entre elles ont utilisé une méthode efficace mais de manière inadaptée (Berrewaerts & Noirhomme-Renard, 2006).

Ce qu'il advient des grossesses en Suisse :

En Suisse, en 2012, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, S.d.), 2,4 ‰ des femmes, âgées de 15 à 19 ans, ont accouché (Union Suisse pour Décriminaliser l'Avortement [USPDA], S.d.^a) et, selon Swissinfo (2013), 4,4 ‰ de femmes de la même tranche d'âge et pour la même année, ont eu recours à une IVG. En dessous de 15 ans, selon l'OFS (S.d.), il y a eu 14 IVG en 2011 et 0 naissances (USPDA, S.d.^a). Cette donnée nous mène à l'hypothèse que donner naissance à cet âge est peu souhaité. Notons que les grossesses abouties à l'adolescence peuvent avoir plusieurs conséquences sur l'adolescente mais aussi sur l'enfant. Loignon (1996) nomme les principales conséquences pour l'adolescente : « ... isolement social, habitudes de vie déficientes, sous-scolarisation, mauvais traitements, stress et dépression » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). L'OMS (2012b) relève, quant à elle, des taux plus élevés de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'asphyxie chez les enfants d'adolescentes ce à quoi, Hillers et al. (2004), rajoutent un

risque augmenté de mort fœtal et une plus grande tendance à un moins bon développement cognitif de l'enfant (Berrewaerts & Noirhomme-Renard, 2006).

Formulation de la problématique autour de la contraception :

Les éléments développés ci-dessus montrent que certains adolescents sont actifs sexuellement et qu'une partie d'entre eux est confrontée à des grossesses non-désirées avec, pour conséquence, des IVG ou, si elles sont menées à terme, de potentielles conséquences physiques, psychologiques et sociales pour l'adolescente ou encore des répercussions sur son enfant. Dans ce contexte où les grossesses adolescentes sont présentes en nombre suffisant pour y porter attention, Berrewaerts et Noirhomme-Renard (2006) précisent, quant à eux, les problèmes liés à la contraception qui sont à l'origine des grossesses non-désirées. La problématique qui émerge se situe au niveau des difficultés d'utilisation de celle-ci. Par conséquent, dans la suite de ce travail, nous nous focaliserons sur l'accompagnement dans l'utilisation de la contraception et non sur les grossesses non-désirées qui sont une conséquence d'un problème lié à celle-ci.

3. Cadres conceptuels :

Notre problématique abordant les difficultés liées à l'utilisation de la contraception par les adolescents, nous commencerons par développer le concept de l'adolescence, étant donné que les caractéristiques propres à l'adolescent peuvent influencer leur utilisation de la contraception. Dans un deuxième temps, nous aborderons le concept de la contraception afin d'identifier les caractéristiques propres à chaque méthode pour comprendre plus précisément en quoi l'utilisation de la contraception peut être source de difficultés.

Comme nous nous intéressons à la contraception pour son effet préventif des grossesses, nous aborderons le concept de la prévention, mais aussi celui de la promotion puisque l'accompagnement sera traité, dans notre travail, avec une approche de type promotion.

3.1. L'adolescence :

Nous allons présenter les différentes manières d'aborder l'adolescence dans le but d'obtenir une vision globale de celle-ci. Cela nous permettra de mettre en évidence les éléments pertinents de ce concept, dans le cadre de notre problématique.

Différentes manières d'aborder l'adolescence :

Il existe différentes manières de définir et d'aborder le concept de l'adolescence. Store et Church (1973) mettent en évidence, dans leur définition de l'adolescence, que cette dernière comporte de nombreuses facettes:

Un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. C'est à dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte. (Calixte, 2007, p.1).

Les écrits consultés ont fait ressortir quatre manières différentes d'aborder le concept de l'adolescence : selon l'âge, les changements vécus, la crise d'identité ou les comportements à risque. Ces différentes approches du concept

de l'adolescence sont complémentaires et servent à faire ressortir toutes les facettes de cette période de vie.

a) Selon l'âge :

Concernant l'âge, l'OMS (2002) délimite l'adolescence comme étant la période qui se situe entre 10 et 19 ans (p.5). Cependant, Dolto, Dolto-Tolitch et Percheminier (1989) mettent en évidence que les limites de l'adolescence sont floues. Il s'agit de « ... la période de passage qui sépare l'enfance de l'âge adulte ... » (Dolto et al., 1989, p.13) et dont le point de départ est la puberté. C'est par conséquent un processus évolutif s'étendant sur de nombreuses années et pour lequel il est impossible de fixer une date précise d'entrée ou de sortie.

b) Selon les changements vécus :

La seconde manière d'aborder l'adolescence est celle des changements vécus durant cette période. Ils sont catégorisés par Braconnier et Marcelli (1998) en trois principaux groupes : les changements physiques, psychologiques et sociaux.

Les changements physiques : ils mènent à un corps sexué. Certains auteurs, comme Laufer (1978), considèrent que la puberté et ses modifications physiologiques initient « ... une rencontre avec un corps sexué et l'adolescence consistera à intégrer dans l'activité psychique la représentation de ce nouvel objet qu'est ce nouveau corps. » (Birraux, 1994, p.11). Ce serait, par conséquent, les modifications physiques qui provoqueraient les autres changements typiques de l'adolescence. De plus, ce sont ces changements physiques et la nouvelle capacité de reproduction qui en découle qui vont amener à la question de la contraception.

Les changements psychologiques : ils contiennent, notamment l'évolution de l'intelligence. Selon Piaget (1967), l'adolescent de 12 à 15 ans se trouve dans le stade de l'intelligence opératoire formelle ou hypothético-déductive. Cet auteur met en évidence que ce stade est essentiellement caractérisé par la libération du concret. Cela implique également la possibilité d'établir des

hypothèses. Cette phase amène à « ... l'intelligence réflexive achevée. » (Piaget, 1967, p.134). L'adolescent est donc dans un processus d'acquisition de l'intelligence adulte qu'il atteindra vers 16 ans. Cela peut avoir une influence sur la compréhension par les adolescents des divers moyens contraceptifs mais aussi sur leurs capacités à les utiliser.

Les changements sociaux : Ils se caractérisent, selon Dolto et al. (1989), par une diminution de la tendance à se confier aux parents et une disposition importante à se rallier au groupe. Les repères concernant les personnes significatives pour l'adolescent sont alors complètement chamboulés. Ce processus mène à l'indépendance d'action qui a été mis en évidence dans la définition de l'adolescence de Store et Church. Cela tend à démontrer qu'il n'est donc pas étonnant que les professionnels de la santé aient régulièrement à faire à des adolescents sans leurs parents, ceci faisant partie du développement normal de leur indépendance.

c) Selon la quête de l'identité :

Une troisième manière d'aborder l'adolescence est du point de vue de la quête d'identité caractéristique de cette période. Cette quête est la suite logique des différents changements vécus par l'adolescent, changements notamment physiques, qui « ... menacent la permanence du sentiment d'identité construit dans les premières enfances. » (Birraux, 1994, p.17). L'adolescent est par conséquent un individu "en devenir". Plusieurs auteurs parlent de cette quête d'identité. Erikson (1972) parle d'une « ... crise développementale ... » (Houde, 1991, p.49). Ainsi, selon Erikson (1972), l'adolescence est à la fois une période de vulnérabilité, mais également de potentialités accrues. Le stade dans lequel se trouve l'adolescent est celui où l'identité s'oppose à la confusion de rôle.

De leurs côtés, Dolto et al. (1989) utilisent l'image du homard pour parler de la crise vécue par l'adolescent. L'adolescent est comme un homard qui se défait de sa carapace à la fin de son enfance pour en acquérir une autre. Entre ces deux carapaces, il se trouve, comme le met en évidence Erikson (1972), dans une position de vulnérabilité accrue durant laquelle son identité est floue. La recherche de l'identité de l'adolescent passe notamment par le regard des

autres et particulièrement par celui des pairs adolescents. Cela amène, selon Dolto et al, (1989) à la tendance de l'adolescent à se plier à un moule qui ne lui convient pas nécessairement mais qui lui permet d'être accepté de ses pairs. Ainsi l'adolescent peut avoir tendance à choisir une méthode de contraception ne répondant pas au mieux à ses besoins mais qui correspond à la méthode utilisée par ses pairs ou à celle qui est souvent mise en avant par la société. Cette recherche d'identité contient également, comme le mettent en évidence Braconnier et Marcelli (1998), la recherche d'une identité sexuée qui découle des nombreux changements physiques. L'enjeu est alors de se reconnaître dans un corps qui est visiblement féminin ou masculin.

d) Selon les comportements à risque :

La dernière manière d'appréhender l'adolescence est celle des comportements à risque. Ceux-ci ont une importance particulière pour ce travail étant donné que les comportements sexuels à risque en font partie. En effet, comme le mettent en évidence Godeau et al. (2005), « De nombreuses normes de comportements propres à l'adolescence – la spontanéité, les conduites d'essai, voire de prise de risque, et l'instabilité – peuvent générer des problèmes de santé liés à la sexualité » (Bantuelle & Demeulemeester, S.d., p.47). L'absence de contraception ou sa mauvaise utilisation sont en soi des conduites à risque. Ces comportements à risque vont, selon Assailly (1997), « ... souvent de pair avec la quête de l'autonomie et la recherche d'indépendance : l'acquisition de l'indépendance suppose, en effet, l'engagement dans le risque » (Bantuelle & Demeulemeester, S.d., p.38).

Pour une vision plus large des éléments développés concernant l'adolescence, voir l'annexe B.

Pertinence du concept dans le cadre de la problématique :

Les changements physiques amènent à la capacité de reproduction de laquelle découle la question de la contraception. Cette question, qui se présente, chez un individu "en devenir" et qui a tendance à adopter des comportements à risque, peut être difficile à gérer étant donné que l'adolescent n'a pas encore acquis l'intelligence réflexive achevée. Il est capable d'établir des hypothèses,

cependant il vit dans le "ici et maintenant" et Loignon (1996) met en évidence que « Le « ici et maintenant » ne laisse pas le temps à l'adolescent de penser à la contraception et de s'organiser ... » (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). De plus, les adolescents présentent une diminution de la tendance à se confier aux parents et développent leur indépendance.

Ces différents éléments amènent à la conclusion que cette population demande une prise en charge particulière lorsque la question de la contraception surgit.

3.2. La contraception :

Dans ce chapitre, nous commencerons par définir la contraception, puis nous traiterons des différentes méthodes contraceptives et des avantages et inconvénients qu'elles présentent pour les adolescents. Ensuite, nous aborderons la question de la résistance à la contraception, ce qui permettra de mettre en évidence les différentes difficultés liées à son utilisation.

La définition :

La contraception, concept soulevé dans la problématique, se définit, selon l'OMS (2013), comme l'« utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ».

Les différentes méthodes contraceptives :

Il existe de nombreuses méthodes de contraception. Celles-ci sont classées en quatre catégories : les méthodes hormonales, non-hormonales, naturelles et la contraception post-coïtale. Ces différentes méthodes sont détaillées dans l'annexe C et les tableaux de l'annexe D. Pour des raisons pratiques, les références sont à observer dans ces annexes et ne seront pas reprises dans le présent texte. Les tableaux de l'annexe D font ressortir les avantages et les inconvénients, pour les adolescents, de chaque méthode, ainsi que le taux d'efficacité théorique et pratique indiqué par l'indice de Pearl. Cet indice est, comme l'explique Camus (2006), le nombre de grossesses accidentelles survenues sur 100 femmes utilisant un certain contraceptif sur une durée d'un

an. Le fait de mettre en parallèle le taux d'efficacité théorique et pratique permet de voir l'écart souvent important qu'il existe entre une utilisation parfaite et l'efficacité réelle découlant de toutes les difficultés d'utilisation potentielles liées à la méthode contraceptive. Par exemple, la pilule combinée a un indice de Pearl théorique de 0,1 alors que, dans la pratique, il est de 6 à 8. La contraception hormonale injectable a, quant à elle, un indice de Pearl autant théorique que pratique de 0,3. Ainsi, nous constatons que certaines méthodes, dans la pratique, s'avèrent moins efficaces qu'en théorie, alors que d'autres méthodes maintiennent le même indice de Pearl en théorie et en pratique. Cet aspect doit être pris en compte dans le choix d'une méthode contraceptive.

De manière plus générale, ces tableaux récapitulatifs des différentes méthodes contraceptives font ressortir que les contraceptifs hormonaux ont l'avantage d'être très efficaces mais que certains, comme la pilule, demandent une rigueur quotidienne dont la non-observance fait radicalement augmenter l'indice de Pearl. D'autres méthodes, comme les méthodes naturelles, l'anneau vaginal ou encore le diaphragme nécessitent une manipulation vaginale ce qui demande une certaine connaissance de son corps, corps que les jeunes filles apprennent tout juste à (re)-découvrir suite aux changements liés à la puberté. Les méthodes naturelles ont l'avantage d'entraîner peu de frais financiers et de ne pas contenir d'hormones. Toutefois, leur efficacité est moins bonne. Les contraceptifs d'urgence ont une haute efficacité mais, comme leur nom l'indique, ils ne doivent être utilisés que dans les cas où un rapport sexuel à risque a déjà eu lieu. Ils ne constituent donc pas une méthode de contraception en tant que tel. Seuls les préservatifs masculins et féminins offrent, en plus de leurs propriétés contraceptives, une protection contre les infections sexuellement transmissibles. Le prix des diverses méthodes contraceptives peut, lui aussi, être un avantage ou un inconvénient. En effet, certaines méthodes entraînent des frais mensuels alors que d'autres représentent un investissement important au départ, mais à long terme s'avèrent équivalentes ou légèrement avantageuses, du point de vue financier.

La résistance à la contraception :

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal (2005), la résistance à la contraception est l'un des facteurs causaux des grossesses non-désirées chez les adolescents. Selon cette même source, deux types de problèmes sont contenus dans le terme de résistance à la contraception : l'absence de moyen contraceptif et

l'utilisation inadéquate de ces moyens. Cette dernière englobe trois problématiques : le délai entre le début des relations sexuelles et la mise en place d'une contraception ; l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive et l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive qui comprend notamment la prise inadéquate ou irrégulière de la pilule.

La résistance à la contraception peut s'expliquer de différentes manières :

1. Le manque de connaissances et les fausses croyances
2. La difficulté d'accès aux moyens contraceptifs
3. L'aspect artificiel des moyens contraceptifs
4. La peur de s'affirmer et la peur du rejet
5. La précocité des relations sexuelles
6. L'incapacité de prévenir ou de prévoir la relation sexuelle
7. L'absence de motivation
8. La prohibition de la sexualité par la famille

Ces différentes manières d'expliquer la résistance à la contraception sont détaillées dans l'annexe E.

Pertinence du concept dans le cadre de la problématique :

Ce chapitre montre que l'utilisation d'une méthode contraceptive repose sur plusieurs paramètres qui sont, entre autre, son coût, la rigueur qu'elle exige et la connaissance que l'adolescent a de son corps. De plus, la résistance à la contraception peut s'expliquer de différentes manières. Les explications liées à cette dernière permettent de se rendre compte qu'il y a plus d'une explication aux difficultés d'utilisation de la contraception chez l'adolescent. En effet, leur manque de connaissances sur la contraception ne suffit pas à expliquer la résistance à cette dernière étant donné qu'elle peut être liée, notamment, à des difficultés d'accès aux contraceptifs ou encore à la prohibition de la sexualité par la famille. Par conséquent, l'accompagnement de l'adolescent dans l'utilisation de la contraception ne peut se limiter à un simple apport d'informations.

3.3. La prévention et la promotion:

La prévention peut être définie, selon l'OMS (1948), comme « ... l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Flajolet, 2008, p.1). Comme le mettent en évidence Shankand, Saïas et Friboulet (2009, p.67), il existe trois formes de prévention : la prévention universelle, sélective et indiquée, en fonction de la population ciblée. Concernant la thématique de la contraception dans la population adolescente, il s'agit d'une prévention sélective, car elle s'adresse « ... à des groupes définis particulièrement vulnérables ... » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2006, p.8). Comme nous l'avons vu, les adolescents sont vulnérables non seulement du fait des nombreux changements vécus les amenant à une profonde modification de leur identité, mais aussi de par leur tendance à la prise de risques.

Relevons ici que, selon Le Conseil International des Infirmières (CII, 2006), la prévention est l'une des quatre responsabilités de l'infirmière. Ainsi, l'accompagnement dans l'utilisation de la contraception peut tout à fait être du ressort de l'infirmière. Son rôle dans cet accompagnement sera développé plus loin, dans le chapitre "Cadres de référence".

L'approche de type promotion est un concept axé sur la santé. Il s'agit d'un concept positif dans lequel la mobilisation des ressources joue un rôle primordial. Selon la Charte d'Ottawa, « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (OMS Europe, 1986, p.1). Une approche de type promotion, dans un contexte d'accompagnement des adolescents, est adaptée car elle les soutient dans le développement de leur indépendance en leur donnant les moyens d'acquérir davantage de maîtrise de leur propre santé. Cette vision de l'accompagnement fait écho au concept de l'empowerment qui sera abordé comme cadre de référence, car l'objectif de cet accompagnement des adolescents est de leur donner du pouvoir et de les rendre acteur dans l'utilisation de leur contraception.

4. Question de recherche et but du travail

L'adolescent est un individu qui vit beaucoup de changements et qui est, par conséquent, un individu "en devenir" pour lequel la question de la contraception est nouvelle puisqu'il acquiert sa capacité de reproduction. Les éléments développés dans la première partie de ce travail ont montré que l'utilisation de la contraception peut être source de difficultés dont la conséquence peut être une grossesse. Ainsi, la contraception s'inscrit dans un contexte de prévention. Sachant que celle-ci est l'une des quatre responsabilités de l'infirmière, cette dernière a donc un rôle à jouer dans ce contexte. Notre question de recherche pour ce travail de Bachelor est la suivante :

De quelle manière l'infirmière peut-elle accompagner les adolescents dans l'utilisation de la contraception ?

Le but de ce travail est, par conséquent, de mettre en lumière différentes stratégies efficaces, utilisables par les infirmières, pouvant augmenter la qualité de cet accompagnement ou le faciliter, afin que les adolescents utilisent au mieux la contraception.

5. Cadres de référence :

Les cadres de référence définis ci-dessous serviront de base lors de la discussion de nos résultats. Ils permettent diverses approches de notre problématique.

L'approche interactionniste de Pierre Fornerod a été choisie, car elle permet d'analyser ce qui se joue entre deux actants, en somme la communication. Cette approche permettra donc d'aborder l'accompagnement du point de vue de celle-ci. La communication est une notion qui contient, d'une part le contenu, et d'autre part l'établissement d'une relation. Il est donc réaliste d'imaginer que des stratégies d'accompagnement axées sur celle-ci émergeront des recherches.

Le second cadre de référence est celui de l'empowerment. Le terme "accompagnement" signifiant « aller ensemble » (Étymologie française, S.d.), fait écho au principe de l'empowerment qui est de "faire avec" et non de "faire pour". En effet, l'empowerment peut se traduire par « posséder une capacité d'agir » (Ninacs, 2008, p.2). Cette approche est adéquate dans le cadre du développement de l'indépendance de l'adolescent "en devenir".

Puis nous terminerons par en dire plus sur le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de leur contraception, afin de mieux saisir toutes les composantes de ce rôle d'accompagnant.

5.1. L'approche interactionniste de Pierre Fornerod :

Plus qu'une simple transmission d'informations, la communication est définie par Fornerod (2009) comme « un processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivités dans un contexte social » (p. 2). Nous trouvons dans cette définition trois des principaux aspects de l'approche interactionniste de Pierre Fornerod : la subjectivité, le contexte et la co-construction du sens.

La subjectivité est « l'aptitude à percevoir la réalité à partir de sa propre expérience » (Fornerod, 2009, p.1). Le contexte est « le cadre dans lequel s'élabore la construction du sens. C'est un espace spatio-temporel ..., un lieu de représentations, de normes, de règles, de modèles, de rituels, etc. » (Fornerod, 2009, p. 2). Enfin, la co-construction du sens « s'élabore sous l'influence du contexte par l'interprétation des messages » (Fornerod, 2009,

p.2). L'approche interactionniste ne s'intéresse pas à l'analyse des individus ou de leurs actions mais elle en tient compte pour analyser ce qui se joue dans la relation (l'interaction) entre deux actants ou plus.

Pour analyser la relation de communication qui se joue entre les actants, il est possible de se référer aux quatre principaux canaux de la communication de Fornerod (2009) :

1. La proxémique : distance intime, personnelle, sociale, publique
2. Les signes non-verbaux : apparence, postures, gestes, regards, mimiques, etc.
3. Les éléments para-verbaux : hauteur et intensité de la voix, débit et rythme des paroles, silences, etc.
4. Le canal langagier en deux axes : le registre sémantique et le syntaxique

Loin de s'arrêter là, Fornerod (2009) définit également quatre principes de communication :

1. Le principe d'énonciation en première personne : « Chacun communique avec son identité : la communication est tout autant un espace de construction de soi-même qu'un lieu d'élaboration de sens, d'où le principe d'énonciation en première personne » (Fornerod, 2009, p.3).
2. Le principe de coopération : il est structuré en quatre règles.
 - La règle de quantité définit le fait de ne donner ni trop, ni trop peu d'information.
 - La règle de qualité demande aux actants de ne soutenir que ce qu'ils croient être vrai et ce dont ils ont une preuve.
 - La règle de relation détermine que l'information donnée ait un lien avec le sujet dont il est question.
 - La règle de modalité précise que le discours doit être clair et dépourvu d'ambiguïté.
3. Le principe de méta-communication : rend compte de ce qui se passe dans la relation entre les actants.
4. Le principe de pertinence : les informations permettent un enrichissement ou une modification des connaissances, des conceptions, etc.

Les canaux de la communication ainsi que les principes de celles –ci permettent d’analyser ce qui se joue dans l’interaction tant au niveau relationnel que du contenu.

L’approche de Fornerod propose une vision méta-analytique de ce qui se joue dans les interactions entre les actants. Cette approche sera utile pour mieux comprendre les aspects liés à la communication dans l’accompagnement des adolescents. Ainsi, pour qu’un accompagnement soit de qualité, il est nécessaire que l’adolescent et le professionnel co-construisent un univers de référence commun, ce qui se traduit par le fait de parler de la même chose et en l’occurrence de la contraception, avant de chercher à développer les capacités de l’adolescent à maîtriser sa contraception, par une approche de type empowerment.

5.2. L’empowerment :

Comme nous l’avons mis en évidence, l’empowerment est un concept qui peut être utile dans la question de la contraception chez les adolescents étant donné qu’il vise à leur donner du pouvoir. Cette approche a l’intérêt de les amener à être acteurs dans la gestion de leur contraception.

Dans ce chapitre, nous présenterons une définition de l’empowerment puis nous traiterons de ses buts afin de comprendre ce qui est concrètement visé lorsque une approche de type empowerment est utilisée. Ensuite, nous aborderons les trois types d’empowerment en nous axant spécifiquement sur l’empowerment individuel, car c’est celui que le professionnel sera amené à favoriser dans notre thématique. Nous finirons par faire ressortir les obstacles à l’empowerment, ce qui nous permettra de comprendre, dans la suite de ce travail, pourquoi tous les adolescents n’entrent pas avec la même facilité dans un processus d’empowerment. Les différents éléments développés permettront, finalement, de mettre en évidence en quoi l’empowerment est applicable, concrètement, dans l’accompagnement des adolescents dans l’utilisation de la contraception.

Définition de l'empowerment :

L'empowerment qui peut se traduire par « posséder une capacité d'agir » (Ninacs, 2008, p.2) est, comme nous l'avons déjà mis en évidence, directement lié à la promotion de la santé. Il s'agit d'un processus dans lequel le professionnel de la santé n'a pas un rôle d'expert mais un rôle d'accompagnateur, l'objectif du professionnel étant de « reconnaître l'expérience subjective des personnes comme expertes de leur propre vie » (Longpré et al. 1998). Dans ce processus, l'intérêt est porté sur les droits et les forces plutôt que sur les besoins ou les déficits.

Les buts de l'empowerment :

Selon Ninacs (2008), le but de l'empowerment est de permettre aux individus, aux communautés ou aux organisations de répondre par eux-mêmes à leurs besoins ou du moins de les stimuler à obtenir de l'emprise lorsqu'une personne tierce leur fournit de l'assistance et ainsi à ne pas simplement "subir" cette assistance. Cela a de l'intérêt dans l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception car, dans cet accompagnement, nous avons pour objectif que l'adolescent exerce du pouvoir afin qu'il soit le plus indépendant possible dans sa propre prise en charge.

De manière simple, l'exercice du pouvoir comprend, selon Ninacs (2008), trois étapes qui sont premièrement *choisir*, il s'agit d'un choix fait librement et de manière consciente, deuxièmement *décider*, c'est la transformation du choix en une décision, ce qui implique « ... une capacité de raisonner et d'analyser, de posséder l'information requise ou de savoir où elle se trouve et comment l'acquérir ... » (Ninacs, 2008, p. 16) et troisièmement agir, étape ultime de l'exercice du pouvoir. Il s'agit d'agir en fonction de sa décision et d'en assumer les conséquences.

Les trois types d'empowerment :

Il existe au moins trois types d'empowerment selon Ninacs (2008) : l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. L'empowerment individuel, intéressant dans le cadre de ce travail, caractérise le « ... processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou pas un groupe d'individus » (Ninacs, 2008, p. 17). Selon Longpré et al. (1998), un processus

d'empowerment individuel est déclenché lorsque quatre composantes sont en interaction : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique.

Les obstacles à l'empowerment :

Il existe un certain nombre d'obstacles à l'empowerment. Pour l'empowerment individuel, Ninacs (2008) met entre autre en évidence les obstacles suivants : la pauvreté, les disparités géographiques, les barrières culturelles, les interventions sociales paternalistes, la perte d'autonomie tant physique que mentale. Ces éléments permettent d'expliquer pourquoi certains adolescents entrent facilement dans un processus d'empowerment alors que pour d'autres leur engagement nécessite une implication importante des professionnels.

Pertinence du concept pour la problématique :

De par son rôle de promoteur de santé, l'infirmière peut adopter une approche de type empowerment. Les éléments présentés ci-dessus montrent que cette approche est adaptée pour l'accompagnement d'un adolescent, car elle permet à l'adolescent d'être acteur dans sa prise en charge, ce qui favorise son autogestion. Un accompagnement de type empowerment dans l'utilisation de la contraception fait appel aux quatre composantes de l'empowerment individuel. En effet, la participation se manifeste par le fait que l'adolescent, en utilisant sa contraception, participe au maintien de sa santé, alors que, la conscience critique est liée au fait que l'adolescent est conscient que, s'il ne l'utilise pas ou mal, il s'expose à un risque de grossesse. L'estime de soi joue, elle aussi, un rôle important dans cet accompagnement, car pour se sentir capable de gérer l'utilisation de sa contraception, l'adolescent doit aussi ressentir que nous l'en pensons capable. Ceci a alors pour effet d'augmenter son estime de lui, ce qui potentialise sa participation. Cependant, une bonne estime de soi seule ne suffit pas à favoriser la participation de l'adolescent qui doit également développer un certain nombre de compétences pour utiliser sa contraception et ainsi participer activement au maintien de sa santé. Ces compétences peuvent être, par exemple, la réussite de la mise en place d'un préservatif.

5.3. Le rôle infirmier

Le référentiel de compétences de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO, 2012) pour le Bachelor en soins infirmiers, fait état de neuf compétences professionnelles décrivant l'activité et le rôle propre de l'infirmière. Notre thématique touche à la plupart de ces compétences. Ainsi, notre travail fait appel aux compétences traitant de la prévention et de la promotion, de la collaboration, mais aussi à des compétences plus générales telles que celles liées à la communication.

Rôle de l'infirmière dans la prévention et la promotion :

L'infirmière aborde la contraception pour son aspect préventif des grossesses non-désirées avec une approche de type promotion lorsqu'elle accompagne les adolescents dans l'utilisation de la contraception. Parmi les neuf compétences du référentiel de compétences de l'infirmière, deux relèvent de la promotion de la santé et de la prévention. En effet, l'un des sous-points de la compétence numéro une est la « Maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées » (HES-SO, 2012, p. 2) alors que la compétence trois parle plus précisément de la promotion de la santé, son intitulé étant « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé » (HES-SO, 2012, p.3) ce qui est précisément le but de l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception.

Travail en collaboration concernant la contraception :

Concernant plus particulièrement la question de la contraception et le rôle que l'infirmière joue dans ce contexte, la compétence numéro sept « Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire » (HES-SO, 2012, p.4), fait ressortir l'importance du travail en collaboration avec les autres professionnels de la santé. Cela met en évidence que la question de la contraception n'est pas du ressort de l'infirmière seule. En effet, l'accès à une méthode contraceptive fait intervenir plusieurs autres professionnels tels que le médecin, le gynécologue ou encore le pharmacien.

Compétences générales de l'infirmière dans l'accompagnement des adolescents :

L'accompagnement d'un adolescent, de manière générale, fait également appel à un certain nombre d'autres compétences. Par exemple, la compétence une, qui dit que l'infirmière doit créer « (...) des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques » (HES-SO, 2012, p.2). En effet, l'adolescent a droit à la confidentialité. De plus, s'il a sa capacité de discernement, le principe d'autonomie doit être respecté. Comme vu dans le chapitre définissant l'adolescence, cette période est caractérisée par de nombreux changements dont il faut tenir compte pour un accompagnement optimal. Cela est mis en évidence, dans la compétence numéro deux : l'infirmière « (...) intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée » (HES-SO, 2012, p.2). Ceci comprend, notamment, la question de l'âge. Concernant la relation avec l'adolescent et la communication, la compétence deux de ce référentiel précise que la mise en place et le maintien du ou des « ... cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide thérapeutique, etc.) » (HES-SO, 2012, p.2) fait partie du travail de l'infirmière.

Ainsi, l'accompagnement de l'adolescent dans l'utilisation de la contraception fait partie intégrante des compétences de l'infirmière. Cela fait ressortir que cet accompagnement nécessite des compétences pointues et que, par conséquent, il est bénéfique qu'il soit entrepris par des personnes formées.

6. Synthèse

Dans ce chapitre, nous allons récapituler ce qui a été développé dans la première partie de ce travail afin de se recentrer sur la question de recherche avant de chercher à y répondre.

Nous avons, tout d'abord, exposé le contexte général dans lequel nous avons présenté la situation à l'origine de notre questionnement, au sujet de la contraception chez l'adolescent. Nous y avons également développé les divers aspects pouvant avoir une influence sur son utilisation. Ces éléments nous ont amenées à documenter la problématique, en nous intéressant, plus en détail, à la proportion d'adolescents sexuellement actifs, aux grossesses dans le monde, aux différents types de problèmes liés à la contraception et menant aux grossesses à l'adolescence, pour terminer par mettre en évidence ce qu'il advient de ces grossesses, en Suisse. Grâce à cela, nous avons pu formuler clairement la problématique des difficultés liées à l'utilisation de la contraception par les adolescents.

La formulation de cette problématique nous a amenées à développer certains cadres de références. Il s'agit de l'adolescence, de la contraception et de la prévention et la promotion. Le développement du concept de l'adolescence nous a permis de prendre conscience de la multitude de caractéristiques propres à cette période dont il faut tenir compte, car elles peuvent influencer l'utilisation de la contraception par les adolescents, comme la tendance à la prise de risque ou le fait que l'adolescent vive dans le « Ici et maintenant ». La contraception a alors été développée en tant que concept, ce qui a permis de mettre en évidence la variété de moyens contraceptifs existants, mais aussi les avantages et inconvénients des différentes méthodes pour les adolescents. Puis nous avons inscrit l'accompagnement dans l'utilisation de la contraception par les adolescents dans les concepts de la prévention et de la promotion.

Ces différents éléments nous ont permis de poser une question de recherche claire et de mettre en évidence les buts de notre travail. À partir de cette question, nous avons développé trois cadres de référence : l'approche interactionniste de Fornerod, l'empowerment ainsi que le rôle infirmier. Ce dernier cadre de référence a permis de faire ressortir le rôle de l'infirmière dans la prévention et la promotion, mais aussi les compétences plus générales que

l'infirmière utilise dans l'accompagnement des adolescents. L'approche de Fornerod fait ressortir, elle, l'importance qu'avant tout il est nécessaire que le professionnel et l'adolescent parlent de la même chose pour qu'une communication de qualité puisse se mettre en place. L'empowerment, quant à lui, nous permet d'aller plus loin dans l'accompagnement des adolescents puisqu'il tend à les rendre acteurs dans l'utilisation de leur contraception. Ainsi, les différents éléments développés jusque-là confirment notre question de recherche qui est :

De quelle manière l'infirmière peut-elle accompagner les adolescents dans l'utilisation de la contraception ?

7. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous parlerons avant tout du devis de recherche utilisé dans ce travail qui est une revue de littérature étoffée. Puis les mots-clés employés lors des recherches d'articles seront présentés, tout comme les critères d'inclusion et d'exclusion qui permettront de sélectionner les articles pertinents pour répondre à notre question de recherche. Les stratégies de recherches seront également exposées. Pour finir, sera présentée la manière dont les recherches retenues seront analysées.

7.1. Argumentation du choix du devis

Le devis utilisé pour ce travail de Bachelor est une adaptation de la revue systématique de littérature appelée "Revue de littérature étoffée".

Selon Nadot (2012), la revue systématique de littérature est une « Démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature ... » (p.1) qui a pour but de mettre en commun, d'évaluer et de synthétiser les résultats de plusieurs recherches traitant d'un même problème. Ainsi, une telle revue met en évidence les principaux éléments qui ressortent des recherches incluses et qui répondent à la question de recherche, tout en ayant un esprit critique vis-à-vis de ces résultats empiriques qui peuvent servir de base à la pratique infirmière. Notre travail est une adaptation de la revue systématique de littérature dans le sens où nous allons faire le tour de notre question de recherche grâce à des études scientifiques. Cependant, nous allons présenter uniquement les résultats qui nous intéressent. Ces résultats seront des stratégies d'accompagnement de l'adolescent dans l'utilisation de la contraception, stratégies issues de recherches autant quantitatives, que qualitatives ou mixtes. De plus, contrairement à ce qui se fait dans une revue systématique de littérature, ces résultats ne seront pas systématiquement comparés entre eux. Ainsi, notre travail est une initiation à la démarche de la revue de littérature, l'objectif étant de poser une question de recherche et d'y répondre grâce à des recherches scientifiques.

7.2. Mots-clés

Grâce aux concepts définis plus tôt dans ce travail, des mots-clés pertinents ont été sélectionnés afin de mener nos recherches d'articles scientifiques pouvant répondre à notre question de recherche. Le tableau ci-dessous récapitule tous les mots clés utilisés dans nos stratégies de recherche. Ces mots-clés, tout d'abord définis en français, ont été adaptés aux différentes banques de données, soit Inserm, Cinhal et Pubmed.

Mots-clés en français	MeSH selon Inserm	Descripteurs Cinhal	MeSH selon PubMed
Adolescent	Adolescent	Adolescence	Adolescent
Contraception	Contraception, Contraceptive Methods	Contraception ; Contraceptives, Postcoïtal ; Contraceptive Devices ; Contraception Care ; Family Planning	Contraception ; Contraceptives Postcoital ; Contraception Behavior
Agents contraceptifs	Contraceptive agents	Contraceptive Agents	Contraceptive Agents
Grossesse non désirée ou non planifiée	Pregnancy Unwanted Pregnancy Unplanned	Pregnancy, Unwanted ; Pregnancy in Adolescence ; Pregnancy Unplanned	Pregnancy in Adolescence; Pregnancy Unwanted
Promotion	Health Promotion, Promotion of Health	Health Promotion	Health Promotion
Prévention	Prevention	Preventive Health Care ; Prevention Trial ; Safety	Preventive Health Services
Infirmier, rôle infirmier	Nurse, Nursing Staff, Nurse's Role	Nurses, Pratical Nurses; Staff Nurses; Nursing Role	Nurses

Médecine reproductive	---	---	Reproductive Medicine; Family Planning Services
Education sexuelle	Education Sex, Family Planning, Planning Education, Training Family	Sex Education	Sex Education
Comportement de santé	---	Health Behavior, Health Promoting Behavior	Health Behavior; Decision Making; Motivation; Health Knowledge Attitudes Practice, Behavior
Communication	Personal Communication, Personnel Communications	Communication Care ; Communication	Communication ; Counseling
Pays développé	Developed Countries/ Industrialized Nations	Developed Countries	Not developing Countries

7.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion a permis de sélectionner les recherches les plus pertinentes pour répondre à notre question de recherche.

Tout d'abord, une limite quant à l'année de publication a été fixée. Ainsi, les études devaient avoir été publiées entre 2000 et 2014. Elles devaient également avoir été rédigées en anglais, français, italien ou espagnol pour qu'il nous soit possible de les traduire. Initialement, nous pensions inclure uniquement des recherches avec une population d'adolescents d'environ 14-15 ans. Cependant, nous avons rapidement constaté que ce critère était extrêmement limitant, puisque nous ne trouvions que peu de recherches avec une telle population. Par conséquent, nous avons assoupli nos critères d'inclusion concernant la population. Ainsi, bien que nous ayons privilégié une population d'adolescents, des recherches ciblant les adultes mais possédant des stratégies transférables aux adolescents ont également retenu notre attention. De plus, des recherches ayant pour population cible des fournisseurs de soins ou des partenaires du réseau de santé pouvaient également être incluses, étant donné que le but de ce travail est de faire ressortir des stratégies d'accompagnement des adolescents, utiles pour les professionnels.

Parallèlement à cela, les recherches incluses devaient concerner les pays développés, afin que les résultats soient transférables au contexte suisse. Le dernier critère était que les articles devaient, soit traiter de la contraception en elle-même, soit apporter des stratégies transférables à cette thématique.

Les recherches exclues sont celles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

7.4. Stratégies de recherche

Les mots clés précédemment exposés ont été utilisés pour faire des recherches sur plusieurs banques de données, à savoir PubMed, Cinhal, Inserm, Embase, Up To Date et Google Scholar.

Les stratégies de recherche, présentées dans le tableau de l'annexe F, nous ont permis d'identifier 142 recherches. Après lecture du titre et parfois du résumé et en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion, mais aussi

de la question de recherche, 130 études ont été exclues et 12 retenues. La démarche d'analyse critique, présentée ci-dessous, a été appliquée à ces 12 recherches, lors de leur lecture complète.

La revue de littérature d'Oringanje, Meremikwu, Eko, Esu, Meremikwu et Ehiri (2010) a été trouvée, par hasard, sur Google lors de la documentation de la problématique.

7.5. Démarche d'analyse critique

Pour analyser chaque recherche retenue, une grille d'analyse critique a été utilisée. Elle varie en fonction du type d'approche utilisée : qualitative, quantitative ou mixte. Ces grilles, présentes en annexe H, ont été élaborées par Nadot et Bassal (2011a, 2011b, 2011c) et sont inspirées des différentes informations recueillies dans le livre intitulé "Méthodes de recherches en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives" de Loiselle et Profetto-McGrath (2007).

Ces grilles ont permis une analyse objective de la rigueur méthodologique des articles trouvés. Grâce à cette démarche, il a été constaté que toutes les recherches sélectionnées avaient une bonne rigueur méthodologique. Ainsi aucune n'a dû être exclue.

Après avoir effectué une analyse critique de la méthodologie des recherches sélectionnées, nous avons effectué un résumé de chaque recherche, grâce à une grille que nous avons élaborée et qui se trouve en annexe I. Les résumés des études sont, eux, en annexe J. C'est à partir de ces grilles que nous avons établi des catégories afin de rédiger le chapitre "Résultats et discussion". Afin de faciliter la rédaction de ce travail, nous avons également effectué un tableau synthétique des recherches. Il se trouve en annexe G. Ce tableau met en évidence les auteurs, la date de publication, la population cible de l'étude ainsi que le thème général de chaque étude. Chaque étude est numérotée et, afin de faciliter la rédaction de la suite de ce travail, les études ne seront pas référencées selon leurs auteurs mais selon un code qui va de E1 à E13.

8. Résultats et discussion

Dans ce chapitre, nous allons mettre en évidence de quelle manière nous avons analysé les résultats issus des recherches incluses, puis nous allons exposer ces résultats et les mettre en lien avec les concepts et cadres conceptuels précédemment définis, mais aussi avec notre question de recherche. C'est également dans ce chapitre que nous ferons ressortir l'intérêt des interventions de promotion de la contraception pour diminuer les grossesses non-désirées à l'adolescence. Cela se fera grâce à une revue de littérature (E13). Après la discussion des résultats, nous répondrons à notre question de recherche. Nous pourrions alors poser un regard critique sur les études incluses ainsi que sur notre travail.

8.1. Analyse des résultats

Ce chapitre nous informe sur les recherches incluses dans ce travail mais également sur la manière dont les résultats de ces dernières ont été catégorisés.

8.1.1. Court descriptif des études incluses

Ce travail comprend douze recherches scientifiques qui permettent de répondre à notre question de recherche de manière directe ou indirecte. En effet, la plupart donnent des stratégies d'accompagnement dans l'utilisation de la contraception alors que d'autres ne ciblent pas la contraception, mais apportent des éléments de réponse en lien avec l'accompagnement des adolescents de manière plus large. Ainsi, deux recherches, E8 et E12, n'ont pas pour thème principal la contraception, mais leurs résultats permettent d'identifier des stratégies d'accompagnement des adolescents.

Les recherches retenues présentent une bonne rigueur méthodologique et répondent aux attentes éthiques. Ces deux paramètres ont été jugés grâce aux grilles d'analyse critique de Nadot et Bassal (2011a, b et c), présentées en annexe H.

Il est possible de décrire les recherches sélectionnées selon plusieurs critères : l'approche méthodologique utilisée, la population ciblée, les pays dans lesquels

elles ont eu lieu ou encore leur année de publication. Ces divers critères sont présentés dans le tableau de l'annexe G.

Les approches méthodologiques :

Huit recherches ont été réalisées avec une approche quantitative, trois avec une approche qualitative et une avec une approche mixte.

La population cible :

Six études ont pour population cible des adolescentes ou des jeunes femmes dont l'âge varie entre 12 et 21 ans ; une s'intéresse à des adolescents masculins et féminins entre 15 et 19 ans ; deux à des femmes adultes (à partir de 18 ans) ; deux à des adultes, hommes et femmes, de 18 ans et plus et deux autres ont pour population cible des adultes fournisseurs de soins ou des éducateurs en santé reproductive et sexuelle. Cette diversité de population cible permet d'obtenir une vision plus large de la thématique.

Le ou les pays concerné(s) :

Toutes les études retenues dans ce travail ont été effectuées dans des pays développés afin que les résultats soient utilisables dans la pratique infirmière suisse. Sept études ont été menées aux Etats Unis, deux au Royaume-Uni, une au Canada, une en France, Norvège, Suède et Portugal et la dernière en Israël. Le fait que la majorité des études aient été menées aux Etats-Unis s'explique notamment par le fait que, comme le met en évidence United Nations (2006), ce pays a les plus hauts taux de grossesses et de maternités chez les adolescentes de tous les pays industrialisés (Tanner, Secor-Turner, Garwick, Sieving & Rush, 2012). La diversité de provenance des études est utile afin d'obtenir différentes perspectives quant à l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception. Cependant, cette diversité peut aussi représenter un obstacle à la généralisation des stratégies identifiées.

La date de publication :

Toutes les études incluses ont été publiées entre 2001 et 2012. Il est important d'intégrer des recherches récentes étant donné que le monde de la contraception a énormément évolué ces dernières années, notamment avec, comme le met en évidence le Collège national des gynécologues et

obstétriciens français (2004), la commercialisation de nouvelles méthodes contraceptives au début des années 2000.

8.1.2. Catégorisation

Nous avons procédé de la manière suivante afin de catégoriser les résultats présentés dans ce travail. Tout d'abord, nous avons commencé par relire séparément les grilles résumant chaque recherche, en tentant de faire émerger non pas des thèmes, mais différentes stratégies permettant de répondre à notre question de recherche. Nous avons ensuite repris ensemble les stratégies mises en évidence. La catégorisation des stratégies sur laquelle nous nous sommes accordées apparaît dans la colonne de gauche des résumés de nos recherches (annexe I). Voici les six catégories qui ressortent, certaines se divisant en sous-catégories :

- Le renforcement de l'auto-efficacité
- La communication (relation, contenu et environnement)
- L'éducation sexuelle
- L'accessibilité (coût et endroit)
- La formation des professionnels de la santé
- Le partenariat entre les structures de santé

Nous avons choisi de présenter les résultats sous forme de tableaux. Cela nous a aidées à n'en faire ressortir que les éléments indispensables permettant de répondre à notre question de recherche.

8.2. Intérêt des interventions de promotion de la contraception

La revue de littérature E13, qui traite des diverses interventions permettant de prévenir les grossesses chez les adolescents, a été sélectionnée afin de remettre l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception, dans son contexte général

Cette revue présente une bonne rigueur méthodologique. Pour en juger, nous avons adapté les grilles de Nadot et Bassal (2011a, b et c) (cf. annexe H). Sa force est qu'elle intègre uniquement des essais randomisés contrôlés (RCT).

Dans cette revue de littérature, les effets des interventions de prévention primaire sur des jeunes de 10 à 19 ans ont été évalués. Trois types d'intervention sont répertoriés : des interventions d'éducation, des interventions de promotion de la contraception et des interventions multiples (combinaison des deux). Il ressort des résultats que promouvoir l'utilisation des moyens de contraception seule ne semble pas réduire le risque de grossesse non-désirée, malgré une augmentation statistiquement significative de l'utilisation des contraceptifs hormonaux dans deux études et que l'éducation comme seule intervention ne le permet pas non plus, bien qu'une augmentation statistiquement significative de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel ait été relevée par deux recherches. Toutefois, les programmes qui impliquaient l'application simultanée de plusieurs interventions peuvent réduire les taux de grossesses non-désirées chez les adolescents.

Les limites et biais de cette étude ne permettent pas une conclusion définitive en ce qui concerne le type d'intervention le plus efficace. Cependant, ces résultats suggèrent que l'utilisation concomitante d'interventions éducatives, de renforcement des compétences et de promotion de la contraception réduit le risque de grossesses non-désirées chez les adolescentes.

8.3. Les résultats et leurs liens avec les cadres conceptuels et de référence et la question de recherche

Les résultats utiles pour répondre à notre question de recherche sont présentés sous forme de tableau. Le n° de référence (1^{ère} colonne) permet d'identifier la recherche dont il est question grâce au tableau de l'annexe G.

8.3.1. Le renforcement de l'auto-efficacité

Deux recherches traitent du renforcement de l'auto-efficacité.

N° de Référence	Les résultats :
E5	Effets positifs de la formulation d'intentions de mise en œuvre (= <i>planification si-alors</i>) par les adolescentes au planning familial : quand, où et comment elles prévoient d'utiliser leur contraception + comment elles envisagent de surmonter 12 obstacles typiques à la mise en place de ces intentions de mise en œuvre (si elles

	<p>passent la nuit dehors et qu'elles n'ont pas leur pilule avec elles, par exemple).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de consultations pour obtenir la CU (27% vs 32% chez le groupe contrôle) ou pour un test de grossesse (12% vs 18%) 2. Moins de susceptibilité de tomber enceinte (7% vs 12%) 3. Plus de fourniture de moyens contraceptifs (taux 16% plus élevé chez les adolescentes ayant formulé des intentions de mise en œuvre) <p>1+2 +3 : $p < .02$</p> <p>Bonne efficacité de la formulation d'intentions de mise en œuvre pour changer les comportements des adolescentes étant à haut risque de grossesse :</p> <p>Adolescentes ayant formulé des intentions de mise en œuvre qui ont consulté à la base pour un test de grossesse positif, une demande de test de grossesse ou de CU, deux fois plus susceptibles de changer pour consulter pour la fourniture de contraceptifs que les participantes du groupe contrôle ayant consulté à la base pour les mêmes raisons (19% vs 9%).</p>
E8	<p>Activités/jeux interactifs utilisés par les partenaires de santé et les enseignants des écoles publiques avec les adolescents pour améliorer l'auto-efficacité de l'adolescent dans l'utilisation du préservatif (mettre un préservatif sur un bout de bois / remettre toutes les étapes de la mise en place du préservatif dans l'ordre).</p> <p>Jeux de rôle/sketchs utilisés par les partenaires de santé avec les adolescents = développement compétences de négociation dans la relation avec le partenaire + prise de décision pour choisir l'abstinence.</p> <p>Lacunes présentes dans le développement de compétences comportementales et sociales des adolescents vis-à-vis de la santé sexuelle.</p>

Discussion :

Deux recherches abordent la notion du renforcement de l'auto-efficacité de l'adolescent, à travers des stratégies de développement des compétences d'utilisation des contraceptifs (E8), des stratégies axées sur les compétences de négociation (E8) et des stratégies d'anticipation (E5).

Les stratégies de développement des compétences d'utilisation des contraceptifs :

Des activités ou des jeux interactifs, tels que remettre dans l'ordre toutes les étapes de la mise en place du préservatif, sont utilisés pour améliorer l'auto-efficacité des adolescents dans l'utilisation des contraceptifs (E8). De telles stratégies sont-elles efficaces ? Les adolescents se sentent-ils plus aptes à

utiliser les contraceptifs qui ont été abordés par l'intermédiaire de jeux ? Ces stratégies sont-elles efficaces seules ou ne font-elles que potentialiser l'impact de programmes d'éducation sexuelle globale ? Cette interrogation est pertinente, puisque nous imaginons bien que la seule capacité de savoir mettre en place un préservatif, par exemple, n'est pas garant de son utilisation. Ces éléments rappellent les résultats de la revue de littérature (E13) qui met en avant l'intérêt de mettre en place des interventions combinées, à la fois de promotion des contraceptifs et d'éducation.

Les stratégies développant les compétences de négociation :

Des sketches ou des jeux de rôle sont utilisés pour développer les compétences de négociation de l'activité sexuelle ou de l'abstinence des adolescents, dans la relation avec le partenaire (E8). Cette négociation est une compétence qui peut être source de difficultés pour l'adolescent. La peur de s'affirmer et la crainte du rejet peuvent être la cause de ces difficultés. Ces peurs sont notamment présentes, car l'adolescent est un individu "en devenir" pouvant présenter un manque d'estime et de confiance en soi. Elles constituent, selon Loignon (1996), l'une des causes pouvant mener à la non-utilisation de la contraception (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). Ainsi, l'augmentation de l'auto-efficacité par le développement des compétences de négociation avec le partenaire, à travers des jeux de rôle, peut être un moyen d'augmenter la confiance en soi de l'adolescent et ainsi diminuer sa peur d'être jugé. Cette augmentation de l'auto-efficacité passe par une approche de type empowerment dans laquelle l'accent est particulièrement mis sur les compétences et l'estime de soi, qui constituent deux des quatre piliers de l'empowerment

Les stratégies d'anticipation :

La formulation d'intentions de mise en œuvre (planification si-alors) a eu plusieurs effets positifs, à savoir, une augmentation de prescription de moyens contraceptifs, une réduction des consultations pour obtenir une contraception d'urgence et une diminution de la susceptibilité de tomber enceinte pour les adolescentes (E5).

Ces intentions de mise en œuvre permettent à l'adolescent de prévoir concrètement l'utilisation du moyen contraceptif choisi. Ainsi, elles peuvent permettre de pallier à l'une des causes de non-utilisation de la contraception, qui est l'incapacité de prévoir la relation sexuelle. Cette incapacité est liée à la notion de "Ici et maintenant" qui ne laisse pas, selon Loignon (1996) « ... le temps à l'adolescent de penser à la contraception et de s'organiser ... » (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). Ainsi, la formulation d'intentions de mise en œuvre par l'adolescent lui permet de surmonter cet obstacle en prenant conscience des diverses circonstances qui pourraient l'empêcher d'utiliser sa contraception, puis en mettant en place des stratégies permettant d'y remédier, avant que le problème ne se présente. Cette intervention s'inscrit dans une approche de type empowerment étant donné qu'elle fait appel aux forces et aux ressources de l'adolescent et qu'elle lui donne la possibilité d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé. De plus, dans cette intervention, le professionnel ne se positionne pas en tant qu'expert, mais il donne à l'adolescent le pouvoir d'agir par lui-même dans la gestion de sa contraception. Il est important de comprendre que l'empowerment est un processus. Ainsi, la formulation des intentions de mise en œuvre est un moyen de faire réfléchir l'adolescent, mais ce n'est que le début de ce processus qui s'engage à ce moment-là. En effet, l'exercice du pouvoir comprend, selon Ninacs (2008, p.16), trois étapes : choisir, décider et agir. La formulation d'intentions de mise en œuvre touche les deux premières étapes mais la troisième, l'action, ne se fera que lorsque l'adolescente utilisera effectivement sa contraception, selon ses intentions de mise en œuvre. L'initiation de ce processus de type empowerment s'est vraisemblablement perpétuée dans le temps étant donné que l'intervention montre des effets positifs sur les comportements sexuels des adolescentes deux ans plus tard (E5). Il semblerait donc que l'utilisation d'une approche de type empowerment ait des effets à long terme. Il serait alors intéressant de confirmer qu'une approche de ce type permet systématiquement des changements à long terme.

Les points développés ci-dessus (stratégies développant les compétences d'utilisation des contraceptifs, stratégies axées sur les compétences de

négociation et stratégies d'anticipation) démontrent que donner du pouvoir à l'adolescent l'aide à faire face, en tout cas en partie, aux difficultés potentielles liées à l'utilisation de la contraception. De plus, entrer dans un processus d'empowerment va également dans le sens d'aider l'adolescent dans la crise développementale qu'il vit à cette période, dans laquelle, selon Erikson (1972), l'identité s'oppose à la confusion des rôles. Cela montre qu'agir sur la question de la contraception peut amener à des répercussions sur le développement de l'adolescent de manière générale.

8.3.2. La communication

Huit recherches font ressortir l'importance de la communication dans l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception. Cette notion de communication englobe plusieurs aspects : la relation, le contenu et l'environnement. Huit recherches abordent l'aspect de la relation, six celui du contenu et trois abordent plutôt les aspects environnementaux de la communication.

N° de Référence	Les résultats :
La relation	
E1	<p>Obstacles à l'engagement d'une discussion sur la contraception avec les femmes, selon les fournisseurs de soins dans les établissements de soins primaires (médecins, pharmacien, infirmières), lors de consultations pour d'autres raisons que celle de la contraception :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inconfort du patient, surtout des mineurs (gêne, craintes vis-à-vis des parents) - Préférence de la femme pour une méthode contraceptive - Perception des fournisseurs de soins que c'est à la femme d'aborder le sujet de la contraception - Fausses croyances des fournisseurs de soins primaires - Manque de connaissances des fournisseurs de soins dans les établissements de soins primaires sur les moyens contraceptifs autres que les plus prescrits (pilule, préservatif) est mis en évidence par les fournisseurs de soins eux-mêmes comme un obstacle aux conseils sur la contraception. - Manque de connaissances des fournisseurs de soins sur la manière de

	fournir les conseils contraceptifs mis en évidence par ces derniers comme un obstacle aux conseils contraceptifs.
E2	Pharmaciens perçus comme jugeant et/ou moralisateurs par les femmes venant chercher la contraception d'urgence en pharmacie. Réprimande des pharmaciens = anxiété pour les femmes. Recommandation de favoriser les échanges avec le pharmacien, pour les femmes, lors de l'achat de la contraception d'urgence sans ordonnance.
E3	Etablissement d'un dialogue entre adolescent et médecin = possibilité de : amélioration de la compliance dans l'utilisation de la pilule contraceptive + réduction des taux de grossesses non-désirées + réduction de l'anxiété qui peut être causée par des idées fausses sur la pilule combinée (COCP). Manque de communication entre médecins et adolescents démontré par le fait que les médecins ont moins d'idées fausses que les adolescentes sur la COCP (ex : $P < .001$ pour l'idée que la COCP cause acné et hirsutisme ; $P < .0001$ pour l'idée que la COCP cause une infertilité future).
E4	Effets positifs des conseils au planning familial = seules 19% des adolescentes repartent sans contraception alors qu'au départ 30% n'en avaient pas. Conseils donnés par des employés faisant partie de la communauté facilitent la communication, étant donné que ces conseils sont alors adaptés à la culture et à la langue de l'adolescent. Nécessité d'identifier et de proposer des méthodes contraceptives culturellement appropriées (par exemple, volonté des adolescentes afro-américaines d'utiliser une méthode efficace et indétectable par les gens de leur communauté). Disponibilité du matériel concernant la contraception en plusieurs langues au planning familial = accès facilité à l'information.
E7	Recommandation de fournir des conseils aux jeunes adolescentes (15-16 ans) pour une bonne compréhension des effets secondaires de la contraception orale (CO) + bonne compliance.
E8	Dialogue significatif entre enseignants et adolescents, autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive (SRH), empêché par le manque de temps qui est consacré à l'instruction à la SRH. Recommandation des anciens étudiants d'aborder positivement l'éducation sexuelle plutôt que du point de vue négatif et des risques encourus.
E10	Conseils informatisés sur la contraception d'urgence (CU) + fourniture d'une pilule CU aux urgences, à des femmes, alors qu'elles venaient pour une autre raison = augmentation des connaissances des femmes sur la CU ($p < .001$) + diminution

	susceptibilité d'être enceinte après 7 mois (p=.01).
E12	<p>3 catégories d'adolescentes en fonction de la facilité avec laquelle elles s'engagent dans un programme de prévention des grossesses, selon leurs caractéristiques principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Connecteurs faciles</i> : fonctionnement familial, participation des parents, stabilité) • <i>Connecteurs moyens</i> : situations familiales chaotiques menant à des interactions avec les services de protection de la jeunesse, justice pénale, relation précaire avec l'école • <i>Connecteurs difficiles</i> : crise extrême (abus, expulsion parents, parents VIH), maladie mentale découlant d'un dysfonctionnement familial, interactions avec la justice <p>Recommandations des managers du programme. But = établir + maintenir le lien :</p> <p><i>Connecteurs faciles</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construire des relations significatives - Ne pas tomber dans la routine - Leur faire confiance - Soutenir leur capacité à prendre des décisions par eux-mêmes <p><i>Connecteurs moyens</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patience - Reconnaissance de leurs conditions de vie - Persévérance - Créativité - Ne pas prendre personnellement leur non-compliance. <p><i>Connecteurs difficiles</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patience - Prendre en compte leurs circonstances de vie - Etre disponible pour établir une relation de confiance - Donner des ressources utiles - Maintenir les limites professionnelles lors des interactions
Le contenu	
E1	Nécessité de développer des stratégies créatives telles que le dossier médical électronique, pour améliorer les prestations de service de conseils concernant la contraception.
E2	Importance de l'échange avec le pharmacien, pour les femmes, lors de l'achat de la contraception d'urgence sans ordonnance. Elles souhaitent qu'il leur pose des

	<p>questions de base + les informe sur l'efficacité et les effets secondaires de la contraception d'urgence qu'elles viennent chercher.</p> <p>Peu de connaissances sur la contraception + les menstruations + la santé reproductive, exprimées par les femmes dans des discussions de groupe.</p> <p>Nécessité de mettre à disposition plus d'informations de meilleure qualité sur les avantages et les risques de chaque méthode.</p>
E4	<p>Effets positifs des conseils au planning familial = seules 19% des adolescentes repartent sans contraception alors qu'au départ 30% n'en avaient pas.</p> <p>Disponibilité du matériel concernant la contraception en plusieurs langues au planning familial = accès facilité à l'information.</p>
E7	<p>Recommandation de fournir des conseils aux jeunes adolescentes (15-16 ans) pour une bonne compréhension des effets secondaires de la contraception orale (CO) + bonne compliance.</p>
E8	<p>Dialogue significatif entre enseignants et adolescents, autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive (SRH), empêché par le manque de temps qui est consacré à l'instruction à la SRH.</p>
E10	<p>Conseils informatisés sur la CU + fourniture d'une pilule CU aux urgences, à des femmes, alors qu'elles venaient pour une autre raison = augmentation des connaissances des femmes sur la CU ($p < .001$) + diminution susceptibilité d'être enceinte après 7 mois ($p = .01$).</p>
L'environnement	
E1	<p>Obstacles à l'engagement d'une discussion sur la contraception avec les femmes, selon les fournisseurs de soins dans les établissements de soins primaires (médecins, pharmacien, infirmières), lors de consultations pour d'autres raisons que celle de la contraception :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps + priorités médicales concurrentes - Inconfort du patient, surtout des mineurs (gêne, craintes vis-à-vis de la présence des parents) <p>Recommandation de conseils brefs et ciblés, concernant la contraception, dans le cadre des soins primaires.</p>
E2	<p>Intimité dans l'environnement = paramètre important pour les femmes qui vont chercher la contraception d'urgence (CU) en pharmacie.</p>
E8	<p>Dialogue significatif entre enseignants et adolescents, autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive (SRH), empêché par le manque de temps qui est consacré à l'instruction à la SRH.</p>

Discussion :

Au vu des résultats des recherches pour la catégorie communication, plusieurs aspects peuvent être abordés. Il s'agit des aspects liés à la relation, au contenu et à l'environnement dans lequel se déroulent les interactions.

Relation :

Quatre sous-points seront abordés : l'utilité des échanges, la manière de donner l'information, l'engagement et la responsabilisation de l'adolescent, puis le fait de répondre à ses besoins.

Utilité des échanges :

Dans les recherches incluses, les échanges ont des effets positifs (E3, E4, E7, E10) ou sont recommandés (E2, E3, E4, E7, E8, E10).

Les recommandations :

Elles parlent d'échanges (E2), de dialogues (E3, E8) ou encore de conseils (E4, E7, E10).

Les aspects d'échanges ou de dialogues entre le professionnel et l'adolescent font écho à l'approche interactionniste de Fornerod et à son concept de co-construction de sens. En effet, dans un dialogue, nous nous attendons à ce que les deux personnes puissent s'exprimer et qu'il y ait un échange entre celles-ci, qui leur permette de se comprendre, pour ensuite "aller ensemble" dans la même direction. "Aller ensemble" rejoint l'idée de l'accompagnement et du "faire avec" de l'empowerment, dans le but de rendre compétent l'adolescent, afin qu'il soit indépendant vis-à-vis de l'utilisation de sa contraception. Nous pouvons nous demander de quelle manière se construisent ces échanges. Nous espérons soulever quelques pistes de réponse dans la suite de ce travail. Les conseils, « avis, ... indication sur une manière d'agir ... » (Larousse, S.d.), renvoient plutôt le professionnel à son rôle d'expert du domaine, ce qui va à l'encontre de l'approche de type empowerment. Nous pouvons alors nous demander de quoi a besoin l'adolescent pour augmenter ses connaissances et acquérir son indépendance dans l'utilisation de la contraception. Le fait de conseiller est-il une bonne manière de donner des informations aux adolescents ? Notons que les recherches qui ont mis en avant des effets positifs parlent

aussi bien d'échanges et de dialogue que de conseils. Faut-il en déduire qu'ils ont les mêmes effets ? Faut-il un mélange des deux ? Y a-t-il des stades dans le développement des compétences de l'adolescent où il aurait besoin, par exemple, au début, de conseils, puis ensuite préféablement d'échange et de dialogue, lorsqu'il a déjà acquis certaines connaissances et a alors besoin d'améliorer ses compétences ? Le simple fait de donner des conseils, sans chercher l'échange ou le dialogue, est-il suffisant ?

Les effets positifs :

Ceux qui sont relevés sont l'augmentation de la compliance (E3, E7), la diminution de l'anxiété (E3), le choix d'une méthode contraceptive (E4), une augmentation de la compréhension ou des connaissances (E7, E10) ainsi qu'une diminution du taux de grossesses (E3, E10).

L'augmentation de la compliance (E3, E7) est mise en lien avec l'établissement d'un dialogue (E3), et la fourniture de conseils pour augmenter la compréhension des effets secondaires de la contraception (E7). L'anxiété qui, quant à elle, peut être réduite par l'établissement d'échanges, était due aux idées fausses sur la contraception (E3).

Le choix d'une méthode contraceptive s'est fait après conseils dans un service de planning familial. En effet, seules 19% des adolescentes repartent sans contraception, alors qu'au départ 30% n'en avaient pas.

Les conseils dans les plannings familiaux sont-ils de meilleure qualité qu'ailleurs ? Quel était le contenu des conseils qui ont été donnés pour qu'ils permettent aux adolescentes de choisir une contraception ?

La bonne compréhension des effets secondaires de la contraception (E7) et l'augmentation des connaissances sur la contraception (E10) sont, elles aussi, liées aux conseils qui peuvent être donnés. Or, pour pouvoir maîtriser sa contraception, l'adolescent a besoin d'avoir des connaissances sur celle-ci. Un moyen de développer ces connaissances semble donc être de recevoir des conseils de professionnels.

En plus des aspects positifs engendrés par les échanges avec les professionnels, les recherches font également apparaître que ces échanges

autour de la contraception peuvent permettre une réduction des taux de grossesses non-désirées (E3) et diminuent la susceptibilité d'être enceinte (E10). Comme nous l'avons vu, les grossesses peuvent être la conséquence de difficultés de gestion de la contraception. Or, les échanges avec le professionnel sur la contraception permettent de diminuer ces grossesses qui, comme nous l'avons vu, peuvent avoir des conséquences non négligeables chez les adolescentes, au niveau physique, psychologique et social.

Manière de donner l'information :

Quatre études abordent la manière de donner de l'information du point de vue des attitudes (E2, E12), de la compréhension (E4) et de l'approche utilisée (E8).

Les attitudes :

Les recherches abordent les attitudes par l'intermédiaire de recommandations faites par les managers d'un programme de prévention des grossesses s'adressant aux adolescents (E12), et par l'intermédiaire de déclarations faites par des femmes suite à une interaction avec un professionnel (E2).

Les recommandations des managers confrontées à des adolescents plus ou moins faciles à engager dans ce programme sont nombreuses. Cependant, certaines sont plus spécifiquement axées sur les attitudes que les professionnels doivent adopter. Il s'agit de la patience, de la persévérance et de la reconnaissance des conditions de vie des adolescents. Peut-on imaginer d'autres attitudes pour engager les adolescents que celles recommandées par ces managers de programme ?

Certaines femmes ont exprimé avoir perçu le professionnel comme jugeant, moralisateur et réprimant, lorsqu'elles sont allées acheter la contraception d'urgence en pharmacie (E2). Ces perceptions/sentiments peuvent émaner du contenu des propos transmis, mais également des messages para-verbaux et non-verbaux (Fornerod) qui peuvent être transmis par les professionnels. Il semblerait qu'il n'émane de cette interaction (E2), ni une approche de type empowerment, ni une volonté de co-construction telle que l'imagine Fornerod. On peut également se demander avec quelle subjectivité (Fornerod) se sont présentées les femmes ? Les professionnels étaient-ils effectivement jugeant ou les femmes les ont-elles perçus ainsi, car elles portaient un certain jugement

sur elles-mêmes (transfert) ou s'attendaient à ce que les professionnels les jugent ? Si ces professionnels étaient bel et bien jugeant, comme le suggèrent les femmes, que penser de cela ? Les attitudes préventives utilisant les reproches et la morale ont-elles encore leur place dans les échanges avec les adolescents ? Les attitudes des pharmaciens, qui ont été relevées par les femmes, peuvent également remettre en question leur aptitude à délivrer la contraception d'urgence. Il serait alors pertinent de s'intéresser à la formation des pharmaciens, en Suisse.

La compréhension :

Elle fait référence au fait de fournir de l'information qui soit adaptée à la langue de l'adolescent (E4), ce qui facilite l'accès des adolescents à l'information. Cet aspect fait écho à la règle de modalité et au canal langagier de Fornerod (2009). Prendre soin de donner les informations dans la langue parlée par l'adolescent peut paraître évident, mais ce qui l'est moins est peut-être de veiller à ce que le vocabulaire ou la manière d'exposer les faits par les professionnels soit adaptée à la compréhension de l'adolescent. Relevons que celui-ci est encore en voie d'acquisition de l'intelligence adulte (Piaget, 1967) et qu'il vit principalement dans le « ici et maintenant », ce qui est un élément dont le professionnel doit tenir compte, lorsqu'il s'assure de la bonne compréhension de l'adolescent et donc, plus largement, de lui fournir un accompagnement de qualité.

L'approche utilisée :

La dernière manière de donner l'information repose sur l'approche utilisée pour transmettre celle-ci. Il est recommandé d'aborder la sexualité de manière positive plutôt que négativement et du point de vue des risques encourus (E8). Une approche de type promotion semble dès lors adaptée pour appliquer cette recommandation.

Engagement et responsabilisation de l'adolescent :

Trois recherches traitent de l'engagement et de la responsabilisation de l'adolescent (E1, E3, E12). On trouve dans ces recherches à la fois des

recommandations pour engager les adolescents (E12) et des obstacles à leur engagement (E1, E3).

Les recommandations :

Les principales recommandations pour engager les adolescents dans un programme sont de prendre en compte leurs circonstances de vie, de soutenir leur capacité à prendre des décisions par eux-mêmes, de leur faire confiance et de leur donner des ressources utiles.

Les recommandations ont été faites pour trois types d'adolescents classés en fonction de leur facilité à s'engager. Si nous regardons les principales caractéristiques de ces connecteurs, nous constatons que les connecteurs moyens et difficiles ont des situations de vie difficiles. Ainsi, pour ces deux types de connecteurs, la recommandation de prendre en compte leurs circonstances de vie a été formulée. Cette recommandation s'insère dans l'approche de Fornerod, sous l'aspect du contexte dont il faut tenir compte pour co-construire. Soutenir leurs capacités à prendre des décisions par eux-mêmes, rappelle, pour sa part, le concept de l'empowerment de manière générale. Une autre recommandation formulée est de leur faire confiance, ce qui fait écho plus spécifiquement au fait de développer l'estime de soi, un des quatre piliers de l'empowerment individuel. Enfin, le fait de donner des ressources utiles peut être lié au pilier de la compétence, puisque d'une certaine manière, donner de l'information sur les ressources peut faciliter le développement de compétences.

Etant donné que ces différentes recommandations semblent trouver leur place dans le concept de l'empowerment, il semblerait qu'une approche de ce type pourrait faciliter l'engagement des adolescents. Cependant nous pouvons nous demander si celle-ci est adaptée aux trois types de connecteurs, ou si d'autres approches conviendraient mieux de manière générale et/ou à l'un des types de connecteurs.

Les obstacles :

Les principaux obstacles à l'engagement énumérés dans les recherches, font apparaître des obstacles liés au type d'adolescent (E12), au manque de communication entre professionnels et adolescents (E3), à la perception des

professionnels que c'est à l'adolescent d'aborder le sujet de la contraception (E1), à l'inconfort de l'adolescent à aborder un tel sujet, à la préférence des femmes pour une certaine méthode contraceptive, au manque de connaissances sur les moyens contraceptifs, à la manière de fournir des conseils et aux fausses croyances des fournisseurs de soins (E1). Une partie de ces obstacles seront traités sous la catégorie de la formation des professionnels.

Comme dit précédemment, les adolescents ont été scindés en trois catégories dans lesquelles certaines caractéristiques semblables apparaissent. Les caractéristiques des connecteurs moyens et difficiles (situations familiales chaotiques, maladie mentale, etc.) font écho aux obstacles de l'empowerment cités par Ninacs (2008).

Le manque de communication entre professionnels et adolescentes laisse celles-ci avec certaines idées fausses, qui sont source d'anxiété. Or, un dialogue avec les professionnels peut diminuer celle-ci et améliorer la compliance des adolescentes dans l'utilisation de leur contraception (E3). Existe-t-il d'autres moyens permettant d'éviter ces idées fausses ? L'éducation sexuelle peut-elle jouer un rôle pour prévenir l'apparition et la diffusion de ces idées fausses ?

Certains professionnels estiment qu'il est du ressort des femmes d'aborder le sujet de la contraception, ce qui aboutit au fait que ce sujet n'est bien souvent pas abordé. Si nous nous en référons à l'approche de Fornerod, les deux actants ont le même rôle à jouer dans la construction d'un univers de référence commun. Par conséquent, les professionnels ont-ils tort de penser cela ? Si le sujet n'est pas abordé par la femme, est-ce que cela signifie qu'elle ne souhaite pas en parler ou qu'elle n'en a pas besoin ?

Notons ici que l'inconfort du patient est l'un des obstacles à l'engagement d'une discussion autour de la contraception. Cet inconfort est particulièrement présent chez les mineurs lorsque leurs parents sont présents, car ils ressentent de la gêne et éprouvent des craintes vis-à-vis d'eux (E1). L'aspect de la présence des parents sera abordé ci-dessous, dans la partie traitant de l'environnement.

Le dernier obstacle relevé est la préférence des femmes pour une certaine méthode contraceptive, empêchant l'engagement d'une discussion. Chez les adolescents, ce point peut être expliqué par leur besoin de se plier à un moule (Dolto, 1989), ce qui peut les influencer à vouloir obtenir la même méthode contraceptive que leurs pairs et ainsi se fermer aux alternatives à ce choix. Faut-il simplement accepter cela comme une étape incontournable de l'adolescence ou faut-il justement redoubler d'efforts pour informer les adolescents sur les différentes méthodes afin que chacun d'eux puisse identifier la méthode la plus adaptée à ses caractéristiques propres ? La réponse aux besoins de l'adolescent sera abordée au chapitre suivant.

Répondre aux besoins de l'adolescent :

Lors d'un échange avec un adolescent, et comme dans toute communication où le but est de co-construire, il est important que le professionnel et l'adolescent parlent de la même chose. Identifier les besoins de l'adolescent permet d'avoir une discussion pertinente. Par exemple, si l'adolescent souhaite choisir ou changer de méthode contraceptive, la discussion peut se faire autour de la méthode la plus adaptée à ses besoins, ses valeurs et son mode de vie.

La nécessité d'identifier et de proposer des méthodes contraceptives culturellement appropriées (E4) est une recommandation faite en réponse, notamment, au souhait des adolescentes afro-américaines d'utiliser une méthode contraceptive non détectable par les membres de leur communauté, pour lesquels il est mal vu d'utiliser une contraception. La culture est donc un paramètre à ne pas négliger dans l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de leur contraception, puisqu'elle peut influencer le choix du contraceptif. Ce résultat nous amène à la constatation qu'une méthode peut être adaptée à un individu, mais pas à un autre.

Nous pouvons dès lors imaginer qu'il en est de même pour d'autres caractéristiques. En effet, dans le tableau des avantages et des inconvénients de chaque méthode pour les adolescents (annexe D), il ressort que certaines méthodes peuvent être plus ou moins adaptées en fonction des envies ou des compétences des adolescents. Par exemple, la pilule est une méthode qui demande une certaine rigueur, car elle doit être prise quotidiennement, à heure fixe. Par conséquent, si son utilisatrice, de par son caractère, ses aptitudes, son

mode de vie ou autre, ne peut pas répondre assidûment à cette exigence, son efficacité risque d'en être altérée.

L'intérêt d'une discussion sur la contraception est de rendre attentif l'adolescent aux avantages et inconvénients de chaque méthode, et ainsi l'accompagner dans le choix d'une méthode adaptée, qui répond à ses caractéristiques personnelles. L'infirmière, durant sa formation, est sensibilisée au fait de devoir tenir compte des caractéristiques personnelles des adolescents. En effet, la compétence deux du référentiel de compétences (HES-SO, 2012) parle d'intégrer, dans les situations relationnelles, les caractéristiques propres de la clientèle. L'autre intérêt de rendre l'adolescent attentif aux caractéristiques qui peuvent jouer sur le fait qu'une méthode est adaptée pour lui ou non, est qu'il sera alors plus à même de choisir son contraceptif, selon ses caractéristiques propres, plutôt que de choisir la même méthode que ses pairs. Cela est à mettre en lien avec le développement de l'adolescent qui, comme le montre Dolto et al. (1989), aurait facilement tendance à se plier à un moule, car cela l'aide à se sentir accepté par ses pairs. Ainsi, il est du rôle des professionnels de sensibiliser l'adolescent au fait que ce qui fonctionne bien pour ses pairs peut ne pas avoir les mêmes résultats pour lui.

Contenu :

Sous ce point, nous aborderons la quantité d'information qui doit être donnée aux adolescents ainsi que les vecteurs possibles de l'information.

La quantité d'informations données :

La notion de quantité d'informations est traitée à travers le besoin en informations (E2, E7, E8, E10) ou fait référence à une recommandation (E2).

Les recherches ont identifié qu'il y a un besoin d'information sur les contraceptifs (E2, E7, E10), mais aussi sur d'autres aspects tels que la santé reproductive en général (E2), les menstruations (E2) et les aspects émotionnels de la sexualité (E8).

Le besoin en informations :

Le besoin d'information sur les contraceptifs est lié aux contraceptifs d'urgence (E10), aux contraceptifs de manière générale (E2), mais aussi, plus

précisément sur leur efficacité (E2), leurs effets secondaires (E2, E7) et leurs avantages et risques (E2).

Tous ces aspects débouchent sur la recommandation de mettre à disposition plus d'informations, de meilleure qualité (E2).

L'aspect de la quantité permet de faire le lien avec l'approche interactionniste de Pierre Fornerod (2009) qui aborde la quantité d'information à donner dans le concept de la communication. C'est ainsi que nous pouvons nous demander quelle est la bonne quantité d'information à offrir. Nous avons déjà relevé que la question de la contraception est nouvelle pour l'adolescent. Par conséquent, nous pouvons bien imaginer que son besoin d'information est grand. De plus, il est nécessaire qu'il développe des connaissances, s'il veut pouvoir gérer convenablement sa contraception. Cependant, donner trop d'information n'est probablement pas bénéfique non plus. D'ailleurs, il est bien connu que "trop d'information, tue l'information". Par ailleurs, la contraception est un vaste sujet dont il est probablement possible de cibler les éléments intéressants pour l'adolescent. Or, les différents sujets pour lesquels il y a un besoin d'informations donnent déjà des pistes. Y a-t-il d'autres sujets ? Que doit connaître, de manière générale, un adolescent, pour pouvoir gérer sa contraception ? Et sa santé sexuelle et reproductive ? Ces deux dernières questions rejoignent l'idée véhiculée par l'empowerment de devenir acteur de sa propre prise en charge. Ainsi, il est nécessaire d'identifier clairement quels sont les besoins en information des adolescents, afin de leur fournir une quantité d'information adaptée mais surtout de qualité.

Nous nous sommes principalement centrées sur les besoins liés à la contraception. Cependant, les recherches ont également identifié des besoins en informations sur d'autres sujets, comme la santé reproductive en général ou les aspects émotionnels de la sexualité. Si ces éléments ont été mis en évidence, c'est que, d'une certaine manière, ils sont inclus dans le domaine de la contraception. En effet, peut-on affirmer que celle-ci se limite aux méthodes contraceptives ? Si ces éléments ne s'inscrivent pas directement dans le thème de la contraception, ils y touchent néanmoins de manière indirecte.

Recommandation :

L'aspect de la qualité, traité à travers la recommandation de fournir plus d'informations de meilleure qualité (E2) fait réfléchir. Quantité et qualité sont-elles liées ? Si tel est le cas, adapter la quantité, comme nous en avons parlé plus haut, peut avoir une influence sur la qualité de celle-ci. Parallèlement à cela, la qualité des informations données laisse-t-elle à désirer pour qu'une telle recommandation soit formulée ? Qu'est-ce qui définit qu'une information est de qualité ?

Vecteurs de l'information :

Trois types de vecteurs ont été identifiés à travers les recherches. Il s'agit du traditionnel face-à-face (E1, E2, E4, E8 et E11), de la mise à disposition d'informations (E2, E4) et du recours à des supports informatiques (E1, E10).

Le face à face :

Le face-à-face avec le professionnel, qu'il soit abordé dans un contexte de soins primaires (E1), en pharmacie (E2), au planning familial (E4) ou dans une structure scolaire (E8) est mis en évidence et fait l'objet de recommandations. Dès lors, son importance ne peut être remise en cause. Cependant, nous pouvons nous demander si ce vecteur de l'information est le plus adapté de tous, s'il est suffisamment efficace pour être utilisé comme unique technique ou si, en association avec d'autres vecteurs, il potentialise l'impact/l'efficacité des informations transmises. S'intéresser aux autres types de vecteurs apportera peut-être des pistes de réponses.

Le fait de mettre à disposition de l'information :

La nécessité de mettre à disposition plus d'informations et de meilleure qualité est une recommandation (E2) que nous avons déjà traité au chapitre précédent. Ici nous nous questionnons plutôt sur ce qu'implique "mettre à disposition". Cela fait-il référence autant à des informations sur papier (des flyers, brochures, par exemple) qu'à des informations informatisées ? De plus, où ces informations doivent-elles se trouver pour avoir un impact sur les adolescents ? Faut-il avoir un endroit avec de la documentation dans le service à l'hôpital ou donner des brochures à la pharmacie ?

En parallèle à ces éléments, il est mis en évidence que le matériel d'information doit être disponible en plusieurs langues, pour faciliter l'accès à l'information, pour de tous les adolescents (E4). Cet aspect rappelle la règle de modalité de Fornerod (2009) pour que la communication se passe au mieux. Certes, ici nous ne sommes pas dans une communication verbale, cependant cette règle de modalité semble aussi s'appliquer.

Les supports informatiques :

Ceux-ci ont été abordés sous deux optiques différentes. La première pour donner des conseils aux femmes (E10), et l'autre en tant que source d'information pour les professionnels (E1).

Le fait de donner des conseils informatisés sur la contraception d'urgence a permis d'augmenter les connaissances des femmes vis-à-vis de celle-ci. Cela veut-il dire que, pour certaines informations du moins, la fourniture d'informations face-à-face n'est pas nécessaire ? Quoi qu'il en soit, l'informatique est donc une alternative intéressante, créative et efficace. De plus, un tel support parle certainement aux adolescents d'aujourd'hui, puisque ceux-ci ont baigné, dès leur plus jeune âge, dans ce monde virtuel et sont donc à l'aise avec l'informatique.

L'informatique peut également être utilisée comme source d'information pour les professionnels. En effet, des liens directs vers de l'information, dans le dossier médical électronique (E1) sont recommandés pour améliorer les prestations de service de conseils concernant la contraception. Dans quelle mesure de tels liens pourraient-ils être insérés dans le dossier de soins informatisé qu'utilisent les infirmières ? Cela fait-il sens ? Ce soutien informatique serait-il une solution pour pallier au manque de connaissances et de formation ciblée des professionnels, mis en évidence plus tard dans ce travail, en agissant comme une ressource pour ces derniers ? De tels liens permettraient d'avoir rapidement accès à des informations de qualité pour que les professionnels puissent s'informer en vue de répondre aux questions des adolescents ou même donner directement ces informations à l'adolescent. Evidemment, comme relevé plus tôt, il faudrait alors veiller à ce que ces informations puissent être comprises de celui-ci.

Environnement :

Dans les études, nous avons pu entrevoir trois aspects de l'environnement qui ont une influence sur la communication. Il s'agit de l'intimité (E1, E2), du temps (E1, E8) et de l'endroit (E1, E2, E4, E8, E19, E12). L'environnement de manière générale peut se lier au "contexte" dont parle Fornerod (2009).

L'intimité :

Celle-ci est abordée à travers l'inconfort des adolescents à parler de la contraception (E1), et au besoin d'intimité lorsque les femmes achètent une contraception d'urgence (E2).

L'inconfort des adolescentes à parler de la contraception est principalement associé à la gêne éprouvée et à la crainte liée à la présence des parents. Par conséquent, la place donnée aux parents est à questionner. Si l'on pense à des services comme la pédiatrie, dans lesquels la place des parents est importante et leur participation souhaitée, ne faudrait-il pas préférentiellement ne pas inclure les parents dans de telles discussions avec l'adolescent, si tel est son désir ? Cela pourrait diminuer son inconfort à en parler.

Les femmes attachent également de l'importance à l'intimité, lorsqu'elles doivent obtenir la contraception d'urgence. Nous pouvons imaginer que ce paramètre a aussi son importance dans la contraception en général. Dans le domaine des soins hospitaliers, comme dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, l'intimité n'est pas toujours évidente à offrir aux patients. Cela s'explique, par exemple, par le fait que les chambres accueillent, la plupart du temps, plus d'un patient. Au vu de l'importance donnée, par les femmes, à l'intimité, il serait intéressant de trouver des stratégies permettant de répondre à cela. Notons que, dans un service de planning familial, l'intimité est plus facile à préserver, étant donné que les adolescents sont reçus dans des salles d'entretien individuelles.

Le temps :

Celui-ci est le deuxième facteur environnemental cité. Le manque de temps et les priorités médicales concurrentes ont été abordés par les professionnels, comme un obstacle à l'engagement d'une discussion sur la contraception, avec

les femmes (E1). Ce facteur a également été abordé par des adolescents, dans le cadre de cours consacrés à l'instruction à la santé sexuelle et reproductive (SRH), comme un paramètre empêchant un dialogue significatif autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de SRH (E8).

Le manque de temps ainsi que les priorités médicales concurrentes (E1) sont des contraintes réelles et difficiles à éliminer, notamment lorsque l'on songe au contexte hospitalier. Par conséquent, nous pouvons nous interroger sur la manière d'atténuer les difficultés liées à ce manque de temps. La mise en place et le maintien du cadre nécessaire au travail relationnel étant un aspect de la compétence n°2 du référentiel de compétences des infirmières HES (HES-SO, 2012), il semblerait que celles-ci soient en partie responsables de créer des aménagements, pour pouvoir répondre aux besoins de communication des patients. Que peuvent-être ces aménagements ?

Les endroits :

Plusieurs endroits ont été abordés dans les recherches touchant à la communication : le planning familial (E4), les services de soins primaires (E10), les pharmacies (E2), les structures scolaires (E8), mais aussi d'autres lieux tels que des bureaux, dans le cadre d'un programme (E12).

Il est intéressant de constater que les échanges, le dialogue ou la fourniture de conseils peuvent se faire dans plusieurs types d'endroits. Le planning familial est un lieu reconnu pour fournir des informations sur la contraception. Toutefois, la grande majorité des femmes en âge de procréer pourraient aussi bénéficier de conseils brefs et ciblés dans le cadre de soins primaires (E1). Les infirmières de différents services dans lesquels nous pouvons trouver des adolescents, notamment en pédiatrie et en gynécologie, devraient donc avoir suffisamment de connaissances et de compétences en lien avec la contraception, pour offrir un accompagnement aux adolescents dans l'utilisation de leur contraception. Est-ce le cas ?

Notons aussi les endroits tels que les pharmacies, dans lesquels se donnent notamment des informations sur la contraception d'urgence. Ce type de structures, ainsi que le partenariat possible avec elles, seront traités sous la

catégorie "partenariat entre les structures de santé". Les structures scolaires seront également abordées dans cette catégorie.

8.3.3. L'éducation sexuelle

Quatre recherches traitent de l'éducation sexuelle.

N° de Référence	Les résultats :
E3	Adolescents ignorants sur la pilule : - Suggestion d'intégrer des informations précises sur la pilule dans l'éducation sexuelle dans les écoles + de mettre l'accent sur les perceptions et les idées fausses communes de la pilule (gain de poids, infertilité, etc.)
E6	Education sexuelle formelle (toute éducation sexuelle qui est fournie dans les écoles, les églises ou par des organismes communautaires) avant le premier rapport sexuel (RS) = - Plus grande utilisation de la contraception au 1 ^{er} RS par les adolescentes ($p < .05$) - Abstention de RS pour les adolescentes ($p < .05$) et les adolescents ($p < .001$)
E8	Recommandation des anciens étudiants d'aborder positivement l'éducation sexuelle plutôt que du point de vue négatif et des risques encourus. Abstinence encouragée par la plupart des enseignants (25/30).
E9	Education sexuelle (à l'école ou à la maison) = augmentation de l'utilisation de la contraception au 1 ^{er} rapport et plus tard dans la vie : seuls 25% de ceux qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle ont utilisé un moyen contraceptif au 1 ^{er} RS ; 78% de ceux qui ont reçu une éducation sexuelle à l'école ont utilisé un moyen contraceptif au 1 ^{er} RS.

Discussion :

Dans cette discussion des résultats traitant de l'éducation sexuelle, trois thèmes ressortent. Il s'agit, tout d'abord, du contenu de l'éducation sexuelle (E3, E8), thème important, puisqu'il nous apporte des informations sur ce qui peut être amené dans les cours d'éducation sexuelle. Puis, nous ferons ressortir les impacts de l'éducation sexuelle (E6, E9), pour continuer par traiter du lieu et du moment où cette éducation est fournie (E6, E9).

Le contenu de l'éducation sexuelle :

Deux recherches abordent le contenu. On y trouve des aspects relatifs à l'axe utilisé pour aborder l'éducation sexuelle (E8), mais aussi aux informations données (E3).

L'axe utilisé pour aborder l'éducation sexuelle :

Il est abordé, dans deux recherches, par l'intermédiaire d'une recommandation (E8) et d'une constatation (E8).

Il est recommandé, par les anciens étudiants de différentes écoles, d'aborder l'éducation sexuelle de manière positive, plutôt que négativement, et du point de vue des risques encourus. Ainsi, nous pouvons poser l'hypothèse qu'il est plus adéquat d'adopter une posture de promotion de santé avec les adolescents, afin que leurs ressources soient mobilisées, plutôt qu'une approche de type prévention, dans laquelle le professionnel adopte un rôle d'expert et montre toutes les conséquences négatives possibles de la sexualité. Une approche de type promotion, dans le contexte de la contraception, a pour but final que l'adolescent mobilise les ressources nécessaires à une bonne gestion de sa contraception. Ce but se lie au concept d'empowerment, car l'éducation sexuelle touche directement à trois des quatre piliers de l'empowerment individuel (compétences, estime de soi et conscience critique). En effet, l'éducation sexuelle a pour but de développer les compétences de l'adolescent, cela pouvant augmenter son estime de soi. Sa conscience critique peut également être renforcée, car les connaissances acquises lui permettent de connaître les répercussions de ses actes.

Il est constaté que l'abstinence est encouragée par 25 enseignants sur 30, de différentes écoles (E8). Cette abstinence peut être questionnée. Est-ce une approche adaptée ? Ceci d'autant plus que, tôt au tard, tous les adolescents vont probablement débiter leur vie sexuelle, et qu'à ce moment-là, il sera nécessaire qu'ils aient acquis les compétences nécessaires à la gestion de cette vie sexuelle et de la contraception, afin de se préserver des conséquences telles que les grossesses non-désirées. Toutefois, cette abstinence peut être intéressante étant donné qu'elle peut être mise en lien avec le retardement de l'initiation des rapports, ce qui permet à l'adolescent, durant ce temps, de développer les compétences nécessaires à une bonne

gestion de la contraception grâce, comme le met en évidence Piaget (1967), au développement de son intelligence. Ce retardement permet également à l'adolescent de sortir de « L'ici et maintenant » dont parle Loignon (1996), qui peut amener à l'absence de contraception, particulièrement si le rapport sexuel n'était pas "prévu". Ce retardement peut également avoir pour conséquence que les rapports sexuels auront lieu à un âge où la tendance à la prise de risque aura diminué, prise de risque qui inclut notamment l'absence de contraception.

Les informations données :

Il est suggéré qu'elles intègrent des informations précises sur les contraceptifs, et qu'elles mettent l'accent sur les perceptions et les idées fausses vis-à-vis de ceux-ci (E3). L'importance de l'éducation fondée sur les idées fausses des adolescentes est soutenu par la FNORS (2011), qui fait ressortir que ces dernières peuvent mener à l'utilisation inadéquate de la contraception et donc à des grossesses non-désirées. Cela amène à l'idée qu'il ne suffit pas que les adolescents aient accès à la contraception pour qu'ils l'utilisent correctement, mais qu'il faut également qu'ils aient les connaissances nécessaires pour l'utiliser correctement. Ces connaissances peuvent notamment prendre source au sein des informations délivrées par l'éducation sexuelle.

L'impact de l'éducation sexuelle :

D'après les recherches, l'éducation sexuelle a un impact sur deux éléments, qui sont l'utilisation de la contraception (E6, E9) et l'abstention de rapports sexuels (E6).

Utilisation de la contraception :

En effet, une plus grande utilisation, par les adolescents, de la contraception lors du premier rapport sexuel (E6, E9), et plus tard dans la vie (E9), est constatée suite à la réception d'une éducation sexuelle. Cela soutient donc l'importance que les adolescents aient accès à de l'éducation sexuelle. Ceci peut être un argument pour justifier le fait d'offrir aux élèves la possibilité d'assister à des cours d'éducation sexuelle, comme c'est le cas en Suisse.

Abstention de rapports sexuels :

L'abstention de rapports sexuels a été constatée pour les adolescentes et les adolescents. Il serait intéressant d'évaluer si celle-ci était concrètement encouragée en tant que moyen contraceptif (E8) ou si elle s'est imposée naturellement aux adolescents suite aux nouvelles connaissances acquises lors de ces cours d'éducation sexuelle.

Le lieu et le moment :

Deux autres aspects liés à l'éducation sexuelle sont également abordés dans les recherches. Il s'agit du lieu dans lequel se fait l'éducation sexuelle (E6, E9) et du moment auquel elle est donnée (E6).

Les lieux cités dans les recherches, dans lesquels est donnée l'éducation sexuelle sont : l'école (E6, E9), la maison (E9), l'église (E6) ou les organismes communautaires (E6). On constate donc que les connaissances des adolescents, apportées par l'éducation sexuelle, peuvent provenir de nombreuses structures différentes. L'éducation sexuelle fournie dans l'ensemble de ces lieux a eu un impact positif, comme nous l'avons mis en évidence ci-dessus. Cela amène un parallèle avec le système d'éducation sexuelle présent en Suisse. Selon la Commission du DFI (2009), l'éducation sexuelle n'est pas obligatoire dans notre pays, bien que, comme les résultats des recherches l'ont montré, celle-ci permette un impact positif sur l'utilisation de la contraception ou l'abstention de rapports sexuels. Cependant, en partant du constat que les impacts positifs sont semblables, indépendamment du lieu où l'éducation sexuelle est fournie (école ou maison) (E9), il semble que le fait que les cours d'éducation sexuelle ne soient pas obligatoires à l'école n'est pas un problème. Toutefois, comment être sûr que ces enfants ou adolescents reçoivent tout de même une éducation sexuelle ? Car, si l'adolescent n'en reçoit pas, il est moins susceptible d'utiliser une contraception au premier rapport sexuel et plus tard dans sa vie (E9).

Ces données pourraient constituer des arguments pour soutenir le fait de rendre les cours d'éducation sexuelle obligatoires à l'école, afin de fournir à chaque enfant les mêmes chances de pouvoir développer des compétences à ce sujet. Toutefois, il se poserait alors une question éthique en lien avec l'obligation de faire participer les enfants à ces cours.

Concernant le moment auquel l'éducation sexuelle est fournie, le fait de donner cette éducation avant le premier rapport (E6) a un impact positif sur l'utilisation de la contraception au premier rapport ainsi que sur l'abstention des adolescents et adolescentes. Ces éléments soutiennent donc l'intérêt de proposer, tôt, des cours d'éducation sexuelle, comme c'est le cas, par exemple, en Suisse.

8.3.4. L'accessibilité

Six recherches traitent de l'accessibilité à la contraception de manière générale. Trois recherches abordent les aspects liés aux coûts et quatre en abordent les aspects liés aux endroits où il est possible d'obtenir des moyens contraceptifs ou des conseils.

N° de Référence	Les résultats
Les coûts	
E1	Recommandation de continuer à faire pression, au niveau politique, pour obtenir un remboursement adéquat des contraceptifs + des services de planning familial.
E4	Suppression du coût de la contraception = augmentation des adolescentes choisissant une méthode de contraception (seules 19% des adolescentes repartent sans contraception alors qu'au départ 30% n'en avaient pas) ou changeant pour une méthode plus efficace. Recommandation de continuer à fournir des services de conseils à la contraception à petit prix, voire sans frais, pour les adolescentes.
E10	Fourniture gratuite de CU + conseils informatisés sur la CU, dans un service d'urgence, à des femmes, alors qu'elles venaient pour une autre raison = tendance à une augmentation de l'utilisation de la CU ($p=.06$), mais statut quo de l'utilisation du préservatif ($p=.61$) ou de la prise de risques + diminution susceptibilité d'être enceinte après 7 mois ($p=.01$).
Les endroits	
E2	Distribution de la CU sans ordonnance dans les pharmacies = les femmes se disent rassurées + augmentation de son accessibilité pour celles-ci, car élimination des barrières de temps et de coûts.

E4	Disponibilité du matériel éducatif concernant la contraception en plusieurs langues au planning familial = accès facilité à l'information.
E8	Accès souvent facilité aux services d'enseignement de santé sexuelle et reproductive, par les enseignants responsables de l'éducation sexuelle (n° de téléphone, sites Web, organisations) : accès à la contraception facilité par les enseignants (27 sur 30).
E11	Raisons des adolescentes pour aller à la pharmacie pour prendre CU : commodité (44%), intimité/secret (31%), peu de connaissances sur les alternatives (38%), horaires (41% sont venues en soirée ou le week-end).

Discussion :

Pour discuter de cette catégorie, nous allons commencer par aborder l'accessibilité à la contraception du point de vue du coût, puis nous l'aborderons en nous intéressant aux endroits dans lesquels les adolescents peuvent avoir accès à la contraception.

Les coûts :

Les effets de la suppression des coûts (E4, E10) seront présentés, puis nous mettrons en évidence les recommandations en lien avec le coût de la contraception qui ont été formulées dans les recherches (E1, E4).

Effets de la suppression des coûts :

La suppression des coûts a un impact sur le nombre d'adolescentes choisissant une méthode contraceptive ou changeant pour un moyen plus efficace (E4). Elle a aussi tendance à augmenter l'utilisation de la contraception (E10) et à diminuer la susceptibilité d'être enceinte (E10). Cette gratuité peut être particulièrement intéressante pour les adolescents, étant donné qu'ils sont dans un processus d'acquisition d'indépendance vis-à-vis de leurs parents, mais qu'ils n'ont pas pour autant acquis leur indépendance financière. Cela est à mettre en lien avec la nécessité, mise en évidence par la FNORS (2001), de dissimuler l'utilisation de la contraception aux parents, car sa divulgation pourrait trahir les activités sexuelles de l'adolescent. Ainsi, la gratuité de la contraception peut être un moyen permettant de dépasser l'obstacle de la dépendance financière vis-à-vis des parents.

Dans ce contexte des contraintes financières liées à la contraception, nous nous posons la question de la manière dont il est possible, pour les adolescents, de partager les frais liés à la contraception entre les deux partenaires sexuels. Ce partage pourrait-il permettre de dépasser l'obstacle financier ?

Recommandations en lien avec le coût de la contraception:

Il est recommandé de faire pression au niveau politique afin d'obtenir un remboursement adéquat, aussi bien des contraceptifs eux-mêmes (E1) que des services de conseils à la contraception (E1). Pour ces derniers, il est conseillé que les coûts soient faibles ou inexistantes pour les adolescents (E4). Cette recommandation prend encore plus d'importance lorsque nous la mettons en lien avec la revue de littérature (E13), qui montre que promouvoir l'utilisation des moyens contraceptifs seul, ne semble pas réduire le risque de grossesse non-désirée et que l'éducation comme seule intervention ne le permet pas non plus. Cette revue de littérature fait en effet ressortir l'importance de l'application simultanée de plusieurs interventions, si l'on veut réduire les grossesses à l'adolescence. Ainsi, la gratuité de la contraception associée à la gratuité des autres services de planning familial, peut être un moyen de répondre aux recommandations de cette revue de littérature, étant donné qu'elle facilite l'accès des adolescents à ces interventions multiples.

Selon le CLAFG (S.d.), la contraception n'est pas prise en charge par les assurances maladie. Par conséquent, nous pouvons nous interroger si un accès gratuit à la contraception est un élément que le système Suisse pourrait ou devrait envisager.

Les endroits :

Les recherches incluses dans notre travail mettent en avant que l'accessibilité ne se joue pas uniquement du point de vue du coût. Il s'agit également de tenir compte de l'endroit où l'adolescent a accès aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à la contraception, mais également de la manière dont cet accès est facilité. Nous allons aborder l'accès à la contraception d'urgence en pharmacie (E2, E11), mais aussi l'accès aux services d'enseignement à la santé sexuelle et reproductive (E4, E8).

Accès à la contraception d'urgence en pharmacie :

La contraception d'urgence peut s'obtenir en pharmacie sans ordonnance (E2, E11). En Suisse, selon Beutler, Cerise, Christen, Franz et Hersberger (2008), c'est aussi le cas depuis 2002. Il existe différentes raisons qui poussent les adolescentes et les femmes à venir la chercher en pharmacie plutôt qu'ailleurs. Il ressort notamment l'importance donnée par les adolescentes à l'intimité (E11). Cela est à mettre en lien avec la période de l'adolescence au cours de laquelle le jeune vit des changements au niveau social avec, selon Dolto et al. (1989), une diminution de la tendance à se confier aux parents. Ainsi, l'importance de l'intimité, lorsqu'elles recherchent la contraception d'urgence, peut s'expliquer par le fait qu'elles ne souhaitent pas que leurs parents soient mis au courant de cette démarche, prouvant qu'elles sont sexuellement actives. En plus de cela, la commodité de l'accès ressort également comme raison pour rechercher cette contraception en pharmacie (E11), tout comme le fait que certaines ne connaissent pas d'alternatives pour y avoir accès (E11, E2). Cela peut être également mis en lien avec la recherche d'indépendance vis-à-vis des parents, qui est en cours à l'adolescence. Ainsi, il est probable que la jeune fille trouve plus commode de se rendre en pharmacie pour obtenir la contraception d'urgence, que de se rendre chez un médecin, car cela nécessiterait des démarches que l'adolescente n'a peut-être encore jamais faites jusque-là. Cela est soutenu par la FNORS (2001), qui fait ressortir que le fait de devoir passer par le « monde des adultes » pour obtenir un moyen contraceptif peut représenter un obstacle à sa procuration et peut expliquer certaines grossesses à l'adolescence. Ces éléments peuvent argumenter le besoin des adolescents d'être accompagnés, vis-à-vis de la question de la contraception, étant donné qu'ils ne sont pas encore totalement indépendants.

Accès aux services d'enseignements à la santé sexuelle et reproductive :

L'accès aux services d'enseignement à la santé sexuelle et reproductive est souvent facilité par les enseignants, par la fourniture notamment, de numéros de téléphone et de site Web (E8). En effet, il semble primordial que les enseignants les orientent vers les services adaptés pour répondre à leurs besoins, car l'adolescent a moins tendance à se confier aux parents, mais ce

n'est pas pour autant qu'il a déjà acquis toutes les connaissances et qu'ils n'a pas besoin de conseils spécialisés.

Il existe d'autres endroits dans lesquels il est possible d'obtenir une contraception, tels que les établissements de soins primaires (E1) ou, de manière plus générale, auprès d'un médecin.

8.3.5. La formation des professionnels de la santé

Trois recherches traitent de la formation des professionnels de la santé

N° de Référence	Les résultats :
E1	<p>Manque de connaissances des fournisseurs de soins dans les établissements de soins primaires sur les moyens contraceptifs autres que les plus prescrits (pilule, préservatif) est mis en évidence par les fournisseurs de soins eux-mêmes comme un obstacle aux conseils sur la contraception.</p> <p>Manque de connaissances des fournisseurs de soins sur la manière de fournir les conseils contraceptifs mis en évidence par ces derniers comme un obstacle aux conseils contraceptifs.</p> <p>Fausse croyance des fournisseurs de soins (ex : patch déconseillé aux adolescents, car délivre trop d'hormones) = obstacle aux conseils contraceptifs.</p> <p>Susceptibilité accrue pour les fournisseurs de soins de donner des conseils complets s'ils ont accès à du personnel qualifié dans le domaine de la contraception sur leur lieu de travail.</p> <p>Formation insuffisante des médecins de soins primaires sur la contraception + formations continues limitées à ce même sujet, mises en évidence par des études précédentes.</p>
E2	<p>Absence de formation sur la contraception des pharmaciens délivrant la CU sans ordonnance = probabilité augmentée qu'ils puissent propager de fausses informations (hypothèse des auteurs).</p>
E3	<p>Connaissances lacunaires des médecins sur la pilule (COCP) (cause un gain de poids (31% disent que oui), augmentation de l'appétit (49%), cause acné et hirsutisme (14%), influence l'humeur (41%), n'affecte pas la libido (23%), augmente le risque de cancer du sein (22%), est dangereux pour la santé (11%)).</p> <p>Connaissances incomplètes des médecins peuvent être la cause des perceptions erronées des adolescents concernant la COCP (hypothèse des auteurs).</p>

Discussion :

La formation des professionnels est abordée à travers trois sujets. Il s'agit du besoin d'informations sur les moyens contraceptifs (E1), du besoin d'information sur la manière de fournir les conseils contraceptifs (E1) et du manque de formation (E1, E2)

Besoin d'informations sur les moyens contraceptifs :

Le manque de connaissances des professionnels sur les moyens contraceptifs tient à la méconnaissance des contraceptifs autres que ceux qui sont les plus fréquemment prescrits, à savoir, la pilule et le préservatif (E1), mais aussi à des fausses croyances sur les contraceptifs (E1). Ce manque de connaissances a pour conséquence, non seulement le fait d'être un obstacle aux conseils (E1), mais semble pouvoir également causer des perceptions erronées, chez les adolescents, sur la contraception (E3)

Les différentes études incluses dans ce travail parlent d'un nombre réduit de contraceptifs. Par conséquent, il semblerait que, parmi la multitude de méthodes contraceptives disponibles, seules quelques-unes sont utilisées par les adolescents. Ce sont la pilule, le préservatif, l'abstinence et parfois la contraception hormonale injectable. Une recherche parle de l'implant, mais fait ressortir qu'aucune adolescente de l'étude ne l'utilise (E7).

Plusieurs interrogations se dessinent autour du constat qu'un petit nombre de méthodes contraceptives sont utilisées par les adolescents : les professionnels de la santé proposent-ils d'autres méthodes contraceptives que la pilule et le préservatif ? Manquent-ils de connaissances sur les méthodes alternatives ? Ont-ils des représentations ou des idées fausses qui les empêchent de les conseiller aux adolescents ? Les adolescents reçoivent-ils suffisamment d'informations sur toutes les méthodes afin d'avoir le choix ? Pour l'adolescent, est-ce que choisir une méthode autre que celle utilisée par ses pairs représente un obstacle ? Ces questions mériteraient d'être investiguées si nous voulons comprendre la raison pour laquelle les adolescents utilisent, pour la plupart, les mêmes méthodes.

Besoin d'informations sur la manière de fournir des conseils :

Les fournisseurs de soins primaires, dont des infirmières, déclarent manquer de connaissances sur la manière de fournir des conseils contraceptifs, ce qui constitue, comme nous l'avons mis en évidence dans la discussion de la communication, sous le point "engagement et responsabilisation de l'adolescent", un obstacle aux conseils (E1).

La recherche E1 a été menée aux Etats-Unis. Or, nous ne connaissons pas le contenu de la formation des infirmières américaines. Pour ce qui est de la Suisse, il fait partie des compétences de l'infirmière, selon la HES-SO (2012), de maîtriser des interventions éducatives, de promotion de la santé ou encore préventives. Il faut toutefois noter que, selon le parcours de stages effectué, les étudiantes infirmières n'ont pas toutes l'opportunité de développer cette compétence, dans le contexte de la contraception, chez une population adolescente. Néanmoins, les aspects relationnels tels que la manière d'entrer en relation et les attitudes comportementales peuvent être développées dans d'autres contextes, d'autres lieux de stage et avec d'autres populations. Par conséquent, les infirmières, personnel formé et compétent, ne seraient-elles pas les plus indiquées pour répondre aux adolescents et les accompagner, ne serait-ce qu'un temps, dans leur utilisation de la contraception ?

Manque de formation :

Le manque de formation des professionnels a été relevé (E1, E2). En effet, il est signalé une formation insuffisante des médecins ainsi que des formations continues limitées pour ceux-ci (E1) et une absence de formation des pharmaciens (E2).

Comme nous l'avons mis en évidence dans la première partie de ce travail de Bachelor, la thématique de la contraception est vaste et complexe, tout comme celle de l'adolescence. Certes, les infirmières suisses ne sont pas amenées à prescrire des contraceptifs ou à renouveler les ordonnances de ces derniers, mais elles ont la possibilité d'établir un contact privilégié avec les patients, dont des adolescents, ce qui leur confère l'opportunité de les accompagner dans le choix d'une méthode ou dans une réflexion vis-à-vis de leur contraception. Les questions qui se posent alors sont : les connaissances acquises au cours de la

formation suffisent-elles à un accompagnement adéquat ? L'infirmière peut-elle fournir un accompagnement de qualité si ses connaissances ne sont pas suffisantes ?

8.3.6. Le partenariat entre les structures de santé

Trois recherches ont pour thème le partenariat entre les structures de santé.

N° de Référence	Les résultats :
E1	<p>Manque de communication des fournisseurs de soins dans les établissements de soins primaires avec les sous-spécialistes affectent, selon les fournisseurs de soins, les conseils contraceptifs.</p> <p>Partenariat avec les médias (marketing social) = alternative à la consultation traditionnelle (autre option de communication avec les femmes proposée par les auteurs).</p> <p>Réorientation des femmes vers des services spécialisés de contraception préféré par 27% des médecins de soins primaire.</p>
E8	<p>Partenariat écoles publiques – partenaires de la santé pour enseigner la mise en place du préservatif utilisé par les écoles publiques.</p> <p>Meilleure collaboration enseignants - professionnels de la santé requise pour améliorer la promotion de l'éducation en santé sexuelle et reproductive.</p>
E11	<p>Venir chercher la CU sans ordonnance à la pharmacie = opportunité de changement pour les adolescentes: 30% n'utilisent pas de méthode contraceptive ; 31% ne sont pas satisfaites de leur méthode.</p> <p>81% des adolescentes venant chercher la CU en pharmacie avaient besoin d'une nouvelle méthode, d'une évaluation IST ou les deux et > 1/3 d'entre elles étaient à risque de ne pas recevoir les soins médicaux nécessaires.</p> <p>Recommandation : Pharmaciens devraient saisir ces opportunités de changement pour relier les adolescentes au système de santé reproductive et à des services plus compétents.</p> <p>Pharmacies non conçues pour aider les adolescentes dans le choix d'une méthode contraceptive appropriée.</p>

Discussion :

Le partenariat avec les différents professionnels fait partie du travail quotidien des infirmières. La nécessité de partenariat entre les structures de santé est

mise en évidence par différentes recherches incluses dans ce travail. Cette nécessité touche à la compétence n°7 du référentiel de compétences (HES-SO, 2012).

Les partenaires directs ou indirects de l'infirmière sont développés ci-dessous, dans le sous point "Partenaires de l'infirmière" (E1), tout comme le partenariat possible avec le pharmacien (E11) et avec les structures scolaires (E8).

Les partenaires de l'infirmière :

Des fournisseurs de soins, dont des infirmières, relèvent un manque de communication avec les sous-spécialistes, ce qui affecte les conseils contraceptifs donnés (E1). Ces sous-spécialistes ne sont pas clairement identifiés. Néanmoins, nous pouvons ouvrir cela à tous les partenaires de l'infirmière dans le contexte hospitalier, dont les plus proches sont, en Suisse, les médecins et les ASSC. Au vu des résultats mentionnés, la bonne collaboration et une communication appropriée entre ces trois professionnels peuvent être jugées comme des facteurs non-négligeables pour fournir des conseils de qualité aux adolescents.

Les services spécialisés, comme le planning familial, peuvent aussi représenter une source d'information et de conseils pour les infirmières, notamment pour celles travaillant en milieu hospitalier qui auraient besoin d'aide pour la gestion de situations qui demeurent simples. Le planning familial est également un endroit où il est possible d'orienter les adolescents en quête d'informations et nécessitant une consultation pour des conseils plus complets ou nécessitant plus de temps qu'une infirmière dans un hôpital ne peut en offrir.

Le partenariat avec les pharmaciens :

En Suisse, les femmes peuvent avoir à faire à des pharmaciens lorsqu'elles demandent à prendre la pilule contraceptive d'urgence. Lorsque les adolescentes se présentent pour cette raison, une partie d'entre elles n'ont pas de méthode contraceptive et une autre partie n'est pas satisfaite de sa méthode actuelle (E11). Cette présence dans une pharmacie constitue alors une opportunité de changement pour choisir une méthode efficace et adaptée aux caractéristiques propres de l'adolescente. Il est alors recommandé de réorienter ces adolescentes vers des structures plus adaptées pour répondre à leurs

besoins (E11). De même, 81% des adolescentes venues chercher la contraception d'urgence en pharmacie avaient besoin de soins supplémentaires (E11). Cependant, le pharmacien n'est pas en mesure de prescrire des moyens contraceptifs ou de fournir ces soins. Quoi qu'il en soit, les pharmacies apparaissent comme de réelles ressources pour relier les adolescentes aux structures de santé reproductive et à des services compétents. Il serait cependant nécessaire d'évaluer le succès avec lequel les pharmaciens relient les adolescents aux structures de santé permettant de répondre à leurs besoins de manière globale.

Le partenariat avec les structures scolaires :

Il est recommandé de renforcer la collaboration entre les enseignants et les professionnels de la santé afin d'améliorer la promotion de l'éducation en santé sexuelle et reproductive (E8). Ce dernier type de partenariat fait ressortir que, dans le cadre de l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception, la variété des partenariats est plus importante qu'il n'y paraît, dans un premier temps.

Cela étend le champ d'action dans lequel s'opère la promotion de la santé sexuelle et reproductive. Le partenariat avec les structures scolaire peut être mis en lien avec le système suisse, concernant l'enseignement de l'éducation sexuelle dans les écoles, système qui, selon la Commission du DFI (2009), diffère entre la Suisse alémanique et la Suisse romande. La recommandation d'améliorer la collaboration entre enseignants et professionnels de la santé a plutôt tendance à soutenir le système mis en place en Suisse romande où les cours d'éducation sexuelle sont fournis par des personnes formées qui sont potentiellement des infirmières. Au vue de cette recommandation, nous pouvons imaginer que l'éducation sexuelle délivrée uniquement par les enseignants n'est peut-être pas suffisante ou peut être améliorée. Il serait toutefois nécessaire d'évaluer la qualité de l'éducation sexuelle fournie uniquement par les enseignants en Suisse avant d'imposer un partenariat avec les professionnels de la santé. Notons toutefois que l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles est prouvée (E6, E9). Il ressort alors l'hypothèse que l'éducation sexuelle est efficace mais qu'elle peut encore être améliorée.

8.4. Réponse à la question de recherche

Notre question de recherche, « *De quelle manière l'infirmière peut-elle accompagner les adolescents dans l'utilisation de la contraception ?* » avait pour but de mettre en lumière différentes stratégies efficaces pouvant augmenter la qualité de l'accompagnement infirmier ou du moins le faciliter. La revue de littérature (E13) met en évidence la nécessité d'associer les interventions de promotion de la contraception avec les interventions d'éducation pour être efficace dans la prévention des grossesses chez les adolescents. Les stratégies issues du chapitre "Résultats et Discussion", présentées ci-dessous, doivent donc être utilisées de manière complémentaire. Ces stratégies, utiles pour les infirmières, sont transposables à d'autres professionnels de la santé. Pour présenter la réponse à la question de recherche, les stratégies ont été classées en cinq catégories. Ainsi, nous allons faire ressortir des stratégies liées à la nécessité de s'adapter à la population, au fait de donner du pouvoir à l'adolescent, les stratégies en lien avec les informations données, mais aussi celles axées sur la manière d'entrer en relation et celles qui traitent des connaissances de l'infirmière.

S'adapter à la population :

- Tenir compte des nombreux changements que vit l'adolescent (physiques, psychologiques et sociaux)
 - Développement de l'intelligence : même si l'adolescent est capable de faire des hypothèses dans l' « ici et maintenant », il lui est difficile de se projeter dans le futur et d'anticiper les conséquences de ses actes.
 - Développement de son indépendance : se référer directement à l'adolescent plutôt qu'à ses parents.
- Evaluer les besoins propres liés à la contraception, de chaque adolescent.
 - Tenir compte des caractéristiques personnelles : culture, statut socio-économique, circonstances de vie, personnalité, compétences.

Donner le pouvoir à l'adolescent :

- Favoriser une approche de type empowerment dans laquelle les ressources de l'adolescent sont mobilisées

- Ne pas se positionner en tant qu'expert mais en tant qu'accompagnateur
- Echanger et dialoguer avec l'adolescent, en plus de lui donner uniquement des conseils
- Soutenir la capacité des adolescents à prendre des décisions par eux-mêmes et leur faire confiance
- Mobiliser les ressources de l'adolescent et développer ses compétences : ceci permet de le rendre acteur, de le responsabiliser et le rendre capable.
Ex : jeux de rôle pour négocier l'abstinence avec le partenaire, jeux interactifs pour entraîner la mise en place du préservatif ou proposer la formulation d'intentions de mise en œuvre

Les informations données :

- Fournir de l'information en quantité adaptée : ni trop ni trop peu car l'adolescent a un besoin d'informations important, mais il peut se sentir submergé par trop de données. Ex de sujets : les contraceptifs, la contraception d'urgence, l'efficacité des contraceptifs, leurs effets secondaires, les avantages et les inconvénients de la méthode contraceptive.
- Veiller à fournir de l'information de qualité sur chaque méthode et pas uniquement sur celles les plus fréquemment utilisées
- Mettre à disposition de l'information
- Faire appel à des supports informatiques
- Donner des informations sur les ressources qui peuvent leur être utiles. Ex : n° de téléphone du planning familial, site WEB
- Aborder les fausses croyances les plus fréquentes liées à la contraception.
Ex : la pilule cause l'infertilité
- Viser une bonne compréhension par l'adolescent : utiliser un vocabulaire adapté (vulgarisation), avoir un discours clair, sans ambiguïté, mettre à disposition du matériel en plusieurs langues et vérifier la bonne compréhension (langue)

La manière d'entrer en relation :

- Adopter des attitudes telles que le non-jugement, la patience et la persévérance
- Etre attentif aux éléments non-verbaux et para-verbaux. Ex : mimiques, ton de la voix
- Utiliser des stratégies d'intervention différenciées et créatives. Ex : utilisation de l'informatique
- Soigner le contexte en vue de garantir l'intimité
- Prendre du temps
- Aborder de manière plus systématique la question de la contraception, s'assurer que les adolescents rencontrés aient la possibilité de bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de la contraception
- Aborder la thématique de la sexualité de manière positive et pas uniquement du point de vue des risques
- Profiter de chaque opportunité de changement : lorsque l'adolescent n'a pas de méthode ou une méthode insatisfaisante
- Privilégier les échanges avec l'adolescent, sans la présence de ses parents, si tel est son désir

Les connaissances de l'infirmière :

- Mettre à jour ses connaissances sur la contraception, s'informer
- Connaître les différents partenaires, reconnaître ses limites et savoir réorienter, au besoin, vers des structures spécialisées
- Etablir une communication et un partenariat de qualité avec l'équipe pluridisciplinaire

8.5. Regard critique sur les études incluses

Nous parlons ici des limites des études choisies. Ces limites sont principalement liées à la rigueur méthodologique, à la provenance des études

et à la population ciblée par l'article. Des limites plus générales sont également présentées.

Limites liées à la rigueur méthodologique :

Comme expliqué dans le chapitre "Méthodologie", toutes les recherches incluses dans ce travail ont été analysées grâce aux grilles critiques qualitatives ou quantitatives de Nadot et Bassal (2011a, 2011b). De manière générale, toutes les recherches incluses présentent une bonne rigueur méthodologique. Cependant, l'analyse détaillée a fait ressortir des éléments manquants dans certaines recherches, notamment l'énonciation claire du devis de recherche (E2, E4, E8 et E11) ou la formulation explicite de la question de recherche (E1, E8, E13). Ce manque de clarté a représenté un obstacle à la bonne compréhension de ces recherches.

Limite quant à la provenance des études :

La diversité de provenance des études intégrées apporte certes des perspectives variées en lien avec le contexte où elles ont été menées, mais cette diversité peut aussi représenter un obstacle à la généralisation des stratégies mises en évidence. Cela peut être particulièrement le cas, car sept études ont été menées aux USA, pays qui a le plus haut taux de grossesses et de naissances chez les adolescentes. Cela peut impliquer que certaines conclusions ne sont pas transposables au contexte suisse, qui a un taux de grossesses adolescentes faible. En effet, en Suisse, en 2011, il y a eu, selon l'OFS (S.d.) 3,3 femmes sur 1'000, âgées de 15 à 19 ans, qui ont accouché (USPDA, S.d.^a). Pour ce qui est de l'IVG, les chiffres de Swissinfo (2013) indiquent qu'en 2012, 4,4 femmes sur 1'000 de la même tranche d'âge ont eu recours à une IVG. Alors qu'aux Etats-Unis, selon Kirby (2007), à 20 ans près d'un tiers des femmes est déjà tombée enceinte (Tanner et al., 2012).

Cependant, les stratégies d'accompagnement qui ressortent de cette revue de littérature ne se contredisent pas et ne vont pas dans des sens opposés, même en tenant compte du pays où elles ont été menées. Ces stratégies semblent par conséquent être transférables au contexte suisse, même si des recherches supplémentaires sont nécessaires pour le prouver.

Limites des populations ciblées par les recherches :

Parallèlement à cela, il est important de noter que parmi les recherches incluses, seule une a pour population des adolescents autant féminins et masculins et deux incluent des jeunes hommes. En effet, lors de la recherche d'articles sur les différents moteurs de recherches et après application des critères d'inclusion et d'exclusion, nous n'avons trouvé que trois recherches qui comprenaient également une population masculine. Ainsi les stratégies d'accompagnement mises en évidence sont pour la plupart indiquées pour des adolescentes. Leur mise en place auprès d'une population masculine peut alors être questionnée.

Toujours concernant la population cible des études, la recherche E9 est constituée de 155 personnes, étudiants de l'université, amis et membres de la famille des chercheurs. Cela peut être la source d'un biais, car l'échantillon peut ne pas être représentatif de la population générale de la région où l'étude a été menée. Cependant, une seconde recherche, la E6, qui adopte une meilleure rigueur méthodologique quant à la population, soutient les mêmes résultats que la recherche E9, concernant l'efficacité de l'éducation sexuelle. Ainsi les stratégies qui ressortent de la recherche E6 semblent demeurer pertinentes.

Autres limites :

Une limite fréquemment mise en évidence par les recherches est liée à la validité de l'information auto-déclarée (E6, E7, E9, E10, E11, E13). En effet, comme le thème de la sexualité et de la contraception demeurent des sujets sensibles à aborder, il est possible que les recherches contiennent des biais liés à ces informations auto-déclarées. La seconde limite, mise en évidence par toutes les recherches sauf les E3, E6 et E7, est celle de la généralisation des résultats liée notamment au fait que les recherches ont été menées dans un contexte bien précis, d'où la nécessité de mener des recherches supplémentaires pour valider la généralisation de leurs résultats.

8.6. Critique du travail effectué et apprentissages

Le fait qu'il s'agisse de la première revue de littérature étoffée que nous effectuons représente un point faible, étant donné notre manque de

connaissances méthodologiques. En effet, nous présentons des difficultés de compréhension de l'analyse des données effectuée par les recherches incluses par le biais de logiciels et à travers des statistiques. De plus, nous sommes souvent dans l'incapacité d'évaluer la rigueur de ces analyses. Ces éléments peuvent être sources de compréhension erronée ou de non détection d'erreurs méthodologiques dans les recherches incluses. Ainsi, il est possible qu'il existe des biais d'analyse dans notre travail. Les grilles d'analyse critique utilisées (Nadot & Bassal, 2011a, 2011b) ont constitué un premier filtre qui aurait permis d'exclure des recherches peu pertinentes méthodologiquement. Cette analyse a démontré une rigueur méthodologique suffisante pour toutes les recherches incluses.

Parallèlement à cela, le fait que l'anglais ne soit pas notre langue maternelle a été un obstacle à la compréhension des recherches incluses. En effet, même si nos connaissances de cette langue ont été suffisantes pour comprendre, de manière générale, les recherches intégrées, il n'est pas à exclure que ce travail puisse contenir des erreurs de compréhension.

A la fin de ce travail, nous constatons que, bien que les études incluses permettent de faire émerger des stratégies d'accompagnement de l'adolescent dans l'utilisation de la contraception, nombre d'entre elles étaient axées avant tout sur la prévention des grossesses. La prévention des grossesses n'était pas un critère d'inclusion. Cependant, nous avons pu, de manière inconsciente, y porter un intérêt particulier et, par conséquent, inclure prioritairement les recherches traitant de la prévention des grossesses et ainsi en laisser d'autres de côté qui auraient pu être pertinentes pour répondre à notre question. Identifier d'autres mots-clés aurait certainement permis de déboucher sur d'autres recherches pertinentes pour répondre à notre question de recherche. Par exemple, si nous avons identifié des mots-clés autour de l'accompagnement, cela aurait probablement mené à des recherches pertinentes pour ce travail.

Nos représentations peuvent également avoir influencé ce travail, dans le sens où elles ont pu mener à des attentes particulières de résultats, nous faisant alors exclure des articles qui auraient pu être pertinents pour répondre à notre question de recherche. Cependant, le fait que nos représentations aient été

posées tout au début, dans l'esquisse de ce travail, a permis de limiter ce risque.

Apprentissages :

Grâce à ce travail, nous avons pris conscience de l'importance de la rigueur dans la méthode utilisée pour effectuer une revue de littérature étoffée, tout comme la pertinence de faire ressortir par écrit et de manière détaillée la démarche que nous avons choisie. En effet, nos débats nous ont permis de faire des choix et les éléments se sont articulés logiquement dans nos esprits. Cependant, nous avons dû être attentives à ce que notre réflexion ressorte pour que le lecteur la comprenne.

L'apprentissage que nous jugeons le plus important pour notre future pratique professionnelle se situe dans le développement de notre capacité à faire des recherches d'articles sur les diverses banques de données scientifiques, notamment sur PubMed et de juger de leur rigueur méthodologique et de leur pertinence pour répondre à une question de recherche.

Finalement, le travail en duo a représenté une source de motivation importante même si le fait d'être à deux a exigé un effort d'organisation. De plus, les débats, en particulier lors du choix de la problématique et de la recension des écrits sur cette problématique ont permis d'enrichir notre travail.

9. Perspectives

Dans ce dernier chapitre, nous allons faire ressortir les implications pour la pratique professionnelle en général ainsi que des suggestions pour les recherches à venir.

9.1. Implications pour la pratique en général

Notre question traitant de la manière dont l'infirmière peut accompagner les adolescents, les implications pour sa pratique ont déjà été relevées sous la chapitre "Réponse à la question de recherche". Ce travail a également fait ressortir des stratégies qui ne visent pas directement la pratique infirmière, mais qui méritent tout de même d'être soulignées. Il s'agit de stratégies visant les pharmaciens, les structures scolaires et le système de santé.

Stratégies pour les pharmaciens :

- Dans le cadre de la fourniture de la contraception d'urgence en pharmacie : favoriser les échanges avec le pharmacien. Ex : donner des informations sur l'efficacité et les effets secondaires
- Veiller à garantir l'intimité lors de la fourniture de la contraception d'urgence en pharmacie

Stratégies pour les structures scolaires :

- Etablir un partenariat entre les structures scolaires et les professionnels de la santé en vue d'améliorer la promotion de la santé sexuelle et reproductive
- Intégrer des informations précises sur la pilule et mettre l'accent sur les perceptions et les idées fausses communes la concernant, dans les écoles
- Les plans d'études doivent prévoir plus de temps pour l'instruction à la santé sexuelle et reproductive afin de permettre un dialogue significatif entre enseignants et adolescents, autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive
- Les enseignants ont la possibilité de faciliter l'accès aux services d'enseignement à la santé sexuelle et reproductive

Stratégies pour le système de santé :

- Faire valoir les intérêts des adolescents auprès du système politique : prôner la gratuité de la contraception et des services de conseil à la contraception, maintenir l'accès sans ordonnance à la contraception d'urgence
- Soutenir l'importance de l'éducation sexuelle avant le premier rapport
- Etablir des partenariats avec les médias
- Privilégier des équipes multiculturelles afin de faciliter les échanges entre le professionnel et des adolescents de diverses cultures

9.2. Suggestions pour les recherches à venir

Suite à ce travail, nous constatons que des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'aller plus loin dans la question de l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception. Voici les suggestions principales :

- Les différentes recherches scientifiques ont permis de faire ressortir de nombreuses stratégies d'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception. Cependant, notre travail ne permet pas de mettre en évidence quelles sont les stratégies d'accompagnement qui conviennent le mieux à cette population. De plus, toutes ne font pas ressortir l'impact concret des stratégies d'accompagnement en évaluant l'utilisation réelle de la contraception par l'adolescent. Par conséquent, il serait nécessaire de mener des recherches supplémentaires, afin de comparer les différentes stratégies et de faire ressortir l'impact réel sur l'utilisation de la contraception. Étant donné que la revue de littérature (E13) met en évidence l'intérêt de combiner diverses interventions, le but de ces recherches ne serait pas de faire ressortir quelle stratégie est la plus efficace, mais plutôt de faire une sélection de celles ayant le plus d'impact.
- Seules trois recherches incluses dans ce travail (E6, E8, E9) traitent de la question de la contraception en incluant une population masculine. Il semble possible que l'accompagnement varie en fonction du sexe de l'adolescent, notamment à cause du fait que la plupart des méthodes contraceptives sont

utilisées par les femmes. Par conséquent, il serait intéressant que les recherches futures évaluent de quelle manière l'accompagnement varie en fonction du sexe de l'adolescent.

- Concernant l'éducation sexuelle, les études incluses dans ce travail, même si elles font ressortir l'intérêt d'une approche de type promotion de santé et plus particulièrement de type empowerment, n'apportent pas de preuves concernant le type d'éducation sexuelle le plus efficace. De même, en Suisse, il n'existe pas une pratique uniforme dans les écoles quant au contenu et à la manière de fournir cette éducation dans les écoles. Des études supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour mettre en évidence les programmes les plus efficaces. Cela permettra d'implanter sur le terrain des programmes fondés sur des preuves.
- Ce travail a fait émerger un questionnement concernant la capacité des différents professionnels de la santé à accompagner les adolescents dans l'utilisation de la contraception. Ce questionnement qui émerge du manque de formation des professionnels au sujet de la thématique de la contraception chez les adolescents touche notamment les infirmières. Ainsi même si cet accompagnement fait appel à des compétences pour lesquelles l'infirmière est formée, ses connaissances peuvent être insuffisantes pour que l'accompagnement soit de qualité. Il est, par conséquent, pertinent de mener des recherches supplémentaires afin d'évaluer la capacité des infirmières à fournir cet accompagnement et mettre en évidence pour quels types de situations il est préférable que les infirmières non spécialement formées pour cela réfèrent les adolescents à des services spécialisés, comme le planning familial.
- Les stratégies de recherche que nous avons utilisées n'ont abouti à aucune recherche menée en Suisse. Il est possible que nous soyons passées à côté des études existantes, mais il est également à envisager qu'aucune recherche pouvant répondre à notre question n'ait été menée en Suisse. Parallèlement à cela, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer si les stratégies mises en évidence sont généralisables au contexte suisse. Ainsi, des recherches menées en Suisse nous permettraient d'évaluer si les

stratégies qui ressortent de notre travail correspondent à ce qui est efficace en Suisse.

- Les recherches incluses ont mis en évidence le peu de diversité des méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes, alors que des méthodes (implant, stérilet, patch, etc) peuvent tout à fait répondre aux besoins de l'adolescent. Il émerge alors des questions qui devraient être traitées afin de comprendre à quel niveau il est possible d'agir. En effet, l'utilisation de ces alternatives peut faire partie de l'accompagnement de l'adolescent si elles permettent de répondre au mieux à ses besoins. Voici les questions qui devraient être évaluées dans de futures recherches : les professionnels de la santé manquent-ils de connaissances sur les méthodes alternatives aux méthodes les plus fréquemment utilisées ? Ont-ils des représentations ou des idées fausses qui les empêchent de les conseiller ? Les adolescents reçoivent-ils suffisamment d'informations sur toutes les méthodes afin d'avoir le choix ? Pour l'adolescent, est-ce que choisir une méthode autre que celle utilisée par ses pairs représente un obstacle ? La réponse à ces questions peut potentiellement améliorer l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception.

Conclusion

Le travail effectué a permis, dans un premier temps, de faire ressortir le besoin d'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception. Puis la catégorisation des résultats des recherches incluses dans ce travail ainsi que leur discussion nous ont permis de mettre en évidence la diversité des stratégies d'accompagnement existantes, stratégies qui se complètent les unes les autres. Ces dernières sont axées sur la nécessité de s'adapter à la population, l'importance de donner du pouvoir à l'adolescent, les informations données, la manière d'entrer en relation et finalement les connaissances de l'infirmière.

De manière générale, les stratégies mises en évidence sont particulièrement pensées pour les infirmières, mais elles peuvent être généralisées à d'autres professionnels de la santé. De plus, un chapitre a permis de faire ressortir des stratégies plus générales qui ont pour but de soutenir les adolescents dans l'utilisation de la contraception, mais qui ne concernent pas directement l'infirmière.

Même si de nombreuses recherches sont encore nécessaires, notamment dans le but d'évaluer la possibilité de généraliser les stratégies que nous avons mises en évidence au contexte suisse et d'évaluer lesquelles sont les plus adaptées, nous espérons que notre travail apportera des pistes d'actions aux infirmières qui sont concernées par la thématique de l'accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception.

Liste de références bibliographiques

Akers, A. Y., Gold, M. A., Borrero, S., Santucci, A. & Schwarz, E. B. (2010). Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings. *Journal of Women's Health*, 19(6), 1163-1170.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). *Informations sociales 165 166 : Politiques de la jeunesse en Europe* (pp.156-163). (S.I.) : CNAF

Art. 16 du Code Civil Suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 210).

Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (Ed.). (S.d.). *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes.

Beerewaerts, J. & Noirhomme-Renard, F. (2006). Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature (Revue de littérature). Ecole de santé publique – Centre « Recherche en systèmes de santé » : (S.I.)

Beutler, M., Cerise, C., Christen, P., Franz, E & Hersberger, K. (2008). Formulaire et aide mémoire 2008 sur la contraception d'urgence. *PharmaJournal*, 08, 7-12.

Birraux, A. (1994). *L'adolescent face à son corps*. Paris : Bayard.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Odile Jacob.

Calixte, J. (2007). *Chapitre I : l'adolescence*. Accès http://www.memoireonline.com/02/09/1981/m_Milieu-familial-et-reussite-scolaire1.html

Camus, E. (2006). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Gynécologie Obstétrique soins infirmiers*. Paris : Masson.

Centre de liaison des associations féminines genevoises. (S.d.). *Le point sur la contraception ; les prix*. Accès <http://www.clafg.ch/clafg-info/unite-de-sante-sexuelle-et/article/le-point-sur-la-contraception>

CIAO. (2011). *La majorité sexuelle*. Accès http://www.ciao.ch/f/sexualite/infos/922ae8be060249c72f4aab5b8b877e97/la_majorite_sexuelle

Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2004). *Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVIII*. Paris : CNOOF.

Commission du Département Fédéral de l'Intérieur. (2009). *L'éducation sexuelle nous concerne tous*. Accès <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=29521>

Conseil International des Infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Conseil international des infirmières.

Dolto, F., Dolto-Tolitch, C. & Percheminier, C. (1989). *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris : Hatier.

Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.

Étymologie française. (S.d.). Accompagnement.

Accès <https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/a/accompagn>

Fédération nationale des observatoires de santé. (2001). *Prévention des grossesses non désirées dans trois départements*. Accès <http://www.fnors.org/fnors/ors/Travaux/Gross.pdf>

- Flajolet, A. (2008). *Rapport Flajolet. Annexe 1. La prévention : définitions et comparaisons*. Accès <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Fornierod, P. (2009). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Foster. (2012). L'éducation sexuelle : pourquoi, comment ? *Educateur*, 02, 1-16.
- Gainer, E., Blum, J., Toverud, E.-L., Portugal, N., Tyden, T., Nesheim, B.-I., ... Winikoff, B. (2003). Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway Sweden and Portugal. *Contraception*, 68, 117-124.
- Hamani, Y., Sciaki-Tamir, Y., Deri-Hasid, R., Miller-Progrund, T., Milwidsky, A. & Haimov-Kochman, R. (2007). Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. *Human Reproduction Vol.22*, 12, 3078-3083.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. (2012). *Évaluation des compétences – niveau 3ème Bachelor*. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschel, C. M. & Sill, M. W. (2008). Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53, 45-52.
- Houde, R. (1991). *Les temps de la vie : Le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie*. Québec : Gaëtan Morin.
- Institut national d'études démographiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale & Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. (2013). *Dossier de Presse : Premiers résultats de l'enquête*

CSF « Contexte de la sexualité en France ». Accès
www.anrs.fr/content/download/483/3662/

Kuntsche, S. & Windlin, B. (2009). Feuille-info : *Enquête HBSC 2006 : La sexualité chez les jeunes*. Accès
http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_167.pdf

Larousse. (S.d.). Conseil.
Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conseil/18348>

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.

Longpré, C., Forté, D., O'Doherty, C., Vissandjée, B. (1998). *Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment (phase1)-1998*. Montréal : Centre d'excellence pour la santé des femmes.

Martin, J., Sheeran, P., Slade, P., Wright, A. & Dibble, T. (2011). Durable Effects of Implementation Intentions: Reduced Rates of Confirmed Pregnancy at 2 Years. *Health Psychology*, Vol.30, 368-373.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal. (2005). La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! *Ça s'exprime*, 2, 1-8.

Mueller, T. E., Gavin, L. E. & Kulkarni, A. (2008). The Association Between Sex Education and Youth's Engagement in Sexual Intercourse, Age at First Intercourse, and Birth Control Use at First Sex. *Journal of Adolescent Health*, 42, 89-96.

Nadot, N. & Bassal, C. (2011a). *Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative* [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Nadot, N. & Bassal, C. (2011b). *Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative* [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Nadot, N. & Bassal, C. (2011c). *Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche mixte* [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Nadot, N. (2012.). *La "revue systématique de littérature" (systematic review)*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de la Santé

Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Office fédéral de la santé publique. (2006). *Prévention auprès des jeunes vulnérables*. Berne : OFSP.

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Services de santé adaptés aux adolescents. Un programme pour le changement*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *La grossesse chez les adolescents*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Contraception*. Accès : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/index.html>

Organisation mondiale de la Santé Europe. (1986). Promotion de la santé.

Charte d'Ottawa. Accès

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. & Ehiri, J. E. (2010). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 4, 1-86.

- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., Stephenson, J. & Strange, V. (2009). Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies. *J Adolesc Health*, 44(1), 55–63.
- Phillips, K. P. & Martinez, A. (2010). Sexual and Reproductive Health Education: Contrasting Teachers', Health Partners' and Former Students' Perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 374-379.
- Piaget, J. (1967). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Colin.
- Powell, T., Bass, S. & Longo, J. (2011). The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse. *ArgoJournals : Undergraduate Research in Psychology and Behavioral Science*, Spring 2011, 1-9.
- Schwarz, E. B., Gerbert, B. & Gonzales, R. (2008). Computer-assisted Provision of Emergency Contraception a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*, 23(6), 794–799.
- Shankand, R., Saïas, T. & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques psychologiques*, 15, 65-76.
- Steiert, J.-F. (S.d.). *Parents : quel droit à l'information ?*. Accès http://www.federationdespatients.ch/attachments/File/Articles_J-Steiert/Ethique_Fin_de_vie/100104-Secret-prof-m__re-fille.pdf
- Sucato, G. S., Gardner, J. S. & Koepsell, T. D. (2001). Adolescents' Use of Emergency Contraception Provided by Washington State Pharmacists. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 14, 163-169.
- Swissinfo. (2013). *Le nombre d'avortements a légèrement diminué l'an dernier en Suisse*.

Accès http://www.swissinfo.ch/fre/nouvelles_agence/international/Le_nombre_davortements_a_legerement_diminue_lan_dernier_en_Suisse.html?cid=36134040

Tanner, A. E., Secor-Turner, M., Garwick, A., Sieving, R. & Rush, K. (2012). Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program: Perspectives of Prime Time Staff. *J Pediatr Health Care*, 26(4), 254–265.

Union Suisse pour Décriminaliser l'Avortement. (S.d.^a). *Grossesses à l'âge adolescent en Suisse. Pas d'augmentation. Comparaison internationale.* Accès <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm>

Liste bibliographique

Cette liste bibliographique contient les sources présentes dans les annexes et celles que nous avons consultées tout au long de ce travail, sans qu'elles n'y apparaissent.

Admin. (2012). *Initiatives populaires ayant abouti*. Accès http://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis_2_2_5_3.html

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2004a). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Argumentaire*. Saint-Denis-La-Plaine : Anaes.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2004b). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations*. Saint-Denis-La-Plaine : Anaes.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2004c). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Synthèse des recommandations*. Saint-Denis-La-Plaine : Anaes.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM]. (2013). *Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de décembre 2012 à mars 2013*. Accès http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c33812153fae17b25439147dc40dfd49.pdf

Aide Suisse contre le Sida. (2008). *Hé les miss !*. Zurich : Aide Suisse contre le Sida/Berne : Office fédérale de la santé publique/Lausanne : SANTE SEXUELLE Suisse

Amorix. (S.d.). *Education*. Accès <http://www.amorix.ch/fr/education/secondaire-1/> [Page consultée le 5 août 2013]

Art. 187, 188 et 191 du Code pénal Suisse du 1 janvier 2007 (= CP ; RS 311).

Art. 119 du Code Pénal du 1 octobre 2002 (= CP ; RS 311)

Arvers, P. (2009). *Prévention indiquée et interventions précoces*.
Accès <http://p.arvers.free.fr/forum/spip.php?article163> [Page consultée le 8 juin 2013]

Association romande et tessinoise des conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive. (S.d.) *Notre profession*.
Accès http://www.artcoss.ch/data/web/artcoss.ch/uploads/pdf/23901_v1.pdf

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Les soins infirmiers – définition et description*. Accès <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/frameset-f.htm> [Page consultée le 13 mars 2013]

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : ASI.

Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., Moreau, C. & équipe de l'enquête Fecond. (2012). La contraception en France, nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, 492, 1-4.

Bayer HealthCare. (2012). *Tout ce que je souhaite savoir sur la contraception*. Zürich : Bayer.

Bettoli, L. (2004). La grossesse à l'adolescence : un problème de santé publique ? *Sage-femme suisse*, 5, 34-35.

Bitzer, J., Tschudin, S. & Frey Tirri, B. (2006). La contraception chez les adolescentes. *Forum Med Suisse*, 6, 1004-1010.

Boller, S. (2012). Des droits sexuels pour la santé sexuelle. *Spectra*, 90, 3.

Bonnet-Chasles, C. (S.d.). *La connaissance des adolescents sur les nouveaux moyens contraceptifs* (Thèse de doctorat). Université Paris XI, faculté de médecine, Paris sud.

Bordin, S. E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.

Brideron, J.-M. (S.d.). *La micro-pilule*.
Accès <http://www.gyneweb.fr/sources/gdpublic/jmb/contra/micro.html>

Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2004). *Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Paris : INPES.

Brunner, L. & Suddarth, D. (2011). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie. Volume 4 Fonctions rénale et reproductrice*. Bruxelles : De Boeck.

Bulliard Verville, D. (2005). *Approche centrée sur la personne de Rogers*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bulliard Verville, D. (2008). *Emergence des concepts théoriques rogériens en regard des principaux événements de vie de cet auteur*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Campana, A. (2007). *Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS. Formation continue en sexologie clinique*. [PowerPoint]. Accès http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Enseignement_sante_sexuelle_OMS_2007.pdf

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (2012a). *Psychologie*. Accès <http://www.cnrtl.fr/definition/psychologie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (2012b). *Psychisme*. Accès <http://www.cnrtl.fr/definition/psychisme>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (2012c). *Identité*. Accès <http://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9>

Chaves, G. (2005). *Etude sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle-même*. Lausanne : Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud.

Chevalier, A. & Steimer, M. (S.d.). *Physiologie de la reproduction*. [Polycopié]. Lausanne : AIMP.

CIAO (2009). Prix de la pilule contraceptive. Accès http://www.ciao.ch/f/sexualite/infos/5dd1dc51c595bfdd79ac237f28965f9a/4.4.%20plus1-prix_de_la_pilule_contraceptive/ [Page consultée le 30 août 2013]

CIAO (2011). Le préservatif féminin. Accès (http://www.ciao.ch/f/sexualite/infos/70d384f42c47e0faf53875922750f542/4_3_Le_preservatif_feminin/) [Page consultée le 30 août 2013]

CIAO. (2012a). *Le préservatif masculin*. Accès http://www.ciao.ch/f/sexualite/infos/66258579a21e6f20e65d05a252c50800/4-2-le_preservatif_masculin/ [Page consultée le 15 avril 2013]

CIAO. (2012b). Où se la procurer ? Accès http://www.ciao.ch/f/sexualite/infos/e76889f29d2411deb93b01943d2e6df76df7/4.7.%20plus2-ou_se_la_procurer/ [Page consultée le 30 août 2013]

Centre de Liaison des Associations Féminines Genevoises. (S.d.). *Le point sur la contraception ; les prix*. Accès <http://www.clafg.ch/clafg-info/unite-de-sante-sexuelle-et/article/le-point-sur-la-contraception>]

Collot E., Arnoux-Sindt B., Bioy A., Cahuzac G., Greenleaf E., Krawczyk M., ... Zindel P. (2011). *L'alliance thérapeutique : fondements, mise en œuvre*. Paris : Dunod.

Commission des médicaments des pharmaciens suisses. (2008). Conseils sur la contraception d'urgence : mise à jour. *PharmaJournal*, 08, 5-12.

Compendium. (2012). *NorLevo® Uno*.
Accès <http://www.kompendium.ch/mpro/mnr/19108/html/fr>

Comprendre choisir. (2012). *Indice de Pearl : la fiabilité de la contraception*.
Accès <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/indice-de-pearl> [Page consultée le 4 septembre 2013]

Comprendre choisir. (S.d.). *La pilule*.
Accès <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/pilule> [Page consultée le 27 avril 2013]

Comprendre choisir. (S.d.^a). *Les moyens de contraception*.
Accès <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/moyens-de-contraception> [Page consultée le 27 avril 2013]

Comprendre choisir. (s.d.^b). *Le spermicide*.
Accès <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/spermicide> [Page consultée le 27 avril 2013]

Comprendre choisir. (S.d.^c). *La pilule sans oestrogènes*.
Accès <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/pilule-sans-oestrogenes> [Page consultée le 27 avril 2013]

Confédération Suisse. (S.d.). *Assurance-maladie-conclusion, coûts et prestations de l'assurance de base*. Accès <https://www.ch.ch/fr/prestations-assurance-maladie/>

Contraceptions. (S.d.). *Tableaux des pilules et des dosages*. [Page WEB].
Accès : http://www.contraceptions.org/html/tab_pil.htm [Page consultée le 22 avril 2013]

Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C. & Salabras Clergues, E. (2007).
Relation d'aide en soins infirmiers. Paris : Elsevier Masson.

Delgrande Jordan, M. & Kuntsche, E. (Ed.). (2012). *Comportements de santé des jeunes adolescents en Suisse. Les résultats d'une enquête nationale*.
Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.

De Reyff, M. (2011a). *Le temps de l'adolescence*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

De Reyff, M. (2011b). *Le développement cognitif de l'homme selon Piaget*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 235-252.

Encyclopédie de l'Agora. (2012). *Vulnérabilité*.
Accès <http://agora.qc.ca/dossiers/Vulnerabilite>

Ennuyer, B. (1987). Autonomie et dépendance des personnes âgées. *Gérontologie*, 62, 3-11.

Espace de la femme Vevey-Montreux. (S.d.). *La minipilule*.
Accès http://www.gynecologue-vaud.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=95&Itemid=1

Essex Chemie. (S.d.). *Implanon, « le bâtonnet contraceptif »*. Lucerne : Pharmacom.

Favresse, D. (S.d.). Les conduites à risque à l'adolescence. *Prospective Jeunesse Drogues / Santé / Prévention*, 54, 10-16.

Fédération canadienne pour la santé sexuelle. (2007). *Le système intra-utérin*.
Accès http://www.cfsh.ca/fr/your_sexual_health/contraception-and-safer-sex/contraception-and-birth-control/ius.aspx

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^a). *L'injection contraceptive*.
Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/hormonales/dpoprovera.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^b). *Dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG)*.
Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/hormonales/sterilethormo.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^c). *Condom masculin*.
Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/barrieres/condommasculin.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^d). *Condom féminin*.
Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/barrieres/condofeminin.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^e). *Méthodes contraceptives*.
Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/index.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^f). *Dispositif intra-utérin post-coïtal*.

Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/urgence/postcoital.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2007^g). *Le diaphragme*.

Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/barrieres/diaphragme.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2008^a). *La méthode symptothermique*.

Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/naturelles/symptothermique.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2008^b). *Méthode Billings*.

Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/naturelles/billings.php>

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2008^c). *Méthode du calendrier*.

Accès <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/naturelles/calendrier.php>

Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (2010^a). *L'anneau contraceptif*. Accès http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_L_anneau_vaginal.pdf

Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2010^b). *Méthodes contraceptives*. Accès <http://www.plan-s.ch/Methodes-contraceptives>

Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2010^c). *Le diaphragme*. Accès http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_Le_diaphragme.pdf

Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2011). *Santé sexuelle et reproductive*. Accès <http://www.plan-s.ch/Sante-sexuelle-et-reproductive>

Fornerod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle*. Genève : pratique-théorie.

Gaillard, J-P. (2009). *Enfants et adolescents en mutation – Mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Gaurier, P. (2011). *De l'accompagnement du Soigné au Soignant*. (S.I.) : Editions du Losange

Hôpitaux Universitaires de Genève. (S.d.). *Autour de la femme : le rôle de l'infirmière en gynécologie*. Accès <http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/gynecologie/soinsengynecologie.html>

Hordé, P. (2013). *Différences entre pilules de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} génération*. Accès <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/9337-differences-entre-pilules-de-1ere-2eme-3eme-et-4eme-generation#mineures-de-15-a-18-ans> [Page consultée le 22 avril 2013]

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2002). *Hôpitaux promoteurs de la santé*. Accès <http://www.inpes.sante.fr/HPS/promotion.asp>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2012). *Une approche positive et respectueuse de la sexualité*. Accès http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp

International planned parenthood federation. (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. Londres : Fédération Internationale pour la planification familiale.

Jacot-Guillarmod, M. & Renteria, S.-C. (2010). Troubles du cycles à l'adolescence : une banalité ? *Revue Médicale Suisse*, 6, 1236-41.

Jeanneret, O. & Gutzwiller, F. (S.d.). *Les actions et mesures en santé publique : Prévention et promotion de la santé* (pp. 181-187).
Accès http://www.iumsp.ch/Enseignement/pregradue/msp_chap_4_2.pdf

Klaue, K., Spencer, B. & Balthasar, H. (2002). *Santé sexuelle et reproductive en suisse*.
Accès http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/Sante_sex_et_reprod_en_CH.pdf [Page consultée le 9 novembre 2012]

La relation d'aide (S.d.). Accès <http://www.infirmiers.com/pdf/la-relation-d-aide.pdf>

Larousse. (S.d.). *Adolescence*. Accès :
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/adolescence/10982>

Le Van, C. (2006). La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? *Adolescence*, 55, 225-234.

Marieb, E.N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaine*. Québec : ERPI.

McCall, D. & McKay, A. (2004). Santé sexuelle : Education et promotion en milieu scolaire et parascolaires au Canada. *JOGC*, 146, 601-605.

Michaud, P.-A. & Alvin, P. (Ed). (1997). *La santé des adolescents – Approche, soins et prévention*. Lausanne : Payot.

Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. & Barbot, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie*. Paris: Masson.

Office fédéral de la statistique. (2011). *Statistique des interruptions de grossesse 2010*. Accès <http://www.svss-uspda.ch/pdf/SA-2010-bfs-f.pdf>

Office fédéral de la statistique. (2013). *Nombre d'interruptions de grossesse avant l'âge de 16 ans, selon le canton d'intervention*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html>

Office fédéral de la santé publique. (2012). Santé sexuelle et reproductive. *Spectra*, 90, 6-7.

Organisation mondiale de la Santé. (1946). *La définition de la santé de l'OMS*. Accès <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. Genève : Département Santé et Recherche Génésique, OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Effets de la contraception hormonale sur les os*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Risques pour la santé des jeunes*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2012^b). *Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes*. Accès http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2012^c). *Rapport sur la santé dans le monde*. Accès : <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2012^d). *Santé sexuelle*. Accès http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

Organisation mondiale de la Santé Europe. (2012). *Promotion de la santé - Charte d'Ottawa*. Accès

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2013^a). *Grossesse*. Accès <http://www.who.int/topics/pregnancy/fr/>

Paroles d'ados. (2007). *Les changements*. Accès <http://www.parolesados.be/encyclo-des-ados/382/Adolescence/les-chamboulements-de-l-adolescence/les-changements> [Page consultée le 27 avril 2013]

Pro Juventute. (S.d.). *A quand la première visite chez le gynéco ?*. Accès <http://www.clubsuissedesparents.ch/article/a-quand-la-premiere-visite-chez-le-gyneco> [Page consultée le 17 juillet 2013]

Pro Juventute (2013) *Contraception*. Accès <http://www.147.ch/Contraception.824.0.html?&L=1> [Page consultée le 03 mai 2013]

Pro Juventute. (S.d.) *Notre fille est enceinte*. Accès <http://www.clubsuissedesparents.ch/article/notre-fille-est-enceinte> [Page consultée le 17 juillet 2013]

Planning familiale et d'information sexuelle. *Question – Travail de Bachelor*. (2013, 5 août). [Courrier électronique à Sophie Groux], [En ligne] sophie.groux@edu.hefr.ch

Rogers, C. (1972). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.

Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Lausanne : Randin.

Rogers, C. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*. Paris : ESF.

Santé sexuelle Suisse. (S.d.). *L'interruption de grossesse en Suisse*. Lausanne : Santé sexuelle Suisse.

Savage, T. (2013). *La pilule, d'abord un médicament*. Accès <http://www.fragil.org/focus/2215> [Page consultée le 04 mai 2013]

Sensoa. (2007). *Le stérilet cuivré*. Accès http://www.abortus.be/_fr/faq/_docs/Sterilet_cuivre.pdf

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. (2010). *Protocole d'information pour curetage évacuateur*. Accès http://www.chuv.ch/protocole_d_information_pour_curetage_evacuateur.pdf

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2012) *Méthodes hormonales*. Accès http://www.masexualite.ca/contraception/types_de_methodes_de_contraception/methodes-hormonales

St Leger, L., Young, I., Blanchard, C. & Perry, M. (2010). *Promouvoir la santé à l'école : Des preuves à l'action*. Saint Denis : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

Sun store. (2014). Contraception naturelle. *Sun Store Préférence*, 126, 58.

Trignol-Viguié, N. (2010). *Place de la contraception dans la sexualité : liberté ou contrainte ? Barrière chimique, physique ou psychique voire médicale ?* (Diplôme interuniversitaire de sexologie). Université Paris Nord : (S.I).

Townsend, M. C. (2004). *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

Union Suisse pour Décriminaliser l'Avortement. (S.d.^b). *Enceinte sans l'avoir voulu ? ; Les coûts*. Accès http://www.svss-uspda.ch/fr/temoignages_opinions/enceinte.htm

Unité de Santé sexuelle et planning familial de Genève. (2013). *Contraception d'urgence*. Accès http://planning-familial.hug-ge.ch/prestations/contraception_urgence.html

Université Médicale Virtuelle Francophone. (2010- 2011). Item 27 : *Contraception*. [Polycopié]. Accès http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/contraception_hormo/site/html/cours.pdf

Uzan, M. (2004). *La grossesse et l'accouchement des adolescentes*. Accès <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/gr-ado.htm>

Vandoorne, C. & Melen. G. (2009). *Prévention, Promotion de la santé, Éducation pour la santé : Parle-t-on de la même chose ?* [PowerPoint]. Accès <http://www.apes.be/documents/telechargeables/powerpoint/InspPMS060509%20partim%201.pdf>

Wasserfallen, J.-B., Stiefel, F., Clarke, S. & Crespo, A. (2004). Appréciation de la capacité de discernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins. *Bulletin des médecins suisses*, 32/33, 1701-1704.

Wikipédia. (2013). *Adolescence*. Accès <http://fr.wikipedia.org/wiki/Adolescence> [Page consultée le 14 mars 2013]

World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from 2009/2010 survey. *Health Policy for children and adolescents*, 6, 177-183.

Annexes

A. Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, en ayant respecté les critères et les normes selon les directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées. »

Jennifer Chammartin

Sophie Groux

B. L'adolescence

Cette annexe a pour but de faire ressortir les différentes manières mises en évidence par les écrits de définir l'adolescence afin de l'entrevoir selon ses différents angles. Il s'agit du texte complet duquel sont tirées les informations présentées dans le travail. Les informations suivantes ont aussi eu pour but, dans un premier temps, lors de la formulation de la question de recherche, de soulever des questions plus précises concernant cette période de vie et l'utilisation de la contraception par les adolescents.

Les définitions de l'adolescence

Store et Church (1973) mettent en évidence, dans leur définition de l'adolescence, qu'elle comporte de nombreuses facettes: « Un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. C'est à dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte. » (Calixte, 2007, p.1). Cette définition témoigne du fait que l'adolescence ne peut pas juste être définie par l'âge, mais que c'est un état multidimensionnel.

Les écrits consultés ont fait ressortir quatre manières différentes d'aborder la thématique de l'adolescence : selon la tranche d'âge, les changements vécus, la quête d'identité et les comportements à risque.

Tout d'abord, il est possible de définir l'adolescence selon une tranche d'âge. Cette manière de voir l'adolescence ne donnant pas suffisamment d'informations concernant les caractéristiques de cette population, l'adolescence sera abordée du point de vue des changements qui la caractérisent. Ces changements représentent l'élément de l'adolescence qui se voit le plus. Puis la notion de crise d'identité présente lors de l'adolescence sera abordée car cette crise est la conséquence des nombreux changements vécus par l'adolescent. L'identité sexuée, identité qui mène l'adolescent à la question de la procréation et donc de la contraception, sera particulièrement documentée. Finalement cette période de vie sera abordée sous l'angle des comportements à risque qui y sont associés. Ces comportements à risque pourront être mis en lien avec la question de la contraception, car le fait de ne pas utiliser de contraception est, en lui-même, un comportement à risque.

L'adolescence selon une tranche d'âge

Pour l'organisation mondiale de la Santé (2002), l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans. Cependant, Dolto, Dolto-Tolitch et Percheminier (1989) mettent en évidence que les limites de l'adolescence sont floues. En effet, l'adolescence peut être définie comme « (...) la période de passage qui sépare l'enfance de l'âge adulte (...) » (Dolto et al., 1989, p.13) et dont le point de départ est la puberté. Il s'agit donc d'un processus évolutif s'étendant sur de nombreuses années et pour lequel il est impossible de fixer une date précise d'entrée et de sortie.

L'adolescence selon les changements vécus

Les changements vécus par l'adolescent sont catégorisés par Braconnier et Marcelli (1998), en 3 groupes principaux : les changements physiques, psychologiques et sociaux.

L'étude de ces différents changements permettra de comprendre comment la vie de l'adolescent est modifiée, l'objectif étant de saisir de quelle manière ces différentes modifications peuvent influencer la manière dont l'adolescent gère la question de la contraception.

- Les changements physiques

Les changements physiques sont primordiaux car ce sont eux qui amènent à un corps sexué. Ce nouveau corps joue un rôle décisif pour l'adolescent dans la découverte de la sexualité. Les changements corporels sont particulièrement importants à comprendre car ce sont les modifications de l'adolescence qui se voient le plus. De plus, ils sont considérés par certains auteurs comme Laufer (1978) comme la source de toutes les autres modifications et par conséquent de la crise vécue par l'adolescent (Birraux, 1994). Cependant, même s'il est vrai que les changements physiques sont ceux qui se remarquent le plus au premier abord, il est à noter que ce ne sont de loin pas les seuls changements vécus par l'adolescent.

Certains auteurs, notamment Laufer (1978), considèrent que la puberté et ses modifications physiologiques initient « (...) une rencontre avec un corps sexué et l'adolescence consistera à intégrer dans l'activité psychique la représentation

de ce nouvel objet qu'est ce nouveau corps. » (Birraux, 1994, p.11). Ce serait, par conséquent, les modifications physiques qui provoqueraient les autres changements typiques de l'adolescence, dont les changements psychologiques et sociaux abordés par la suite.

Les transformations physiques sont intimement liées à la puberté qui peut être définie comme « (...) l'ensemble des changements essentiellement biologiques et anatomiques qui aboutissent à la capacité de reproduction. » (Birraux, 1994, p.20). Birraux (1994) met en évidence que la puberté coïncide avec les premières règles chez les filles, alors que pour les garçons elle coïncide avec la première éjaculation. Braconnier et Marcelli (1998) quant à eux n'affirment pas la même chose : « Les premières règles marquent, sur le plan physiologique, la fin de la puberté. » (Braconnier et Marcelli, 1998, p. 107) alors que pour le garçon c'est la première éjaculation qui marque l'achèvement de la puberté. Nous remarquons par conséquent que les auteurs ne sont pas en accord concernant le rôle que jouent les premières règles et la première éjaculation dans la puberté.

Dolto et al. (1989) et Paroles d'ados (2007) mettent en évidence les principaux changements vécus à la puberté. Pour les filles, les principales modifications physiques sont le développement de la poitrine, l'apparition des règles, le développement des poils au niveau du pubis et des aisselles et les hanches qui s'élargissent. Pour les garçons, ce sont le grossissement du pénis et des testicules avec des érections plus fréquentes et les premières éjaculations, l'apparition de la pilosité particulièrement au niveau du sexe, des aisselles, du visage et du thorax, la mue de la voix et également l'élargissement des épaules. L'acné est également présente chez 80% des adolescents. Ces différentes modifications amènent à un corps sexué. Tous ces changements corporels amènent l'adolescent à se poser des questions sur son corps, notamment sur sa nouvelle capacité de reproduction.

La question de la sexualité des adolescents et, par conséquent, celle de leur contraception sont des questions relativement récentes. En effet, l'âge de la puberté a considérablement baissé depuis 1850. Cette diminution de l'âge de la puberté a pour conséquence que les jeunes ont la capacité de procréer à un âge plus précoce. En effet, Birraux (1994) prend comme exemple la Norvège où l'âge moyen de l'apparition des premières règles est passé de 17 ans, en

1850, à 13 ans et 6 mois en 1950. Birraux (1994) met parallèlement en évidence que nous pourrions alors nous attendre à ce qu'une telle diminution soit accompagnée d'une « (...) capacité de développement psychique qui devrait autoriser aussi des autonomisations plus rapides. » (p.27). Cependant, Birraux (1994) fait ressortir que les systèmes sociaux industrialisés ne s'orientent pas vers cela. Cela crée une évolution discordante avec, d'une part, un corps plus rapidement autonome et apte à la reproduction et, d'autre part, un âge d'autonomisation qui reste élevé.

- Les changements psychologiques

Les seconds changements traités concernent le psychisme. En effet la psychologie est la « Science qui étudie les faits psychiques » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL], 2012a). Le psychisme peut être défini de la manière suivante : « Ensemble, conscient ou inconscient (...) des phénomènes, des processus relevant de l'esprit, de l'intelligence et de l'affectivité et constituant la vie psychique. » (CNRTL, 2012b). dans ce paragraphe, un intérêt particulier est donné à l'évolution de l'intelligence car celle-ci a une influence sur la compréhension que l'adolescent a des moyens de contraception existants ainsi que des risques et des avantages de ces différentes méthodes.

Le modèle proposé par Jean Piaget est utilisé pour traiter des changements de l'intelligence. Piaget, auteur suisse du XXème siècle, connu notamment pour ses travaux en psychologie du développement, divise le développement de l'intelligence chez l'enfant et l'adolescent en 4 étapes. Selon Piaget (1967), le stade de 12 à 15 ans est celui de l'intelligence opératoire formelle ou hypothético-déductive. Piaget (1967) met en évidence que ce stade est essentiellement caractérisé par la libération du concret. Cela signifie que l'adolescent n'est plus dépendant de la manipulation d'objets réels pour comprendre : « L'adolescent, par opposition à l'enfant, est un individu qui réfléchit en dehors du présent et élabore des théories sur toutes choses, se plaisant en particulier aux considérations inactuelles. » (Piaget, 1967, p.158). Cela implique également la possibilité d'établir des hypothèses. Cette phase amène, comme le dit Piaget (1967), à « (...) l'intelligence réflexive achevée. » (p.134).

- **Les changements sociaux**

En plus des changements physiques et psychologiques, il apparaît nécessaire de traiter des changements sociaux et familiaux. En effet, les écrits relèvent un bouleversement des repères de adolescent avec, comme le mettent en évidence Dolto et al. (1989), une diminution de la tendance à se confier aux parents et une disposition importante à se rallier au groupe. Ce processus mène à l'indépendance d'action qui a été mis en évidence dans la définition de l'adolescence donnée par Store et Church (1973). Dans ce chapitre des changements sociaux, l'accent est mis sur les changements concernant les relations que l'adolescent entretient avec sa famille et ses amis.

La période de l'adolescence, comme le mettent en évidence Dolto et al. (1989), est marquée par une modification des interactions entre le jeune et sa famille, notamment ses parents. Il y a, entre autre, une diminution de la tendance à se confier aux parents. Il s'agit, par conséquent, d'un processus qui mène de la dépendance à l'indépendance qui est amorcé par la puberté. Les repères concernant les personnes significatives pour l'adolescent sont alors complètement chamboulés.

Braconnier et Marcelli (1998) mettent en évidence que le besoin « (...) pour l'adolescent d'être « en groupe » répond à des besoins éducatifs et sociaux (...) » (p.40). Les besoins sociaux de l'adolescent sont alors de « (...) se sentir intégré dans la société et plus particulièrement à la classe d'âge qui caractérise cette société » (Braconnier & Marcelli, 1998, p. 41). Comme il est mis en évidence dans le chapitre ci-dessous concernant l'identité, les pairs jouent un rôle important dans la recherche de l'identité de l'adolescent.

L'adolescence selon la quête d'identité

Les nombreux changements présentés ci-dessus amène l'adolescent à se questionner sur son identité. Ce chapitre est donc consacré à l'identité de l'adolescent qui est en pleine mutation et au concept de crise de l'identité, terme utilisé par certains auteurs dont Erikson et Dolto. L'identité qui, du point de vue de la psychologie, peut être définie comme la « Conscience de la persistance du moi » (CNRTL, 2012c) est l'un des concepts en lien avec l'adolescence qui revient fréquemment et qui semble être source de difficultés

pour l'adolescent. Les différents changements vécus, notamment physiques « (...) menacent la permanence du sentiment d'identité construit dans les premières enfances. » (Birraux, 1994, p.17). Ce processus peut donc se résumer par « (...) on sait ce que l'on n'est plus mais (...) on ne sait pas encore qui on est (...) » (Dolto et al., 1989, p.113). L'adolescent est par conséquent un individu "en devenir".

Pour traiter de la crise d'identité, les points de vue d'Erikson et de Dolto seront utilisés dans le but de définir l'état dans lequel se trouve l'adolescent. L'importance du regard de l'autre dans cette quête d'identité sera aussi développée car le regard de l'autre, comme le montrent Dolto et al (1989), joue un rôle primordial dans l'établissement de l'identité de l'adolescent. Finalement sera traitée la question de la recherche d'une identité sexuée car il s'agit d'une notion essentielle en lien avec l'apparition de la capacité de reproduction

- **La crise d'identité selon Erikson**

Le stade de l'adolescence correspond, selon Erikson (1972), au stade de la crise d'identité. Cet auteur catégorise le développement de tout être humain en différents stades. À chacun de ces stades se présente une crise. Erikson (1972) décrit l'adolescence comme une période de « (...) crise développementale – qu'on appelle aussi normative (...) » (Houde, 1991, p.49). Chaque stade comporte selon Erikson (1972) un pôle positif et un pôle négatif. Dans le stade de l'adolescence, il s'agit de l'identité, pôle positif, qui s'oppose à la confusion de rôle, pôle négatif. Il est important de noter que, selon Erikson (1972) le mot crise n'est alors pas utilisé dans son sens négatif, mais dans son contexte évolutif, « (...) non point pour désigner une menace de catastrophe mais un tournant, une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialités accentuées (...) » (Houde, 1991, p.50). Il ressort donc que la crise identitaire de l'adolescent est à la fois une période de vulnérabilité mais également une période de potentialités accrues. Les personnes vulnérables sont « (...) celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. » (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Si la crise de l'adolescence est bien gérée elle permettra à l'adolescent d'établir son identité.

- **Le complexe du Homard selon Dolto**

Dolto (1989) quant à elle, utilise l'image du homard pour parler de la crise vécue par l'adolescent. L'adolescent est comme un homard qui se défait de sa carapace de façon assez brusque à la fin de son enfance pour en acquérir une autre. Entre ces deux carapaces, il se trouve, comme le met aussi en évidence Erikson, dans une position de vulnérabilité durant laquelle son identité est floue. Il s'agit de la période de l'adolescence.

- **Importance du regard de l'autre**

Comme il a été mis en évidence ci-dessus, les changements et particulièrement les changements physiques, entraînent des questions concernant l'identité du jeune et surtout l'image qu'il renvoie. La recherche de cette image passe par le miroir et surtout par le regard des autres. Le groupe d'amis va alors jouer un rôle important dans la recherche de l'image idéale. Suivre une mode, celle du groupe, devient alors primordial car il s'agit d'un « (...) signe de ralliement, d'intégration. ». (Dolto et al. 1989, p.24). L'adolescent qui à cause de ses modifications corporelles ne se plaît plus à lui-même cherche à « (...) se plaire dans le regard des autres. » (Dolto et al., 1989, p.24). Ces mêmes auteurs montrent que la tendance est alors à se plier à un moule qui ne convient pas nécessairement à l'adolescent lui-même mais qui lui permet d'être accepté par ses pairs.

- **La recherche d'une identité sexuée**

Comme le mettent en évidence Braconnier et Marcelli (1998), la recherche de l'identité sexuée fait partie de la recherche de l'identité de l'adolescent. L'apparition d'un corps sexué met en évidence sa nouvelle capacité de reproduction. Le développement de cette identité repose « (...) sur la reconnaissance, puis l'acceptation de la nouvelle image du corps (...) » (Braconnier & Marcelli, 1998, p.109). L'enjeu est alors de se reconnaître dans un corps qui est visiblement soit féminin soit masculin. En effet, comme le mettent en évidence Braconnier et Marcelli (1998), l'ambiguïté de l'enfance durant laquelle le corps n'est pas encore clairement sexué n'est plus possible lors de l'adolescence et l'enjeu est alors pour celui-ci de se reconnaître dans ce nouveau corps. Cette reconnaissance passe notamment par de longues

observations devant le miroir. Il s'agit, comme Braconnier et Marcelli (1998) le disent, d'un « (...) véritable « travail » de reconnaissance de l'image de soi » (p.109). L'intégration psychique de ce corps sexué est l'un des éléments nécessaires à l'établissement de l'identité de l'adolescent.

L'adolescence selon l'angle des comportements à risque

Comme le met en évidence Favresse (S.d.) « L'adolescence est souvent appréhendée sous l'angle des conduites à risque. » (p.10). Il s'agit en effet d'un élément qui revient régulièrement dans les écrits s'intéressant aux adolescents. La présence de comportement à risque peut donc être une des manières d'aborder cette période de la vie. L'adolescence peut être vue comme une période où la conscience du risque est diminuée. Kuntsche et Windlin (2009) ont fait ressortir de l'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) de 2006 les moyens de contraception utilisés, lors de la dernière relation sexuelle, par les adolescents de 14-15 ans, filles et garçons confondus. Ils mettent en évidence que 5 % n'ont utilisé aucun moyen de contraception. Ces 5 % ne craignent-ils pas les grossesses non désirées ? L'absence de contraception peut être définie comme étant un comportement à risque. Ce constat constitue la base de ce chapitre sur les comportements à risque.

Les comportements sexuels à risque font partie des conduites à risque. Selon Godeau et al. (2005), « De nombreuses normes de comportements propres à l'adolescence – la spontanéité, les conduites d'essai, voire de prise de risque, et l'instabilité – peuvent générer des problèmes de santé liés à la sexualité. » (Bantuelle & Demeulemeester, S.d., p.47).

Les écrits mettent en évidence de nombreuses définitions des comportements aussi appelés conduites à risque. L'une de ces définitions est, selon Le Breton (2003), la suivante : « Les conduites à risque consistent en l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril (...) » (Bantuelle & Demeulemeester, S.d., p.37). Ces comportements à risque vont, selon Assailly (1997) « (...) souvent de pair avec la quête de l'autonomie et la recherche d'indépendance : l'acquisition de l'indépendance suppose, en effet l'engagement dans le risque. » (Bantuelle & Demeulemeester, S.d., p.38). Il

s'agit d'une manière pour le jeune de montrer qu'il n'est plus un enfant et de s'approprier son nouveau corps.

C. Les différents moyens de contraception

Afin d'être consciente de tous les moyens contraceptifs existant et d'en connaître leurs avantages et leurs inconvénients, leurs effets et leurs effets secondaires, etc. Nous présentons dans ce chapitre chaque moyen contraceptif catégorisés par méthodes contraceptives : hormonale, non-hormonale, naturelle et post-coïtale.

Efficacité :

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl qui est, comme l'explique Camus (2006) le nombre de grossesses accidentelles survenues sur 100 femmes soumises au contraceptif en question sur la durée d'une année. Par conséquent, si l'indice de Pearl est de 0,1, cela indique que sur 1000 femmes utilisant le moyen contraceptif une a développé une grossesse au cours d'une année d'utilisation.

1. Les méthodes hormonales

Dans cette catégorie, nous trouvons les méthodes oestroprogestatives qui regroupent la pilule combinée, le dispositif transdermique hormonal et l'anneau vaginal, ainsi que les méthodes progestatives telles que la minipilule, la pilule macroprogestative, le contraceptif hormonal injectable trimestriel, l'implant hormonal et le système intra-utérin hormonal.

1.1. **Les méthodes oestroprogestatives :**

Les moyens oestroprogestatifs associent deux hormones de synthèse semblables à celles sécrétées naturellement chez la femme, l'œstrogène et la progestérone.

En se basant sur les écrits de Brunner et Suddarth (2011), Marieb et Hoehn (2010) et Chevalier et Steimer (S.d.), on comprend que ces préparations bloquent la stimulation de l'ovaire en empêchant la libération des hormones hypophysaires, FSH (follicule stimulating hormone) et LH (luteinizing hormone), chargées de la maturation des follicules. En effet, à dose relativement faible, les oestrogènes inhibent le rôle FSH-LH qui est d'aider à la maturation des follicules. Par conséquent, il n'y a pas d'ovulation. La progestérone, quant à

elle, inhibe la libération de LH ce qui a pour conséquence de stopper la maturation du corps jaune si l'ovocyte n'est pas fécondé. La progestérone a aussi pour effet d'épaissir la glaire cervicale, ce qui rend le passage à travers le col de l'utérus difficile pour les spermatozoïdes.

L'association oestroprogestatives a donc un effet en 3 temps :

1. Inhibition de l'ovulation (effet principal)
2. Rendre difficile la fécondation (épaississement de la glaire cervicale)
3. Rendre impossible la nidation en empêchant l'épaississement de la muqueuse de l'endomètre

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes, 2004) mentionne les contre-indications aux oestroprogestatifs de l'Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) telles que :

- Les accidents thromboemboliques artériels ou veineux (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, etc.) actuels, à titre d'antécédents ou de prédisposition ainsi que les maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes
- Hypertension artérielle non équilibrée
- Troubles du rythme thrombogènes
- Valvulopathie
- Diabète compliqué de micro- ou macro- angiopathie
- Cancer du sein, de l'endomètre ou tumeur oestrogéno-dépendante
- Affection hépatique
- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Tumeur hypophysaire
- Collagénoses (atteinte inflammatoire chronique des fibres de collagène du tissu conjonctif)

L'Anaes (2004) parle également des contre-indications mentionnées par l'OMS, en complément à celles déjà cités par l'Afssaps. On y trouve par exemple :

- L'allaitement, le post-partum
- La consommation excessive de cigarettes (si âge de >35 ans)
- L'hypertension sévère

- Chirurgie majeur impliquant une immobilisation prolongée
- Certains types de migraines
- Hyperlipidémie
- Diabète de plus de 20 ans
- Cholécystopathie actuelle ou traitée médicalement

Il existe trois moyens de contraception oestroprogestative : la pilule combinée, le dispositif transdermique hormonal et l'anneau vaginal.

1.1.1. La pilule combinée:

Contraception oestroprogestative orale sous forme de plaquettes de 21 ou 28 comprimés à prendre quotidiennement à heure fixe. En cas d'oubli, la pilule peut être prise sans risque d'inefficacité contraceptive dans les 12 heures suivant l'heure habituelle de prise.

Selon le site CIAO (2009), le prix de la pilule contraceptive est d'environ 10 à 24 CHF pour un mois.

« La pilule n'est disponible que sur ordonnance médicale. Elle doit donc être prescrite par le médecin ». (BayerHealthCare, 2012, p.23).

Selon l'Anaes (2004), l'indice de Pearl de la pilule combinée est de 0,1 en pratique parfaite (théorie) et 6-8 dans la pratique courante.

Sur le site "Contraceptions" (S.d.), en s'intéressant au dosage des différentes pilules, on comprend que l'œstrogène de synthèse le plus utilisé est l'éthinyl-estradiol (toutes générations confondues) bien qu'un petit nombre de pilules soient composées de Valérate d'estradiol ou d'estradiol.

Les pilules oestroprogestatives associent un œstrogène avec un ou plusieurs progestatifs de synthèse.

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2012), les avantages principaux de la pilule combinée (toutes générations confondues) sont que son efficacité est réversible, qu'elle régularise le cycle menstruel et réduit les crampes menstruelles, diminue l'acné et l'hirsutisme (dépend de la

génération), réduit le risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire et diminue les symptômes prémenstruels.

Toujours selon cette société, ses inconvénients sont qu'elle nécessite une rigueur dans sa prise quotidienne, qu'elle peut augmenter le risque de formation de caillots sanguin (risque thromboembolique), qu'elle ne protège pas des infections sexuellement transmissibles et qu'elle peut provoquer certains effets secondaires comme « des nausées, des vomissements, des jambes lourdes, des mastodynies, une acné, un hirsutisme et des migraines.

Selon l'Université Médicale Virtuelle Francophone (2010-2011), une faible augmentation de la tension artérielle peut être observée sous cette contraception. Associée au tabagisme, certaines études ont noté une très faible augmentation du risque du cancer du sein.

« Les oestroprogestatifs activent la coagulation mais augmentent la fibrinolyse. Le risque de thrombose semble surtout lié à un terrain prédisposant qu'il faudra dépister (...). D'un point de vue épidémiologique, une association entre la survenue d'un accident veineux thromboembolique et la prise d'une contraception orale a été notée, peut être supérieur lorsque le progestatif utilisé est de 3^{ème} génération. (...) il passe de 1 pour 10'000 femmes par an chez les non utilisatrices à 3,4 pour 10'000 femmes/an chez les utilisatrices de pilule oestroprogestative. (...). Une association entre l'utilisation de la contraception orale et la survenue d'accidents vasculaires coronariens ou cérébraux a été notée mais (...) tient essentiellement à un tabagisme associé qui multiplie le risque par 11. » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p. 10-11).

Le docteur Hordé (2013) explique que la génération de la pilule (1^{ère}, 2^e, 3^e ou 4^e) fait référence à l'évolution dans le temps de la composition de celle-ci, notamment de ses progestatifs. La génération de la pilule influe sur ses avantages et ses inconvénients.

1^{ère} génération :

Apparition : années 60.

Particularité : fortement dosées en oestrogènes. Selon Toledano (S.d.), les progestatifs utilisés sont : Norethistéone, Norgestrienone.

Effets secondaires : gonflement des seins, nausées, migraines, troubles vasculaires et « un effet androgénique non nul » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p. 1).

Exemple : Triella®

2^e génération :

Apparition : années 70-80.

Particularité : les progestatifs utilisés sont : Norgestrel, Lévonorgestrel

Effets secondaires : moins d'effets secondaires que les pilules de 1^{ère} génération mais risque de thrombose veineuse toujours présent.

Exemple : Minidril®, Adepal®, Leeloo®, ...

3^e génération :

Apparition : années 90.

Particularité : association de 3 types de progestérone synthétique : Désogestrel, Gestodène ou Norgestimate.

Effets secondaires : diminuent les effets secondaires des générations précédentes telles que l'acné, les douleurs mammaires et les nausées. « De plus, ils ont un effet androgénique moindre » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p.3). Toutefois, les risques thromboemboliques sont plus élevés.

Exemple : Carlin®, Desobel®, Moneva®, ...

4^e génération :

Particularité : sont composées d'un nouveau progestatif : Drospirénone, Dienogest.

Effets secondaires : semblables à ceux des pilules de 3^e génération

Exemple : Jasmine®, Yaz®, Belanette®, ...

L'Anaes (2004) indique aussi qu'il y a des sous-catégories pour classer les pilules oestroprogestatives :

- Monophasiques : toutes les pilules de la plaquette sont de composition identique.
- Biphases : le dosage en œstrogène, progestérone ou les deux est augmenté dans la 2^e partie du cycle.
- Triphasiques : le dosage en œstrogène, progestérone ou les deux est présent de manière variable créant trois phases.

Camus (2006) parle aussi des pilules séquentielles chez lesquelles l'hormone progestative n'est introduite qu'après 7 à 15 jours.

Le dispositif transdermique hormonal :

Bayer HealthCare (2011) nous dit que c'est un patch de quelques centimètre contenant les mêmes hormones que la pilule combinée mais dont l'absorption est transdermique. Le patch présente « un dosage faible d'éthinyl-estradiol (...) associé à un progestatif de 3^e génération » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p.4). Les avantages et inconvénients de ce dispositif sont semblables à ceux de la pilule combinée. Un contrôle quotidien de sa bonne adhérence à la peau est souhaitable. Le patch nécessite d'être changé chaque semaine et est porté trois semaines sur quatre.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix du patch transdermique s'élève à 25 CHF par mois.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl du dispositif transdermique hormonal est de 0,3 en pratique parfaite (théorie) et de 8 dans la pratique courante.

1.1.2. L'anneau vaginal :

« Il s'agit d'un anneau en vinylacétate souple de 54 mm de diamètre se plaçant dans le vagin et contenant deux hormones » (Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive [PLANeS], 2010a).

Bayer HealthCare (2011) ajoute que l'anneau vaginal utilise les mêmes hormones que la pilule combinée mais que celles-ci sont absorbées par la muqueuse vaginale. Les avantages et inconvénients de cette méthode sont

semblables à ceux de la pilule. L'anneau se change mensuellement, il est porté 3 semaines sur 4.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix de l'anneau vaginal se monte à 25 CHF par mois.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl de l'anneau vaginal est de 0,3 en pratique parfaite (théorie) et de 8 dans la pratique courante.

1.2. Les moyens progestatifs :

Ces moyens ont comme principal effet d'épaissir la glaire cervicale et de modifier l'endomètre en le rendant impropre à la nidation mais ils ont aussi une action plus ou moins marquée sur l'ovulation.

Selon Bitzer, Tschudin et Frey Tirri (2006), les méthodes contraceptives progestatives pures visent trois groupes : les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux moyens contraceptifs contenant de l'œstrogène, les femmes qui souffrent de certaines maladies concomitantes (endométriose, migraine menstruelle, etc.) ainsi que les femmes présentant un problème d'observance (proposer le contraceptif hormonal injectable trimestrielle ou l'implant hormonal).

De manière générale, les effets indésirables des méthodes progestatives sont, selon l'Anaes (2004), des mastodynies, oedèmes cycliques, douleurs pelviennes, une irrégularité du cycle menstruel (augmentation des saignements, spotting ou aménorrhée), kystes ovariens et un risque de grossesse extra-utérine.

Il y a cinq moyens de contraception progestative : la pilule microprogestative, la pilule macroprogestative, le contraceptif hormonal injectable trimestriel, l'implant hormonal et le système intra-utérin hormonal.

1.2.1. La pilule microprogestative, minipilule ou micropilule :

Plaquette de 28 comprimés contenant uniquement de la progestérone.

« La minipilule est prise chaque jour (c'est-à-dire pendant 28 jours), sans pause de 7 jours. La prise de la minipilule nécessite une discipline particulière. » (Espace de la femme Vevey-Montreux, s.d). En effet seul un retard de maximum 3 heures sur l'heure de prise habituelle est toléré afin de garder une sécurité contraceptive optimale. Selon l'Université Médicale Virtuelle Francophone (2010-2011), l'exception à cette règle concerne la Cérazette® qui, comme les pilules oestroprogestatives, admet un retard dans la prise de 12 heures maximum.

Selon le SOGC (2012), ses avantages résident dans le fait que son efficacité est réversible et qu'elle peut réduire le flux et les crampes menstruelles. Ses inconvénients sont qu'elle nécessite de la rigueur dans la prise quotidienne, qu'elle peut causer des saignements irréguliers ou, selon l'Université Médicale Virtuelle Francophone (2010-2011), des spotting (petites pertes de sang quotidiennes) ou encore une aménorrhée. Elle peut également être à l'origine d'une sensibilité au niveau des seins, un gonflement abdominal, de l'acné ou des maux de tête. De plus, elle n'offre aucune protection contre les IST. De plus, « Un risque de grossesse extra-utérine semble également associé à l'utilisation de microprogestatifs » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p. 11). Brideron (S.d.) signale également une augmentation des kystes fonctionnels de l'ovaire avec cette méthode contraceptive.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix de la pilule est d'environ 15 à 24 CHF par mois.

Selon le site CIAO (2009), le prix de la pilule contraceptive est d'environ 10 à 24 CHF pour un mois.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl de la pilule microprogestative est de 0,3 en pratique parfaite (théorie) et de 8 dans la pratique courante.

Exemple : Cérazette®, Microval®.

1.2.2. La pilule macroprogestative :

Selon l'Université Médicale Virtuelle Francophone (2010-2011), ces pilules sont à prendre 20 ou 21 jours sur 28. Un retard dans la prise de 12 heures maximum est toléré, comme pour les pilules oestroprogestatives. Son principal

inconvenient est une possible hypoestrogénie et une atrophie endométriale engendrant fréquemment une aménorrhée ou des spotting.

Exemple : Orgamétril®, Primolut-nor®

Selon le site CIAO (2009), le prix de la pilule contraceptive est d'environ 10 à 24 CHF pour un mois.

1.2.3. Le contraceptif hormonal injectable trimestriel :

La fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) (2007a) indique que c'est une injection intramusculaire d'acétate de médroxyprogestérone-retard (un progestatif). L'injection se fait tous les 3 mois.

Selon la SOGC (2012), l'avantage principal est qu'elle ne nécessite une injection que tous les 3 mois. Cette méthode est réversible bien que le retour à la fertilité ne soit pas immédiat. « En moyenne, il faut neuf mois à la suite de la dernière injection avant le rétablissement du cycle menstruel régulier. » (SOGC, 2012). Toujours selon la SOGC (2012), cette méthode réduirait le risque de cancer de l'endomètre.

Les désavantages de cette méthode sont qu'elle diminue la densité osseuse et qu'au début de la prise, les saignements apparaissent souvent irréguliers mais après un an de prise, la moitié des femmes n'ont plus de règles.

Selon un rapport de l'OMS (2007), la densité osseuse diminue effectivement lors de la prise de ce contraceptif injectable mais lorsqu'on stoppe cette méthode, la densité osseuse normale est retrouvée dans les 2 ans. Alors, étant donné qu'après l'arrêt d'une telle méthode, la densité osseuse se normalise à nouveau et bien que l'adolescence soit un moment crucial en ce qui concerne la densité osseuse, « (...) il est peu probable que ces derniers augmentent le risque de fracture à un âge avancé. » (OMS, 2007, p.2).

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix de cette injection est d'environ 50 CHF et elle doit être renouvelée tous les 3 mois.

Selon l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl du contraceptif hormonal injectable trimestriel est de 0,3.

Exemple : Dépo-Provera® ou Noristerat®

1.2.4. L'implant hormonal :

Bayer HealthCare (2011) indique que c'est une tige de matière synthétique contenant un progestatif qui s'introduit chirurgicalement sous la peau et qui offre une protection contraceptive durant trois ans. Essex Chemie (S.d.) précise que le progestatif que contient l'Implanon est l'étonogestrel.

Selon Essex Chemie (S.d.) les avantages de cette méthode sont qu'elle est efficace durant trois années et qu'elle ne nécessite pas une prise quotidienne.

Pour ce qui est des désavantages, l'Anaes (2004) met en évidence les troubles du cycle incluant saignements accrus, spotting ou aménorrhée, des céphalées, de l'acné, une prise de poids ainsi que des tensions mammaires. De plus, nous notons que l'introduction et le retrait de ce dispositif impliquent une anesthésie locale et qu'une petite cicatrice persistera.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix de l'implant est d'environ 315 CHF ce à quoi il faut rajouter les frais pour sa mise en place.

Selon l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl de l'implant hormonal est de 0,1.

Exemple : Implanon®

1.2.5. Le système intra-utérin hormonal (stérilet hormonal) :

La fédération du Québec pour le planning des naissances (2007b) explique que c'est un dispositif en plastique souple, de la forme d'un T qui contient du Lévonorgestrel (progestatif de 2^e génération). Le placement se fait au niveau de l'utérus par un gynécologue. Ce système assure une protection contraceptive durant cinq ans.

Selon la fédération canadienne pour la santé sexuelle (2007), les avantages de cette méthode sont qu'elle est efficace durant 5 ans et qu'elle peut réduire les douleurs menstruelles. Ses inconvénients sont qu'elle augmente le risque de développer un syndrome inflammatoire pelvien dans le cas où une IST serait contractée. De plus, elle peut provoquer des métrorragies (perte de sang en dehors des règles) et, selon la SOGC (2012) cette fois, un tiers des femmes n'ont plus leurs règles durant la période où elles sont porteuses de ce système. Celle-ci nous informe également du fait qu'il existe un risque de perforation de l'utérus lors de la pose de ce dispositif.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix du stérilet aux hormones est d'environ 300 CHF ce à quoi s'ajoutent les frais pour sa mise en place.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl du système intra-utérin hormonal est de 0,1.

2. Les méthodes non-hormonales

Les méthodes non hormonales sont : le préservatif masculin ou féminin, le stérilet au cuivre, le capuchon cervical, le diaphragme et les spermicides.

2.1. Le préservatif masculin :

Selon CIAO (2012a), c'est la seule contraception masculine. Il s'agit d'un revêtement en latex, polyuréthane ou sensoprène qui, placé sur le pénis en érection, retient le sperme. Il empêche ainsi la fécondation de l'ovule et a l'avantage de protéger également des infections sexuellement transmissibles.

« Il est important de prendre la bonne taille, car un préservatif trop petit risque de se déchirer et un trop grand, de ne pas rester en place durant le rapport. Les préservatifs portant le label OK ou CE sont les plus sûrs, car ils ont été testés. En cas d'emploi de lubrifiant (...), il convient de vérifier qu'il soit à base d'eau. En effet, les crèmes à base d'huile (vaseline, Nivea, huile de massage, beurre, huile alimentaire, etc.) peuvent altérer le préservatif » (Pro Juventute, 2013)

Selon la Fédération du Québec pour le Planning des naissances (FQPN) (2007c), les avantages de cette méthode sont qu'elle prévient des grossesses et qu'elle protège contre les IST, qu'elle est facilement accessible et qu'elle peut être utilisée en complément d'une autre méthode. Ses inconvénients sont que le condom peut être rompu par des manipulations, qu'il nécessite un arrêt du rapport sexuel pour la mise en place et qu'il oblige l'homme à se retirer rapidement après l'éjaculation.

C'est une méthode contraceptive disponible sans ordonnance.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix d'un préservatif varie entre 80 centimes et 2 CHF.

Selon l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl du préservatif masculin est de 3 en pratique parfaite (théorie) et de 14 dans la pratique courante.

2.2. Le préservatif féminin :

« Le condom féminin est une gaine en polyuréthane de forme cylindrique, il est inséré dans le vagin avant les rapports sexuels. Deux anneaux flexibles se retrouvent à chaque extrémité afin de maintenir le condom en place. » (Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2007d).

Planes (2010b) explique que c'est une sorte de grand préservatif qui va tapisser les parois du vagin et ainsi contenir le sperme afin que les spermatozoïdes ne soient en contact ni avec le vagin ni avec l'utérus.

Selon la Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (2007d), les avantages sont qu'il protège également des infections sexuellement transmissibles et qu'il est plus résistant que le latex. Ses inconvénients résident dans les difficultés à sa mise en place, le fait qu'il faille le tenir au moment de la pénétration et que l'anneau extérieur reste visible.

Exemple : Femidon®

Il est disponible en pharmacie, sans ordonnance.

Selon le site CIAO (2011), le prix en pharmacie d'une boîte de 3 préservatif féminin s'élève à 9 CHF.

Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl du préservatif féminin est de 5 en pratique parfaite (théorie) et de 21 dans la pratique courante.

2.3. Le stérilet au cuivre (dispositif intra-utérin) :

Il s'agit, selon Sensoa (2007), d'un objet de petite taille en plastique en forme de T ou d'ancre recouvert ou entouré de cuivre. Le cuivre a pour effet de rendre le déplacement des spermatozoïdes difficile. « Il modifie également la muqueuse de l'orifice utérin. De cette manière le stérilet cuivré empêche toute fécondation. Le cuivre rend également la muqueuse utérine impropre à la nidation. ». (Sensoa, 2007).

Selon Sensoa (2007), le stérilet est introduit par un gynécologue dans l'utérus et il peut être gardé en place pendant 3 à 5 ans.

Sensoa (2007) met en évidence les avantages de ce moyen contraceptif : grande fiabilité, pas besoin de se soucier de sa contraception une fois le stérilet mis en place durant une période de 3 à 5 ans, cycle menstruel conservé, ne contient aucune hormone, ne cause donc pas les effets secondaires des hormones redoutés par certaines femmes.

Il existe aussi des **inconvénients** à cette méthode. Selon Sensoa (2007), les règles peuvent être irrégulières et plus longues au cours des premières mois. Il peut aussi y avoir une perte de sang plus importante ainsi que des douleurs au niveau du bas du ventre. Selon Sensoa (2007), ces effets secondaires peuvent persister au-delà des 6 premiers mois. Cette méthode est déconseillée aux femmes présentant un risque accru de contracter une maladie sexuellement transmissible car « (...) la contamination par une MST augmente le risque d'infection. » (Sensoa, 2007). L'Anaes (2004) détaille ce fait en expliquant que les MST sont à l'origine, chez les porteuses du stérilet au cuivre, de maladies inflammatoire pelviennes (inflammations génitales hautes) prenant la forme de salpingite, endométrite, péritonite ou autre.

Contrairement aux idées reçues, selon Sensoa (2007), le stérilet peut être utilisé par les jeunes femmes n'ayant pas encore eu d'enfants pour autant que leur utérus soit d'une taille et d'une forme normale.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix du stérilet au cuivre se monte environ à 200 CHF (pose incluse) pour 5 ans.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl du stérilet au cuivre est de 0,6 en pratique parfaite (théorie) et de 0,8 dans la pratique courante.

2.4. Le diaphragme :

« Demi-sphère en caoutchouc ou en silicone montée sur un anneau flexible. (...) agit comme une barrière mécanique en recouvrant le col de l'utérus. Il empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus. » (PLANeS, 2010c). Le diaphragme doit être inséré, avant le rapport sexuel, de manière à recouvrir le col de l'utérus.

Selon la FQPN (2007g), la taille du diaphragme est déterminée par la mesure du col utérin par un professionnel. .

PLANeS (2010c) spécifie également qu'il doit rester en place minimum 8 heures après le rapport sexuel.

L'Anaes (2004) rappelle que cette méthode présente l'avantage d'être réutilisable.

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix du diaphragme est d'environ 210 CHF (frais de consultation pour l'adaptation et le conseil inclus).

Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl du diaphragme est de 6 en pratique parfaite (théorie) et de 20 dans la pratique courante.

2.5. Capuchon cervical :

Il « (...) fonctionne comme le diaphragme, sauf qu'il s'agit d'une sorte de ventouse à fixer sur l'utérus. Il faut le mettre en place 30 minutes ou une heure

avant le rapport pour qu'il ait le temps d'adhérer à l'utérus. On peut l'enlever au plus tôt huit heures après le dernier jet de sperme » (Pro Juventute, 2013).

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix du capuchon cervical est d'environ 230 CHF (frais de consultation pour l'adaptation et le conseil inclus).

Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl du capuchon cervical est de 9 en pratique parfaite (théorie) et de 20 dans la pratique courante.

2.6. Les spermicides :

Appelés aussi les contraceptifs chimiques.

Sur le site "Comprendre choisir" (S.d.^b), les divers spermicides sont présentés. Ces derniers se trouvent sous forme d'ovules, de crèmes ou d'éponges.

Les spermicides doivent être introduits dans le vagin jusqu'à 1 heure avant le rapport sexuel (pour les ovules par exemple) et ne peuvent être retirés, manuellement pour les éponges et par lavage du vagin pour les crèmes et les ovules, qu'après plus d'1 ou 2 heures après le rapport sexuel. Les spermicides ont pour effet de rendre immobiles ou de détruire les spermatozoïdes.

Les désavantages de ces méthodes sont qu'elles nécessitent une anticipation du rapport sexuel et que leur efficacité peut être limitée dans le temps (l'efficacité des ovules dure 4 heures). Le principal désavantage est que leur efficacité, lorsqu'elles sont utilisées comme unique contraceptif, n'est pas élevée. L'indice de Pearl est estimé, par Pro Juventute (2013), entre 4 et 25. Toutefois, utilisés avec le préservatif ou le diaphragme, les spermicides renforcent leur action individuelle.

Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), l'indice de Pearl des spermicides est de 6 en pratique parfaite (théorie) et de 26 dans la pratique courante.

Selon Pro Juventute (2013), le prix de 10 ovules est en pharmacie de 18 CHF

3. Les méthodes naturelles :

La plupart des méthodes de contraception naturelles cherchent à déterminer la période d'ovulation afin de savoir à quelles périodes les femmes doivent avoir recours à un contraceptif non hormonal (préservatif, diaphragme, ...) dans le but d'éviter une grossesse non désirée. Les méthodes naturelles qui suivent ce principe sont : la méthode sympto-thermique, la méthode des températures, la méthode Billings, la méthode Knaus-Ogino ainsi que les trousseaux de prédiction de l'ovulation.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aussi brièvement à deux autres méthodes : le coït interrompu et la douche vaginale qui, comme nous le verrons plus tard, ne font pas appel au même principe.

Toutes ces méthodes ne protègent pas des IST.

3.1. Méthode sympto-thermique :

Appelée aussi méthode d'auto-observation (MAO).

Selon Pro Juventute (2013), cette méthode se base sur l'auto-observation des caractéristiques de la glaire cervicale, du col de l'utérus et de la température basale afin de déterminer la période d'ovulation.

Selon la FQPN (2008a), l'avantage de cette méthode est qu'elle n'interfère pas sur le système hormonal et qu'elle amène les femmes à mieux connaître leur corps. Le désavantage principal de cette méthode est qu'elle nécessite une discipline et de l'exercice pratique avant d'être maîtrisée. De plus, « certains facteurs, tels qu'une infection, peuvent modifier les manifestations de l'ovulation et par le fait même diminuer l'efficacité de la méthode » (FQPN, 2008a).

« La méthode sympto-thermique est le mode de contraception naturel le plus sûr » (Pro Juventute, 2013).

Selon le site Pro Juventute (2013), le prix de cette méthode se situe entre 25 et 225 CHF pour l'acquisition du thermomètre et du manuel

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl de la méthode symptothermique est de 2 en pratique parfaite (théorie) et de 25 dans la pratique courante.

3.2. Méthode des températures :

Selon PLANeS (2010b), cette méthode consiste en la prise de la température de son corps quotidiennement, le matin au réveil. Ces mesures font apparaître une courbe thermique qui renseigne sur le stade du cycle hormonal ou menstruel. « La courbe thermique indique, par une légère élévation de température, et son maintien en plateau, que l'ovulation est passée et que la période infertile commence. » (PLANeS, 2010b).

L'indice de Pearl est selon le site "Comprendre choisir" (2012) de 0,5 si la méthode est parfaitement utilisée. Dans la pratique courante cet indice passe à 20.

3.3. Méthode Bilings : (observer l'état de la glaire)

Selon PLANeS (2010b) et FQPN (2007), cette méthode se fonde sur l'observation des modifications des caractéristiques de la glaire cervicale afin de déterminer la période d'ovulation et de pouvoir avoir recours à une méthode non hormonale (préservatif, diaphragme, ...) pendant cette période.

« La glaire cervicale, substance sécrétée par les glandes de la muqueuse qui tapissent le col de l'utérus, se modifie tout au long du cycle menstruel, suivant les changements hormonaux. (...) Au fur et à mesure que l'ovulation approche, la glaire cervicale devient plus abondante, transparente, élastique et glissante, ce qui facilite le passage des spermatozoïdes vers l'ovule. (...) Après l'ovulation, la glaire cervicale devient visqueuse, épaisse, opaque et elle est beaucoup moins abondante. Elle devient alors imperméable aux spermatozoïdes, empêchant ainsi le passage de ces derniers vers l'ovule. (...) Dès l'apparition d'une glaire témoignant d'une ovulation proche (glaire abondante et filante), il faut s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale et attendre trois jours après la disparition de ces caractéristiques.» (FQPN, 2008b).

Selon le site "comprendre choisir" (2012), l'indice de Pearl théorique de cette méthode est de 1 alors que dans la pratique courante cet indice augmente à 22,5.

3.4. Méthode Knaus-Ogino :

Appelée aussi méthode du calendrier.

Selon PLANeS (2010b), cette méthode est basée sur le calcul de la durée des cycles précédents afin de prévoir la prochaine période entourant l'ovulation (la période de fertilité).

Selon la FQPN (2008c), les avantages de cette méthode sont qu'elle est gratuite, qu'elle n'a pas d'action sur le système hormonal et qu'elle amène les femmes à une meilleure connaissance théorique de leur cycle menstruel. Toutefois, elle présente plusieurs désavantages importants. En effet, cette méthode se base sur le calcul de la durée des cycles précédents, par conséquent les femmes qui ont des cycles irréguliers peuvent difficilement se fier à cette méthode. De plus, « maladie, choc émotionnel, fatigue, soucis... peuvent avancer ou retarder l'ovulation. » (, 2010b). Cet élément témoigne de la difficulté à prévoir précisément la période de fertilité et, par conséquent, cette méthode est jugée peu sûre (FQPN, 2008c).

« La particularité des premiers cycles qui suivent la ménarche (...) est liée à l'immaturation de l'axe gonadotrope responsable de cycles irréguliers ou de saignements abondants. (...) se traduisant parfois pas une à deux menstruations par an. » (Jacot-Guillarmod & Renteria, 2010, p. 1236). Par conséquent, ceci fait de la méthode du calendrier, une méthode peu adaptée à la plupart des jeunes adolescentes.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl de la méthode de Knauss-Ogino est de 9 en pratique parfaite (théorie) et de 25 dans la pratique courante.

3.5. Trousses de prédiction de l'ovulation

Selon l'Anaes (2004), il s'agit de tests d'ovulation à partir de l'urine. Ce test permet de mettre en évidence le pic de LH (luteinizing hormone) précédent l'ovulation. Il s'agit de ne pas avoir de relations sexuelles jusqu'à 3 jours après l'ovulation.

« Ces trousses (...) sont plutôt conçues pour les femmes qui veulent concevoir et qui n'ont pas un objectif contraceptif » (Anaes, 2004, p. 73).

Dans le magazine Sun Store (2014), on constate que le prix du système Persona® est de 189 CHF pour le boîtier, ce à quoi s'ajoute 108 CHF pour 32 bandelettes

Exemples : Bluetest®, Clearplan®, Persona®, Primatime®

3.6. Coït interrompu :

Appelé aussi méthode du retrait.

Selon la SOGC (2012), cette méthode demande à l'homme de stopper la relation sexuelle en retirant son pénis du vagin de la femme, avant qu'il n'ait éjaculé. La SOGC (2012) explique également que cette méthode est peu efficace car des spermatozoïdes sont déjà présents dans la pré-éjaculation.

Selon l'OMS (2005), l'indice de Pearl de la méthode du coït interrompu est de 4 en pratique parfaite (théorie) et de 27 dans la pratique courante.

3.7. Douche vaginale :

PLANeS (2010b), explique que cette méthode réside dans le fait de laver le vagin après le rapport sexuel afin d'en éliminer les spermatozoïdes.

« (...) la femme n'arrive pas à devancer les spermatozoïdes qui, en quelques secondes, peuvent entrer dans l'utérus. » (PLANeS, 2010b).

Selon le site "Comprendre choisir" (2012), l'indice de Pearl de cette méthode est de 31 en théorie. Il est de 40 dans la pratique.

4. La contraception d'urgence :

Selon l'Université Médicale Virtuelle francophone (2008-2009), la contraception d'urgence consiste en l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif intra-utérin, après un rapport sexuel à risque de grossesse dans le but d'empêcher celle-ci.

4.1. La pilule du lendemain

Selon la Commission des Médicaments des Pharmaciens Suisses (CMPS) (2008), cette contraception d'urgence peut être délivrée par les pharmaciens sans prescription médicale à toutes les femmes entre la puberté et la

ménopause et elle doit être prise dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel à risque sans quoi son efficacité est jugée insuffisante. En effet selon le Compendium (2012), son efficacité est de 95% si la prise a lieu dans les 24 heures suivant le rapport non protégé, 85% dans les 24-48 heures suivant le rapport. Le taux d'efficacité passe à 58% si la prise a lieu dans les 48 à 72 heures.

C'est pour cette raison que selon la CMPS (2008), la délivrance de la pilule du lendemain n'est pas autorisée si le dernier rapport sexuel date de plus de 72 heures. Dans ce cas la personne sera plutôt orientée pour utiliser le stérilet au cuivre.

Selon l'Unité de Santé sexuelle et planning familial de Genève (2013), le coût de la pilule du lendemain est de 25 à 40 CHF dans une pharmacie. Le coût peut être moindre si la femme s'adresse à un centre de planning familial. Selon PLANeS (2010b), celle-ci peut également s'obtenir chez le gynécologue, un autre médecin ou au service d'urgence à l'hôpital.

Le mode d'action de cette méthode n'est pas encore clairement connu mais elle agirait selon le Compendium (2012) en inhibant l'ovulation ce qui empêche la fécondation. Cette méthode semble également empêcher la fécondation et l'implantation mais elle n'a aucun effet lorsque le processus de nidation a déjà débuté.

Elle possède un certain nombre d'effets secondaires fréquents qui sont, selon le Compendium (2012) : saignements jusqu'aux prochaines règles, tensions dans les seins, nausées, vomissements, vertiges, fatigue, céphalées, douleurs au bas du ventre, etc. Tous ces effets, sauf les saignements, disparaissent généralement 48 après la prise de la pilule.

Le Compendium (2012) met tout de même en évidence que l'utilisation de la pilule du lendemain est déconseillée chez les jeunes filles de moins de 16 ans car nous possédons peu d'informations quant à son utilisation par cette population.

Selon le site CIAO (2012b), le coût de la pilule d'urgence varie de 10 CHF au planning familial à 45 CHF en pharmacie.

4.2. Le stérilet post-coïtal

Il s'agit du même stérilet au cuivre qui a déjà été présenté dans les méthodes non hormonales. Selon la CMPS (2008), cette méthode est proposée à la place de la pilule du lendemain si le rapport sexuel non protégé a eu lieu il y a plus de 72 heures. En effet le stérilet au cuivre peut « (...) exercer un effet contraceptif et empêcher une grossesse de façon fiable jusqu'à cinq jours après le RS (pourcentage d'échec jusqu'à 1%) (...) » (CMPS, 2008, p. 9). ANAEAS (2004) met même en évidence qu'en cas de rapport non protégé, le stérilet cuivré est la méthode la plus efficace pour prévenir une grossesse. Cette méthode peut, selon la FQPN (2007), être utilisée jusqu'à une semaine après le rapport non protégé. Si la femme le désire, le stérilet pourra être gardé et utilisé comme méthode contraceptive habituelle pour la suite.

Son prix est de 200 CHF selon Pro Juventute (2013), pose incluse.

D. Tableau des différents moyens de contraception

Les méthodes hormonales

Les méthodes hormonales ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles et leur obtention nécessite une ordonnance médicale ou du moins une visite gynécologique pour la mise en place du dispositif (DIU, implant, injection).

Dans cette catégorie, nous trouvons les méthodes oestroprogestatives qui regroupent la pilule combinée, le dispositif transdermique hormonal et l'anneau vaginal, ainsi que les méthodes progestatives telles que la minipilule, la pilule macroprogestative, le contraceptif hormonal injectable trimestriel, l'implant hormonal et le système intra-utérin hormonal.

Méthode	Avantages pour les ados	Inconvénients pour les ados	E.T. ¹	E.P. ²
Pilule combinée	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité réversible (SOGC, 2012) - Régularise le cycle menstruel (SOGC, 2012) - Réduit les crampes menstruelles et les symptômes prémenstruels (SOGC, 2012) - Réduit le risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire (SOGC, 2012) - En cas d'oubli, la pilule peut être prise sans risque d'inefficacité contraceptive dans les 12 heures suivant l'heure habituelle de prise. - 2^e génération : moins d'effets secondaires que les pilules de 1^{ère} génération (Hordé, 2013) - 3^e et 4^e génération : diminuent les effets secondaires des générations précédentes telles 	<ul style="list-style-type: none"> - Contraceptif devant être pris quotidiennement à heure +/- fixe. - Peut augmenter le risque thromboembolique (risque +/- augmenté selon la génération de la pilule) - Pilules de 1^{ère} génération : gonflement des seins, nausées, migraines, troubles vasculaires et « un effet androgénique non nul » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p. 1). - 3^e et 4^e génération : risque thromboembolique plus élevé que pour les pilules de 1^{ère} et 2^e génération. - Augmentation de la pression artérielle possible (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011) 	0,1*	6-8*

¹ E.T. = Efficacité théorique. Représentée par l'indice de Pearl

² E.P. = Efficacité pratique. Représentée par l'indice de Pearl

	<ul style="list-style-type: none"> que l'acné, les douleurs mammaires et les nausées (Hordé, 2013) - Effet androgénique moindre (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011) - Son prix est de 10 à 24 CHF par mois (CIAO, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - Légère augmentation du risque de cancer du sein selon certaines études (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011). - Son prix est de 10 à 24 CHF par mois (CIAO, 2009) 		
Dispositif transdermique hormonal (= patch)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de contrainte quotidienne (doit être changé de manière hebdomadaire et porté 3 semaines sur 4) - Efficacité réversible - Avantages semblables à ceux de la pilule combinée - Utilise un progestatif de 3^e génération donc peu d'effets secondaires connus dans les générations précédentes et effet androgénique moindre. - Prix d'environ 25 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle quotidien de son adhérence à la peau - Inconvénients semblables à ceux de la pilule combinée - Utilise un progestatif de 3^e génération donc risque thromboembolique légèrement plus important - Prix d'environ 25 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 	0,3**	8**
Anneau vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité réversible - Pas de contrainte quotidienne (se change mensuellement, est porté 3 semaines sur 4) - Avantages semblables à ceux de la pilule combinée - Utilise un progestatif de 3^e génération donc peu 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite une manipulation vaginale lors de la pose - Utilise un progestatif de 3^e génération donc risque thromboembolique légèrement plus important - Prix d'environ 25 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 	0,3**	8**

	<p>d'effets secondaires connus dans les générations précédentes et effet androgénique moindre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prix d'environ 25 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 			
<p>Pilule microprogestative (= minipilule)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité réversible - Peut réduire le flux et les crampes menstruelles (SOGC, 2012) - Aménorrhée possible (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011) - Prix : 15-24 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contraceptif devant être pris quotidiennement - L'heure de prise habituelle ne doit pas dépasser 3 heures de retard (Espace de la femme Vevey-Montreux, S.d.) - Peut causer des saignements irréguliers (SOGC, 2012), des spotting ou une aménorrhée (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011) - Eventuellement sensibilité au niveau des seins, gonflement abdominal, acné ou maux de tête (Université Médicale Virtuelle Francophone. 2010-2011) - « Un risque de grossesse extra-utérine semble également associé à l'utilisation de microprogestatifs » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011, p. 11). - Prix : 15-24 CHF par mois (Pro Juventute, 2013) 	0,3**	8**
<p>Pilule macroprogestative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité réversible - En cas d'oubli, la pilule peut être prise sans risque d'inefficacité contraceptive dans les 12 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise quotidienne à heure +/- fixe - Possible hypoestrogénie et atrophie endométriale engendrant fréquemment une aménorrhée ou des 		

	<p>heures suivant l'heure habituelle de prise (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011)</p> <p>- Aménorrhée possible (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011)</p>	<p>spotting (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011)</p>		
<p>Contraceptif hormonal injectable trimestriel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Injection trimestrielle - Efficacité réversible - Pas de contrainte quotidienne - Aménorrhée fréquente après 1an de prise - Réduirait le risque de cancer de l'endomètre (SOGC, 2012) - Le prix de l'injection est d'environ 50 CHF, pour 3 mois (Pro Juventute, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le retour à la fertilité et à un cycle menstruel régulier n'est pas immédiat mais s'effectue moins d'un an après la dernière injection (SOGC, 2012) - Diminution de la densité osseuse durant la prise du contraceptif (normalisation dans les 2 ans suivant l'arrêt de cette méthode) (OMS, 2007) - Saignements irréguliers au début de la prise (SOGC, 2012) - Aménorrhée fréquente après un an de prise (SOGC, 2012) - L'injection se fait chez le gynécologue ou au planning familial - Le prix de l'injection est d'environ 50 CHF, pour 3 mois (Pro Juventute, 2013) 	0,3*	0,3*
<p>Implant hormonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'implant est efficace durant 3ans (BayerHealthCare, 2012) - Pas de prise quotidienne (Essex Chemie, S.d.) - Efficacité réversible 	<ul style="list-style-type: none"> - S'introduit de manière chirurgicale sous la peau (Bayer HealthCare, 2012). Laisse une cicatrice (image que l'adolescent renvoie peut poser un problème) 	0,1*	0,1*

	<ul style="list-style-type: none"> - Le prix de l'implant est d'environ 315 CHF + prix de la pose (Pro Juventute, 2013), peu cher à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Effets secondaires: troubles du cycle incluant saignements accrus, spotting ou aménorrhée, céphalées, acné, prise de poids, tensions mammaires (Anaes, 2004) - Prix : investissement important au début de la contraception 		
<p>Dispositif intra-utérin (DIU) hormonal (=stérilet hormonal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité durant 5ans - Efficacité réversible - Pas de contrainte de prise quotidienne - Peut réduire les douleurs menstruelles - Prix d'environ 300 CHF + frais de pose (Pro Juventute, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> - Placement du dispositif au niveau de l'utérus par un gynécologue - Risque de perforation de l'utérus lors de la mise en place (SOGC, 2012) - Risque de perforation de l'utérus lors de la pose du dispositif (SOGC, 2012) - Augmentation du risque de développer un syndrome inflammatoire pelvien lorsqu'une infection sexuellement transmissible est contractée (fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2007) - Peut provoquer des métrorragies (fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2007) - Peut provoquer une aménorrhée (SOGC, 2012) - Prix d'environ 300 CHF + frais de pose (Pro Juventute, 2013) 	<p>0,1**</p>	<p>0,1**</p>

* : Chiffres donnés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2004, p. 163

** : Chiffres donnés par l'OMS, 2005, p.6

*** : Chiffres donnés par le site "Comprendre choisir" (2012).

Les méthodes non-hormonales :

Ces méthodes ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles à l'exception du préservatif masculin et féminin qui sont les seules méthodes à fournir cette protection.

Les méthodes non hormonales sont : le préservatif masculin ou féminin, le stérilet au cuivre, le capuchon cervical, le diaphragme et les spermicides.

Méthode	Avantages pour les ados	Inconvénients pour les ados	E.T.	E.P.
Préservatif masculin	<ul style="list-style-type: none"> - Protège également des infections sexuellement transmissibles - Méthode disponible sans ordonnance - Son prix varie entre 80 centimes et 2 CHF (Pro Juventute, 2013). Son coût n'est pas trop élevé si les rapports sexuels sont peu fréquents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture possible si mauvaise manipulation ou utilisation (Pro Juventute, 2013) - Nécessite un arrêt des rapports sexuels pour la mise en place (FQPN, 2007c) - Oblige l'homme à se retirer rapidement après l'éjaculation (FQPN, 2007c) - Son prix varie entre 80 centimes et 2 CHF (Pro Juventute, 2013). Le coût peut rapidement être élevé si les rapports sexuels sont fréquents. 	3*	14*
Préservatif féminin	<ul style="list-style-type: none"> - Protège également des infections sexuellement transmissibles - Méthode disponible sans ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite une manipulation vaginale pour la pose (FQPN, 2007d) - Doit être tenu lors de la pénétration (FQPN, 2007d) - L'anneau extérieur reste visible (FQPN, 2007d) - Son prix en pharmacie est d'environ 3 CHF/pièce (CIAO, 2011) 	5*	21*
Stérilet au cuivre	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité durant 3 à 5 ans (Sensoa, 2007) - Pas de contrainte quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> - Pose invasive (Sensoa, 2013) - Règles irrégulières et plus longues au cours des premiers 	0.6**	0.8**

	<ul style="list-style-type: none"> - Peut être utilisés par la plupart des femmes nullipares (Sensoa, 2007) - Prix 200 CHF pose incluse (Pro Juventute, 2013) = prix peu élevé à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> mois (Sensoa, 2013) - Possible augmentation des pertes de sang et douleurs dans le bas du ventre persistant parfois au-delà des 6 premiers mois (Sensoa, 2013) - Risque de complication infectieuse augmenté si exposition aux MST (Anaes) - Prix 200 CHF pose incluse (Pro Juventute, 2013) = investissement important au départ 		
Diaphragme	<ul style="list-style-type: none"> - Le diaphragme peut être réutilisé (Anaes, 2004) - Prix : 210 CHF (Pro Juventute, 2013) = peu cher à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - La taille du diaphragme est déterminée par la mesure du col utérin par un professionnel (FQPN, 2007g) - Nécessite une manipulation vaginale pour la pose (FQPN, 2007g) - Le diaphragme doit rester en place minimum 8 heures après la fin du rapport sexuel (PLANeS, 2010c) - Prix : 210 CHF (Pro Juventute, 2013) = investissement de départ 	6*	20*
Capuchon cervical	<ul style="list-style-type: none"> - Réutilisable - Prix : 230 CHF (Pro Juventute, 2013) = peu cher à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour adhérer correctement, il doit être placé sur l'utérus 30 minutes à 1 heure avant le rapport sexuel et rester en place durant 8h après le rapport (Pro Juventute, 2013). Anticipation des relations sexuelles nécessaires - Prix : 230 CHF (Pro Juventute, 2013) = investissement 	9*	20*
Spermicides (ovules,	<ul style="list-style-type: none"> - Ces méthodes permettent d'augmenter l'efficacité des autres moyens de 	<ul style="list-style-type: none"> - Doivent être appliqués ou introduits 1 heure avant le rapport sexuel et retirés 1 à 2 heures après celui-ci, ce qui 	6*	26*

crèmes, éponges, ...)	contraception non hormonaux lorsqu'elles y sont associées (comprendre choisir, S.d. ^b) - Prix 18 CHF pour 10 ovules (Pro Juventute, 2013)	demande une certaine anticipation de l'acte sexuel (comprendre choisir, S.d. ^b) = anticipation du rapport sexuel nécessaire - Leur efficacité est limitée dans le temps (ex : 4h pour les ovules) (comprendre choisir, S.d. ^b) - Utilisées seules, ces méthodes n'apportent pas une protection hautement efficace (Pro Juventute, 2013) - Prix 18 CHF pour 10 ovules (Pro Juventute, 2013)		
------------------------------	--	---	--	--

* : Chiffres donnés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2004, p. 163

** : Chiffres donnés par l'OMS, 2005, p.6

*** : Chiffres donnés par le site "Comprendre choisir" (2012).

Les méthodes naturelles :

La plupart des méthodes de contraception naturelles cherchent à déterminer la période d'ovulation afin de savoir à quelles périodes les femmes doivent avoir recours à un contraceptif non hormonal (préservatif, diaphragme, ...) afin d'éviter une grossesse non désirée. Les méthodes naturelles qui suivent ce principe sont : la méthode symptothermique, la méthode des températures, la méthode Bilings, la méthode Knaus-Ogino ainsi que les trousse de prédiction de l'ovulation.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aussi brièvement à deux autres méthodes : le coït interrompu et la douche vaginale.

Toutes ces méthodes ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles.

Méthode	Avantages pour les ados	Inconvénients pour les ados	E.T.	E.P.
Méthode symptothermiq	- N'interfère pas sur le système hormonal (FQPN, 2008a)	- Nécessite un certain exercice avant d'être maîtrisée (FQPN, 2008a)	2**	25**

ue (= méthode d'auto-observation)	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de découvrir et comprendre le fonctionnement de son corps (FQPN, 2008a) - Après acquisition du matériel, ne demande plus de dépense financière 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrainte quotidienne - Un certain nombre de facteurs peuvent modifier les manifestations du moment de l'ovulation, rendant l'interprétation des signes plus délicate (FQPN, 2008a) - Prix entre 25 et 225 CHF pour l'acquisition du thermomètre et du manuel (Pro Juventute, 2013) 		
Méthode des températures	<ul style="list-style-type: none"> - Après achat d'un thermomètre, ne nécessite plus de dépense financière 	<ul style="list-style-type: none"> - Demande une certaine rigueur quotidienne (PLANeS, 2010b) 	0,5***	20***
Méthode de Bilings	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de découvrir et comprendre le fonctionnement de son corps (FQPN, 2008b) - Méthode n'entraînant pas de frais financiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un certain exercice avant d'être maîtrisée - Demande une certaine rigueur quotidienne 	1***	22.5** *
Méthode de Knaus-Ogino (= méthode du calendrier)	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode n'entraînant pas de frais financiers - Permet un apprentissage théorique du fonctionnement du cycle menstruel féminin (FQPN, 2008c) 	<ul style="list-style-type: none"> - De nombreux facteurs peuvent avancer ou retarder l'ovulation et le calcul théorique basé sur les précédents cycles ne tient pas compte de ces facteurs (PLANeS, 2010b) - Calcul supposant des cycles réguliers ce que la plupart des jeunes adolescentes n'ont pas. (Jacot-Guillarmod & Renteria, 2010) 	9**	25**
Trousses de prédiction de l'ovulation	<ul style="list-style-type: none"> - Ne nécessite pas de manipulation vaginale ni de bonne connaissance de son corps 	<ul style="list-style-type: none"> - « Ces trousses (...) sont plutôt conçues pour les femmes qui veulent concevoir et qui n'ont pas un objectif contraceptif » (Anaes, 2004, p. 73). - Le prix du système Persona® est de 189 CHF pour le boîtier 		

		ce à quoi s'ajoute une dépense de 108 CHF pour 32 bandelettes (Sun Store, 2014)		
Coût interrompu (= méthode du retrait)	- N'entraîne pas de frais financiers	- Des spermatozoïdes étant déjà présents dans la pré-éjaculation, cette méthode s'avère peu efficace (SOGC, 2012) - Nécessite un arrêt du rapport sexuel avant que l'éjaculation n'ait lieu (SOGC, 2012)	4**	27**
Douche vaginale	- N'entraîne pas de frais financiers	- En quelques secondes, les spermatozoïdes peuvent entrer dans l'utérus ce qui rend cette méthode peu efficace (PLANeS, 2010)	31***	40***

* : Chiffres donnés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2004, p. 163

** : Chiffres donnés par l'OMS, 2005, p.6

*** : Chiffres donnés par le site "Comprendre choisir" (2012).

4.3.1.1. *La contraception post-coïtale*

Selon l'Université Médicale Virtuelle francophone (2008-2009), la contraception d'urgence consiste en l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif intra-utérin, après un rapport sexuel à risque de grossesse dans le but d'empêcher celle-ci.

Méthode	Avantages pour les ados	Inconvénients pour les ados	Efficacité Théorique
Stérilet au cuivre	- Meilleure efficacité que la pilule du lendemain - Peut être utilisé jusqu'à 1 semaine après la relation sexuelle à risque (FQPN, 2007f) - Peut être par la suite utilisé comme méthode	- Prix élevé : 200 CHF (Pro Juventute, 2013). Argent doit être trouvé rapidement. - Acte de mise en place invasif	Efficace dans 99% des cas si mise en place dans les 5 jours

	<p>contraceptive à long terme (FQPN, 2007f). Le prix de départ est alors un investissement à long terme</p>		<p>suivant le rapport sexuel (CMPS, 2008)</p>
<p>Pilule du lendemain</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accessible en pharmacie, sans ordonnance (CMPS, 2008) - Le prix varie de 10 CHF au planning familial à 45 CHF en pharmacie (CIAO, 2012b). 	<ul style="list-style-type: none"> - L'argent permettant de la payer doit être trouvé rapidement - Doit être prise dans les 72 heures suivant le rapport non protégé car plus le temps passe et plus son efficacité diminue - Effets secondaires fréquents : saignements jusqu'aux prochaines règles, tensions dans les seins, nausées, vomissements, vertiges, fatigue, céphalées, douleurs au bas du ventre,... (Compendium, 2012) - Utilisation déconseillée par le Compendium (2012) chez les jeunes de moins de 16 ans car peu de données quant à l'utilisation pour cette population 	<p>Efficace dans 95% des cas si prise dans les 24 heures suivant le RS non protégé. 85% dans les 24-48heures. 58% dans les 48 à 72 heures. (Compendium, 2012)</p>

* : Chiffres donnés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2004, p. 163

** : Chiffres donnés par l'OMS, 2005, p.6

*** : Chiffres donnés par le site "Comprendre choisir" (2012).

E. La contraception chez les adolescents

Les annexes précédentes faisant ressortir la grande palette de moyens contraceptifs qui sont disponibles sur le marché. Nous allons maintenant nous intéresser à l'utilisation que les adolescents font de ces divers moyens. Ce chapitre met également en évidence les interrogations qui émergent de l'analyse du sujet de la contraception en lien avec la période de l'adolescence. Comme nous l'avons vu, l'adolescence, et plus particulièrement la puberté, est un processus qui mène à un corps sexué et capable de se reproduire. Ce corps sexué amène indirectement à la question de la contraception, question toute nouvelle pour l'adolescent. De plus, l'adolescent se trouve dans un contexte de crise et donc de vulnérabilité. En résumé, l'adolescent se trouve dans une position inconfortable car il est face à un sujet relativement nouveau, dans lequel il a peu ou pas de connaissance et ceci dans un contexte où ses repères changent.

Nous avons mis en évidence que l'adolescent est sujet à des prises de risques. Dans le domaine de la sexualité, cette caractéristique s'illustre par l'absence de recours à un moyen de contraception lors des rapports sexuels. Ce comportement peut aboutir à des cas de grossesses souvent non désirées à un âge où le jeune n'a pas encore acquis toutes les capacités qui sont celles d'un adulte. Cependant, l'absence de contraception n'est pas la seule cause, le seul facteur de risque d'une grossesse non désirée chez les adolescentes. En effet, plusieurs facteurs de risque sont mis en évidence par les écrits : « (...) comportementaux, socio-économiques, culturels, psychologiques, psychosociaux, cognitifs, relationnels (...) » (Berrewaerts & Noirhomme-Renard, 2006, p.35). Nous nous intéressons maintenant plus particulièrement aux causes en lien avec l'utilisation de la contraception. En effet, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal (2005), la résistance à la contraception est l'un des facteurs causaux des grossesses non désirées chez les adolescents sur lequel s'accordent la plupart des auteurs. Selon cette même source deux types de problèmes sont contenus dans le terme de résistance à la contraception : l'absence de moyen contraceptif et l'utilisation inadéquate de ces moyens. L'utilisation inadéquate

peut être catégorisée par trois problématiques principales toujours selon cette source :

- Le délai entre le début des relations sexuelles et la mise en place d'une contraception
- L'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive
- L'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive qui comprend notamment la prise inadéquate ou irrégulière de la pilule

L'absence de contraception ainsi que son utilisation inadéquate peuvent s'expliquer de différentes manières.

- **Le manque de connaissances et les fausses croyances** : La Fédération Nationale des Observatoires de Santé (FNORS) (2001) montre que le manque de connaissances physiologiques notamment concernant la conception ainsi que sur les méthodes contraceptives efficaces, en particulier sur les conditions de leur efficacité, est un facteur pouvant mener à une grossesse non désirée. Le manque de connaissances peut s'illustrer par certaines croyances telles que la croyance que la première relation sexuelle ne peut mener à une grossesse.
- **La difficulté d'accès aux moyens contraceptifs** : selon la FNORS (2001), le fait de devoir passer par « le monde des adultes » pour obtenir un moyen contraceptif peut représenter un obstacle à sa procréation.
- **L'aspect artificiel des moyens contraceptifs** : selon les résultats de la FNORS (2001), les méthodes hormonales peuvent être considérées comme des drogues à cause notamment de leurs effets secondaires. Les événements récents reportés dans l'actualité témoignent de cette peur. Le scandale autour de la pilule Diane 35 a abouti à une remise en question plus générale des pilules de 3^e et 4^e génération qui présentent un risque thromboembolique plus élevée que les générations précédentes. « Cette polémique autour de la pilule a le mérite de rappeler qu'il s'agit d'un médicament, et que comme tout médicament sa prise n'est pas anodine et comporte des risques.» (Savage, 2013). En

effet, d'après l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2004), les pilules oestroprogestatives, toutes générations confondues, présentent un risque accru d'accidents thromboemboliques et il est donc nécessaire qu'elles soient associées à une anamnèse détaillée des risques cardio-vasculaires.

- **La peur de s'affirmer et la peur du rejet** : Loignon (1996), met en évidence que le consentement à des relations sexuelles non protégées est favorisé par le manque d'estime et de confiance en soi, avec notamment la peur de l'adolescente d'être rejetée si elle insiste pour utiliser le préservatif. Le manque d'estime et de confiance en soi est en lien avec l'importance du regard de l'autre pour l'adolescent qui est en pleine recherche de son identité. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005)
- **La précocité des relations sexuelles** : comme mis en évidence dans la partie épidémiologie, la tendance est à une diminution de l'âge des premières relations sexuelles avec notamment des relations dites précoces, c'est-à-dire avant l'âge de 14 ans. À cet âge l'adolescent possède la capacité de procréer alors que, comme il a été mis en évidence dans le chapitre concernant l'adolescence, l'adolescent n'a pas encore acquis les capacités cognitives, émotionnelles et sociales d'un adulte. Cela amène l'adolescent à la question de la contraception à un âge où il est dans l'apprentissage de son rôle d'adulte.
- **L'incapacité de prévenir ou de prévoir la relation sexuelle** : Loignon (1996) met en évidence que « Le « ici et maintenant » ne laisse pas le temps à l'adolescent de penser à la contraception et de s'organiser (...) » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). Cette notion, selon la FNORS (2001), fait qu'il est difficile pour l'adolescent d'anticiper les conséquences éventuelles futures de ses actes présents. Signalons ici le rôle des contraceptifs d'urgence qui permettent, suite à une relation

sexuelle non protégée ou à l'utilisation inefficace du moyen contraceptif, de diminuer le risque de grossesse.

- **L'absence de motivation** : Loignon (1996) montre que le fait de s'astreindre quotidiennement à la prise de la pilule demande de la part de l'adolescente une grande discipline (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). Cela est particulièrement difficile lorsque les relations sexuelles sont peu fréquentes. Balassone (1989) montre qu'en moyenne les adolescentes oublient trois pilules par mois (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005). L'absence de motivation peut aussi être mise en lien avec la peur des effets secondaires du moyen contraceptif. Concernant le préservatif, selon De Visser et Smith (2001), son utilisation est fréquente en début de relation, puis il est souvent abandonné dès que les partenaires considèrent être dans une relation stable (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005).
- **La prohibition de la sexualité par la famille**: selon la FNORS (2001), l'interdit de la sexualité peut être à l'origine de la peur de la possession d'un moyen de contraception qui pourrait trahir les activités sexuelles de l'adolescent.

Ces diverses difficultés mettent bien en évidence la complexité à laquelle font face les adolescents concernant l'utilisation des moyens contraceptifs. Cela nous amène à nous demander quels sont les besoins spécifiques de cette population vis-à-vis de la contraception. Nous nous questionnons plus précisément sur le rôle que l'infirmière peut jouer dans l'accompagnement de l'adolescent concernant la gestion de sa contraception. En effet, comme le met en évidence la définition de Store et Church (1973), l'adolescence est un processus qui mène à l'indépendance d'action. Nous émettons alors l'hypothèse que l'adolescent qui est sur le chemin de l'acquisition de son

indépendance, peut avoir besoin d'un accompagnement différent de celui de l'adulte qui lui a déjà acquis son indépendance.

En plus de cela, nous constatons que le fait d'utiliser des méthodes contraceptives qui ont une faible efficacité peut aussi être considéré comme un comportement à risque. Nous nous sommes par conséquent intéressées aux moyens contraceptifs utilisés par les adolescents en Suisse. La World Health Organization (OMS) (2012) met en évidence, dans l'étude HBSC menée en 2009 – 2010, que parmi les adolescents suisses de 15 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, 84% des garçons et 80% des filles avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. L'utilisation de la pilule était, quant à elle, moins répandue pour cette même tranche d'âge. Son utilisation lors du dernier rapport sexuel a été rapportée par 21% des garçons et 38 % des filles. De par le fait que l'accès au préservatif ne nécessite pas une visite médicale, ceci en fait la méthode la plus fréquemment utilisée par les adolescents de 15 ans. Quant à elle, la pilule possède d'autres avantages tels que la régularisation du cycle menstruel, la diminution des symptômes menstruels, son effet anti-acnéique, qui en font une méthode largement répandue et ceci même si son but premier n'est pas toujours la contraception.

Il est important, dans ce contexte, de noter que le taux d'efficacité (indice de Pearl) varie d'un moyen contraceptif à l'autre, comme il est mis en évidence dans le tableau traitant des différents moyens de contraception.

Cela permet de faire ressortir que le préservatif masculin, méthode la plus fréquemment utilisée par les adolescents de 15 ans, n'est pas celle qui apporte la plus grande sécurité contraceptive, encore moins si son utilisation n'est pas parfaite.

Ces chiffres mettent également en évidence la nécessité d'utiliser le moyen contraceptif de manière parfaite afin d'avoir une sécurité contraceptive optimale. Ceci implique une nécessité pour l'adolescent de bien connaître la méthode contraceptive qu'il choisit d'utiliser. Nous pensons que l'infirmière a, ici, potentiellement un rôle à jouer.

De plus, les recherches effectuées sur la contraception identifient les nombreux moyens de contraception qui existent et qui sont utilisables par les adolescents.

Nous remarquons cependant que les adolescents utilisent une minorité de ces moyens contraceptifs. En effet comme le mettent en évidence Kuntsche et Windlin (2009), le préservatif masculin et la pilule sont les moyens les plus utilisés et une minorité utilise des méthodes alternatives.

Nous nous demandons dès lors quelles sont les raisons qui influencent le choix du contraceptif par cette population. Nous remarquons de par nos recherches que le préservatif et la pilule sont les deux moyens qui reviennent le plus fréquemment et que l'information sur les autres méthodes est moins facilement accessible. Nous imaginons alors que le choix des adolescents est alors conditionné par l'accessibilité à l'information.

F. Tableau des stratégies de recherche ayant abouti

Ce tableau présente uniquement les stratégies de recherche ayant permis d'identifier les recherches sélectionnées.

Banque de données	Mots-clés associés / texte recherché	Nombre d'études trouvées	Etudes incluses dans la revue de littérature après application des critères d'inclusion et d'exclusion au titre puis au résumé si nécessaire
Pubmed	("Adolescent"[Mesh] AND "Contraception"[Mesh]) AND "Health Promotion"[Mesh] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT])	40	Durable Effects of Implementation Intentions : Reduced Rates of Confirmed Pregnancy at 2 Years
			The Association Between Sex Education and Youth's Engagement in Sexual Intercourse, Age at First Intercourse, and Birth Control Use at First Sex
Pubmed	("Pregnancy in Adolescence/prevention and control"[Mesh] AND "Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] NOT "Africa"[Mesh] NOT "Developing Countries"[Mesh] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT])	19	Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians
Pubmed	("Contraceptives, Postcoital"[Mesh] AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]	14	Adolescents' Use of Emergency Contraception Provided by Washington State Pharmacists
Pubmed	"Contraception, Postcoital/utilization"[Mesh] AND "Communication"[Mesh]	6	Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway Sweden and Portugal

Pubmed	("Contraception, Postcoital/utilization"[Mesh] AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Patient Education as Topic"[Mesh]	5	Computer-assisted Provision of Emergency Contraception, a Randomized Controlled Trial
Pubmed	("Adolescent"[Mesh] AND "Health Promotion"[Mesh]) AND "Sex Education"[Mesh] AND "Reproductive Medicine"[Mesh]	7	Sexual and Reproductive Health Education: Contrasting Teachers', Health Partners' and Former Students' Perspectives
Pubmed	((("Adolescent"[Mesh] AND "Contraceptive Agents"[Mesh]) AND "Family Planning Services"[Mesh]) AND "Decision Making"[Mesh]	20	Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic
Pubmed	((("Adolescent"[Mesh] AND "Motivation"[Mesh]) AND "Pregnancy, Unwanted"[Mesh]) AND "Contraception Behavior"[Mesh]	20	Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program: Perspectives of <i>Prime Time</i> Staff
Pubmed	((("Adolescent"[Mesh] AND "Pregnancy in Adolescence/prevention and control"[Mesh]) AND "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh]) AND "Pregnancy, Unplanned"[Mesh]	9	Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)
Pubmed	((("Adolescent"[Mesh] AND "Contraception Behavior"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Counseling"[Mesh]	2	Providers' perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care settings.
Pubmed	Behavior"[Mesh] AND "Pregnancy in Adolescence/prevention and control"[Mesh]) AND "Sex Education/methods"[Mesh]	12	Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE

			studies
Google	The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex	-	The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse

G. La grille de synthèse des recherches incluses

N°	Auteurs	Année	Pays	Type d'approche et devis	Population	Thèmes traités
E1	Akers, Gold, Borrero, Santucci & Schwarz	2010	États-Unis	Qualitative Étude de cas (théorisation ancrée)	Fournisseurs de soins dans des cliniques de soins primaires : médecins, pharmacien et infirmières	Le point de vue des fournisseurs sur les défis concernant les conseils à la contraception dans les établissements de soins primaires
E2	Gainer, Blum, Toverud, Portugal, Tyden, Nesheim, ... Winikoff	2003	France, Norvège, Suède et Portugal	Mixte Étude analytique, pas de devis donné	Femmes de 17 ans et plus ayant obtenu la CU sans ordonnance en pharmacie	Expérience des femmes ayant obtenu la CU sans ordonnance (connaissances et attitude avant son utilisation, expérience personnelle avec la CU, réflexions et opinions post- CU)
E3	Hamani, Sciaki-Tamir, Deri-Hasid, Miller-Progrund, Milwidsky & Haimov-Kochman	2007	Israël	Quantitative Étude transversale	Adolescentes de 14 à 20 ans Médecins spécialisés en obstétrique, gynécologie et endocrinologie de la reproduction	Idées fausses des adolescentes et des médecins sur la pilule contraceptive orale combinée (grands thèmes : image corporelle, effets secondaires, risques futurs pour la santé, mode d'utilisation)
E4	Heavey, Moysich, Hyland, Druschel & Sill	2008	Etats-Unis	Quantitative Devis exact pas cité (descriptive rétrospective)	Adolescentes entre 12 et 19 ans	Différences dans le choix contraceptif chez les adolescentes dans un centre de planning familial
E5	Martin, Sheeran,			Quantitative	261 femmes adolescentes	Les intentions de mise en œuvre ou

	Slade, Wright & Dibble	2011	Royaume-Uni	Essai randomisé contrôlé	âgées de 15 à 17 ans	planification "si-alors", la contraception, la grossesse
E6	Mueller, Gavin & Kulkarni	2008	Etats-Unis	Quantitative Étude corrélacionnelle	Adolescents hommes et femmes de 15 à 19 ans	Association entre l'éducation sexuelle, l'engagement des jeunes dans le premier rapport sexuel (RS), l'âge au 1 ^{er} RS et l'utilisation de la contraception au 1 ^{er} RS
E7	Parkes, Wight, Henderson, Stephenson & Strange	2009	Royaume-Uni	Quantitative Étude descriptive corrélacionnelle	Adolescentes de 15-16 ans au moment du questionnaire	Association entre la méthode contraceptive et le risque subséquent de grossesses
E8	Phillips & Martinez	2010	Canada	Qualitative Étude analytique, pas de devis donné	Éducateurs à la santé sexuelle et reproductive (enseignants d'écoles laïques, catholiques et partenaires de santé) Jeunes adultes (18-24 ans)	Éducation à la santé sexuelle et reproductive → perspectives différentes des enseignants, des partenaires de la santé et d'anciens étudiants
E9	Powell, Bass & Longo	2011	Etats-Unis	Quantitative Étude corrélacionnelle	Hommes et femmes âgés de plus de 18 ans → Étudiants, amis et membres de la famille des observateurs	Association entre l'éducation sexuelle, l'âge et l'utilisation de la contraception au 1 ^{er} RS
E10	Schwarz, Gerbert & Gonzales	2008	Etats-Unis	Quantitative Essai randomisé	Femmes adultes de 18 à 45	Fourniture de la contraception d'urgence assistée par ordinateur (impact sur les

				contrôlé	ans dans un centre de soins d'urgence	connaissances quant à la CU, l'attitude envers la CU et la grossesse)
E11	Sucato, Gardner & Koepsell	2001	Etats-Unis	Quantitative Devis pas explicité	Adolescentes de 15-21 ans qui ont reçu la pilule contraceptive d'urgence directement du pharmacien	L'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescentes lorsqu'elle est fournie par des pharmaciens (raison pour venir la chercher en pharmacie, nécessité d'une évaluation médicale supplémentaire, le risque de ne pas recevoir des soins supplémentaires, satisfaction)
E12	Tanner, Secor-Turner, Garwick, Sieving & Rush	2012	Etats-Unis	Qualitative Enquête	Femmes gestionnaires de cas âgées de 22 à 50 ans Population pour laquelle les recommandations sont faites : Adolescente de 13 à 17 ans sexuellement actives	Stratégies pour engager des adolescentes vulnérables dans un programme de prévention des grossesses, point de vue des gestionnaires de cas
E13	Oringanje, Meremikwu, Eko, Esu, Meremikwu & Ehiri	2010	Pays développés et moins développés	Revue de littérature d'essais randomisés contrôlés	Hommes et femmes entre 10 et 19 ans	Les interventions pour la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes

H. Les grilles d'analyse critique des articles

(Nadot & Bassal, 2011a, 2011b)

E1: Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Points de vue des fournisseurs sur les défis concernant les conseils à la contraception dans les établissements de soins primaires.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Présence de l'intro, méthode, résultats, conclusion
Introduction Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les faits dont sont issues les réflexions qui mènent à la recherche sont exposés brièvement mais clairement. Le phénomène à l'étude est clairement défini.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?			X	Peu d'informations dans l'introduction (très courte).
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Approche selon théorisation ancrée. Les cadres ne sont pas énoncés clairement mais il est possible de les identifier au travers de l'introduction.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Il est spécifié ce que l'étude explore mais la/les questions ne sont pas clairement formulées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches	X			Objectifs de l'étude cohérents avec l'énoncé du problème et la recension des

	antérieures) ?				écrits.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?				Le devis de recherche n'est pas clairement défini mais on s'aperçoit qu'il s'agit d'une étude de cas.
Tradition et devis de recherche	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ?	X			Il est cependant spécifié qu'il s'agit d'une étude qualitative utilisant une approche de théorisation ancrée.
	-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				La manière de récolter des informations et de les traiter est cohérente avec le devis qualitatif : entretiens semi-structurés enregistrés, retranscrits et catégorisés selon un codage ouvert, utilisation d'un programme de gestion de données qualitatives (ATLAS.TI 5.2).
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La description détaillée de l'échantillon se trouve sous le chapitre Résultats.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			"Les groupes de discussion ont eu lieu jusqu'à ce que la saturation thématique ait été atteinte".
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens semi-structurés enregistrés d'~2h menés par 2 modérateurs. Bref questionnaire (données sociodémographiques)
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Cohérence entre le type d'étude (qualitative – approche théorisation ancrée), l'outil de recueil de données et la manière de traiter ces données.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				Les différentes étapes de l'étude sont décrites.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les participants ont donné leur consentement écrit. L'étude a été approuvée par le Conseil d'examen institutionnel de l'université.

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			<p>Sous le chapitre "Analyse".</p> <p>Données du questionnaire traitées par Excel (calcul fréquences des variables catégoriques et des moyennes pour les variables continues).</p> <p>Entretiens audio-enregistrés retranscrits et saisis dans ATLAS TI. 5.2., analyse du contenu par un codage par thématiques. Données systématiquement et indépendamment examinées par 2 codeurs utilisant un codage ouvert. Discussions après le codage pour trouver un consensus sur les "désaccords" (15%) en présence du chercheur principal</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableaux retraçant les principaux thèmes de chaque catégorie de discussion qui ont eu lieu.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Présence de liens avec des données, des autres recherches. Propositions de pistes d'action.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Généralisation difficile, certains points sont relevés sous "limites".
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limites clairement définies à la fin du chapitre "Discussion"
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Recommande d'utiliser une variété de stratégies et non juste une. Appel au système de santé pour mettre en œuvre certaines des pistes d'actions nommées.</p> <p>"(...) des essais contrôlés randomisés plus rigoureux de ces interventions</p>

					(entrevues motivationnelles) sont nécessaires pour tester l'efficacité de ces approches pour l'évaluation des besoins en contraception des femmes".
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article clair, bien catégorisé, tous les chapitres devant être présents sont là, les limites de l'étude sont exposées, les notions éthiques respectées et la généralisation abordée.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les thèmes abordés sont classés sous 3 catégories. Ces thématiques sont issues des discussions des fournisseurs dont des infirmières. Par conséquent les représentations, fausses croyances etc. les concernent directement et les pistes d'action proposées sont non-négligeables pour la pratique infirmière.

E2: Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Traitera de l'expérience des utilisatrices de la CU en vente libre dans 4 pays (France, Suède, Norvège, Portugal).
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			N'est pas organisé en différents paragraphes mais synthétise les différentes parties de la recherche (introduction, méthode, résultats, conclusion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est la fourniture de la CU sans ordonnance et l'expérience vécue par les utilisatrices de cette CU sans ordonnance.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Jusqu'à récemment, il fallait une ordonnance médicale pour obtenir la CU. Avec l'arrivée de la CU composée d'un progestatif seul, la vente sans ordonnance a débuté dans certains pays car ces produits n'ont pas de contre-indication médicale → accès plus rapide à la CU qui plus elle est prise tôt plus elle est efficace.

Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Description de la contraception d'urgence. Pas de cadre théorique. Orientation idéologique : étude pour informer la politique de la CU, les campagnes de sensibilisation et pour les directives de fourniture.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Compte tenu de la nouveauté de la fourniture de la CU en vente libre, il est essentiel de documenter l'expérience des utilisatrices de la CU sans ordonnance.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Ces dernières années, la CU à base de progestatif seul a été reconnue comme méthode en vente libre dans plus de 25 pays = nouveauté peu documentée
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Devis = série de discussions en groupe, 3 sujets traités dans les discussions cf. résumé récolte des données. Approche mixte. Étude analytique (car comparaison entre les pays). Pas de devis donné. Les discussions en groupe sont un bon moyen pour faciliter les débats ouverts sur la méthode (la CU sans ordonnance). 60-90 minutes avec chaque groupe semblent être un temps suffisant pour recueillir leur expérience de la CU de ces femmes (pour traiter les 3 thèmes)
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Échantillon décrit en détail dans le tableau 3. ! cette recherche ne traite pas des expériences des adolescentes
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les chercheurs de chaque pays ont mené 4 à 5 groupes de discussion de 60 à 90 minutes mais ne disent pas explicitement si ces 4-5 groupes ont permis de saturer les données ou non.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Questionnaire écrit pour recueillir les données démographiques des participantes. Discussion suivant un guide développé par l'équipe française pour traiter des 3 thèmes.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Phénomène étudié = expérience des femmes avec la CU sans ordonnance Questions traitées dans les discussions : connaissances et attitudes avant l'utilisation de la CU, expérience avec la CU, réflexion et opinion post-CU → reflète l'expérience globale avec la CU (avant, pendant et après son utilisation).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				Procédure cf. résumé "collecte et analyse des données".
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des	X			Les participantes ont donné leur consentement éclairé avant les groupes de discussions. Cette étude a subi une évaluation éthique du Population Council et a été approuvée par les comités régionaux d'éthique de la recherche en Suède et en

	participants (éthique) ?				Norvège.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le fait d'utiliser dans tous les pays la même trame pour les discussions apporte de la rigueur à la recherche, en permettant que tous les pays traitent bien du même sujet tout en laissant de l'ouverture pour que les femmes puissent parler librement de leurs expériences (car c'est une trame et non une liste de questions très précises pré-établies).
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Ttt des données de manière manuelle ou avec un logiciel. Toutes les discussions ont été observées par un observateur-tiers, enregistrées puis retranscrites.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableaux qui fournissent une information synthétisée tout au long de la recherche nous permettant de mieux comprendre le texte (surtout utile pour les caractéristiques des participantes).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Fait le lien entre les capacités démontrées par les femmes de l'étude et les guidelines pour qu'un médicament puisse être distribué sans ordonnance. Fait le lien avec les peurs de certains responsables politiques que la CU sans ordonnance amène à l'abandon des méthodes contraceptives → ce n'est pas le cas des femmes de l'étude, au contraire l'expérience de la CU les a amenées à une motivation accrue à utiliser une contraception régulière Fait le lien entre la disponibilité de l'éducation à la planification familiale globale présente dans ces pays et les lacunes de connaissances des femmes.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			"Ces données ne sont pas représentatives de l'expérience de toutes les utilisatrices de la CU sans ordonnance mais elles fournissent un aperçu importante des expériences des femmes dans ces pays".
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. résumé discussion – limites
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Pour améliorer les services actuels sont nécessaires : de la sensibilisation et des campagnes d'éducation pour les fournisseurs pharmaciens, plus d'informations et une meilleure information sur la contraception mises à la disposition des femmes et des hommes de tous âges, les jeunes adultes devraient être ciblés par des

					campagnes d'éducation spéciales pour expliquer les avantages et les risques de la méthode.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Tous les chapitres principaux d'une recherche sont présents et bien détaillés.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Ne traite pas directement de la discipline infirmière bien qu'en Suède les discussions aient été faites avec une infirmière comme modératrice. Apporte des informations sur l'expérience des femmes ayant reçu la CU de la part d'un pharmacien, apporte quelques informations sur les besoins de ces femmes lorsqu'elles demandent la CU (informations vraisemblablement transposables aux femmes qui demandent la CU dans un centre de planning familial ou l'infirmière peut alors jouer un rôle).

Pour cette recherche une grille d'analyse mixte aurait plus été adaptée, étant donné que les femmes ont rempli un questionnaire avant les entretiens, questionnaire qui utilisaient une approche quantitative.

E3: Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Traitera des idées fausses sur la contraception
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
Introduction Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Une vision générale est amenée grâce à des chiffres, le taux d'avortement et le pourcentage des jeunes utilisant une contraception lors du dernier rapport sexuel, le pourcentage de jeunes filles qui commencent mais stoppent leur COCP mais aussi les raisons de cet arrêt, etc.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Plusieurs auteurs sont cités afin de dresser la vision globale dans laquelle s'inscrit la problématique.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le concept de la mauvaise compliance est abordé comme l'une des 2 principales raisons des grossesses non-désirées mais celui-ci aurait pu être mieux défini puisqu'en découle les hypothèses de la recherche.

					Les concepts d'idées fausses et d'incertitude sont peu abordés dans ce chapitre alors qu'ils vont servir de base pour l'analyse des résultats. Les concepts d'image corporelle, effets secondaires potentiels, futurs risques pour la santé et mode d'utilisation ne sont abordés que plus loin alors qu'ils sont à la base de la construction du questionnaire permettant le recueil des données.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			-La mauvaise observance peut être le résultat de craintes personnelles et de perceptions des COCP. Les idées fausses et les croyances incorrectes peuvent empêcher une utilisation généralisée chez les adolescents et conduire à l'arrêt et augmenter le risque de grossesses non désirées. -L'interaction répétée des utilisateurs de COCP avec les dispensateurs de soins diminuerait les idées fausses et contribuerait à accroître les connaissances des patients
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			"Etude transversale" Observationnelle → analytique → transversale
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Présence de plusieurs critères définissant l'échantillon choisi
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			n = 254
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Un questionnaire de 10 questions OUI/NON/je ne sais pas (cf. Table 1)
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Le score de mépris (MS) = score des idées fausses = le nombre de réponses fausses Le score d'incertitude (US) = score de "je ne sais pas".
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		X	La procédure de recherche est expliquée. Pas d'information sur les mesures prises afin de préserver les droits des participants, mais nous pouvons sans doute partir de l'idée que les personnes ayant répondu aux questions l'ont fait librement et qu'ils avaient la possibilité de refuser de participer.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<i>La significativité était mise en avant grâce à la valeur P. Il est également question d'écart-type, de moyenne, du chi-carré et de ratio.</i>
Présentation des	-Les résultats sont-ils présentés de	X			<i>Grâce à des tableaux clairs.</i>

résultats	manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les 4 thèmes principaux traités dans les questions sont abordés un par un.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils suggèrent des pistes d'intervention au niveau de l'éducation scolaire et de la communication entre médecin-patient.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est clair, bien structuré mais pourrait être plus étoffé/détaillé. Les normes éthiques, les limites et la question de la généralisation des résultats manquent à l'appel.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont intéressants et catégorisés sous plusieurs thèmes qui sont ensuite discutés. Cette discussion permet de mettre en avant des pistes d'intervention pour les professionnels de la santé touchant à ce domaine.

E4: Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Traitera des différences dans le choix de la méthode contraceptive chez les adolescentes.

Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Pas de sous-titre faisant ressortir ces différentes parties mais présence des objectifs, de la méthodologie, des résultats.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le choix de la méthode de contraception chez les ados a été identifié comme imparfait et fréquemment sporadique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Cf. résumé sous énoncé du problème → développement physique et cognitif, différences raciales (discrimination raciale), pauvreté (statut socioéconomique), choix de la contraception.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Informations sur le développement de l'ado surtout au niveau cognitif.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'opposition entre le développement cognitif et physique des ados prédispose à la prise de risque et peut influencer sur la prise de décision en matière de contraception. La prise en compte des différences raciales dans le choix de la contraception pourrait potentiellement contribuer à identifier un taux plus élevé de naissances chez une minorité d'adolescentes.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Une étude dit que chez les ados, le développement du raisonnement et la capacité à anticiper les conséquences n'atteignent pas le niveau des adultes avant l'âge approximatif de 17 ans. Des recherches ont montré que la race influence le choix des contraceptifs chez les femmes adultes mais pas de recherches sur les ados.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Étude descriptive rétrospective. Étude observationnelle rétrospective → descriptive. Type de devis exact pas cité.
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				4237 visites d'adolescentes de 3 groupes raciaux majoritaires (afro-américaines, hispaniques ou blanches), âgées entre 12 et 19 ans (moyenne de 17 ans). Celles

et contexte		X		n'ayant jms eu de relation sexuelles ont été exclues
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		4237 visites d'adolescentes
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Formulaire qui incluait : âge, sexe, race, revenu, but de la visite, moyen de paiement, nombre de grossesses et naissances, statut scolaire, méthode contraceptive utilisée avant la visite (15 options, max. 2 réponses), si aucune contraception demande concernant la raison. Puis la même question concernant le contraceptif pour la suite après la consultation (15 options, max. 2 réponses)
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les variables sont les éléments traités dans le formulaire, cf. ci-dessus.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Procédure décrite. "La permission d'utiliser les données collectées dans les archives a été donnée par les administrateurs de l'office de subvention de l'Etat de New York et le directeur médical de la clinique. Les identités des données obtenues ont été cachées avant leur utilisation et données sans qu'il y ait la possibilité de suivre les visites répétées. Examen des dossiers approuvé par le conseil institutionnel de l'université publique de l'état de New York à Brockport."
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Analyse avec SAS, analyse bidimensionnelles évaluant les variables catégoriques (âge, race, statut scolaire,...). Utilisation du test χ^2 .
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		3 sous-chapitres dans les résultats : le non-usage vs l'utilisation d'une méthode contraceptive, méthode barrière vs méthode hormonale, injection vs méthode hormonale orale. Commentaires pour chaque résultat, 1 tableau par catégorie de résultats.

Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Hypothèses permettant d'expliquer certains résultats. Liens avec des recherches antérieures présentes (différences raciales, manque d'interventions spécifiques auprès des ados hispaniques,...)
Intégration de la théorie et des concepts	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les types d'interventions actuellement disponibles peuvent ne pas être adaptés à tous.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. limites dans résumé
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'étude suggère qu'une intervention au sein de la communauté offrant des services et des contraceptifs gratuits pourrait encourager une meilleure utilisation de la contraception que n'importe quelles autres formes de soins de santé (doit être prouvé). Malgré l'atmosphère politique actuelle et les diminutions de budget dans le domaine de la recherche sur la contraception, tous les résultats ont mis en avant l'évident besoin de continuer les services de conseil à la contraception à petit prix, voire sans frais, pour les ados.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Contient les chapitres principaux d'une recherche. Les tableaux sont insérés au fur et à mesure pour une bonne compréhension de ce que nous lisons.
Présentation					
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui car dans une clinique de planning familial le conseil fourni quant au choix de la contraception peut être apporté par une infirmière. De plus, il est important pour l'infirmière d'avoir conscience des variables qui influencent le choix du contraceptif (coût, race, âge, volonté de dissimuler la contraception,...)

E5: Durable Effects of Implementation Intentions: Reduced Rates of Confirmed Pregnancy at 2 Years.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre donne plutôt des informations sur le type d'intervention (intentions de mise en œuvre) et sur le résultat (réduction des grossesses à 2 ans). Le problème des grossesses est tout de même mis en évidence.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Contient les objectifs de l'étude, son devis, les principales mesures des résultats, les résultats et la conclusion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			On ne connaît pas l'effet à long terme de l'intention de mise en œuvre. La question abordée dans la présente étude est de savoir si les intentions de mise en œuvre ont des effets durables (à 2 ans) sur la consommation de produits contraceptifs et sur la réduction des taux de contraception d'urgence, des tests de grossesse et de grossesses cliniquement vérifiées.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Cf. résumé de cette recherche sous recension des écrits.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La formation à l'intention de mise en œuvre (ou planification si-alors) est décrite.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			La formation d'intention de mise en œuvre pourrait augmenter l'utilisation des contraceptifs en aidant les gens à surmonter les obstacles qui, autrement, les empêchent d'adopter leurs intentions de contraception. Cela pourrait contribuer à diminuer les consultations pour demandes de contraception d'urgence ou tests de

					grossesse.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			La prédiction selon laquelle l'intention de mise en œuvre pourrait augmenter l'utilisation de la contraception a été soutenue dans une étude portant sur les consultations pour la contraception d'urgence (EC) et les tests de grossesse (PT) dans une clinique de planification familiale au Royaume-Uni chez des adolescentes sur 9 mois (Martin, Sheera, Slade, Wright & Dibble, 2009), mais on ne sait pas quel est l'effet à long terme de l'intention de mise en œuvre.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis expérimental longitudinal (intervention ≠ contrôle). Plus d'informations sur la méthodologie peuvent être obtenues dans l'étude de base. Approche quantitative. Essai randomisé contrôlé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			261 femmes adolescentes en visite dans une clinique de planification familiale, âge moyen de 16,69 ans, leur indice de privation est plus élevé que la moyenne nationale.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	261 femmes ont participé à l'étude sur les 826 qui étaient admissibles à l'inclusion → suffisant ou pas ? pas cité comme étant une limite de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Il s'agit d'un questionnaire de base identique qui a été fourni aux participantes au groupe contrôle et au groupe d'intervention, puis celles du groupe intervention ont constitué des intentions de mise en œuvre à partir d'un questionnaire qui variait selon le type de contraception qu'elles utilisaient (quand, où et comment elles allaient utiliser leur méthode contraceptive) en répondant à 3 questions puis elles ont dû décrire comment elles pouvaient dépasser une série d'obstacle à l'utilisation de leur contraception. Puis les notes de la clinique (de suivi) ont été évaluées durant 2 ans.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Il s'agit de : la consommation de produits contraceptifs, la réduction des taux de contraception d'urgence, de tests de grossesse et de grossesses cliniquement vérifiées.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Ils ont obtenu l'approbation éthique pour examiner les dossiers de la clinique de planification familiale des participants au cours de la période de 2 ans après l'intervention. Pour des raisons éthiques, il n'était pas possible d'effectuer des comparaisons formelles entre l'échantillon de l'étude et les personnes qui étaient admissibles à l'inclusion dans l'étude originale
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui autant pour évaluer la représentativité de l'échantillon que la randomisation que l'effet à long terme de l'intention de mise en œuvre.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			3 sous-chapitres dans les résultats : représentativité de l'échantillon, évaluation de la randomisation et effet à long terme de l'intention de mise en œuvre. Nous retrouvons sous chacun de ces points des tableaux et l'explication détaillée de ces tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Ils expliquent de quoi découlent les effets bénéfiques de l'intention de mise en œuvre à partir d'études menées précédemment.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Il faut mener des études dans d'autres contextes pour voir si les résultats sont généralisables.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. limites dans résumé

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Des études supplémentaires sont nécessaires pour analyser les mécanismes de l'intention de mise en œuvre. D'autres recherches sont nécessaires pour confirmer ces résultats. La mise en place de l'intention de mise en œuvre permet de modifier les raisons de consultations (↓ consultations pour contraceptifs d'urgence ou test de grossesse notamment, ↑ des consultations pour demande de contraception) = impact concret dans la pratique dans un centre de planning familial.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Contient les chapitres principaux d'une recherche. Les tableaux sont insérés au fur et à mesure pour une bonne compréhension de ce que nous lisons.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui car l'intervention (intention de mise en œuvre) a été implantée dans un service de planning familial, endroit où travaillent notamment des infirmières. Elle pourrait être implantée dans d'autres contextes dans lesquels interviennent les infirmières auprès des adolescentes comme la pédiatrie ou la gynécologie notamment.

E6: The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il s'agit de l'association entre l'éducation sexuelle, l'âge et l'utilisation de la contraception au 1 ^{er} RS.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Pas de titre pour indiquer chaque partie mais toutes ces informations se trouvent dans le résumé dans un ordre logique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les adolescentes aux USA connaissent beaucoup plus de grossesses que les adolescentes en Europe. L'éducation sexuelle aux USA est source d'une polémique importante. Cette recherche (si elle prouve l'efficacité de l'éducation sexuelle sur les

					comportements des jeunes) peut aider à appuyer la nécessité de l'éducation sexuelle à l'école.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Description des grossesses non désirées avec un accent mis sur leur fréquence chez les adolescentes aux USA. Informations sur l'éducation sexuelle à l'école aux USA et sur la polémique qui l'entoure. Informations sur l'utilisation des contraceptifs oraux et du préservatif par les adolescents aux USA et sur les éléments prouvés par les recherches antérieures qui influencent cette utilisation. Informations sur les vecteurs de l'information sexuelle auprès des jeunes (école, parents, pair, média).
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Grossesses chez les adolescentes, éducation sexuelle aux USA, 1 ^{er} RS et 2 moyens contraceptifs fréquents (contraception hormonale et préservatif). Pas de cadre théorique.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Très clair, cf. résumé "Intervention" (éducation sexuelle a un effet positif sur les comportements sexuels des jeunes).
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Découle des recherches antérieures qui ont montré un effet positif de l'éducation sexuelle sur les comportements sexuels.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Pas de devis clairement cité mais le recueil des données ayant été fait par un questionnaire anonyme et les réponses ayant été codées par des chiffres pour permettre l'analyse et le fait qu'il y ait de nombreuses statistiques nous font comprendre qu'il s'agit d'une approche quantitative. Etude corrélacionnelle
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Informations complètes sur leur recrutement, leur sexe, leur âge et leur origine ethnique.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Suffisante pour cette recherche menée par des étudiants universitaires mais peut-être pas suffisante si l'on veut tirer des conclusions susceptibles d'influencer les pratiques concernant l'éducation sexuelle dans tout le pays (l'échantillon de cette étude n'est certainement pas assez représentatif).
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Questionnaire anonyme rempli en ligne (cf. ci-dessous pour les questions)
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			- Endroit où ils ont reçu l'éducation sexuelle (1 pour la maison, 2 pour l'école, 3 pour les deux, 4 pour aucun et 5 pour d'autres)

					<ul style="list-style-type: none"> - Âge au 1^{er} RS (1 pour <10, 2 pour 10 à 15, 3 pour 16 à 20, 4 pour 21 à 25, et 5 pour 26 +) - Utilisation ou non de la contraception au 1^{er} RS (1 pour oui, 2 pour non) - Utilisation de la contraception actuelle (1 pour chaque fois, 2 pour avec quelqu'un de nouveau, 3 pour quand je me rappelle et 4 pour jamais) <p>Variables indépendantes : sexe, origine ethnique, âge, éducation sexuelle Variables dépendantes : utilisation de la contraception et âge au 1^{er} RS</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Procédure de recherche claire. Formulaire de consentement éclairé rempli par les participants avant de répondre au questionnaire. Questionnaires traités en conformité avec les <i>Ethical Principles of Psychological and Code of Conduct</i> .
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Ils ont utilisé des statistiques descriptives pour expliquer les variables. Chaque hypothèse est traitée à l'aide de statistiques qui permettent de les confirmer ou de les contredire.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableaux mettant en évidence les principaux résultats (chaque hypothèse est traitée dans un tableau).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Nombreux liens avec les recherches antérieures. Lien avec l'éducation sexuelle aux USA qui ne suit pas un plan établi commun à tout le pays.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			En mettant en évidence que des études supplémentaires sont nécessaires pour appuyer les résultats de la présente recherche et pour la compléter.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui cf. résumé "discussion"
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Études supplémentaires pour examiner le type d'éducation sexuelle fournie et pour voir si les différences de comportements sexuels se produisent en fonction du type d'éducation sexuelle reçue. Nécessaire également d'évaluer si les personnes qui déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception aux rapports actuels le font dans un but de procréation ou car ils font recours à une autre méthode de prévention des

					grossesses (ligature des trompes, vasectomie).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui chaque hypothèse est traitée à l'aide d'un tableau et de texte qui explique les résultats de manière plus détaillée.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	L'éducation sexuelle dans les écoles pouvant être fourni par des infirmières, cette recherche offre une preuve de l'utilité et de l'efficacité de ce travail. Cette étude ne fait cependant pas lieu du type exact d'éducation sexuelle qui devrait être fournie (nécessité d'avoir des preuves soutenant telle ou telle éducation sexuelle)

E7: Contraceptive Method at First Sexual Intercourses and Subsequent Pregnancy Risk : Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La recherche évaluera le lien entre la méthode contraceptive utilisée au 1 ^{er} RS avec le risque de grossesse ultérieure.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Toutes les parties nécessaires sont présentes.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il manque des données comparatives sur le risque de grossesse associé aux différentes méthodes de contraception pour les jeunes adolescentes débutant leur 1 ^{er} RS.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Informations sur la CO, sur le préservatif, sur leur efficacité et sur les études déjà menées chez les adolescentes avec ces méthodes.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Description de la CO. Informations sur l'Unité de grossesses chez les adolescentes.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les études existantes montrent que la CO est associée à moins de grossesses y compris chez les adolescentes que le préservatif mais il est possible que tel ne soit pas le cas chez les adolescentes plus jeunes. Acceptabilité sociale peut avoir un effet sur les résultats qui sont auto-déclarés.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Cf. résumé recension des écrits (les hypothèses découlent des recherches antérieures).
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Approche quantitative. Étude descriptive corrélationnelle qui s'appuie sur 2 RCT. Utilise des questionnaires (pour les questions cf. résumé)
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Donne le nombre de participantes aux deux études, puis les critères d'admissibilité (cf. résumé)
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			6348 élèves de sexe féminin au total, 2501 ont rapporté des RS, 2082 admissibles pour l'étude. 1952 de ces élèves ont complété la partie du questionnaire sur l'histoire de grossesses (cf. tableau 1).
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Informations sur les recueils de données des deux études SHARE et RIPPLE sont disponibles dans ces études. Le questionnaire utilisé dans cette étude est décrit (cf. résumé collecte des données).
	-Les variables à mesurer sont-elles	X			Mise en évidence des diverses méthodes contraceptives utilisées et codage de

	décrites et opérationnalisées ?				ces différentes méthodes en 6 catégories. Les variables influençant les résultats ont été citées pour les deux études.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Procédure de recherche décrite très en détail. L'étude RIPPLE a été approuvée par le comité sur l'éthique de la recherche humaine of <i>University College London</i> . L'étude SHARE a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université de Glasgow pour la Recherche Non Clinique incluant des Sujets Humains
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Tous les résultats sont soutenus par des statistiques, la significativité est évaluée à chaque fois.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableaux / graphiques tout au long de la recherche qui illustrent les résultats principaux. Les résultats sont commentés /expliqués systématiquement.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Mise en lien des résultats avec ceux de recherches antérieures. Liens faits avec les modalités de fourniture de la CO. Pas d'interprétation à partir d'un cadre théorique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Indirectement par le biais des limites et par la mise en évidence des études supplémentaires nécessaires.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. résumé des limites / faiblesses de l'étude.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Pour la pratique : cf. "implications pour la pratique" dans le résumé. Les travaux de recherches devraient traiter de l'utilisation typique du préservatif et de la CO par les adolescentes.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Structure ok, détails suffisants, si besoin de plus de détails possible de se référer aux 2 études de base.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cf. résumé "implications pour la pratique", est utile pour tous les professionnels de la santé.

E8: Sexual and Reproductive Health Education: Contrasting Teachers', Health Partners' and Former Students' Perspective

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Traitera de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive (SRH). Mettra en évidence les perspectives différentes entre les enseignants, les partenaires de santé et les étudiants.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Contient toutes les parties habituellement présentes dans un résumé, y compris les mots-clés.

Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est celui de l'éducation à la SRH. L'éducation fournie a été évaluée pour voir si elle répond aux normes de promotion de la santé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Parle des recommandations des guidelines pour l'éducation à la SRH et de ce que l'éducation à la SRH comprend dans l'Ontario.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Définition de l'éducation à la SRH. Informations sur la promotion de la santé et le lien avec l'éducation à la SRH.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Il n'y a pas de question clairement formulée mais il y a des buts à la recherche (cf. résumé) qui correspondent aux questions de recherches auxquelles les chercheurs veulent répondre.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			On sait qu'il y a une éducation à la SRH qui est donnée mais on veut évaluer son impact selon la perspective des différentes personnes et on veut aussi voir si elle répond aux normes de promotion de la santé. On a déjà des connaissances sur le contenu de l'éducation mais ici on recherche les perspectives de différentes personnes concernées par cette éducation.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	On sait que c'est une approche qualitative, que le recueil des données se fait grâce à des entretiens semi-structurés mais nous n'avons pas de devis de recherche explicite. Étude analytique car il y a une comparaison qui est faite entre école publique / école catholique. Les entretiens semi-structurés sont typiques de l'approche qualitative. 1h à 1h30 pour chaque entretien = ok
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Informations pertinentes sur la population (âge, type de formation reçue pour les enseignants, race, âge au 1 ^{er} RS pour les anciens élèves,...)

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Pas d'informations données à ce sujet. Même si un entretien de 1h-1h30 peut permettre de saturer les données de cet entretien, nous n'avons pas d'information concernant le fait que les mêmes éléments recueillis reviennent dans les différents entretiens.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens semi-structurés. Informations sur les sujets traités avec la population.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les questions traitées sont en lien avec les informations que les chercheurs veulent recueillir (cf. but dans le résumé)
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Procédure de recherche décrite
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				L'approbation a été accordée par la commission de recherche éthique de l'université d'Ottawa et par chaque commission scolaire participante. Les participants ont signé des consentements éclairés.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Déroulement très clair, pas de lacune observée.
Résultats					
Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			La méthode de traitement des données est expliquée dans la partie méthode
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Des tableaux illustrent les réponses principales. Les titres de cette rubrique font ressortir les résultats principaux.

Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Fait des liens avec les guidelines, les programmes en place et le modèle IMC présenté auparavant. Lien avec les droits de l'homme. Liens avec des études précédentes traitant de l'impact de la promotion de l'abstinence.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		Il y a des limites socio-spatiales qui limitent la généralisation des conclusions. L'échantillon limite aussi cela (prédominance d'étudiantes filles, de race blanche et hétérosexuelles). Limites culturelles liées à la culture francophone / anglophone (cf. limites dans discussion)
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Cf. résumé des limites dans la discussion
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Traitent de la pratique clinique (ce qui devrait être fait pour améliorer la SRH).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Lecture rendue agréable notamment au niveau des résultats par les sous-titres présents.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Oui indirectement étant donné qu'une partie des partenaires de santé peuvent être des infirmières (leur formation n'est pas décrite mais les lieux où ils travaillent sont des lieux où travaillent des infirmières). Nous apprenons ainsi qu'une meilleure collaboration entre les partenaires de santé et les enseignants est nécessaire.

E9: The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il s'agit de l'association entre l'éducation sexuelle, l'âge et l'utilisation de la contraception au 1 ^{er} RS.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Pas de titre pour indiquer chaque partie mais toutes ces informations se trouvent dans le résumé dans un ordre logique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les adolescentes aux USA connaissent beaucoup plus de grossesses que les adolescentes en Europe. L'éducation sexuelle aux USA est source d'une polémique importante. Cette recherche (si elle prouve l'efficacité de l'éducation sexuelle sur les comportements des jeunes) peut aider à appuyer la nécessité de l'éducation sexuelle à l'école.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Description des grossesses non désirées avec un accent mis sur leur fréquence chez les adolescentes aux USA. Informations sur l'éducation sexuelle à l'école aux USA et sur la polémique qui l'entoure. Informations sur l'utilisation des contraceptifs oraux et du préservatif par les adolescents aux USA et sur les éléments prouvés par les recherches antérieures qui influencent cette utilisation. Informations sur les vecteurs de l'information sexuelle auprès des jeunes (école, parents, pair, média).
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Grossesses chez les adolescentes, éducation sexuelle aux USA, 1 ^{er} RS et 2 moyens contraceptifs fréquents (contraception hormonale et préservatif). Pas de cadre théorique.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Très clair, cf. résumé "Intervention" (éducation sexuelle a un effet positif sur les comportements sexuels des jeunes).
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Découle des recherches antérieures qui ont montré un effet positif de l'éducation sexuelle sur les comportements sexuels.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Pas de devis clairement cité mais le recueil des données ayant été fait par un questionnaire anonyme et les réponses ayant été codées par des chiffres pour permettre l'analyse et le fait qu'il y ait de nombreuses statistiques nous font

				comprendre qu'il s'agit d'une approche quantitative. Etude corrélacionnelle
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Informations complètes sur leur recrutement, leur sexe, leur âge et leur origine ethnique.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		Suffisante pour cette recherche menée par des étudiants universitaires mais peut-être pas suffisante si l'on veut tirer des conclusions susceptibles d'influencer les pratiques concernant l'éducation sexuelle dans tout le pays (l'échantillon de cette étude n'est certainement pas assez représentatif).
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Questionnaire anonyme rempli en ligne (cf. ci-dessous pour les questions)
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<ul style="list-style-type: none"> - Endroit où ils ont reçu l'éducation sexuelle (1 pour la maison, 2 pour l'école, 3 pour les deux, 4 pour aucun et 5 pour d'autres) - Âge au 1^{er} RS (1 pour <10, 2 pour 10 à 15, 3 pour 16 à 20, 4 pour 21 à 25, et 5 pour 26 +) - Utilisation ou non de la contraception au 1^{er} RS (1 pour oui, 2 pour non) - Utilisation de la contraception actuelle (1 pour chaque fois, 2 pour avec quelqu'un de nouveau, 3 pour quand je me rappelle et 4 pour jamais) Variables indépendantes : sexe, origine ethnique, âge, éducation sexuelle Variables dépendantes : utilisation de la contraception et âge au 1 ^{er} RS
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Procédure de recherche claire. Formulaire de consentement éclairé rempli par les participants avant de répondre au questionnaire. Questionnaires traités en conformité avec les <i>Ethical Principles of Psychological and Code of Conduct</i> .
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Ils ont utilisé des statistiques descriptives pour expliquer les variables. Chaque hypothèse est traitée à l'aide de statistiques qui permettent de les confirmer ou de les contredire.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Tableaux mettant en évidence les principaux résultats (chaque hypothèse est traitée dans un tableau).
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils	X		Nombreux liens avec les recherches antérieures.

Intégration de la théorie et des concepts	interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				Lien avec l'éducation sexuelle aux USA qui ne suit pas un plan établi commun à tout le pays.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			En mettant en évidence que des études supplémentaires sont nécessaires pour appuyer les résultats de la présente recherche et pour la compléter.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui cf. résumé "discussion"
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Études supplémentaires pour examiner le type d'éducation sexuelle fournie et pour voir si les différences de comportements sexuels se produisent en fonction du type d'éducation sexuelle reçue. Nécessaire également d'évaluer si les personnes qui déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception aux rapports actuels le font dans un but de procréation ou car ils font recours à une autre méthode de prévention des grossesses (ligature des trompes, vasectomie).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui chaque hypothèse est traitée à l'aide d'un tableau et de texte qui explique les résultats de manière plus détaillée.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	L'éducation sexuelle dans les écoles pouvant être fournie par des infirmières, cette recherche offre une preuve de l'utilité et de l'efficacité de ce travail. Cette étude ne fait cependant pas lieu du type exact d'éducation sexuelle qui devrait être fournie (nécessité d'avoir des preuves soutenant telle ou telle éducation sexuelle)

E10: Computer-assisted Provision of Emergency Contraception a RCT

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Permet de comprendre quelle sera l'intervention (la fourniture assistée par ordinateur de la contraception d'urgence).
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Bien détaillé avec l'objectif, le devis, les participants et les mesures ; sinon idem à ce qui est présent habituellement

Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X		Les USA ont le taux de grossesses non désirées le plus élevé parmi les pays industrialisés. Les femmes manquent d'informations sur la CU et les médecins manquent de temps pour fournir cette information.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		Explication sur la CU et son mode de fonctionnement (n'empêche pas l'implantation d'un ovule fécondé, agit avant ce stade-là). Grossesses non désirées sont traitées aussi → les femmes à bas revenu sont les plus à risque
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		Définition de la contraception d'urgence et explication de son mode d'action.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		Le conseil informatique sur la CU avec la fourniture d'un échantillon gratuit de CU peuvent augmenter la connaissance et l'utilisation de la CU chez les femmes vues dans une clinique de soins d'urgence.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		Les femmes les plus à risque de grossesses non désirées sont celles qui ont un bas revenu, femmes qui sont connues pour rechercher souvent les soins dans les services d'urgence → en fournissant cette information dans un service d'urgence on peut toucher les femmes les plus à risque de grossesses non désirées.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		Approche quantitative. Essai randomisé contrôlé + détails des 2 groupes (intervention et contrôle) et de l'action menée auprès de chacun de ces groupes
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Cf. résumé "population" pour critères d'inclusion et d'exclusion
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		"Notre étude a été conçue pour détecter les différences significatives dans les taux d'utilisation de la CU entre les groupes intervention et témoin" → calcul du nombre de participantes nécessaires pour affirmer ou infirmer l'hypothèse de l'étude (différence dans les taux d'utilisation de la CU entre les 2 groupes, intervention et contrôle). Ont pris en compte la perte d'un certain nombre de femmes au cours du suivi
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		1. Questionnaire informatisé le jour du recrutement 2. Sondage téléphonique de suivi à l'aide d'un script standardisé 6 mois plus tard
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Résultat principal : utilisation auto-déclarée de la CU Résultats secondaires : connaissances et attitudes envers la CU (exemple de

				questions dans la recherche), l'utilisation d'autres méthodes contraceptives, la grossesse auto-déclarée
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Procédure de recherche très détaillée, nous comprenons clairement ce qui a été fait pour arriver aux résultats qui suivent. Les participantes ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'évaluation d'un programme éducationnel informatisé. L'étude a été approuvée par le Comité sur la Recherche Humaine de l'Université de Californie, San Francisco, et par l'Institutional Review Board de l'Université de Pittsburgh.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Utilisation du logiciel STATA version 8 pour toutes les analyses. Analyses en intention de traiter pour l'utilisation de la CU et pour l'examen des connaissances sur la CU, tableaux de contingence et statistiques χ^2 pour évaluer la significativité des différences entre les variables catégoriques, tests t pour évaluer la significativité des différences entre les variables continues, régression logistique multivariée pour examiner l'effet du groupe d'étude sur l'utilisation de la CU après contrôle des caractéristiques de base.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		La figure 1 permet de comprendre le processus de recrutement. Présence de tableaux qui résument les principaux résultats de l'étude (caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques reproductives des participants au recrutement, connaissances de base, attitudes et utilisation de la contraception, effets de l'intervention sur les connaissances et les attitudes envers la CU).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Fait le lien avec la FDA américaine qui a accepté que les femmes aient accès à la CU sans ordonnance d'un médecin. Met en évidence les similarités et les différences entre cette étude et les études précédentes. Fait le lien avec les études précédentes qui ont montré la même tendance à plus d'utilisation de la CU chez les femmes du groupe intervention (idem pour le fait que le conseil sur la CU n'a pas d'effet adverse sur l'utilisation du préservatif ou sur les comportements sexuels à risque).
	-Les chercheurs abordent-ils la question	X		Études nécessaires supplémentaires pour voir si les effets positifs de l'intervention

	de la généralisation des conclusions ?				sont généralisables à des populations en dehors de la Californie
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf résumé discussion "limites"
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cf. résumé discussion "recherches futures" pour ce que les recherches futures doivent compléter.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article très structuré, analyse critique minutieuse possible.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	N'implique pas directement l'infirmière mais étant donné que l'intervention a lieu dans un service d'urgence avant que la personne soit vue par un médecin, nous pouvons imaginer que c'est l'infirmière (infirmière de tri peut-être) qui peut orienter la femme vers ce conseil informatisé sur la CU et qu'elle pourrait aussi être une source de complément d'informations pour la femme par la suite.

E11: Adolescents' Use of Emergency Contraception Provided by Washington State Pharmacists

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La recherche traitera de l'utilisation par les adolescents de la pilule contraceptive d'urgence fournie par les pharmaciens de l'état de Washington.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Contient : objectifs de l'étude, devis, contexte, participants, mesures des résultats, résultats et conclusion.

Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le taux de grossesses adolescentes aux USA continue de dépasser celui de toutes les autres nations de l'Ouest. Les femmes aux USA (particulièrement les ados) restent mal informées sur la disponibilité et l'utilisation de la PCU.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Beaucoup de grossesses chez les ados ne sont pas désirées (78%), et 45% d'entre elles finissent par un avortement. Seuls 28% des ados de 12-18 ans avaient entendu parler de la PCU.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Définition de la PCU cf résumé.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			La PCU a le potentiel de diminuer fortement les grossesses non désirées. L'accès en pharmacie à la PCU serait plus aisé que de devoir passer par un médecin mais il existe alors un risque de ne pas recevoir les soins médicaux nécessaires.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Une étude montre que l'utilisation accrue de la PCU permettrait de diminuer d'environ de 2/3 les grossesses non désirées aux USA.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Questionnaire auto-administré transversal. Peu d'informations supplémentaires sur le devis mais questionnaire bien détaillé dans la recherche et présent en annexe. Approche quantitative. Devis pas explicité.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Cf. résumé échantillon
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la	X			C'est une limite de l'étude : taux de réponse chez les femmes admissibles de seulement 36%, 1/4 des femmes ayant reçu la PCU n'ont jamais reçu le

	recherche ?			questionnaire de la part du pharmacien.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Questionnaire en annexe.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<ul style="list-style-type: none"> - Raisons des adolescentes pour la recherche de soins auprès d'un pharmacien - Nécessité d'une évaluation médicale additionnelle - Risque de ne pas recevoir de soins médicaux supplémentaires - Satisfaction des soins fournis par le pharmacien
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?			Procédure de recherche détaillée dans « Procédure et participants »
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		<p>Étude approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Washington.</p> <p>Confidentialité garantie (bien mise en évidence dans le questionnaire).</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Utilisation du logiciel Stata pour l'analyse statistique.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Des tableaux et des figures résument les principaux résultats tout au long de la recherche.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Nombreux liens avec les recherches antérieures. Particularités de la PCU et de son évolution dans le temps aux USA expliquées dans la discussion.
	-Les chercheurs abordent-ils la question	X		Les limites de la recherche peuvent limiter la généralisation des conclusions.

	de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. résumé des limites de l'étude
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les programmes visant à augmenter l'accès à la PCU devraient tenir compte des résultats de cette recherche pour la suite. Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des références fournies aux ados par les pharmaciens sur leur prise en charge.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Relativement facile à lire, bien structuré.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Pas spécifique au domaine infirmier mais amène des informations sur une manière qui permet un accès à la PCU de manière facilitée et qui peut donc permettre de diminuer les grossesses non désirées. Réflexion personnelle : l'infirmière pourrait avoir un rôle à jouer dans la suite de la prise en charge de certaines de ces ados → certaines ont besoin de choisir une méthode contraceptive à long terme ou de soins médicaux supplémentaires car la fourniture seule de la CU se suffit pas à diminuer les taux de grossesses non désirées

E12: Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program: Perspectives of *Prime Time* Staff

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Traitera de l'engagement des adolescentes vulnérables dans un programme de prévention de la grossesse.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex.,	X			Présence de l'introduction, de la méthode, des résultats et de la discussion.

	l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène est celui de l'engagement des jeunes dans un programme de prévention de la grossesse selon la perspective du personnel "Prime Time".
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Engagement des jeunes (réussites et difficultés dans la gestion de cas) Description du programme <i>Prime Time</i> (but est de réduire les risques de grossesses chez les ados, réduire les cptmts sexuels à risque, diminuer l'implication de la violence et diminuer la déconnexion avec l'environnement scolaire).
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Orientation : partager les leçons apprises qui peuvent profiter à d'autres personnes travaillant avec les jeunes à risque.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Quelles sont les réussites et les difficultés en engageant dans la gestion de cas des adolescentes à risque élevé de grossesse précoce.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Engager les adolescentes à risque élevé de grossesse précoce peut être particulièrement difficile car elles ont généralement des caractéristiques situationnelles et de développement qui nécessitent des approches uniques pour l'engagement. + liens avec le développement des ados.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Approche qualitative. Devis de recherche descriptif qualitatif → enquête. Méthode de recueil des données : entretiens semi-structurés individuels (typique d'une approche qualitative). Analyse des données par codage par 2 auteurs indépendants puis codes examinés par des évaluateurs. Durée des entretiens : environ 1 h
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Personnel interrogé : 5 femmes de 22 à 50 ans, gestionnaires de cas, diplômées de milieu éducatif, qui avaient toutes une expérience dans des services de gestion de cas pour ados à risque de grossesse précoce. Filles suivies par ces gestionnaires de cas : de 13 à 17 ans sexuellement actives (n=235) des cliniques scolaires ou communautaires présentant au moins un facteur de risque pertinent.

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les chercheurs ont mené un entretien d'environ 1h avec chaque gestionnaire de cas. On ne sait pas si cela a suffi à saturer les données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens semi-structurés, le guide d'entretien comprenait des questions ouvertes visant à recueillir des informations sur la variation individuelle dans les expériences des gestionnaires de cas travaillant avec un groupe d'adolescentes. La recherche montre le type de questions qui ont été posées.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			L'entretien semi-structuré permet de recueillir l'expérience des personnes → adéquat.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				Les entrevues ont été réalisées dans un lieu privé, entretiens confidentiels. Tout le personnel d'intervention a consenti à participer à cette étude. Les protocoles d'étude ont été approuvés par le comité d'examen institutionnel de l'université du Minnesota.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Déroulement de l'étude très étayé, notamment en ce qui concerne le codage des données et leur catégorisation.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Méthode de traitement des données détaillée dans la méthode.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Pour chaque type d'adolescentes (connecteurs faciles, moyens et difficiles) il y a un chapitre pour les recommandations qui s'appliquent pour eux. Les tableaux se trouvent à la fin de la recherche, ils sont clairs. Un tableau récapitule les recommandations avec les différents types d'adolescentes.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Parle de la gestion de cas qui a déjà fait ses preuves dans le passé. Des recherches antérieures suggèrent que les facteurs favorisant l'engagement peuvent différer au sein des populations de jeunes à risque élevé.
	-La recherche tient-elle compte de la				Les facteurs favorisant l'engagement peuvent différer au sein des populations.

	question de généralisation des conclusions ?	X			Dans les programmes futurs, il faudra peut-être adapter la catégorisation et les stratégies au contexte et au type d'intervention.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cf. résumé discussion – limites
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cette étude offre des perspectives sur les stratégies utilisées par les gestionnaires de cas pour entrer en relation avec les filles → cette réflexion pourrait être utile pour d'autres mises en œuvre de programmes similaires. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour identifier la connexion entre les différentes stratégies et les résultats positifs pour la santé des ados.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Tous les chapitres principaux d'une recherche sont présents et bien détaillés.
Présentation					
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Oui car elle permet de prendre conscience que des attitudes différentes peuvent être adoptées selon le type d'adolescente (connecteur facile, moyen ou difficile) pour favoriser leur engagement dans un programme.

E13: Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Eléments de la revue
Titre	Permet-il de saisir le sujet traité dans la revue de littérature	X			Cette revue de littérature traite des "Interventions pour la prévention des grossesses non désirées chez les adolescents". Il est aussi mentionné dans le titre qu'il s'agit d'une revue de littérature.
Résumé	Contient-il les principales parties de la revue de littérature (background, objectifs, méthode, critères de				Le résumé met en évidence les éléments principaux de chacun de ces points sauf la discussion mais il contient un résumé de la conclusion des auteurs.

	sélection, collecte des données et analyse, résultats, discussion, conclusion)?	x			Le résumé contient en plus "Les critères de sélection" qui n'est pas le titre d'un chapitre principal dans la revue de littérature.
Introduction					
Enoncé du problème	Le problème ou le phénomène étudié est-il énoncé clairement ?	x			Explications tout au long du background
Intérêt de la revue	Le texte explique-t-il la raison qui a poussé les auteurs à effectuer cette revue de littérature ?	x			Il y a un sous-chapitre du background qui traite spécifiquement de cela.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Dans le background sont décrits uniquement les concepts suivants : adolescent et adolescence. Il y a également une description des différentes interventions mais celles-ci apparaissent dans la méthode.
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			La formulation d'hypothèse se trouve dans la partie 'De quelle manière l'intervention pourrait-elle fonctionner ?'
Question de recherche / Buts	Question clairement formulée ?			x	Il n'y a pas de question clairement formulée mais le titre de la revue nous indique qu'elle va s'intéresser aux interventions pour la prévention des grossesses non désirées chez les adolescents.
	Objectifs de la revue	x			Sous le chapitre "Objectif"
Méthodes					
Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Revue de littérature qui contient des RCT, y compris les RCT randomisés de groupe
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				Description de l'échantillon bien détaillée dans la partie résultats.
	Existe-t-il un risque d'avoir laissé de				"Nos stratégies de recherche, bien qu'exhaustives n'ont peut-être pas suffi à identifier toutes les données non publiées potentiellement importantes, donc la revue

	côté certaines RCTs potentiellement utiles ?	x			n'est pas sans biais de publication."
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			x	41 RCT qui comptaient au total 95 662 adolescents. Le pourcentage d'adolescents qui ont suivi le programme dans sa totalité et qui ont ainsi fourni des données de suivi n'est pas indiqué.
Collecte et analyse des données	Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement exposés ?	x			Informe sur les types d'études recherchées (RCT), le type de participants (hommes et femmes entre 10 et 19 ans), le type d'intervention (d'éducation, de promotion de la contraception ou intervention multiple = combinaison des 2 premières) ainsi que le type de mesures des résultats (primaires et secondaires). Sélection des études par 2 auteurs qui ont appliqués indépendamment les critères d'inclusion et d'exclusion. 3 ^{ème} auteur en cas de doute.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Explique la méthode de recherches des RCT (dans le registre central Cochrane). Autres bases de données : Lilacs, Medline, Embase ; ont contacté diverses personnes qui travaillaient dans le domaine de la santé afin d'avoir des informations sur les essais non publiés et en cours. Ont lu la liste de références de chaque étude identifiée pour qu'aucune étude pertinente ne soit laissée de côté.
	L'extraction des données est-elle expliquée ?	X			Liste les résultats primaires et secondaires qui sont mesurés. Extraction des données par 2 auteurs avec formulaire d'extraction des données standard (données extraites fournies) Explique comment ils ont traité les données manquantes (l'attrition des participants et les statistiques manquantes) Ont évalué l'hétérogénéité, les biais de rapport. Ils citent le modèle utilisé pour la synthèse des données

	L'évaluation du risque de biais est-elle abordée et les précautions prises pour diminuer les risques de biais sont-elles expliquées ?	X			<p>Ont évalué la qualité méthodologique des études incluses en utilisant des méthodes standards pour les RCT comme décrites dans le "Cochrane Handbook".</p> <p>Ont examiné 6 paramètres : production de la séquence d'affectation, la dissimulation de la séquence d'affectation, l'aveuglement, les données de résultats incomplètes, le rapport sélectif des résultats et d'autres sources de biais</p> <p>Pour réduire les biais de publication : tous les RCT publiées ou non, dans la presse et en cours ont été inclus, quelle que soit la langue de publication. Les études menées dans les pays développés et moins développés ont été considérées. Aucune restriction sur le journal de publication → ▲ n'est pas sans risque de biais de publication car bien que les stratégies de recherche soient exhaustives, elles n'ont peut-être pas suffi à identifier toutes les données non publiées potentiellement importantes.</p>
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	x			Description complète de la méthode et argumentation du choix de cette méthode.
Résultats	Description des études incluses	x			101 études trouvées, 41 incluses (participants, contexte, intervention, promotion de la contraception et résultats sont résumés)
Traitement des données		x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			x	Tableaux mis en annexe (plus difficile de faire le lien directement avec ce qu'on lit)
Discussion	Les principaux résultats sont-ils				La discussion comprend un résumé des principaux résultats ainsi qu'une discussion de la qualité des preuves et la comparaison des résultats de cette revue de littérature

Intégration de la théorie et des concepts	interprétés ?	x			avec une autre plus ancienne (DiCenso, 2002)
	Les chercheurs rendent-ils compte des forces et limites de l'étude ?	x			Ils le font déjà dans le l'abstract sous la partie résultat. Mise en évidence des limites dans la discussion
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Dans l'ensemble les preuves ne sont pas concluantes → ne pourraient pas être la base pour recommander l'utilisation ou l'arrêt de ces interventions là où elles sont déjà en cours d'utilisation. Paragraphe sur l'implication pour la recherche

I. Grille type de résumé des articles

Source	
Titre Auteurs Année de publication Publié dans...	
Introduction	
Enoncé du problème	
Recension des écrits	
Cadre théorique ou conceptuel	
Méthode	
Devis de recherche	
Population et contexte	
Collecte et analyse des données	
Résultats	
Discussion	

J. Grilles de résumé des recherches

E1: Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings

Source	
Titre	Points de vue des fournisseurs sur les défis concernant les conseils à la contraception dans les établissements de soins primaires
Auteurs	Akers, A. Y., Gold, M. A., Borrero, S., Santucci, A. & Schwarz, E. B.
Année de publication	2010
Publié dans	<i>Journal of Women's Health</i> , 19(6), 1163-1170
Introduction	
Enoncé du problème	La moitié des grossesses aux USA sont non désirées. ¾ des femmes voient un fournisseur de santé annuellement mais <50% bénéficient d'un service sur la contraception ou autre service de planning familial. Pour améliorer la prestation de services de conseil de contraception, il est important d'identifier les facteurs qui limitent la fourniture de ces services dans les pratiques de soins primaires. Cette étude explore les opinions au sujet des obstacles aux conseils sur la contraception chez les fournisseurs dans le cadre des soins primaires en vue de développer des stratégies pour améliorer ces conseils.
Recension des écrits	Les conseils de planification familiale et de contraception sont considérés comme compétence de base pour les médecins de soins primaires. Les femmes reçoivent la majorité des soins préventifs de fournisseurs non-gynécologiques. Les médecins généralistes sont dans une position unique pour offrir des services de conseil de contraception, réduisant potentiellement les grossesses non désirées.
Cadre théorique ou conceptuel	Contraception, communication, consultations (conseils), les perceptions des cliniciens
Méthode	
Devis de recherche	Etude de cas Etude qualitative (théorisation ancrée)
Population et contexte	Les participants ont été recrutés dans 4 cliniques de soins primaires universitaires et communautaires affiliées à l'Université de Pittsburgh Medical Center (UPMC) à Pittsburgh, en Pennsylvanie. 48 fournisseurs (représentatif de la répartition générale dans les équipes pluridisciplinaires des cliniques) : - 14 médecins (8 de médecine interne générale, 1 résident en médecine, 1 de médecine adolescente, 4 de médecine familiale) - 1 pharmacien - 26 infirmières (16 infirmiers autorisés, 4 avec licence d'infirmier auxiliaire, 6 infirmiers praticiens) Ces fournisseurs devaient avoir travaillé dans des cliniques offrant des services de soins primaires ambulatoires pour les femmes en âge de procréer. Ils sont issus de spécialités non gynécologiques (médecine interne, médecine familiale et médecine de l'adolescent). La plupart prescrivent la contraception. Ils ont été recrutés via courriers, e-mail et tracts affichés dans les salles du personnel.
Collecte et analyse des données	8 groupes mixtes de 6-10 fournisseurs pour un entretien semi-structuré enregistré d'~2h en Novembre et Décembre 2007. 4 groupes de médecins/pharmaciens et 4 groupes d'infirmiers (ères).

	<p>Les participants ont rempli un bref questionnaire démographique (âge, genre, et race/ethnie) qui évalue les caractéristiques de pratique clinique sociodémographiques et individuel des fournisseurs (nombre d'heures par semaine consacrées à offrir des soins directs aux patients, le nombre de femmes en âge de procréer vues hebdomadairement et si les participants ont prescrit des contraceptifs).</p> <p>Les débats ont été menés par 2 modérateurs : 1 anime le débat et l'autre prend des notes sur le paraverbal, affirmation/rejet, opinions. Ces infos ont été incorporées aux transcriptions pour une analyse plus fine.</p> <p>En tout, 4 modérateurs expérimentés en recherche qualitative et services de santé (1 médecin obstétricien-gynécologue, 1 médecin spécialiste en médecine de l'adolescence, 1 doctorant en psychologie et 1 chercheur ayant un master en santé publique) utilisant un guide d'entretien semi-structuré standardisé explorant les perceptions des cliniciens en soins primaires sur : leur connaissances, leur sentiment d'auto-efficacité, les obstacles/facilitateurs, le rôle personnel dans le conseil contraceptif ex : <i>Quels types de contraception encouragez-vous particulièrement vos patientes féminines à envisager et pourquoi? Dans quelles situations recommandez-vous que les femmes utilisent la contraception? Qu'est-ce qui tend à vous inviter à parler avec une patiente de son besoin de contraception?</i> Après chaque entretien, les modérateurs et le chercheur principal ont débriefé du contenu de la discussion et des thèmes émergent comparativement aux groupes de discussion précédents jusqu'à saturation des données.</p> <p>Pour les données du questionnaire, Excel a été utilisé pour calculer les fréquences pour les variables catégoriques et les moyennes (ou médianes) pour les variables continues. Les retranscriptions des entretiens enregistrés ont été saisies dans ATLAS. Ti, version 5.2. Les transcriptions ont été systématiquement et indépendamment examinées par 2 codeurs. 4 thèmes ont émergés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les obstacles perçus - Les invitations à la discussion - Le contenu de la discussion (par exemple, les types de contraception) - La connaissance de la contraception.
Résultats	
<p>Communication (contenu)</p> <p>Communication (relation)</p>	<p><i>Perceptions des obstacles lors des conseils contraceptifs liés aux patients :</i></p> <p>Éléments qui empêchent l'engagement dans une discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La préférence du patient pour certaines méthodes contraceptives (expérience antérieure, effets secondaires, aversion pour un mode d'administration, influence des pairs/famille/marketing médicamenteux) limiterait la disposition des femmes à envisager toutes les options possibles [obstacle le plus courant] - Les interdits religieux. - L'inconfort du patient à discuter de la contraception. Surtout pour les mineurs (la présence des parents lors des visites et la crainte que les parents découvrent l'emballage de contraception ou n'apprennent l'utilisation de contraceptifs par des déclarations d'assurance étaient considérés comme limitant le confort des adolescents à parler de contraception. - L'absence de besoin perçu de contraception <p><i>Perceptions des obstacles lors des conseils contraceptifs liés aux fournisseurs :</i></p> <p>6 thèmes sont apparus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le schéma informel de classement des risques de grossesse : un exemple, les femmes qui ont déclaré ne pas être sexuellement actives actuellement étaient considérées comme n'ayant pas besoin de conseils sur la contraception, malgré le fait que certaines pouvaient initier une

	du planning familial.
Formation	<p>Au cours des 3 dernières décennies, les études ont toujours indiqué que la formation sur la contraception pour les médecins de soins primaires était insuffisante. Les possibilités pour eux de pratiquer pour obtenir une formation médicale continue (CME) en ce qui concerne les progrès dans les méthodes contraceptives sont également limitées. Ainsi, le manque de connaissance, confort et sentiment d'efficacité pour fournir des conseils n'est pas surprenant. Cependant, il est déroutant que le problème persiste ! L'élaboration de programmes standardisés dans le conseil de la contraception, l'ajout de questions de contraception pour les examens de certification des fournisseurs, l'offre de possibilités de formation continue médicale, et l'augmentation de la disponibilité des ressources de consultation électroniques représentent quelques outils qui ont été proposés pour résoudre le problème. Le succès dépend des programmes de formation et des systèmes de santé assumant la responsabilité de faire que ces éléments se mettent en place.</p>
Communication	<p>Pour développer des approches efficaces pour augmenter les prestations de conseils sur la contraception, il est extrêmement important que nous comprenions les obstacles que les patients et les fournisseurs apportent au processus de consultation. Peu d'études ont évalué les stratégies optimales pour conseiller les femmes sur les grossesses non désirées et l'utilisation de contraceptifs. Des techniques de conseils axées sur le client, comme les approches d'entrevue motivationnelle, ont été proposées. Cependant, des essais contrôlés randomisés plus rigoureux de ces interventions sont nécessaires pour tester l'efficacité de ces approches pour l'évaluation des besoins en contraception des femmes.</p>
Communication	<p>Comme avec les évaluations de la douleur, toutes les femmes en âge de procréer pourraient être interrogées sur leurs intentions de grossesse et l'utilisation actuelle de contraceptifs lors de chaque visite et non seulement lors de l'examen annuel ou lors de plaintes spécifiques en matière de reproduction. Intégrer le dépistage/évaluation systématiques dans les habitudes de la clinique pourrait également aider les patients et les fournisseurs à voir ce thème comme un élément normal, attendu des soins primaires. Bien que l'on puisse penser que le sujet de la contraception ne pourrait pas venir au cours d'une visite de soins actifs pour une infection, il devrait fréquemment l'être.</p>
Communication	<p>Des systèmes de dossier médicaux électroniques ont été proposés comme un outil important pour identifier les patients qui ont besoin des conseils contraceptifs. Basés sur nos résultats, 2 de leurs fonctionnalités ont été suggérées: des instructions de routine pour les fournisseurs pour offrir un dépistage/évaluation et des conseils contraceptifs et des liens (Link) vers des mises à jour des informations sur les méthodes contraceptives, en particulier pour les patients médicalement complexes. Développer des moyens créatifs pour fournir des services de contraception en dehors de la rencontre traditionnelle face-à-face médecin-patient est justifié.</p>
Partenariat	<p>Des conseils sur la contraception par des visites de groupe avec les médecins, les auxiliaires médicaux ou les éducateurs de santé ont été proposés. Des campagnes de marketing social utilisant des médias pour informer les femmes sur leurs choix contraceptifs représentent une autre option.</p> <p><u>Limites :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen d'un groupe hétérogène de fournisseurs qui peuvent avoir des niveaux de connaissances/formation/confort différents et soumis à des normes professionnelles différentes 2. Manque de diversité ethnique de l'échantillon. Impossible d'exclure la possibilité qu'un cadre d'échantillonnage différent et stratifié par sexe ou race aurait identifié des thèmes différents ou supplémentaires 3. La nature qualitative de cette étude a permis d'identifier la gamme des obstacles systématiquement cités par les fournisseurs au sein de notre

Partenariat	<p>système; cependant, notre approche ne nous permet pas de classer ces éléments ou de déterminer quels sont les principaux obstacles à chaque niveau d'exploitation</p> <p>4. Cet ensemble d'obstacles n'est pas exhaustif. Nous avons identifié ceux qui se rapportent à la communauté des fournisseurs; des défis supplémentaires existent certainement</p> <p>5. Nous ne présentons que les perspectives des fournisseurs. Les patients peuvent en percevoir des différents ou des supplémentaire</p> <p><u>Conclusion :</u> Les fournisseurs dans les établissements de soins primaires sont confrontés à de multiples obstacles à la fourniture de services de conseil de contraception. Des défis existent liés aux patients, fournisseurs et système de santé. Une stratégie unique ne peut pas suffire. Les pratiques cliniques et les systèmes de santé devraient chercher à utiliser une variété d'approches pour améliorer cela. Au vu de la situation, des interventions à tous les niveaux du système de santé sont nécessaires.</p>
--------------------	--

E2: Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway Sweden and Portugal

Source	
Titre	Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway Sweden and Portugal Apporter la contraception d'urgence par-dessus le comptoir : expériences des utilisatrices en vente libre en France, Norvège, Suède et au Portugal
Auteurs	Gainer, E., Blum, J., Toverud, E.-L., Portugal, N., Tyden, T., Nesheim, B.-I., Larsson, M., Vilar, D., Nymo, P., Aneblom, G., Lutwick, A. & Winikoff, B.
Année de publication	2003
Publié dans	<i>Contraception</i> , 68, 117-124
Introduction	
Enoncé du problème	Compte tenu de la nouveauté de la fourniture de la contraception d'urgence (CU) à base de progestatif seul sans ordonnance, nous avons estimé qu'il était essentiel de documenter l'expérience des utilisatrices de la CU sans ordonnance.
Recension des écrits Accessibilité (contraception)	La CU à base de progestatif seul est disponible sans ordonnance dans plus de 25 pays alors que jusqu'à récemment les femmes devaient obtenir une ordonnance médicale pour l'obtenir ce qui était une contrainte à son utilisation optimale car plus la CU est prise tôt plus elle est efficace. La CU à base de progestatif seul n'a pas de contre-indication médicale ce qui permet sa vente sans ordonnance.
Cadre théorique ou conceptuel	Contraception d'urgence : a depuis longtemps été utilisée dans le monde entier comme un moyen post-coïtal pour prévenir les grossesses non désirées.
Méthode	

Devis de recherche	Série de discussions en groupe. C'est donc une étude de type qualitative (on recherche les expériences de ces femmes). Les équipes d'étude dans chaque pays ont mené quatre à cinq groupes de discussion, d'une durée entre 60 et 90 min. Étude analytique (car comparaison entre les pays). Pas de devis donné.
Population et contexte	Femmes ayant obtenu et pris la CU sans prescription médicale dans les grands centres urbains en France, Norvège, au Portugal et en Suède en 2001 et 2002. ! la population incluse a 17 ans et plus → mais la plupart des femmes ayant participé aux discussions avaient entre 17 et 24 ans → cela nous laisse penser que plus la femme est jeune plus elle est susceptible de recourir à la CU (cf. tableau 3). Les informations recueillies sont donc susceptibles de refléter aussi, en tout cas en partie, les expériences des adolescentes avec la CU.
Collecte et analyse des données	Sujets traités durant les discussions selon une trame pré-établie pour les discussions : <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances et attitude à l'égard des CU avant leur utilisation - Expérience personnelle avec la CU - Réflexions et opinions post-CU Chaque participant a également rempli un questionnaire écrit pour recueillir les données démographiques. Un observateur tiers a pris des notes tout au long des discussions et les sessions ont été enregistrées puis retranscrites. L'analyse du contenu a été effectuée de manière manuelle ou avec un logiciel → commentaires résumés selon les thèmes.
Résultats	
Communication (contenu)	Caractéristiques démographiques des participantes : cf. tableau 3 Perceptions et idées fausses sur la CU avant son utilisation Bien que toutes les participantes aient dit qu'elles connaissaient la «pilule du lendemain», la connaissance concrète sur la façon d'utiliser et d'obtenir la CU était limitée → c'est lorsque le besoin de la CU se présente que les femmes s'en préoccupent. Les femmes dans chaque pays ont soulevé des questions sur la relation entre la CU et l'avortement : CU = avortement ou non (très clair pour certaines, beaucoup moins pour d'autres). Au Portugal, certaines femmes étaient incapables de distinguer la CU de l'avortement par manque de connaissances. Les participantes françaises voyaient la CU comme une alternative nettement préférable à l'avortement, considérant l'utilisation de la CU "moins traumatisante" et "psychologiquement mieux" que l'avortement. La connaissance de la "fenêtre de temps" pour prendre la CU variait légèrement selon l'emplacement de l'étude → fenêtre de 72 heures assez claire pour les femmes en Suède, alors que bon nombre de françaises savaient qu'il y avait un intervalle de temps mais n'avaient pas plus de connaissances, certaines françaises pensaient que la CU devait être prise immédiatement après le rapport non protégé. Peu de femmes norvégiennes connaissaient le délai de 72 heures. Plusieurs femmes françaises et suédoises ne comprenaient pas la relation entre le cycle menstruel de la femme et les périodes fertiles. De nombreuses participantes ont exprimé leur inquiétude sur les effets secondaires potentiels, notamment les nausées et l'irrégularité menstruelle. Les femmes portugaises, en particulier, associaient l'utilisation répétée de la CU avec une infertilité future potentielle.
Communication (contenu)	Les participantes ayant une expérience avec les anciennes versions de la CU (c'est-à-dire des pilules contraceptives fortement dosées) croyaient que la CU avait des effets secondaires graves, ce qui les apeurait et les rendait hésitantes à la réutiliser. Les connaissances spécifiques sur la disponibilité en vente libre de la CU variaient entre les participantes. De nombreuses participantes ont rapporté avoir appris par les médias que la CU était désormais disponible sans ordonnance. D'autres ont appris le nouveau statut de la méthode par des amis ou de la famille voire même de leur petit ami. Certaines ont appris que la CU était disponible sans ordonnance par le pharmacien.

<p>Communication (contenu)</p> <p>Communication (relation)</p> <p>Communication (relation)</p>	<p>Expérience avec l'accès en vente libre de la CU</p> <p>a) Interaction avec le pharmacien</p> <p>Au moment de l'étude, des quatre pays participants, seule la Norvège offrait la livraison "over the counter = sans ordonnance" des contraceptifs d'urgence. Les femmes en France, au Portugal et en Suède accédaient à la méthode via un pharmacien portier (derrière le comptoir → discussion avec le pharmacien pour l'obtenir = "sur ordonnance du pharmacien") (voir le tableau 1).</p> <p>Certaines femmes voulaient expressément engager le pharmacien dans une discussion sur méthode avant d'acheter, tandis que d'autres (en particulier en Norvège) préféraient ne pas échanger avec le pharmacien fournisseur. Les femmes françaises, en revanche, trouvaient que les pharmaciens jouent un rôle "fondamental" dans la fourniture de CU sans prescription médicale; et en tant que tels, ils devraient poser des questions de base et fournir des conseils sur l'administration, l'efficacité et les effets secondaires. Les femmes portugaises approuvent, elles voudraient que le pharmacien offre plus d'explications, de conseils.</p> <p>Attitude professionnelle du pharmacien : une femme suédoise a expliqué, ". . . Je n'avais jamais été aussi bien traitée dans une pharmacie avant", plusieurs participantes françaises ont perçu les pharmaciens comme jugeant et / ou moralisateurs, idem au Portugal. En revanche, la plupart des participantes norvégiennes ont déclaré que leur interaction avec le personnel de la pharmacie a été rapide et simple (juste quelques mots échangés).</p> <p>Certaines participantes françaises ont associé la réticence du pharmacien pour fournir la méthode à ses idées fausses sur les effets secondaires de la méthode et la vente sans ordonnance (un pharmacien assurait que la femme avait besoin d'une ordonnance). Les participantes françaises et suédoises ont rapporté un sentiment d'anxiété après avoir été sévèrement mises en garde par les pharmaciens.</p> <p>Contexte de la pharmacie : l'accès en pharmacie est considéré par certaines comme offrant une plus grande intimité comme les femmes ne doivent pas passer du temps dans la salle d'attente de leur médecin. D'autres estiment que la pharmacie n'est pas privée et n'est donc pas un endroit où elles peuvent engager activement une discussion sur la méthode ; peur de rencontrer une personne connue pour une femme portugaise → a marché 20km pour trouver une pharmacie où personne ne la connaîtrait. Certaines femmes ont envoyé leur partenaire chercher la CU à la pharmacie.</p> <p>b) Compréhension de la notice</p> <p>Presque toutes les participantes ont indiqué qu'elles avaient lu la brochure d'informations qui était incluse dans leurs emballages de CU, en plus des infos fournies par le pharmacien pour obtenir des infos sur l'efficacité, les effets secondaires et l'administration de la méthode. Notice décrite comme simple et compréhensible.</p> <p>c) Utilisation de la CU et effets secondaires</p> <p>En moyenne, les femmes dans les quatre pays ont obtenu et utilisé la CU dans les 12 à 24 heures suivant le rapport sexuel non protégé. Moins de la moitié des participantes de chaque pays ont signalé des effets secondaires suivant la CU, qu'ils soient physiques (légères nausées, vomissements, fatigue, saignements menstruels, malaise général), psychologiques (anxiété, peur de l'échec / de la grossesse) ou une combinaison des deux.</p> <p>Presque personne ne prit congé du travail ou de l'école pour utiliser la CU.</p> <p>Beaucoup de femmes sont restées mal à l'aise pendant un certain temps, souvent jusqu'au début de leur cycle menstruel suivant. Peu de participantes ont utilisé un test de grossesse après la CU.</p> <p>Il était commun pour les participantes de décrire des craintes d'effets à long terme → désir pour des informations plus détaillées sur les effets à long terme.</p>
---	--

<p>Accessibilité (endroits) Communication (contenu)</p> <p>Accessibilité (endroits)</p> <p>Communication (contenu et relation)</p>	<p>Attitudes et pratiques après l'utilisation de la CU</p> <p>a) Opinion sur le statut de médicament en vente libre Les participantes ont été unanimes dans leur évaluation que la distribution en vente libre augmente l'accessibilité en éliminant les barrières de temps et de coût. La majorité des participantes ont exprimé un appui solide pour la fourniture sans ordonnance de la CU car elle peut aider à prévenir les grossesses non désirées. D'autres ont fait valoir que l'avis d'un médecin doit être pris avant d'utiliser la CU et plusieurs autres se demandaient si l'accès facile conduirait à des abus de la CU en tant que méthode de contraception régulière.</p> <p>b) Attitude relative à l'utilisation future Dans l'ensemble, les participantes ont estimé que les aspects positifs de l'accès à la CU en vente libre l'emportent sur les aspects négatifs potentiels de ce nouveau moyen de fourniture. Plusieurs femmes ont indiqué qu'elles étaient "rassurées" par la connaissance que la CU est facilement accessible dans les pharmacies. Beaucoup plus ont déclaré qu'elles recommanderaient la méthode à une amie. L'utilisation répétée était perçue négativement par le groupe. Les femmes en France, en Norvège et en Suède ont fait un point d'honneur à mettre en évidence leurs préoccupations sur la façon dont cette méthode peut être surutilisée ou mal utilisée par les jeunes. En particulier, les femmes craignaient que les jeunes puissent remplacer une contraception régulière par la CU, se mettant par conséquent plus à risque de MST. Certaines femmes n'étaient pas en accord avec cela car si "toi (plus âgée) l'utilise une fois pour un accident alors pourquoi une ado l'utiliserait tout le temps, elles ne sont pas stupides non plus". L'interaction chez les adolescentes entre l'accès facile à la CU et la pression du partenaire masculin à avoir des rapports sexuels a également été soulevée. Toutes les participantes à l'étude ont convenu que les adolescentes ont besoin de soutien et de directives concernant la CU, en recommandant que les jeunes discutent de la question avec un adulte (professionnel de la santé ou non, dont une infirmière).</p> <p>a) Impact sur les pratiques contraceptives Bien que les participantes aient tendance à s'identifier comme des utilisatrices régulières de contraceptifs, près d'un tiers ont déclaré que leur utilisation de la CU a suivi un rapport sexuel non protégé. Les femmes dans les quatre pays avaient tendance à considérer la CU comme une méthode de sauvegarde / de réserve à utiliser en cas de panne dans l'utilisation correcte d'une méthode continue. Lorsqu'on leur a demandé si leur expérience de la CU a eu un effet sur leurs pratiques contraceptives, de nombreuses femmes ont signalé une motivation accrue à être plus vigilantes à leur utilisation régulière de contraceptifs, comprenant souvent une participation accrue du partenaire dans la gestion de la contraception. Un sous-groupe de femmes dans chaque pays ont déclaré avoir changé leurs pratiques contraceptives après leur expérience de la CU = souvent passage de l'utilisation du préservatif à la pilule.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Bien que ces données ne soient pas représentatives de l'expérience de toutes les utilisatrices de la CU sans ordonnance, elles fournissent un aperçu important des expériences des femmes dans ces pays. Les femmes interrogées ont été en mesure de diagnostiquer leur besoin de CU, de comprendre comment elle est utilisée et de gérer confortablement les effets secondaires. En répondant à ces critères, la CU satisfait les guidelines (lignes directrices) acceptés internationalement pour le statut de vente sans ordonnance.</p>

Accessibilité (endroits)	<p>Nous avons conclu que les femmes supportent ce mécanisme de fourniture. Bien que certains responsables politiques aient exprimé la crainte que l'accès sans ordonnance à la CU puisse conduire à l'abandon des méthodes contraceptives régulières, les participantes ont rapporté aucune envie d'utiliser la CU de manière répétée et, à la place, ont lié l'expérience de la CU avec la motivation accrue (souvent partagée par leurs partenaires masculins) à utiliser leur méthode régulière de façon plus responsable ou de passer à une méthode plus fiable.</p> <p>En cas de besoin les femmes interrogées réutiliseraient la CU.</p>
Communication (contenu) Education sexuelle	<p>Cette étude a relevé peu de connaissances sur la menstruation, la contraception et la santé reproductive générale exprimées par les femmes → Malgré la disponibilité de l'éducation à la planification familiale globale dans chacun de ces pays, des efforts accrus de formation atteignant un public plus large sont clairement nécessaires.</p> <p>Les femmes ont tendance à dissocier leurs propres pratiques contraceptives de celles des autres, en particulier des jeunes femmes. Malgré les refus catégoriques de la notion qu'elles utiliseraient (ou abuseraient) de la CU comme une méthode contraceptive régulière, de nombreuses femmes craignent que leurs paires plus jeunes pourraient être incapables de gérer l'accès en vente libre de la CU de manière responsable (point de vue identique aux responsables politiques).</p> <p>Même si elles ont tendance à faire confiance au pharmacien pour la fourniture de CU, les commentaires ont révélé une foule d'inconvénients liés à l'implication des pharmaciens dans la fourniture de contraception. Il est important de tenir compte du contexte de fourniture : la fourniture de la CU en France, au Portugal et en Suède était BTC (behind the counter), ce qui signifie que les femmes interagissent avec un pharmacien portier pour accéder à la méthode. Les femmes en Norvège accèdent à la méthode OTC (over-the-counter) et ne sont donc pas tenues d'interagir avec le personnel de la pharmacie lors de l'obtention de la méthode.</p>
Formations	<p>Le fait que la plupart des pharmaciens ne reçoivent pas d'éducation et de formation à la contraception est important car cela augmente la probabilité qu'ils puissent propager de fausses informations sur la méthode. Nos données nous amènent à la question de savoir si l'accès en pharmacie est vraiment assez bon. Peut-être la meilleure politique, si nous voulons vraiment obtenir cette méthode pour les femmes d'une manière fiable et acceptable, est de «repousser les limites» et de rendre la CU disponible OTC (=sans ordonnance) (et non BTC = sur ordonnance du pharmacien) où les réglementations le permettent.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de la conception d'un mécanisme d'échantillonnage qui n'introduisait pas de biais de sélection dans notre cohorte - Etant donné que l'un des objectifs de cette étude était d'interroger les femmes qui avaient accédé à la CU dans les pharmacies, nous reconnaissons que les points de vue de ces femmes présentent un point de vue particulièrement favorable de la méthode.
Education sexuelle Communication (contenu)	<p>Mais nous pouvons mtn conclure sans risque que même si plusieurs problèmes doivent être abordés pour améliorer la fourniture en pharmacie de la CU, elle est maintenant délivrée en toute sécurité à l'extérieur des bureaux de médecins dans de nombreux pays dans le monde entier.</p> <p>Implication pour la suite : Pour améliorer les services actuels, de la sensibilisation et des campagnes d'éducation devraient être orientées vers les fournisseurs pharmaciens, plus d'information et une meilleure information sur la contraception doit être mise à la disposition des femmes et des hommes de tous âges et les jeunes adultes devraient être ciblés par des campagnes d'éducation spéciales pour expliquer les avantages et les risques de la méthode.</p>

E3: Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians

Source	
Titre	Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians Les idées fausses sur les pilules contraceptives orales chez les adolescentes et les médecins
Auteurs	Hamani, Y., Sciaki-Tamir, Y., Deri-Hasid, R., Miller-Progrund, T., Milwidsky, A. & Haimov-Kochman, R.
Année	2007
Publié dans	<i>Human Reproduction</i> Vol.22, 12, 3078-3083
Introduction	
Enoncé du problème	Le taux d'avortement en Israël des 15-19 ans est semblable à celui d'Europe. 2 principales raisons des grossesses non-désirées : le manque d'accès à la contraception et la mauvaise compliance. L'arrêt de la contraception est une des principales causes de grossesses non-désirées. La mauvaise compliance des ados peut être le résultat de craintes personnelles et de perception de la COCP. Les idées fausses et croyances incorrectes peuvent empêcher l'utilisation ou conduire à l'arrêt de la COCP chez les ados. Il est donc nécessaire de voir si réellement les ados et les praticiens ont des idées fausses.
Recension des écrits	La pilule contraceptive orale combinée (COCP) est utilisée par 44% des ados sexuellement actifs en Israël et aux USA, 67,2% des anglais, 59,2% des français et 49,9% des suédois. 25-66% des adolescentes prenant la COCP sur un an l'ont abandonnée. Cet abandon s'est fait, pour 42% d'entre elles, sans consulter leur fournisseur. La principale raison de cet arrêt était, pour 59% d'entre elles, les effets secondaires.
Cadre théorique ou conceptuel	Compliance, idées fausses, croyances incorrectes (information sur les conséquences de ces idées fausses et de ces croyances incorrectes)
Méthode	
Devis de recherche	Etude observationnelle > analytique > transversale.
Population et contexte	254 adolescentes de 14 à 20 ans fréquentant les cliniques gynécologiques affiliées à l'Université Hadassah Medical Center en Israël, dans les communautés avec statut social plus élevé. Les adolescentes recrutées optaient pour la contraception orale dans un but contraceptif (et non pas pour une autre raison = critère d'exclusion). De plus, les adolescentes devaient avoir un diplôme d'étude secondaire. 138 (54,3%) d'entre elles étaient des utilisatrices actuelles ou anciennes de la COCP. Les utilisatrices de la COCP avaient en moyenne 18 ans et les non-utilisatrices avaient en moyenne 17,1 ans. 114 médecins israéliens spécialisés en obstétrique, gynécologie et endocrinologie de la reproduction ont également reçu le questionnaire.
Collecte et analyse des données	Les informations sur l'utilisation passée ou présente de la COCP et la vision des COCP ont été enregistrées en utilisant un questionnaire de 10 questions type OUI / NON/je ne sais pas. Celui-ci contenait 4 groupes d'idées fausses (thèmes): l'image corporelle, les effets secondaires potentiels, les futurs risques pour la santé et le mode d'utilisation. Il y a eu comparaison entre les utilisatrices de la COCP et les non-utilisatrices. Un questionnaire similaire a été offert à 114 médecins israéliens spécialisés en obstétrique, gynécologie et endocrinologie de la reproduction. La prévalence d'une idée fausse a été estimée par le nombre de mauvaises réponses, appelé score de mépris (MS). La prévalence de l'incertitude a été déterminée par le nombre de " je ne sais pas", appelé score d'incertitude (US). La comparaison des scores de la durée d'utilisation de groupes a été effectuée en utilisant une analyse unidirectionnelle de variance. Les données sont présentées sous forme de moyenne +/- à l'écart-type. Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative.

Résultats	
Formation Communication (contenu)	<p>Globalement, la moyenne des croyances erronées était élevée dans l'ensemble du groupe d'étude (MS 4.1) et similaire dans les deux catégories (utilisatrices actuelles/anciennes et non-utilisatrices) (MS 4,1 contre 4,2). Cependant, pour le thème "Risques pour la santé future", plus d'utilisatrices actuelles/anciennes de la COCP pensent que la fertilité peut être compromise par celle-ci (34,1% vs 22,4%). L'âge n'a pas été signifié comme facteur de confusion pour les idées fausses.</p> <p>La prévalence des doutes quant à la COCP (sujets qui ont répondu " ne savent pas") variait de 13,8 à 27,8%. Globalement, la moyenne US (2.1) était similaire dans les deux groupes (2.1 vs 1.97).</p> <p>L'association entre l'utilisation du COCP et l'acné / hirsutisme était significativement plus claire pour les sujets qui avaient une expérience de l'utilisation de la COCP (10,1% vs 21,7%).</p> <p>De plus, des analyses des sous-ensembles n'ont pas démontré d'association entre la durée depuis la prise de la COCP et la prévalence des idées fausses (pas de baisse).</p> <p>Parmi les médecins interrogés la MS était de 2,2, environ la moitié de celle de l'ensemble du groupe des adolescentes (4.2). Les médecins prescripteurs de COCP étaient beaucoup plus informés sur la pilule que les utilisatrices ; Toutefois, ils ont tenu encore plusieurs incrédules tout comme leurs patientes, par exemple, sur les questions concernant l'augmentation de l'appétit, l'augmentation du risque de cancer du sein et la dangerosité pour la santé.</p>
Discussion	
! contient tout le détail des résultats	<p>Les adolescentes ont beaucoup d'idées fausses au sujet de la pilule alors que c'est la méthode la plus fréquemment choisie par les ados.</p> <p>Les idées fausses peuvent entraîner des comportements à risque. Des connaissances erronées sur l'utilisation précise de la COCP et de ses effets peuvent favoriser l'arrêt de celle-ci et une grossesse non-désirée.</p> <p>Les adolescents prennent plus de risque que les adultes, ils sont plus vulnérables aux pairs et se conforment généralement à une manière particulière d'agir ou de penser (Brown et al., 1986). La pression des pairs est un fort prédicteur des comportements à risque et des difficultés psychosociales potentielles (Dary et al., 2000) mais aussi des attitudes et des comportements contraceptifs (Mirande, 1968 ; Shah et Zelnick, 1986). À cet âge, les pairs influencent l'utilisation des contraceptifs chez les adolescents de différentes façons: en modélisant l'utilisation de la pilule; par l'élaboration des normes, des attitudes et des valeurs; et en fournissant une discussion et un groupe de soutien pour les utilisatrices de la COCP. Le début des rapports sexuels est fréquemment associé à des sentiments négatifs comme l'anxiété, la honte, la gêne, l'insuffisance et l'isolement qui peuvent contribuer à motiver les jeunes individus à se conformer (Lashbrook, 2000).</p> <p>Des études antérieures ont montré que 51-65% de l'information des patients sur le contrôle des naissances et ses effets secondaires provenaient de sources médicales (Goldfield et Neinstein, 1985; Oddens et al, 1994). Une prévalence plus faible des fausses idées a été dévoilée dans le groupe de médecins par rapport aux utilisatrices de la COCP, montrant un manque de connaissance spécifique de la pilule dans la communauté des médecins ainsi qu'un <u>manque de communication entre le médecin traitant et le patient !</u></p> <p><i>L'image corporelle :</i> C'est une préoccupation majeure pendant l'adolescence (Feingold et Mazzella, 1998). Le surpoids et l'acné sont les éléments les plus préoccupants pour les adolescentes (Feldman et al., 1986). Chez les filles, le surpoids est associé à une diminution de l'estime de soi et une humeur négative et à l'anxiété. L'acné peut causer des problèmes de santé psychologiques (dépression, idées suicidaires, anxiété) et des symptômes psychosomatiques (douleur et inconfort, embarras et inhibition sociale (Tan, 2004)).</p>
Communication + des professionnels	

Formation	<p><i>La prise de poids :</i> La moitié des adolescentes et des médecins croyaient que la COCP entraîne un gain de poids et une augmentation l'appétit. Cependant, les études ne parviennent pas à démontrer un gain de poids significatif sous COCP. Les adolescentes gagnent un peu de poids à mesure qu'elles grandissent, qu'elles prennent ou non la COCP (Speroff et Fritz, 2005).</p>
Formation	<p><i>L'acné/hirsutisme :</i> 32,4% des adolescentes et 14% des médecins estiment que la COCP provoque l'acné et/ou l'hirsutisme alors que celle-ci, faiblement dosée, les réduise !</p>
Formation	<p><i>Le cancer du sein :</i> Dans l'étude, 1/3 des utilisatrices de COCP et 1/5 des médecins croyaient que l'utilisation de la COCP augmente le risque de cancer du sein. Dans l'ensemble, même à travers les données indiquant que les jeunes femmes qui commencent à utiliser la COCP avant l'âge de 20 ans ont des risques élevés relatifs de cancer du sein au cours de l'utilisation actuelle et dans les 5 ans après l'arrêt, l'adolescence est une période où le cancer du sein est très rare; et donc il n'y aurait que très peu d'impact sur le nombre réel de cancers du sein et pas d'impact majeur sur les chiffres d'incidence (Speroff et Fritz, 2005).</p>
Communication (contenu)	<p><i>La reproduction future :</i> Différence majeur entre les médecins et les adolescentes dans ce thème (0 vs 28,7%). Les utilisatrices de COCP (34,1%) étaient plus nombreuses que les non-utilisatrices (22,4%) à penser que la fertilité future pouvait être compromise... alors qu'elles consentaient à la prendre ! La perte actuelle (une grossesse non-désirée) pourrait être plus réaliste que la perte de la reproduction possible dans le futur. Le déni peut servir comme mécanisme permettant aux adolescentes de continuer à prendre la COCP. À cet égard, les utilisatrices de la COCP sont perçues comme "preneuses de risque" quand elles s'engagent dans des comportements susceptibles de porter atteinte à leur santé future et à leur bien-être par leur propre croyance. Le délai pour atteindre une grossesse est probablement dû à la suppression persistante du système reproducteur hypothalamo-hypophysaire. Malgré le retard de la reproduction, il n'y a aucune preuve que l'infertilité a été augmentée par l'utilisation de COCP (Bracken et al., 1990). La différence entre les adolescentes et les médecins peut indiquer un manque de communication entre ceux-ci !</p>
Formation	<p><i>La santé en général :</i> Un dixième des patientes et des cliniciens pensent que la COCP est dangereuse pour la santé ce qui témoigne d'une méfiance élevée à l'égard de ce médicament. En dehors de la prévention des grossesses non désirées, la COCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) régule les cycles irréguliers, empêche la dysménorrhée et l'anémie ferriprive (ii) diminue la prévalence de la maladie inflammatoire pelvienne qui s'ensuit d'une salpingite et d'une stérilité tubaire (iii) réduit le risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire (iv) réduit la survenue de kystes ovariens et l'endométriose et (v) augmente la densité osseuse.

Communication (contenu)	<p><i>Intervalles sans pilule :</i> 40% des adolescentes croient qu'il faut faire un intervalle sans pilule pour "se reposer" alors que la majorité des médecins savaient qu'il n'y a aucune raison de recommander cet intervalle. De plus, cette pratique est jugée comme risquée et aboutissant souvent à des grossesses non-désirées. Cet écart montre bien le manque de communication d'information entre le médecin prescripteur et l'utilisatrice de la COCP.</p>
Formation	<p><i>Tabac :</i> L'incidence réelle des événements cardiovasculaires à l'adolescence est faible voire inexistante. Cependant, 24% des médecins et 42,5% des ados pensent que les ados qui fument ne peuvent pas utiliser la COCP.</p>
Formation	<p><i>Humeur :</i> Plus de la moitié des adolescentes (55,7%) et 41% des médecins pensent que la COCP a un impact néfaste sur l'humeur.</p>
Formation	<p><i>Libido :</i> L'augmentation du niveau des hormones sexuelles à la suite de la composante oestrogénique de la COCP peut conduire à la diminution du désir (Bancroft et Sartorius, 1990). Ce risque potentiel était inconnu des deux tiers des adolescentes. Même si 77% des médecins soupçonnent cette association (23% ne le savaient pas !), cette information n'a pas atteint plus de la moitié des utilisatrices de la COCP. L'absence de dialogue efficace médecin-patient peut être dû à la réticence générale chez les adultes à parler de sexualité avec les adolescentes et le tabou sur le désir sexuel chez la femme. Les utilisatrices de la COCP doivent être averties de l'impact possible de la COCP sur la libido afin de répondre à cette question le cas échéant avec le médecin prescripteur de la COCP.</p>
Communication (contenu et relation)	<p>Cette étude a montré que les adolescentes, une population à haut risque de grossesse non-désirée, sont souvent ignorantes au sujet de la pilule. Nous suggérons que l'éducation sexuelle dans les écoles comporte des informations précises sur la COCP et mette l'accent sur les perceptions et les croyances communes. Il faut également trouver des stratégies pour prévenir la désinformation par la familles, les pairs et les soignants médicaux (Eisenberg et al., 2004). Des opinions erronées sur la COCP influencent l'usage personnel et conduisent à l'arrêt de l'utilisation de la COCP. Les gynécologues et autres professionnels de la santé constituent 65% des convoyeurs de renseignements sur la contraception (Oddens et al., 1994). Or, dans cette étude, il est mis en évidence que les médecins ont des opinions erronées importantes sur la pilule ! Les adolescentes ont des perceptions irréelles d'une relation de causalité entre l'utilisation de la COCP et divers problèmes de santé, ce qui reflète soit une connaissance incomplète des médecins ou une absence de dialogue médecin-patient efficace ! La clé pour fournir la contraception à la population adolescente est une communication efficace entre l'adolescente et le médecin le plus compétent. Un tel dialogue peut améliorer la compliance, réduire l'anxiété et contribuer à réduire les taux de grossesses non désirées dans ce groupe d'âge. Des visites de suivi devraient être organisées pour discuter des avantages et des limites de la pilule avec le médecin.</p>
Éducation sexuelle (recommandation)	
Communication (contenu)	
Formation	
Communication (contenu)	
Formation	

E4: Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic

Source	
Titre	Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic Différences dans le choix de la méthode contraceptive chez les adolescentes dans un planning familial public
Auteurs	Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschel, C. M. & Sill, M. W.
Année de publication	2008
Publié dans	<i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> . 53, 45-52
Introduction	
Enoncé du problème	Le choix et l'utilisation de la méthode de contraception chez l'adolescent ont, à ne nombreuses reprises, été identifiés comme imparfaits et fréquemment irréguliers. Le développement de la capacité de raisonnement et de la capacité à anticiper les conséquences n'atteint le niveau des adultes qu'à environ 17 ans. L'opposition entre développement cognitif et physique prédispose à la prise de risque et peut influencer la prise de décision en matière de contraception. Les ados issus d'un bas milieu socioéconomique présentent plus de facteurs pouvant expliquer un haut niveau de mauvaise utilisation de contraceptif. La prise en compte des différences raciales dans le choix de la contraception pourrait potentiellement contribuer à identifier un taux plus élevé de naissances dans une minorité d'adolescentes. Cette étude examine les différences de choix de contraceptifs parmi des adolescentes démunies afro-américaines, hispaniques ou de descendance blanche.
Recension des écrits	La pauvreté touche l'accès aux contraceptifs et la possibilité d'en acheter. Les femmes issues de milieux défavorisés connaissent peu les contraceptifs et leur environnement imprévisible peut limiter un usage régulier du contraceptif. La race influence le choix des contraceptifs des femmes adultes. Il y a peu de recherches sur l'association de la race avec le choix de la contraception chez les adolescentes. Souvent, le comparatif est uniquement fait entre blancs et afro-américains et ne s'intéresse pas aux différences de statut socio-économique.
Cadre théorique ou conceptuel	Informations sur le développement cognitif de l'adolescent (développement de la capacité de raisonner et d'anticiper les conséquences) et sur le développement physique → opposition entre ces deux développements prédispose à la prise de risque et peut influencer la prise de décision en matière de contraception. Informations sur l'impact du milieu socioéconomique et sur la discrimination raciale.
Méthode	
Devis de recherche	"Etude descriptive rétrospective" Etude observationnelle → descriptive. Type de devis exact pas cité.
Population et contexte	Rétrospective du compte rendu des archives sur 5 ans d'une clinique publique du planning familial. Cette clinique englobe 5 zones où 43% des familles vivent en dessous du seuil de pauvreté et où 25% d'entre elles touchent l'aide publique. Dans cette zone, il y avait ~20% de grossesses non désirées chez les ados. L'analyse a été limitée à 4237 visites d'adolescentes des 3 groupes raciaux majoritaires (afro-américaines, hispaniques ou blanches). Les adolescentes de cette étude ont entre 12 et 19 ans (moyenne : 17 ans). Les ados n'utilisant pas de contraception car elles n'étaient pas actives sexuellement ont été exclues.
Collecte et analyse des données	Le formulaire incluait : âge, sexe, race (blanche, noire, indien d'Amérique, Alaska, asiatique, autre), revenu, but de la visite, méthode de paiement, nombre de grossesses et naissances, statut scolaire, la méthode contraceptive utilisée avant la visite (15 options, max. 2 réponses. Si la réponse était

	<p>“aucune”, la raison était demandée), etc. Après la consultation, formulaire complété pour la contraception choisie pour la suite (15 options). 3 catégories d'âge ont été faites : 14 ans et moins ; 15-17 ans et 18-19 ans.</p> <p>Les formulaires étaient remplis par une infirmière diplômée lors d'un entretien privé. Les informations cliniques étaient recueillies par les prestataires de soins lors de l'examen de la patiente. Ces professionnels ont eu une brève formation de remplissage de formulaire.</p> <p>Analyse avec SAS. Analyses bidimensionnelles évaluant les variables catégoriques de l'âge, race, statut d'étude, etc. et leur association avec le contraceptif choisi. 3 modèles de régression logistique ont été utilisés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comparaison des caractéristiques des adolescentes qui ont choisi un contraceptif vs celles qui ont dit ne pas avoir recours à un contraceptif. 2. Comparaison des adolescentes ayant choisi une méthode barrière vs celles ayant choisi une méthode hormonale. 3. Comparaison des adolescentes ayant choisi une contraception hormonale orale vs celles ayant choisi une contraception hormonale par injection. <p>Chaque échantillon a ensuite été stratifié par race afin d'examiner les préférences en matière de contraceptifs.</p>
<p>Interventions Communication (relation et contenu)</p>	<p>Elles ont reçu des soins médicaux et des conseils concernant les options de contraception disponibles (effets, risques, effets secondaires). Ces conseils ont été donnés par des infirmières diplômées, des infirmières en gynécologie et des médecins. Les conseils étaient disponibles en espagnol et anglais, écrit ou oral. Les ressources éducationnelles par les médias étaient également disponibles mais n'ont pas été très utilisées.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>(effet de communication la)</p>	<p>A leur arrivée, 30% indiquent ne pas utiliser de contraceptif et >50% d'entre elles choisiront une méthode durant leur visite. 35% des filles arrivées sans contraceptifs étaient déjà enceintes et 13% ont indiqué ne pas prendre de contraception car elles souhaitaient tomber enceintes. Taux de continuité = ont gardé, après la visite, le même contraceptif qu'à leur arrivée : contraceptifs par injection (80%), arrêt ou aucun (3,5%).</p> <p><i>Non-usage vs utilisation d'une méthode contraceptive :</i> celles qui étaient le plus susceptibles de ne pas utiliser de contraceptifs avant la visite à la clinique étaient des adolescentes de 14 ans et moins, celles entre 15 et 17 ans, les adolescentes qui n'ont pas été longtemps scolarisées et les adolescentes hispaniques. Les adolescentes qui ont reçu leurs soins médicaux uniquement de cette clinique étaient plus susceptibles d'être utilisatrices de contraception.</p> <p>Après la visite, les ados de moins de 18 ans étaient moins susceptibles d'être utilisatrices de contraception en comparaison avec celles de 18-19 ans. Les blanches et les afro-américaines étaient plus susceptibles de ne pas utiliser de contraceptifs en comparaison avec les adolescentes hispaniques. Et celles qui n'étaient pas scolarisées étaient plus susceptibles de ne pas utiliser un contraceptif en comparaison avec celles qui étaient à l'école à temps plein.</p> <p><i>Méthode barrière vs méthodes hormonales :</i> 2848 ados ont indiqué utiliser une méthode barrière ou hormonale. 8% ont indiqué utiliser plus d'une méthode de contraception. À l'arrivée à la clinique, les adolescentes afro-américaines étaient nettement plus susceptibles que les ados hispaniques d'utiliser une méthode de contraception barrière, tout comme celles entre 15 et 17 ans avec assurance de l'Etat. Les étudiantes à temps partiel ou non scolarisées étaient plus susceptibles d'utiliser un contraceptif barrière que les étudiantes à temps plein. Les adolescentes ayant déjà été enceintes étaient moins susceptibles d'utiliser un contraceptif barrière, préférant une méthode hormonale (surtout pour les afro-américaines). Les ados hispaniques de 14 ans et moins étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode barrière que celles de 18 ans et plus. Les ados blanches de 15-17 ans et celles ayant une assurance maladie de l'Etat étaient respectivement plus susceptibles d'utiliser une méthode</p>

	<p>barrière que celles de 18 ans et que celles ayant une assurance maladie privé. Les ados afro-américaines n'étudiant pas à plein temps sont plus susceptibles d'utiliser une méthode barrière. Celles âgées de 15-17 ans et celles ayant une assurance maladie de l'Etat étaient respectivement plus susceptibles d'utiliser une méthode barrière que celles de 18 ans et plus et que celles ayant une assurance maladie privée. Après la visite, 74% des ados ont choisi une méthode de contraception barrière ou hormonale. Les ados de 15-17 ans et celles non scolarisées étaient respectivement plus susceptibles d'opter pour une méthode barrière par rapport à celles de 18 ans et à celles étudiant à temps plein*. **</p> <p><i>Injection vs méthode hormonale orale :</i> A l'arrivée, 1236 ados avaient une méthode contraceptive hormonale, 40% orale et 60% par injection. A l'arrivée, les ados afro-américaines, les ados ayant déjà vécu une grossesse et les ados âgées de 15-17 ans étaient moins susceptibles d'utiliser la contraception par voie orale. Les ados sans assurance étaient plus susceptibles d'utiliser une contraception orale. Après la visite, 39% des ados ont choisi la contraception orale ou par injection. Les ados afro-américaines et les ados ayant déjà vécu une grossesse ont continué d'être moins susceptibles de choisir une contraception par voie orale. L'assurance et l'âge n'ont pas eu d'importance dans le choix de la méthode après la visite.</p> <p>*Comparaison toujours entre 2 mêmes catégories (ex : les scolarisées vs les non scolarisées ; les 15-17ans vs les 18ans et plus). ** si pas d'autres infos = les autres comparaisons n'étaient pas significatives</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Accessibilité (endroits)</p>	<p>Les visites à la clinique sont associées à un changement important dans le choix d'une méthode contraceptive. A l'entrée, 30% disaient ne pas utiliser de contraception et à la sortie, 19% de ces adolescentes seulement sont reparties sans contraception. A l'arrivée, les 14 ans et moins étaient ~50% plus susceptibles de ne pas utiliser de contraceptifs et les 15-17ans 25% plus susceptibles que les 18 ans et plus. Après avoir effectué la visite à la clinique, les plus jeunes adolescentes étaient moins susceptibles de sélectionner la non utilisation que celles âgées de plus de 18 ans. Si ce choix reflète réellement l'usage de contraceptif, les répercussions sociales et économiques pourraient être très importantes car les conséquences négatives causées par le non-usage de contraceptifs sont bien plus grandes chez les jeunes adolescentes. Les ados hispaniques sont restées majoritairement plus susceptibles de ne pas utiliser de contraception ce qui correspond à une étude précédente. Ceci peut refléter une différence culturelle dans le désir de maternité ou un manque d'interventions spécifiques dans cette communauté. Celles qui avaient déjà reçu des soins ailleurs étaient moins susceptibles d'indiquer utiliser une méthode de contraception que celles qui ont commencé leur soin de santé dans cette clinique. Ce qui suggère que les soins de santé n'influencent pas le désir d'utiliser un contraceptif de manière égale. La disponibilité des services de reproduction dans une communauté a montré qu'elle augmente la probabilité d'utiliser un contraceptif et réduit les risques de grossesses chez les adolescentes mais les ados qui souhaitent utiliser une méthode contraceptive sont plus susceptibles de chercher ce type de clinique, qui offre également des soins en médecine interne, dentaires et pédiatriques. Cela suggère qu'une intervention au sein de la communauté offrant des services et des contraceptifs gratuits pourrait plus encourager une meilleure utilisation de la contraception que n'importe quelles autres formes de soins de santé.</p>

<p>Accessibilité (contraception → coût)</p>	<p><i>Méthode barrière vs méthode hormonale :</i> Les préservatifs ont un plus haut taux d'échec qu'une méthode hormonale (jusqu'à 20%) et nécessitent une coopération de la part du partenaire. Il doit être acheté, mis et enlevé comme il faut. Des études ont montré une baisse de son utilisation chez les ados en couple dès 3 semaines de relation (moyenne) et une diminution de plus en plus rapide à chaque relation suivante. Son utilisation comme seule méthode contraceptive n'est pas recommandée chez les ados.</p> <p>Avant la visite, les ados sans assurance maladie étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode barrière (plus accessible et moins coûteuse que les méthodes hormonales). Après la visite, où toutes les méthodes étaient disponibles gratuitement, ce choix n'était plus dominant.</p> <p>Avant la visite, les afro-américaines préféraient la méthode barrière mais après la visite, plus d'ados se sont décidées pour une contraception hormonale. Il se peut que la considération du coût soit une explication.</p>
<p>Communication (relation et contenu) Accessibilité (endroits)</p>	<p>La clinique est située à l'intérieur de la communauté, emploie des gens faisant partie de celle-ci et possède une équipe ainsi que du matériel éducationnel multilingue/multiculture. Nous pouvons affirmer que ces facteurs contribuent à la validité d'une perception qui aide à surmonter la méfiance et à éliminer les différences raciales.</p> <p><i>Méthode orale vs injections :</i> Le taux d'échec des contraceptifs oraux est ~3% chez l'adulte et 15% chez les ados. 45 à 66% des utilisatrices de contraception orale l'arrêteront au cours de la première année. Elle doit être prise quotidiennement, elle est vendue à la vue de tous en pharmacie et il y a souvent des effets secondaires.</p> <p>Les injections ont un taux d'échec de 0,13% et sont faites durant un rendez-vous privé toutes les 12 semaines. Après 6 mois, les ados sont plus susceptibles de continuer cette méthode (78% vs 46%).</p> <p>Les afro-américaines ont eu une préférence pour les injections. Elles ont exprimé, durant l'entretien, la volonté d'avoir une méthode efficace non détectable par les gens de leur communauté car il est mal vu dans certaines cultures d'utiliser une contraception ou si le fait d'être une femme pousse à être enceinte.</p>
<p>Accessibilité (coût)</p> <p>Accessibilité (coût)</p>	<p><i>Conclusion :</i> Bien que beaucoup de clientes aient indiquées utiliser une méthode contraceptive, le taux de MST et de grossesses à la clinique démontre que le mauvais usage ou l'inefficacité des méthodes est un problème fréquent.</p> <p>Dans cette étude, supprimer le coût de la contraception est clairement à mettre en relation avec l'augmentation du nombre d'adolescentes choisissant une méthode de contraception ou une nouvelle méthode plus efficace. L'accès à une méthode de contraception gratuite a été mis en relation avec la diminution des grossesses chez les adolescentes dans deux autres états. De plus, quand ces programmes ont touché à leur fin, le taux de grossesses chez les adolescentes est redevenu le même qu'avant le programme, voire devenu plus élevé. Supprimer le coût de la contraception et ajouter un service de soutien ont également été associés avec un taux très élevé (97%) de méthode par injection parmi les adolescentes participant. Malgré l'atmosphère politique actuelle et les diminutions de budget dans le domaine des recherches sur la contraception, tous les résultats ont mis en avant l'évident besoin de continuer les services de conseil à la contraception à petit prix, voire sans frais, pour les adolescentes.</p> <p>Il y a également les différences raciales qui ont été mises en lien avec le choix concernant le contraceptif. Les méthodes contraceptives qui sont culturellement appropriées et qui satisfont les besoins de plusieurs groupes au sein de la communauté doivent être identifiées et proposées. Les services de soins reproductifs qui incluent un staff multiculturel et du matériel éducatif, se trouvant au sein des communautés avec le plus de risques,</p>

Accessibilité (endroits) Communication (relation et contenu)	<p>pourraient jouer un rôle clé dans le choix du contraceptif par les adolescentes. De plus, des interventions culturellement adaptées aux adolescentes hispaniques doivent être développées. Les types d'intervention actuellement disponibles peuvent ne pas être adaptés à tous.</p> <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon de commodité extrait des clients qui se rendent dans une clinique communautaire (les adolescentes pouvaient venir à la clinique justement pour demander un contraceptif) - Les conclusions ne sont pas généralisables car la population vient principalement des communautés autour de la clinique - Pas possible d'analyser les facteurs confusionnels importants (facteurs psychologiques, usage de drogue, perception du conjoint de la contraception et de la grossesse) - L'accès à l'avortement peut influencer la perception des risques et de ce fait avoir un impact sur la prise de décision - Pas de données concernant l'utilisation suivie de la contraception ou sur la continuation de l'usage de la méthode sélectionnée <p><u>Forces :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude a examiné les facteurs socioéconomiques qui sont un facteur contribuant très important dans la décision d'utiliser un contraceptif - Échantillon relativement contrôlé d'individus avec des moyens socioéconomiques limités - Étude de grande envergure, données récoltées sur plus de 5 ans - Sondages soigneusement remplis avec peu de données manquantes <p>Pour les implications pour la pratique infirmière cf. grille critique.</p>
---	---

E5: Durable Effects of Implementation Intentions: Reduced Rates of Confirmed Pregnancy at 2 Years

Source	
Titre Auteurs Année de publication Publié dans	Durable Effects of Implementation Intentions: Reduced Rates of Confirmed Pregnancy at 2 Years Les effets durables des intentions de mise en œuvre: des taux réduits de grossesses confirmées à 2 ans Martin, J., Sheeran, P., Slade, P., Wright, A. & Dibble, T. 2011 <i>Health Psychology</i> , Vol.30, 368-373
Introduction	
Enoncé du problème	Une intervention optimale qui augmente avec succès l'utilisation de contraceptifs chez les adolescents n'a pas encore vu le jour et la recherche récente rapporte des résultats décevants. La question abordée dans la présente étude est de savoir si les intentions de mise en œuvre ont des effets durables (à 2 ans) sur la consommation de produits contraceptifs et sur la réduction des taux de contraception d'urgence, des tests de grossesse et de grossesses cliniquement vérifiées.

Recension des écrits	Donne des exemples des résultats décevants de diverses études : les programmes éducatifs montrent peu d'effets sur l'utilisation du préservatif sur 3 ans ou sur le premier rapport sexuel non protégé, des brochures promotionnelles du préservatif n'ont pas augmenté son utilisation. La seule revue de littérature n'a pas montré des résultats extraordinaires. Donne des informations sur les études menées dans le passé qui concernent les grossesses chez les adolescentes aux USA et l'utilisation fiable de la contraception. Montre aussi que les comportements nécessaires à l'utilisation fiable de la contraception sont modifiables. Parle aussi de l'effet positif sur 9 mois de l'intention de mise en œuvre sur les consultations pour contraception d'urgence ou test de grossesse dans une clinique.
Cadre théorique ou conceptuel Auto-efficacité	Formation à l'intention de mise en œuvre (ou planification si-alors) : technique d'autoréglementation utile pour modifier les comportements individuels, a été montré comme étant efficace dans un large éventail de domaines comportementaux.
Méthode	
Devis de recherche	Devis expérimental longitudinal, intention de mise en œuvre ≠ groupe témoin. Essai randomisé contrôlé.
Population et contexte	261 femmes adolescentes en visite à la clinique de planning familial au Royaume-Uni pendant une période de 11 semaines en 2006. L'âge moyen de l'échantillon était de 16,69 ans. L'IDM qui mesure la privation/carence dans 7 domaines (revenu, emploi par exemple) était élevé par rapport à la moyenne nationale du Royaume-Uni.
Collecte et analyse des données	À la première visite, toutes les participantes ont rempli un questionnaire de comparaison identique et la moitié des participantes ont été randomisées pour recevoir le questionnaire d'intervention des intentions de mise en œuvre. Les notes de la clinique ont été évaluées pendant 2 ans à compter de la date de la visite de recrutement des participantes, les résultats des consultations ont été enregistrés. Les participantes ont alors reçu l'un des quatre codes basés sur le résultat de la consultation, qui reflète leur risque le plus élevé de grossesse clinique dans le délai d'évaluation: (a) test de grossesse positif cliniquement vérifié (PPT), (b) fourniture de EC (contraception d'urgence), (c) la demande pour PT (test de grossesse), et (d) la fourniture de produits contraceptifs uniquement. Analyse des données en 3 étapes : 1) représentativité de l'échantillon, 2) succès de la randomisation a été contrôlé, 3) effet de l'intention de mise en œuvre sur les résultats de consultation sur 2 ans → exploration (a) des différences entre les conditions dans les résultats au suivi et (b) des changements dans les résultats de consultation au fil du temps entre les conditions.
Interventions Auto-efficacité	Les participantes au groupe d'intervention ont constitué des intentions de mise en œuvre par rapport à quand, où et comment elles allaient utiliser leur méthode de contraception en écrivant leurs réponses à trois questions (quand, où, comment). Ensuite, les participantes ont écrit comment elles pourraient surmonter une série de 12 obstacles typiques qui pourraient les empêcher d'exercer leur intention d'utiliser la contraception.
Résultats	
Auto-efficacité	Représentativité : Il n'y avait pas de différences significatives pour l'âge et le score de privation, tandis que le taux de grossesses était supérieur de 3% dans l'échantillon de l'étude par rapport à la moyenne de la ville. Ceci suggère que l'échantillon présente surreprésentation des adolescentes à risque plus élevé de grossesses. Contrôle de randomisation : Les participantes à la condition d'intention de mise en œuvre étaient légèrement plus âgées que celles du groupe témoin. Aucune association significative entre la condition (groupe intervention ou groupe contrôle) et la méthode contraceptive utilisée et le résultat de la consultation au départ (à la base) Effet à long terme de l'intention de mise en œuvre : Les résultats indiquent que les participantes de contrôle ont consulté plus pour la contraception d'urgence (32 % vs 27 %) et les tests de grossesse (18

	<p>% vs 12%) et étaient presque deux fois plus susceptibles de devenir enceintes (12 % contre 7 %) que les participantes de l'intention de mise en œuvre. Les taux de fourniture de contraceptifs étaient 16 % plus élevés dans la condition de l'implémentation de l'intention de mise en œuvre que dans la condition de contrôle.</p> <p>Parmi les femmes qui ont consulté pour PPT / PT / EC³ au départ, les participantes à l'intention de mise en œuvre étaient deux fois plus susceptibles de changer pour consulter pour la fourniture de contraceptifs au cours de la période de suivi que les participantes de contrôle équivalentes (19% contre 9%). Ainsi, dans la condition de contrôle, 84% de celles qui avaient consulté pour PPT / PT / EC au départ ont maintenu ce résultat au suivi. Pour celles qui ont assisté au départ pour PPT / PT / EC, il y avait une association significative entre la condition et les résultats de consultation de suivi. Ces résultats indiquent que la formation de l'intention de mise en œuvre est principalement efficace pour changer le comportement des participantes qui avaient eu initialement un comportement à haut risque de grossesse.</p> <p>Pas de résultat significatif dans les résultats à 2 ans pour les adolescentes qui avaient consulté à la base pour la fourniture de contraceptifs.</p>
Discussion	
Auto-efficacité	<p>Résultats positifs dans le groupe de l'intention de mise en œuvre par rapport au groupe contrôle à 2 ans. Le taux de consultation pour la fourniture de contraceptifs parmi les participantes à l'intention de mise en œuvre était 40% plus élevé que le taux observé chez les participantes du groupe témoin, alors que les taux de contraception d'urgence, de tests de grossesse et de tests de grossesse positifs étaient respectivement 19%, 33%, et 43% plus bas. Les résultats ont également indiqué que les intentions de mise en œuvre ont été particulièrement efficaces pour promouvoir des résultats positifs chez les participantes qui étaient plus à risque de grossesses au début de l'étude.</p> <p>Dans la présente recherche, la planification "si-alors" a consisté à repérer, à l'avance, une série de problèmes qui pourraient empêcher quelqu'un d'utiliser sa méthode de contraception et en spécifiant précisément comment chacun peut gérer ces problèmes. Aussi bien que de veiller à ce que les adolescentes soient au clair sur la façon dont elles devraient agir au moment critique, il est également vrai que les intentions de mise en œuvre peuvent être particulièrement efficaces dans des circonstances difficiles. Par exemple, les intentions de mise en œuvre se révèlent bénéfiques même lorsque les ressources cognitives ou motivationnelles sont diminuées.</p> <p>D'avantage d'analyse détaillée des mécanismes des effets de l'intention de mise en œuvre et l'évaluation de la façon dont des problèmes particuliers volitifs sont traités devrait être l'objet de recherches futures.</p> <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Porte sur une seule clinique de planification familiale et ainsi d'autres tests de la présente intervention sont nécessaires dans une portée de contextes afin d'établir la généralisation. - Seule l'utilisation de la clinique de planification familiale pouvait être suivie dans l'étude actuelle et ces données cliniques peuvent ne pas avoir fourni une image complète de l'utilisation par les participantes des services de contraception. <p>Généralisation : Sur le plan théorique, les résultats offrent de nouvelles preuves concernant la durabilité des effets de l'intention de mise en œuvre dans un cadre clinique. Les présents résultats suggèrent que les intentions de mise en œuvre offrent un complément précieux aux initiatives de réduction de la grossesse et peuvent être particulièrement utiles dans les études qui ciblent des groupes plus à risque de devenir enceintes.</p>

³ PPT : test de grossesse cliniquement vérifié

PT : test de grossesse

EC : contraception d'urgence

E6: The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse

Source	
Titre	The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse L'association entre l'éducation sexuelle, l'âge et l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel.
Auteurs	Powell, T., Bass, S. & Longo, J.
Année de publication	2011
Publié dans	<i>ArgoJournals : Undergraduate Research in Psychology and Behavioral Science</i> , Spring 2011, 1-9
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Aux USA, le taux de grossesses chez les adolescentes est 8x plus élevé qu'en Europe. Polémique importante autour de l'éducation sexuelle à l'école, pas de programme d'éducation sexuelle commun au sein du pays et parfois aucune éducation sexuelle à l'école alors que l'éducation sexuelle semble avoir un effet positif sur les comportements des jeunes en matière de sexualité.</p> <p>Le but de cette étude était de déterminer si l'exposition à l'éducation sexuelle est associée à deux comportements sexuels des adolescents: l'âge au premier épisode de rapports sexuels et l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel. Elle a également étudié la relation entre la présence de l'éducation sexuelle et l'utilisation actuelle de la contraception.</p> <p>Hypothèse des chercheurs : la présence de l'éducation sexuelle se rapporte à moins de comportements sexuels à risque des adolescents lorsqu'elle est fournie avant l'initiation sexuelle. "Plus précisément, nous nous attendions à voir un report des rapports sexuels si le jeune avait reçu une éducation sexuelle formelle, surtout si il ou elle l'a reçu à la maison ainsi qu'à l'école. En outre, nous avons prédit une augmentation de l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel si l'éducation sexuelle formelle a été présentée avant l'initiation sexuelle."</p>
Recension des écrits	<p>Aux USA, polémique sur l'éducation sexuelle à l'école (abstinence seule doit être enseignée ≠ les informations sur la contraception doivent être au centre de l'éducation sexuelle). 1 professeur sur 4 est interdit d'enseigner l'éducation sexuelle complète (y compris utilisation des préservatifs, où les obtenir, information sur l'avortement). Cependant, 9 enseignants sur 10 pensent que tous ces sujets doivent être enseignés avant la 12e année.</p> <p>L'initiation précoce des rapports sexuels et la grossesse chez les adolescentes continuent d'être un problème difficile aux États-Unis. En fait, en 2000, l'état de la Floride a rapporté que 8% de toutes les naissances vivantes étaient de filles de moins de 18 ans.</p> <p>Même si les États-Unis ont le même nombre d'adolescents s'engageant dans les relations sexuelles que les pays européens, Hillard (2005) a constaté que les taux de grossesses chez les adolescentes américaines sont 8 fois plus élevés que le taux de grossesses en Europe. Santelli, Lindberg, Finer et Singh (2007) ont constaté que l'augmentation de la connaissance de la contraception a conduit à des taux plus élevés d'utilisation des contraceptifs, résultant en moins de grossesses chez les adolescentes et de maladies sexuellement transmissibles.</p> <p>D'autres études par Parkes, Wight, Henderson, Stephenson, et Strange (2009) ont montré que les adolescents éduqués à l'utilisation efficace de la contraception sont plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs oraux ainsi que des préservatifs.</p> <p>Manlove, Ikramullah, et Terry - Humen (2008) ont constaté que les programmes de prévention de la grossesse ainsi que ceux qui se concentrent sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles ont augmenté le taux d'utilisation du préservatif. Ces études ont également montré que l'utilisation du préservatif était augmentée lorsque les adolescents et leurs parents ont discuté de la grossesse, des préservatifs et d'autres méthodes de contrôle des naissances. Les chances de retarder la première relation sexuelle et les chances que la contraception soit utilisée étaient encore augmentées si les adolescents ont reçu une éducation sexuelle à la fois à la maison et à travers un programme de prévention.</p> <p>Plus l'étudiant est âgé, plus il ou elle sera susceptible d'utiliser des préservatifs et la pilule en même temps.</p>

	Dans une étude sur les hommes étudiants, Epstein et Ward (2007) ont constaté que, bien qu'ils pensent que leurs parents soient une source importante d'information sexuelle, les hommes reçoivent plutôt l'essentiel de leur information sexuelle de leurs pairs et des médias. Les parents sont beaucoup plus susceptibles de promouvoir l'abstinence tandis que les pairs sont plus susceptibles de promouvoir l'utilisation du préservatif.
Cadre théorique ou conceptuel	Grossesse chez les adolescentes, éducation sexuelle, premier rapport sexuel (1 ^{er} rapport vaginal), contraception (contraception orale et préservatif)
Méthode	
Devis de recherche	Questionnaire anonyme qui mène à des statistiques → approche quantitative. Etude corrélacionnelle
Population et contexte	Composée d'étudiants de l'université de la Floride de l'Ouest, amis et membres de la famille des observateurs. 155 participants, 18,1% d'hommes, 81,9% de femmes. Participants âgés de 18 ans et plus.
Collecte et analyse des données	Questionnaire anonyme → les participants ont rapporté le type d'éducation sexuelle reçu, leur âge au 1 ^{er} RS ainsi que leurs habitudes de contraception actuelles.
Résultat	
Education sexuelle	<p>Les résultats suggèrent qu'environ 50% des jeunes reçoivent leur éducation sexuelle à la fois à la maison et à l'école avec près d'un cinquième des personnes interrogées dans cette catégorie attendant jusqu'à au moins 21 ans pour avoir des relations sexuelles et plus des deux tiers utilisant la contraception au premier rapport sexuel.</p> <p>Environ 10% des participants ont déclaré avoir reçu leur éducation sexuelle uniquement à la maison tandis que près de 30% ont déclaré avoir reçu leur éducation sexuelle à l'école seulement. Assez curieusement, la majorité des participants ont déclaré avoir reçu l'éducation sexuelle dans les deux endroits (54,2%).</p> <p>Les résultats indiquent que la fourniture de l'éducation sexuelle peut en fait retarder les rapports sexuels chez les hommes et les femmes. 75% des hommes dans notre étude ont déclaré avoir eu des relations sexuelles pour la première fois entre 16 et 20 ans. Parmi toutes les femmes interrogées, plus de 56% a également reporté la FPVI jusqu'à l'âge de 16 ans au moins. De ce nombre, 94,4% des hommes et 89,3% des femmes ont reçu une éducation sexuelle soit à la maison, soit à l'école ou les deux. Le plus frappant à noter est que 17,2% des répondants ont attendu pour avoir des relations sexuelles (FPVI) jusqu'à après 26 ans; chacun d'eux ayant reçu une éducation sexuelle. (résultats en contradiction avec les études menées entre 1970 et le début des années 1990 qui démontraient que "l'éducation sexuelle avait peu ou pas d'effet sur la probabilité des jeunes de s'engager dans des relations sexuelles).</p> <p>Les résultats montrent également que le lieu pour l'éducation sexuelle peut avoir un effet sur l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel (FPVI).</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le plus grand pourcentage de ceux qui ont répondu avoir utilisé la contraception au FPVI était dans la catégorie des ceux ayant reçu leur éducation sexuelle à l'école seulement (78 %). → Dans la condition "à la maison seulement", 69% de cette catégorie ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception au FPVI. → Parmi ceux s'auto-identifiant comme ayant reçu une éducation sexuelle dans les deux endroits (maison et école), 68 % ont rapporté l'utilisation de la contraception au FPVI. → Dans la condition "aucune", seulement 1 sur 4 ont déclaré avoir utilisé la contraception quand ils ont eu leur 1^{ère} RS. → La condition "autre" était partagé uniformément avec 3 répondants disant avoir utilisé un contraceptif et 3 ne l'ayant pas fait.

	<p>La recherche montre une grande différence dans le nombre de participants qui continuent à utiliser la contraception actuellement, des années après avoir reçu une éducation sexuelle. Cette fois, le pourcentage le plus élevé a été noté dans la catégorie recevant leur éducation sexuelle seulement à la maison, une légère différence par rapport aux chiffres rapportés au FPVI.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Education sexuelle à la maison seulement: 69% des participants signalent utiliser toujours la contraception alors que seulement 25% disent qu'ils ne le font jamais → Catégorie "aucune" : 25% des participants utilisent la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels et 75% rapportent ne jamais le faire. → Catégorie à l'école seulement : 56% rapportent utiliser la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels contre 38% qui ne le font jamais. → Catégorie à la fois à la maison et à l'école : 52% disent utiliser la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels alors que 31% ne le font jamais. <p>! Il est possible que les chiffres soient faussés parce que les couples (en âge d'être marié et d'avoir des enfants) ne font intentionnellement pas recours à la contraception à des fins de procréation ou peuvent utiliser une option permanente comme une vasectomie ou la ligature des trompes → Une enquête plus approfondie serait nécessaire pour ajuster ce point-là.</p>
Discussion	
Education sexuelle	<p>Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que la réception de l'éducation sexuelle, que ce soit à la maison ou à l'école, a été associée au retardement de l'initiation des rapports sexuels ainsi qu'à une plus grande utilisation de la contraception à la fois au premier rapport sexuel, ainsi que plus tard dans la vie (résultats compatibles avec les études menées précédemment qui montrent que certains types d'éducation sexuelle diminuent les comportements sexuels à risque chez les ados y compris la précocité du 1^{er} RS).</p> <p>En outre, nos résultats sont mitigés quant à où a lieu l'éducation sexuelle la plus efficace - à la maison, à l'école ou les deux. Peut-être, les effets préventifs sur les comportements sexuels à haut risque peuvent être atteints par la simple présence de l'éducation sexuelle formelle, indépendamment du lieu où cela se produit.</p> <p>Des recherches supplémentaires devraient examiner quels programmes d'éducation sexuelle s'avèrent les plus efficaces et ensuite utiliser cette recherche comme levier pour faire pression pour une plus grande mise en œuvre de programmes fondés sur des preuves.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesures autodéclarées - Possible biais de mémoire des participants - Forte proportion de femmes par rapport aux hommes - Forte proportion de participants de race blanche <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nécessité de recherches futures avec un échantillon plus représentatif pour accroître la validité externe des résultats ⇒ Un quiz testant les connaissances des participants sur les comportements sexuels et la sécurité pourrait être implanté pour mieux pouvoir comparer l'impact du lieu où l'éducation sexuelle a été reçue. - Aucune conclusion sur le type d'éducation sexuelle ne peut être tirée de cette recherche <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le contenu, la quantité et la qualité de l'éducation sexuelle pouvant varier d'un lieu à l'autre, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner le contenu de l'éducation sexuelle et si les différences de comportements sexuels se produisent en fonction du type d'éducation sexuelle reçue.

Forces :

- Assez grand nombre de participants pour une étude universitaire menée par des étudiants

E7: Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies.

Source	
Titre	Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies. Méthode contraceptive au premier rapport sexuel et risque de grossesse ultérieure: résultats d'une analyse secondaire de filles de 16 ans des études RIPPLE et SHARE.
Auteurs	Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., Stephenson, J. & Strange, V.
Année de publication	2009
Publié dans	<i>J Adolesc Health</i> , 44(1), 55-63
Introduction	
Enoncé du problème	Les études existantes sur le taux d'échec indiquent que l'utilisation typique de la contraception orale résulte en moins de grossesses non planifiées que l'utilisation du préservatif, même chez les adolescentes mais des données comparatives sur le risque de grossesses associé aux différentes méthodes de contraception font défaut pour les jeunes adolescents débutant leur premier RS (rapport sexuel). Question de recherche : savoir si les adolescents qui utilisent l'OC étaient plus, ou moins, protégés contre la grossesse que ceux qui utilisent uniquement le préservatif. L'étude examine les associations entre la méthode contraceptive au 1 ^{er} RS et la grossesse ultérieure chez les filles de 16 ans.
Recension des écrits	Les taux d'échec des différentes méthodes de contraception au cours de la première année d'utilisation typique suggèrent que, en général, les préservatifs offrent moins de protection que les contraceptifs oraux (OC) : une revue des études américaines a trouvé que 15% des femmes utilisant le préservatif ont eu une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation typique, comparativement à 8% de celles qui utilisent des contraceptifs oraux. Deux études américaines ont constaté que le taux de grossesses non désirées chez les adolescents qui utilisent des préservatifs pour 1 an était environ le double que pour les adolescents qui utilisent les contraceptifs oraux. Même si une grande étude sur les femmes aux États-Unis a révélé que les moins de 18 ans utilisait l'OC aussi systématiquement que les femmes plus âgées, d'autres recherches suggèrent que les personnes âgées de 16 ans ou moins peuvent être moins fiables. La compliance des jeunes adolescentes peut être handicapée par la nécessité de dissimuler une activité sexuelle, par des routines irrégulières y compris l'activité sexuelle sporadique et par des inquiétudes sur les effets secondaires. Cependant, les adolescents peuvent aussi avoir plus de difficultés à utiliser des préservatifs: les idées fausses au sujet de l'utilisation correcte, les erreurs dans l'utilisation et l'échec par les glissements et les cassures sont tous relativement courants chez les jeunes. La plupart des adolescents britanniques comptent sur les préservatifs au premier rapport sexuel (FSI) (plus de 80 % des adolescentes âgées de 16-19 avaient utilisé un préservatif au premier rapport sexuel et 25 % avaient utilisé l'OC avec ou sans préservatif.

Cadre théorique ou conceptuel	Unité de grossesse chez les adolescentes a été fondée en 1999 au Royaume Uni → informations sur son action. Informations sur la contraception orale.
Méthode	
Devis de recherche	Questionnaire. Approche quantitative. Étude descriptive corrélationnelle menée sur la base de deux RCT (RIPPLE ET SHARE).
Population et contexte	6348 élèves de sexe féminin de 51 écoles secondaires d'un âge moyen de 16 ans; 2501 filles ont rapporté des rapports sexuels. Ont utilisé les données de deux essais randomisés contrôlés d'éducation sexuelle dans les écoles secondaires du Royaume-Uni (RIPPLE et SHARE), menés avec des groupes d'âge semblables (13-14 ans RIPPLE, 13-15 ans SHARE) et suivi avec des questionnaires similaires donnés à des groupes d'années scolaires équivalentes (15-16 ans). Critères d'admissibilité : avoir déclaré avoir eu des RS dans le questionnaire + avoir répondu à la version complète du questionnaire pour l'étude SHARE.
Collecte et analyse des données	Collecte des données à l'aide d'un questionnaire. Questions posées dans le questionnaire : <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà été enceinte ? - Avez-vous ou votre compagnon a-t' il utilisé un moyen de contraception lors du 1^{er} RS, si oui lequel (choix à cocher) ? Codage des réponses (préservatif seul, double protection, CO seule, CU, pas de méthode efficace ou ne sait pas / réponse manquante) : Pour interpréter nos résultats, nous explorons si le plus jeune âge au premier rapport sexuel ou d'autres caractéristiques de l'utilisateur aident à justifier des associations entre la méthode de contraception et la grossesse. Nous considérons également que l'acceptabilité sociale peut avoir influencé les méthodes déclarées et la mesure dans laquelle la méthode au premier rapport sexuel est liée à l'utilisation ultérieure de contraceptifs. La combinaison des ensembles de données a permis d'augmenter la puissance statistique pour détecter des différences dans la probabilité de grossesses pour les groupes de contraception avec un petit nombre de personnes dans chaque ensemble de données. La régression logistique (N = 1952) a été utilisée pour modéliser l'association de la méthode contraceptive au premier rapport sexuel avec la grossesse. Cette régression logistique s'est faite en trois étapes. Les interactions entre le groupe d'étude et d'autres variables indépendantes ont été testées et déclarées lorsqu'elles étaient significatives ($p < .05$). Suite à cette analyse, nous avons exploré si l'utilisation déclarée de l'OC seule était plus susceptible que l'utilisation du préservatif de refléter un élément des rapports socialement acceptable. Nous avons également examiné les raisons possibles pour lesquelles les filles ont peut-être préféré l'OC aux préservatifs. Enfin, nous avons examiné si la méthode contraceptive au 1 ^{er} RS était associée avec la méthode contraceptive au rapport sexuel plus récent.
Résultats	
	L'âge médian pour le premier RS était de 15 ans. La plupart des filles (65%) ont déclaré avoir utilisé un préservatif au 1 ^{er} RS (tableau 2, colonne 1). 15% ont déclaré avoir utilisé la CO, alors que seulement 4% ont utilisé la CO sans préservatif. Une personne sur quatre n'a pas rapporté de méthode efficace de contraception au rapport sexuel, bien qu'environ une personne sur cinq de ce groupe a utilisé la contraception d'urgence après le rapport sexuel. Aucun n'a signalé l'utilisation de méthodes hormonales durables telles que les injectables ou les implants. Près d'une fille sur 10 (n = 163) ont déclaré une grossesse jusqu'à l'enquête de suivi, avec des taux similaires dans les deux études. Au stade 1, il n'y avait pas de différence significative dans la probabilité de grossesse associée au double usage de préservatifs et de CO, à la contraception d'urgence ou aux informations contraceptives manquantes. Aucune méthode de contraception efficace et l'utilisation de la CO seule étaient toutes deux associées de façon significative avec plus de deux fois plus de risque de grossesse.

	<p>À l'étape 2, l'ajustement pour l'âge au 1^{er} RS a atténué l'effet pour la non-utilisation de la contraception mais a légèrement augmenté les chances (odds) liées à l'utilisation de la CO seule dans les ensembles de données combinés et séparés. Le contexte social, les attentes, les comportements à risque et le mode de vie sexuelle des filles ayant déclaré l'utilisation seule de la CO au 1^{er} RS ont été comparés avec celles déclarant les préservatifs (avec ou sans la CO). Les utilisatrices de la CO seule étaient plus susceptibles de provenir de milieux familiaux défavorisés, de s'attendre à la parentalité précoce et d'avoir plus de partenaires sexuels. La privation, les attentes de la parentalité précoce et le nombre de partenaires sexuels ont également été associés de façon indépendante à la grossesse.</p> <p>La troisième étape de la régression logistique a ajusté pour la privation, les attentes et le nombre de partenaires. Comme à l'étape 2, il y avait un ajustement à la baisse des chances (odds) associées à aucune méthode de contraception efficace dans les deux ensembles de données. Dans l'ensemble, il y avait aussi une diminution de la probabilité (odds) relative à l'utilisation de la CO seule.</p> <p>Dans l'ensemble, les filles n'étaient pas plus susceptibles de déclarer l'utilisation de la CO seule dans des circonstances connues pour être associées à un manque de contraception efficace qu'elles ne l'étaient à signaler l'utilisation du préservatif (tableau 4). La principale exception était que la CO seule était moins susceptible d'impliquer la communication avec le partenaire sur la contraception que l'utilisation du préservatif.</p> <p>Celles qui utilisent l'OC seule n'étaient pas plus susceptibles de déclarer la non utilisation de la contraception au plus récent rapport sexuel que celles qui avaient utilisé des préservatifs au 1^{er} RS (chi-carré NS). Cependant, celles qui ont déclaré la contraception d'urgence étaient plus susceptibles que les utilisatrices de préservatifs à ne pas s'être protégées au dernier RS (chi-carré $p < 0.001$).</p> <p>La continuation de la méthode (même méthode au 1^{er} RS qu'au dernier) était forte pour tous les groupes, sauf pour celles ayant utilisé la contraception d'urgence au 1^{er} RS.</p> <p>Dans l'ensemble de données combinées, celles utilisant la CO seule n'étaient pas plus susceptibles de déclarer le non-usage de la contraception au plus récent rapport sexuel que celles qui avaient utilisé des préservatifs au 1^{er} RS. Cependant, celles reportant la contraception d'urgence étaient plus susceptibles que les utilisatrices du préservatif à ne pas s'être protégées au dernier rapport.</p>
Discussion	
	<p>L'étude a révélé que les adolescentes âgées de 16 ans ou moins qui ont déclaré l'utilisation de la CO seule au premier rapport sexuel étaient plus susceptibles de devenir enceintes que celles rapportant les préservatifs seuls. L'étude a également confirmé d'autres résultats montrant que la non-utilisation de la contraception au 1^{er} RS est associée à la grossesse subséquente. Cependant, il n'y avait pas de différence dans le risque de grossesse selon que les préservatifs sont utilisés seuls ou avec la CO. Le comportement contraceptif mesuré à deux moments dans l'ensemble de données combinées (au 1^{er} RS et au RS le plus récent) a suggéré que le risque d'utiliser la CO seule par rapport aux préservatifs est susceptible de refléter une mauvaise utilisation continue de la CO seule, plutôt qu'un plus grand risque d'arrêt. Il est surprenant de ne constater aucune différence dans le risque de grossesse entre la contraception d'urgence et l'utilisation du préservatif.</p> <p>Le pouvoir explicatif de la méthode contraceptive au premier rapport sexuel dans les modèles de la grossesse était limité (étude supplémentaire nécessaire pour avoir des informations sur l'utilisation typique de la contraception chez les jeunes adolescentes), études similaires nécessaires aussi pour l'utilisation du préservatif.</p> <p>L'utilisation par les filles de la CO seule augmentait d'un petit groupe au 1^{er} RS (4%) jusqu'à près d'une adolescente sur 5 (19%) au dernier RS.</p> <p><u>Limites / faiblesses de l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nous ne pouvons pas utiliser l'utilisation de la CO seule au rapport le plus récent pour prédire la grossesse car nous ne savons pas si les filles sont tombées enceintes avant ou après cet événement - L'utilisation de la CO seule au rapport le plus récent était également associée à une probabilité accrue de grossesse mais cela pourrait être en

<p>Communication (contenu)</p> <p>Communication (contenu)</p> <p>Communication (contenu)</p>	<p>partie causé par une causalité inverse, si les filles sont passées à la CO comme une méthode de contraception plus fiable après une grossesse causée, par exemple, par l'échec du préservatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'ensembles de données combinées provenant de RCT (essais randomisés contrôlés) est un risque de biais, même si aucune intervention n'a eu un effet significatif sur le comportement contraceptif ou la grossesse. - La validité de l'information auto-déclarée sensible est une autre limite importante de cette étude mais les filles n'étaient pas plus susceptibles de déclarer l'utilisation de la CO que l'utilisation du préservatif dans des circonstances connues pour contribuer à l'absence de toute protection. <p>Les filles utilisant la CO seule étaient moins susceptibles de parler avec leurs partenaires de la contraception avant les rapports sexuels que les utilisatrices de préservatifs.</p> <p>Nous sommes partis avec l'interprétation que les filles n'utilisaient pas efficacement la pilule. Dans notre échantillon, le plus jeune âge au 1^{er} RS n'a pas aidé à expliquer le risque associé à l'utilisation de la CO seule. L'ajustement pour les facteurs susceptibles de rapporter plus d'ambivalence au sujet du risque de grossesse et une activité sexuelle augmentée permet d'expliquer dans une certaine mesure les associations entre l'utilisation de la CO seule et la grossesse. Ces effets ont été limités à l'ensemble de données de SHARE, où il y avait des niveaux plus élevés de privation et des associations plus fortes entre la privation et la grossesse.</p> <p>Nous ne savons pas si l'utilisation inefficace de la CO reflétait l'aversion des effets secondaires, des difficultés sur la dissimulation ou un style de vie sexuelle chaotique comme suggéré par des études antérieures sur la compliance des adolescentes à la CO. La mauvaise compréhension de la contraception orale peut également avoir contribué à une erreur de calcul du risque. Certaines filles peuvent s'être vu prescrire la pilule pour des problèmes menstruels et peuvent ne pas avoir acquis une connaissance suffisante pour l'utiliser correctement comme contraceptif.</p> <p>Cette étude suggère que pour les jeunes adolescentes dans leur première relation sexuelle le préservatif peut être plus facile que la contraception orale à utiliser efficacement: renforçant les conseils existants que les préservatifs doivent être utilisés pour la protection des infections sexuellement transmissibles. La double protection reste relativement rare chez les adolescentes et notre étude ne suggère pas qu'elle réduise le risque de grossesse par rapport à celles qui n'ont déclaré que les préservatifs.</p> <p>Implications pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos résultats confirment le besoin de conseils pour assurer une bonne compréhension des effets secondaires communs, une bonne compliance et ce qu'il faut faire quand une pilule est manquée [34], même si, à ce jour, il s'est avéré difficile de trouver des moyens pour améliorer l'adhésion à un régime de CO. - Les professionnels de la santé ont la possibilité d'améliorer les attitudes des adolescentes envers les préservatifs (les utilisatrices de la CO seule étant plus susceptibles de trouver le préservatif embarrassant et moins facile à utiliser).
---	--

E8: Sexual and Reproductive Health Education: Contrasting Teachers', Health Partners' and Former Students' Perspectives

Source	
Titre	Sexual and Reproductive Health Education: Contrasting Teachers', Health Partners' and Former Students' Perspectives Éducation à la santé sexuelle et reproductive : les perspectives contrastantes des enseignants, des partenaires de la santé et des anciens étudiants
Auteurs	Phillips, K. P. & Martinez, A.
Année de publication	2010
Publié dans	<i>Canadian Journal of Public Health</i> ; 101(5), 374-379 Cf. http://prezi.com/yrtsciiuerrf/anab/ pour un résumé interactif
Introduction	
Enoncé du problème	Une stratégie essentielle pour réduire les taux d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de grossesses non planifiées est de fournir aux adolescents une éducation en santé sexuelle et reproductive (SRH). Une approche qualitative a été utilisée pour évaluer la capacité des écoles à délivrer une éducation à la SRH pertinente et pour déterminer si l'éducation à la SRH dans la région de la capitale nationale du Canada répond aux normes de la promotion de la santé.
Recension des écrits	Les guidelines nationales recommandent que l'éducation en santé sexuelle et reproductive (SRH) au Canada favorise l'accès aux services de SRH et cible efficacement les informations destinées aux jeunes avant la fin de leurs études secondaires. L'éducation à la SRH, encadrée par les guidelines, représente une option viable financée par l'Etat pour la promotion de la SRH.
Cadre théorique ou conceptuel	Éducation sexuelle et reproductive : identifiée par la communauté internationale comme une intervention essentielle pour réduire la charge mondiale de la maladie et pour promouvoir l'égalité des sexes. Les élèves de l'école secondaire de l'Ontario reçoivent l'éducation SRH dans l'éducation à la santé et l'éducation physique (HPE) et dans une moindre mesure dans les cours de sciences. Il y a des guidelines pour l'éducation à la SRH. L'éducation à la SRH dans l'Ontario met l'accent sur une sexualité saine, la prise de décision informée, la prévention de la grossesse et des IST et les services communautaires de SRH.
Méthode	
Devis de recherche	Approche qualitative → entretiens semi-structurés. Étude analytique car il y a une comparaison qui est faite entre école publique / école catholique. Pas de devis donné. But : évaluer la capacité des écoles à délivrer une éducation à la SRH pertinente et déterminer si l'éducation à la SRH dans la région de la capitale nationale du Canada répond aux normes de la promotion de la santé.
Population et contexte	44 éducateurs de SRH : 15 enseignants des écoles laïques, 15 enseignants des écoles catholiques, 14 partenaires de la santé. 31 jeunes adultes, anciens étudiants ont également participé. Un nombre presque équivalent d'enseignants masculins et féminins d'écoles publiques ont participé, avec la majorité identifiant la formation à la SRH spécifique. Les enseignants des écoles catholiques étaient majoritairement des hommes avec peu de formation à la SRH spécifique. Douze femmes et deux hommes représentaient les partenaires de la santé venant de différents lieux. La plupart des partenaires de la santé ont démontré une expertise dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

	<p>Les jeunes adultes (18-24 ans), principalement hétérosexuels (26/31), de race blanche (26/31) et de sexe féminin (25/31) avaient auparavant fréquenté des écoles anglaises ou françaises privées (5/31), publiques (12/31) ou catholiques (14/31). L'âge moyen du premier rapport sexuel des élèves qui ont fréquenté l'école publique était de 17,4 ans, contre 16,7 ans pour les anciens étudiants catholiques.</p>
Collecte et analyse des données	<p>Les données sur les stratégies d'éducation en SRH ont été recueillies par des entretiens semi-structurés. Les éducateurs à la SRH, les anciens élèves des écoles catholiques fondées par le publique et des écoles séculaires ("publiques") ont été invités à décrire l'éducation à la SRH, les meilleures pratiques (best practices) et les lacunes critiques. Les transcriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu déductive utilisant le modèle théorique « Information, Motivation, habiletés de Comportement » (IMC).</p> <p>Les enseignants de SRH et les partenaires de santé ont décrit leur rôle dans le programme SRH, l'intégration des services de santé, les facteurs affectant l'activité sexuelle, l'abstinence et les services de SRH. Les étudiants universitaires ont réfléchi sur leur précédente éducation sexuelle à l'école secondaire.</p> <p>Le modèle IMB postule que la SRH est déterminée par la <i>connaissance</i> des risques et des conséquences de l'activité sexuelle, la <i>motivation</i> à réduire les risques et les compétences <i>comportementales</i> pour négocier l'activité sexuelle ou l'abstinence.</p> <p>Analyse déductive. Deux enquêteurs ont codé les données transcrites indépendamment au sein de ces catégories IMB avec les sous-thèmes émergents. Les principaux sous-thèmes ont été adoptés par consensus et / ou si la fréquence du sous-thème dépassait 50% dans un groupe de répondants.</p>
Résultats	
Education sexuelle	<p>Informations sur la SRH en classe : " La plupart du temps nous parlions du genre des IST" un étudiant</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Une enseignante d'une école publique a souligné <i>"la plomberie male / femelle.. aussi les IST, la contraception, les droits et les responsabilités, les engagements dans la sexualité et l'éventail des activités que cela couvre.. les baisers, les caresses, le sexe, le sexe oral ... "</i>. ➔ Les étudiants universitaires ont perçu l'accent mis sur la réduction des risques et l'anatomie reproductive de base (tableau 2). Accent mis sur l'utilisation du préservatif et la prévention des IST. ➔ Très peu d'enseignants publics (1/15) et de partenaires de santé (1/ 14) ont discuté de l'importance de l'auto-examen (des seins ou des testicules) et des frottis du col de l'utérus. Aucun enseignant des écoles catholiques n'a discuté de ces questions.
Education sexuelle	<p>L'incitation à la SRH en classe: «Je promeus l'abstinence, l'abstinence, l'abstinence" - un enseignant</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Tous les informateurs de SRH ont souligné les conséquences négatives de l'activité sexuelle pour motiver les élèves à examiner les contraceptifs / préservatifs (tableau 1). ➔ Les étudiants ont rapporté le risque comme messagerie dans l'éducation à la SRH (tableau 2). ➔ L'abstinence a été activement encouragée par la plupart des enseignants des écoles catholiques (12/15) et des enseignants des écoles publiques (13/15) mais par très peu de partenaires de santé (2/14). <i>"Mon rôle est de mettre l'accent sur les conséquences de l'activité sexuelle, jusqu'à ce que les adolescents comprennent les conséquences dont ils devraient s'abstenir ..."</i> ➔ Les étudiants qui ont fréquenté des écoles catholiques ont perçu que l'abstinence était encouragée (10/14) par rapport aux élèves qui ont fréquenté l'école publique (4/12) ou une école privée (1/5). <i>"L'accent était vraiment mis sur les maladies. Rien d'autre. C'était toujours les effets négatifs ... Nous devons pratiquer l'abstinence. Avant tout, c'est une école catholique qui ne pouvait pas préconiser des activités de relations intimes "</i>
Éducation sexuelle Auto-efficacité	<p>Les compétences comportementales à la SRH en classe</p> <p>Il y avait des différences marquées dans les stratégies utilisées pour améliorer l'auto-efficacité de l'adolescent dans l'acquisition et l'utilisation de</p>

<p>Auto-efficacité</p>	<p>contraceptifs / préservatifs et dans l'accès aux services de santé de SRH (tableau 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Des activités interactives ont été mises en œuvre par les enseignants publics et les partenaires de la santé. ➔ Un professeur d'école publique utilise un jeu : les élèves doivent mettre le plus vite possible un préservatif sur un objet dans le noir. ➔ Partenaire de santé parle de jeux interactifs : mettre dans l'ordre toutes les étapes de la mise du préservatif. ➔ Les enseignants catholiques étaient largement interdits d'utiliser ces types de démonstrations interactives de préservatifs. <p>Les enseignants publics et les partenaires de santé ont tous deux discuté des stratégies et des activités alternatives pour permettre aux étudiants de choisir l'abstinence</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Les enseignants catholiques ont souligné la communication avec le partenaire tandis que les partenaires de la santé ont décrit avoir utilisé des jeux de rôle et des sketches pour pratiquer la négociation dans la relation
<p>Accessibilité (endroits)</p>	<p>On a demandé aux enseignants et partenaires de santé de commenter la façon dont ils facilitent l'accès (c'est-à-dire numéros de téléphone, sites Web, fournisseurs de services / organisations) aux services de SRH (tableau 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ L'accès à la contraception était facilitée par les enseignants (enseignants publics 13/15, enseignants catholiques 14/15) et a également été confirmé par d'anciens étudiants de notre échantillon ➔ Les enseignants catholiques et du secteur public (12/15) ont tous deux signalé la facilitation à la contraception d'urgence (CU) mais seulement 1 élève / 12 qui ont fréquenté l'école publique et 3 élèves / 14 qui ont fréquenté l'école catholique se sont rappelés de cet accès. ➔ L'accès à l'avortement était très en harmonie avec les auto-déclarations des professeurs, avec 50% des anciens élèves catholiques et des écoles publiques se rappelant d'un accès facilité de l'école à ce service de SRH. ➔ Les anciens élèves catholiques ont généralement identifié l'accès aux ressources de la SRH comme une lacune (tableau 2). ➔ Les partenaires de santé ont discuté des services de SRH en terme d'attente de la confidentialité, de procédures d'essai et dans la plupart ils ont distribué des préservatifs et des contraceptifs.
<p>Education sexuelle</p> <p>Auto-efficacité</p>	<p>La compréhension des thèmes de la SRH par les élèves (anatomie de la reproduction, utilisation des méthodes contraceptives/du condom, prévention des risques) est conforme à l'auto-évaluation des enseignants. Les élèves sont encouragés à ne pas avoir de rapports sexuels, tant par les enseignants des écoles laïques que par ceux des écoles catholiques. Les activités de renforcement des compétences en SRH comprennent des scénarios de relation et facilitent l'accès aux services en SRH dans les deux secteurs (catholique et laïc). Toutefois, seules les écoles laïques offrent des démonstrations sur l'utilisation du condom. Les élèves ont recommandé que la sexualité soit présentée sous un jour plus positif et non plus comme une activité intrinsèquement négative et risquée.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Education sexuelle</p> <p>Partenariat formation +</p>	<p>L'éducation à la SRH dans la région de la capitale nationale du Canada fournit une promotion efficace de la réduction des risques de la SRH par l'abstinence et l'utilisation du préservatif (tableau 3). Soutenue par le programme provincial et les guidelines, l'éducation à la SRH dans cette région est compatible avec la modèle IMC. Le transfert de connaissances biomédicales est adéquat.</p> <p>Les souvenirs des étudiants sur l'éducation sexuelle (tableau 2) étaient remarquablement congruents avec les descriptions des enseignants des contenus en classe (tableau 1). Cependant l'efficacité contraceptive, les taux d'échec et les options contraceptives ont été identifiés comme des lacunes de l'éducation à la SRH.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Ces lacunes peuvent être améliorées par la formation en cours d'emploi des enseignants SRH ou encore, par des partenariats de santé communautaire améliorés, conformément aux guidelines. <p>Les enseignants ont encouragé les étudiants à s'abstenir d'activité sexuelle et à être sexuellement responsables en encadrant le sexe comme une</p>

	<p>activité adulte nécessitant un niveau seuil de maturité et en insistant sur les conséquences négatives, à risque du sexe (tableau 1). La plupart des enseignants de SRH mais peu de partenaires de la santé encourageaient activement l'abstinence même pendant la promotion de comportements sexuels sans risque et l'utilisation du préservatif (tableau 2). Les enseignants des écoles catholiques ont également identifié la doctrine catholique comme une motivation pour s'abstenir de toute activité sexuelle.</p>
Auto-efficacité	<p>La connaissance de la SRH est essentielle, mais les adolescents doivent aussi développer l'auto-efficacité dans la négociation à la SRH et les compétences comportementales (Figure 1). Les écoles publiques mais pas les écoles catholiques ont collaboré avec des partenaires de la santé pour démontrer l'acquisition et la mise en place du préservatif (tableau 1), qui sont corrélés avec un embarras réduit, l'auto-efficacité et l'utilisation augmentée. Les "répétitions" de discussions avec le partenaire mettent l'accent sur la prise de décision, la communication et les capacités de négociation, identifiées comme les compétences indispensables dans la vie pour les programmes de promotion de la santé.</p>
Partenariat	
Auto-efficacité	
Accessibilité	
(endroits)	<p>Le manque de prise de conscience des adolescents canadiens de la portée des services de SRH disponibles peut être abordé en comblant les services de santé locaux / communautaires avec l'éducation sexuelle.</p>
Communication	
(relation)	<p>Environ la moitié de nos professeurs ont facilité l'accès à l'avortement tout en présentant un malaise avec le sujet, ce qui suggère que l'avortement est toujours perçu comme un sujet tabou (conflit avec la doctrine catholique notamment). Les enseignants catholiques des écoles rurales, cependant, ont fait la promotion de l'accès aux services de SRH en dépit de la doctrine catholique, peut-être conscients des services limités, des barrières de la vie privée (secret) et d'autres obstacles de la SRH représentés dans les communautés rurales.</p>
Communication	<p>Les limites de fourniture, particulièrement le temps insuffisant consacré à l'instruction à la SRH, empêchent le dialogue significatif entre les enseignants et les adolescents, en particulier sur les discussions complexes autour des aspects émotionnels de la sexualité et des services de SRH.</p>
	<p><u>Limites :</u></p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Influence de la culture francophone sur les réponses des enseignants des écoles catholiques (car n'ont pas eu accès à des écoles catholiques de langue anglaise et à des écoles publiques de langue française) → certaines des conclusions peuvent être liées à des différences culturelles entre les deux communautés linguistiques
	<ul style="list-style-type: none"> - Limite socio-spatiale : notre échantillon des enseignants des écoles catholiques représente de manière prédominante les écoles rurales
	<ul style="list-style-type: none"> - Nous ne pouvons pas évaluer l'applicabilité de l'éducation à la SRH à des minorités raciales / ethniques ou sexuelles car échantillon est à prédominance féminine, de race blanche et hétérosexuelle.
	<ul style="list-style-type: none"> - La consommation par ces étudiants de l'information sur la SRH doit être interprétée avec prudence, étant donné que des élèves académiquement moins favorisés peuvent ne pas avoir appris ces leçons de SRH aussi facilement
Education sexuelle	<p><u>Résumé :</u> il y a des lacunes, en particulier dans la formation des compétences comportementales et sociales des adolescents, amélioration de la promotion de la SRH nécessaire pour les étudiants marginalisés, nécessité d'une collaboration améliorée entre les professionnels de la santé publique et les enseignants.</p>
Partenariat	

E9: The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse

Source	
Titre	The Association Among Sex Education, Age, and Contraception Use at First Intercourse L'association entre l'éducation sexuelle, l'âge et l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel.
Auteurs	Powell, T., Bass, S. & Longo, J.
Année de publication	2011
Publié dans	<i>ArgoJournals : Undergraduate Research in Psychology and Behavioral Science</i> , Spring 2011, 1-9
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Aux USA, le taux de grossesses chez les adolescentes est 8x plus élevé qu'en Europe. Polémique importante autour de l'éducation sexuelle à l'école, pas de programme d'éducation sexuelle commun au sein du pays et parfois aucune éducation sexuelle à l'école alors que l'éducation sexuelle semble avoir un effet positif sur les comportements des jeunes en matière de sexualité.</p> <p>Le but de cette étude était de déterminer si l'exposition à l'éducation sexuelle est associée à deux comportements sexuels des adolescents: l'âge au premier épisode de rapports sexuels et l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel. Elle a également étudié la relation entre la présence de l'éducation sexuelle et l'utilisation actuelle de la contraception.</p> <p>Hypothèse des chercheurs : la présence de l'éducation sexuelle se rapporte à moins de comportements sexuels à risque des adolescents lorsqu'elle est fournie avant l'initiation sexuelle. "Plus précisément, nous nous attendions à voir un report des rapports sexuels si le jeune avait reçu une éducation sexuelle formelle, surtout si il ou elle l'a reçu à la maison ainsi qu'à l'école. En outre, nous avons prédit une augmentation de l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel si l'éducation sexuelle formelle a été présentée avant l'initiation sexuelle."</p>
Recension des écrits	<p>Aux USA, polémique sur l'éducation sexuelle à l'école (abstinence seule doit être enseignée ≠ les informations sur la contraception doivent être au centre de l'éducation sexuelle). 1 professeur sur 4 est interdit d'enseigner l'éducation sexuelle complète (y compris utilisation des préservatifs, où les obtenir, information sur l'avortement). Cependant, 9 enseignants sur 10 pensent que tous ces sujets doivent être enseignés avant la 12e année.</p> <p>L'initiation précoce des rapports sexuels et la grossesse chez les adolescentes continuent d'être un problème difficile aux États-Unis. En fait, en 2000, l'état de la Floride a rapporté que 8% de toutes les naissances vivantes étaient de filles de moins de 18 ans.</p> <p>Même si les États-Unis ont le même nombre d'adolescents s'engageant dans les relations sexuelles que les pays européens, Hillard (2005) a constaté que les taux de grossesses chez les adolescentes américaines sont 8 fois plus élevés que le taux de grossesses en Europe. Santelli, Lindberg, Finer et Singh (2007) ont constaté que l'augmentation de la connaissance de la contraception a conduit à des taux plus élevés d'utilisation des contraceptifs, résultant en moins de grossesses chez les adolescentes et de maladies sexuellement transmissibles.</p> <p>D'autres études par Parkes, Wight, Henderson, Stephenson, et Strange (2009) ont montré que les adolescents éduqués à l'utilisation efficace de la contraception sont plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs oraux ainsi que des préservatifs.</p> <p>Manlove, Ikramullah, et Terry - Humen (2008) ont constaté que les programmes de prévention de la grossesse ainsi que ceux qui se concentrent sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles ont augmenté le taux d'utilisation du préservatif. Ces études ont également montré que l'utilisation du préservatif était augmentée lorsque les adolescents et leurs parents ont discuté de la grossesse, des préservatifs et d'autres méthodes de contrôle des naissances. Les chances de retarder la première relation sexuelle et les chances que la contraception soit utilisée étaient encore augmentées si les adolescents ont reçu une éducation sexuelle à la fois à la maison et à travers un programme de prévention.</p> <p>Plus l'étudiant est âgé, plus il ou elle sera susceptible d'utiliser des préservatifs et la pilule en même temps.</p>

	Dans une étude sur les hommes étudiants, Epstein et Ward (2007) ont constaté que, bien qu'ils pensent que leurs parents soient une source importante d'information sexuelle, les hommes reçoivent plutôt l'essentiel de leur information sexuelle de leurs pairs et des médias. Les parents sont beaucoup plus susceptibles de promouvoir l'abstinence tandis que les pairs sont plus susceptibles de promouvoir l'utilisation du préservatif.
Cadre théorique ou conceptuel	Grossesse chez les adolescentes, éducation sexuelle, premier rapport sexuel (1 ^{er} rapport vaginal), contraception (contraception orale et préservatif)
Méthode	
Devis de recherche	Questionnaire anonyme qui mène à des statistiques → approche quantitative. Etude corrélacionnelle
Population et contexte	Composée d'étudiants de l'université de la Floride de l'Ouest, amis et membres de la famille des observateurs. 155 participants, 18,1% d'hommes, 81,9% de femmes. Participants âgés de 18 ans et plus.
Collecte et analyse des données	Questionnaire anonyme → les participants ont rapporté le type d'éducation sexuelle reçu, leur âge au 1 ^{er} RS ainsi que leurs habitudes de contraception actuelles.
Résultat	
Education sexuelle	<p>Les résultats suggèrent qu'environ 50% des jeunes reçoivent leur éducation sexuelle à la fois à la maison et à l'école avec près d'un cinquième des personnes interrogées dans cette catégorie attendant jusqu'à au moins 21 ans pour avoir des relations sexuelles et plus des deux tiers utilisant la contraception au premier rapport sexuel.</p> <p>Environ 10% des participants ont déclaré avoir reçu leur éducation sexuelle uniquement à la maison tandis que près de 30% ont déclaré avoir reçu leur éducation sexuelle à l'école seulement. Assez curieusement, la majorité des participants ont déclaré avoir reçu l'éducation sexuelle dans les deux endroits (54,2%).</p> <p>Les résultats indiquent que la fourniture de l'éducation sexuelle peut en fait retarder les rapports sexuels chez les hommes et les femmes. 75% des hommes dans notre étude ont déclaré avoir eu des relations sexuelles pour la première fois entre 16 et 20 ans. Parmi toutes les femmes interrogées, plus de 56% a également reporté la FPVI jusqu'à l'âge de 16 ans au moins. De ce nombre, 94,4% des hommes et 89,3% des femmes ont reçu une éducation sexuelle soit à la maison, soit à l'école ou les deux. Le plus frappant à noter est que 17,2% des répondants ont attendu pour avoir des relations sexuelles (FPVI) jusqu'à après 26 ans; chacun d'eux ayant reçu une éducation sexuelle. (résultats en contradiction avec les études menées entre 1970 et le début des années 1990 qui démontraient que "l'éducation sexuelle avait peu ou pas d'effet sur la probabilité des jeunes de s'engager dans des relations sexuelles).</p> <p>Les résultats montrent également que le lieu pour l'éducation sexuelle peut avoir un effet sur l'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel (FPVI).</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le plus grand pourcentage de ceux qui ont répondu avoir utilisé la contraception au FPVI était dans la catégorie des ceux ayant reçu leur éducation sexuelle à l'école seulement (78 %). → Dans la condition "à la maison seulement", 69% de cette catégorie ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception au FPVI. → Parmi ceux s'auto-identifiant comme ayant reçu une éducation sexuelle dans les deux endroits (maison et école), 68 % ont rapporté l'utilisation de la contraception au FPVI. → Dans la condition "aucune", seulement 1 sur 4 ont déclaré avoir utilisé la contraception quand ils ont eu leur 1^{ère} RS. → La condition "autre" était partagé uniformément avec 3 répondants disant avoir utilisé un contraceptif et 3 ne l'ayant pas fait.

	<p>La recherche montre une grande différence dans le nombre de participants qui continuent à utiliser la contraception actuellement, des années après avoir reçu une éducation sexuelle. Cette fois, le pourcentage le plus élevé a été noté dans la catégorie recevant leur éducation sexuelle seulement à la maison, une légère différence par rapport aux chiffres rapportés au FPVI.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Education sexuelle à la maison seulement: 69% des participants signalent utiliser toujours la contraception alors que seulement 25% disent qu'ils ne le font jamais → Catégorie "aucune" : 25% des participants utilisent la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels et 75% rapportent ne jamais le faire. → Catégorie à l'école seulement : 56% rapportent utiliser la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels contre 38% qui ne le font jamais. → Catégorie à la fois à la maison et à l'école : 52% disent utiliser la contraception à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels alors que 31% ne le font jamais. <p>! Il est possible que les chiffres soient faussés parce que les couples (en âge d'être marié et d'avoir des enfants) ne font intentionnellement pas recours à la contraception à des fins de procréation ou peuvent utiliser une option permanente comme une vasectomie ou la ligature des trompes → Une enquête plus approfondie serait nécessaire pour ajuster ce point-là.</p>
Discussion	
Education sexuelle	<p>Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que la réception de l'éducation sexuelle, que ce soit à la maison ou à l'école, a été associée au retardement de l'initiation des rapports sexuels ainsi qu'à une plus grande utilisation de la contraception à la fois au premier rapport sexuel, ainsi que plus tard dans la vie (résultats compatibles avec les études menées précédemment qui montrent que certains types d'éducation sexuelle diminuent les comportements sexuels à risque chez les ados y compris la précocité du 1^{er} RS).</p> <p>En outre, nos résultats sont mitigés quant à où a lieu l'éducation sexuelle la plus efficace - à la maison, à l'école ou les deux. Peut-être, les effets préventifs sur les comportements sexuels à haut risque peuvent être atteints par la simple présence de l'éducation sexuelle formelle, indépendamment du lieu où cela se produit.</p> <p>Des recherches supplémentaires devraient examiner quels programmes d'éducation sexuelle s'avèrent les plus efficaces et ensuite utiliser cette recherche comme levier pour faire pression pour une plus grande mise en œuvre de programmes fondés sur des preuves.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesures autodéclarées - Possible biais de mémoire des participants - Forte proportion de femmes par rapport aux hommes - Forte proportion de participants de race blanche <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nécessité de recherches futures avec un échantillon plus représentatif pour accroître la validité externe des résultats ⇒ Un quiz testant les connaissances des participants sur les comportements sexuels et la sécurité pourrait être implanté pour mieux pouvoir comparer l'impact du lieu où l'éducation sexuelle a été reçue. - Aucune conclusion sur le type d'éducation sexuelle ne peut être tirée de cette recherche <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le contenu, la quantité et la qualité de l'éducation sexuelle pouvant varier d'un lieu à l'autre, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner le contenu de l'éducation sexuelle et si les différences de comportements sexuels se produisent en fonction du type d'éducation sexuelle reçue.

Forces :

- Assez grand nombre de participants pour une étude universitaire menée par des étudiants

E10: Computer-assisted Provision of Emergency Contraception, a Randomized Controlled Trial

Source	
Titre	Computer-assisted Provision of Emergency Contraception, a Randomized Controlled Trial La fourniture assistée par ordinateur de la contraception d'urgence, un essai randomisé contrôlé
Auteurs	Schwarz, E. B., Gerbert, B. & Gonzales, R.
Année de publication	2008
Publié dans	<i>J Gen Intern Med</i> , 23(6), 794-799
Introduction	
Enoncé du problème Communication	Parmi les pays industrialisés, les États-Unis ont les taux de grossesses non désirées les plus élevés. La contraception d'urgence (CU) peut empêcher la grossesse non désirée. Cependant, de nombreuses femmes continuent de manquer d'informations nécessaires pour utiliser efficacement la CU et le temps du clinicien pour conseiller les femmes sur la CU est limité.
Recension des écrits Accessibilité (coût)	En 1996, 12% des femmes au Royaume-Uni ont indiqué avoir déjà utilisé la CU, mais 7 ans plus tard aux États-Unis seulement 6% des femmes âgées de 18-49 ans avaient déjà utilisé la CU. L'utilisation de la CU aux USA est inférieure aux autres pays industrialisés. Comme l'utilisation de la CU augmente lorsque les femmes ont reçu des conseils sur la CU et une fourniture gratuite de CU, plusieurs organisations médicales ont recommandé de conseiller les femmes sur la CU pendant des visites de routine. Cependant, en 2001, seuls 25% des gynécologues et 14% des médecins ont déclaré avoir discuté de façon routinière de la CU (par manque de temps). Comme la grossesse non désirée est particulièrement fréquente chez les femmes à faible revenu qui cherchent souvent des soins médicaux dans les contextes de soins d'urgence, nous avons conçu cette étude pour évaluer si le conseil informatif sur la CU avec la fourniture d'un échantillon gratuit de CU peuvent augmenter la connaissance et l'utilisation de la CU chez les femmes vues dans une clinique de soins d'urgence.
Cadre théorique ou conceptuel	Contraception d'urgence : méthode de prévention de la grossesse après un épisode de rapport sexuel non protégé ou d'échec de la contraception. Cette méthode est sûre et efficace et peut avoir le potentiel de réduire les taux d'avortement. Informations sur son mode d'action.
Méthode	
Devis de recherche	Essai randomisé contrôlé
Population et contexte	446 femmes adultes (18-45 ans) parlant anglais recrutées dans les salles d'attentes de 2 centres de soins d'urgence à San Francisco en 2005. Les femmes qui étaient peu susceptibles de tomber enceintes dans l'année ont été exclues (cf. figure 1).
Collecte et analyse des données	Au départ, les femmes ont été invitées à remplir un questionnaire informatif en attendant de voir un médecin (85 items pour une durée de réponse de 15' environ). L'enquête a évalué les connaissances des femmes sur la CU, les attitudes envers la CU et leur capacité à accéder à ce médicament, en plus des données sociodémographiques standards et reproductives.

	<p>Après que les participantes aient rempli le questionnaire de base, elles ont été affectées au hasard au groupe d'intervention ou de contrôle (randomisation par ordinateur, allocation cachée aux assistants de recherche). Puis intervention (programme éducationnel informatisé) cf. ci-dessous. Six mois plus tard, les assistants de recherche qui ignoraient si les sujets étaient dans les groupes d'intervention ou témoins ont appelé tous les sujets et ont fait un sondage téléphonique de suivi à l'aide d'un script standardisé. L'enquête de suivi contenait 30 items qui avaient tous été administrés dans le cadre de l'enquête de base.</p> <p>Objectif : évaluer si la fourniture assistée par l'ordinateur de la CU peut augmenter la connaissance et l'utilisation de la CU chez les femmes pouvant accéder à la CU sans ordonnance.</p>
Interventions Communication (contenu)	<p>Groupe d'intervention : séance éducationnelle informatisée de 15 minutes et 1 paquet de CU. Le programme informatisé répondait à 9 questions sur la CU, par exemple : qu'est-ce que la CU, pourquoi l'utiliser, comment l'utiliser, où l'obtenir,</p> <p>Groupe contrôle : éducation sur la supplémentation périconceptionnelle en acide folique mais aucune information sur la CU + fourniture d'un échantillon d'acide folique.</p>
Résultats	
Communication (contenu)	<p>Pour les informations sur les participantes, leurs caractéristiques sociodémographiques et reproductives cf. recherche + tableau 1 et 2. Au départ, la connaissance fonctionnelle de la CU était limitée dans les deux groupes (tableau 3). Les attitudes à l'égard de la CU étaient également similaires entre les groupes. Un total de 265 femmes (59%) ont répondu aux entrevues téléphoniques de suivi. Des proportions égales de femmes ont été perdues au suivi dans les deux groupes de traitement.</p> <p>Connaissances sur la CU : Lors du suivi, environ un tiers des femmes dans les deux groupes (33 % vs 36 %, $p = .20$) ont indiqué que, depuis le recrutement, elles avaient discuté de la CU avec un médecin. Cependant, les femmes du groupe d'intervention ont pu répondre correctement à une moyenne de 2 items en plus par rapport au départ, tandis que les femmes du groupe de contrôle ont répondu à seulement un item de plus correctement. Après ajustement pour les caractéristiques de base (âge, race, revenu, éducation, site de recrutement), nous avons trouvé que les femmes dans le groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir appris une ou plusieurs choses au sujet de la CU que les femmes du groupe témoin. Les femmes du groupe d'intervention étaient significativement plus susceptibles que les femmes dans le groupe de contrôle à avoir appris que la CU est sûre, que la CU est efficace 3-5 jours après un rapport sexuel non protégé, que la CU ne nuira pas à la fertilité future de la femme et que la CU ne causera pas des malformations congénitales ou des fausses-couches (tableau 4).</p>
(Effets de communication (contenu))	<p>Attitude envers la CU et utilisation: Moins de changement a été vu dans l'attitude des femmes à l'égard de la CU. Cependant, alors que 9% des sujets du groupe d'intervention reportaient des préoccupations personnelles ou religieuses sur la CU avant de recevoir des conseils informatisés, 97% des femmes étaient intéressées à recevoir un échantillon gratuit de la CU après avoir reçu le conseil informatisé sur la CU. Les femmes qui ont reçu la fourniture assistée par l'ordinateur de la CU n'étaient pas moins susceptibles d'utiliser des préservatifs (39% vs 36%) ou la contraception hormonale (27% vs 24%) au suivi. Les taux de rapports sexuels sans aucune forme de contraception étaient également similaires entre les groupes. Cependant, au suivi, il y avait une tendance (! ce n'est pas statistiquement significatif) vers d'avantage d'utilisation de la CU au cours de la période à l'étude dans le groupe d'intervention (10% vs 4% des femmes suivies ; 6% vs 3% des femmes recrutées). Après ajustement pour les caractéristiques de base, nous avons trouvé que les femmes du groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir utilisé la CU au cours de la période de l'étude que les femmes du groupe témoin. De plus, les femmes du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de déclarer avoir une réserve de pilules CU à la maison en cas de besoin à l'avenir (58% vs 11% des femmes suivies ; 34% vs 7% des femmes recrutées; tableau 5).</p>
(effets de la)	<p>Grossesse au suivi : Les femmes du groupe d'intervention étaient moins susceptibles de déclarer être enceintes au moment du suivi (0.8 % vs 6.5%)</p>

communication (contenu)	ou à avoir été enceintes depuis le recrutement (4.7% vs 9.4%). Après ajustement pour les caractéristiques de base, nous avons constaté que la tendance que les femmes du groupe d'intervention étaient moins susceptibles d'être tombées enceintes persistait mais n'atteignait pas la significativité statistique.
Discussion	
Communication (contenu) + accessibilité (contraception)	Nous avons constaté qu'une intervention de conseil informatisé d'une seule fois 15 minutes avec la fourniture d'un échantillon gratuit de CU a augmenté les connaissances des femmes sur la CU 7 mois plus tard. Plus important encore, nous avons trouvé que les femmes qui ont reçu des conseils informatisés sur la CU et un échantillon gratuit de CU étaient moins susceptibles d'être enceintes lorsqu'elles étaient contactées par téléphone 7 mois plus tard.
Communication (contenu)	Bien que la tendance que nous avons vue dans l'utilisation accrue de la CU au cours de l'étude n'ait pas atteint la significativité statistique, la taille de l'effet est similaire à ceux rapportés par des études qui ont plus de pouvoir. Similairement, notre résultat que le conseil informatisé n'avait pas d'effet adverse sur l'utilisation du préservatif ou sur la prise de risques sexuels est soutenu par les résultats d'études antérieures.
Accessibilité (coût)	La raison que les femmes dans notre étude étaient plus intéressées par la fourniture à l'avance de la CU (contrairement à certaines études précédentes) peut refléter des différences inhérentes dans les populations étudiées; alternativement, le conseil sur la CU qui était fourni avant d'offrir la CU peut avoir eu une incidence sur le niveau d'intérêt des femmes ou les femmes peuvent avoir tout simplement senti qu'un échantillon de médicament gratuit avait plus de valeur qu'une prescription.
Accessibilité (endroits / coût)	<p>Considérant qu'une fraction relativement faible de femmes ont utilisé la CU fournie au cours des 7 mois où elles ont été suivies dans le cadre de cette étude, la majorité (57 %) a déclaré avoir la CU à la maison en cas de besoin à l'avenir, sept mois après avoir reçu la CU. Cela indique qu'un suivi plus prolongé peut montrer un plus grand effet de cette intervention, étant donné que le fait d'avoir la CU à la maison va probablement continuer à influencer sur la capacité des femmes à utiliser la CU quand elles feront face à un risque de grossesse non désirée.</p> <p><u>Forces de l'étude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle a été réalisée dans un contexte où les femmes pouvaient accéder à la CU sans ordonnance d'un médecin depuis plus de 3 ans (lien avec la décision de la FDA américaine de mettre la CU en accès sans ordonnance). - La fourniture assistée par l'ordinateur ne donne pas une charge supplémentaire de travail aux médecins déjà occupés - Réplication facile de l'intervention - Interviews de suivi menés par des assistants de recherche qui ignoraient quelle intervention de conseil les sujets avaient reçu - Femmes recrutées étaient diverses du point de vue socio-économique <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les résultats ont été auto-déclarés - Le fait que le taux de perte de suivi a été plus élevé que prévu (la perte au suivi a été plus grande chez les femmes que l'on soupçonne d'être plus à risque de grossesse non désirée implique que nos résultats peuvent sous-estimer le bénéfice de la fourniture de la CU assistée par ordinateur dans les établissements de soins d'urgence). <p>Perte de suivi élevé => manque de pouvoir de l'étude dans l'évaluation de notre résultat principal, l'utilisation de la CU</p> <p>⇒ Les recherches futures devraient confirmer à l'aide de mesures objectives de la grossesse que le conseil informatisé sur la CU peut réduire les taux de grossesses non désirées lorsqu'il est fourni dans les établissements de soins d'urgence. En outre, il sera important de confirmer que ces résultats peuvent être reproduits dans les populations en dehors de la Californie, étant donné que les grossesses non désirées et l'avortement restent monnaie courante aux États-Unis, en particulier chez les femmes dans des circonstances plus défavorisées.</p>

E11: Adolescents' Use of Emergency Contraception Provided by Washington State Pharmacists

Source	
Titre	Adolescents' Use of Emergency Contraception Provided by Washington State Pharmacists L'utilisation par les adolescentes de la contraception d'urgence fournie par les pharmaciens de l'état de Washington
Auteurs	Sucato, G. S., Gardner, J. S. & Koepsell, T. D.
Année de publication	2001
Publié dans	<i>J Pediatr Adolesc Gynecol</i> , 14, 163-169
Introduction	
Enoncé du problème	Malgré la récente baisse constante, le taux de grossesses adolescentes aux USA continue de dépasser celui de toutes les autres Nations de l'Ouest. L'utilisation accrue de la PCU (pilule contraceptive d'urgence) a le potentiel de diminuer les grossesses non désirées mais les femmes aux USA restent mal informées sur la disponibilité et l'utilisation appropriée de la PCU, la sensibilisation est particulièrement faible chez les ados.
Recension des écrits	Selon les estimations précédentes, 78% des grossesses chez les adolescentes ne sont pas désirées, et 45% de ces grossesses non désirées aboutissent à l'avortement. L'utilisation de la PCU est un moyen efficace de prévenir la grossesse après qu'un rapport sexuel ait eu lieu → peut permettre de diminuer les grossesses non désirées. La sensibilisation à la PCU est particulièrement faible chez les adolescents. Une récente enquête nationale représentative de filles et garçons de 12 à 18 ans a révélé que seulement 28% avaient entendu parler des pilules contraceptives d'urgence.
Cadre théorique ou conceptuel	Pilule contraceptive d'urgence : est constituée soit de progestatif seul soit d'une combinaison d'œstrogène et de progestérone, elle prévient ou retarde l'ovulation. Il a été démontré qu'elle est efficace jusqu'à 95% pour prévenir la grossesse si elle est utilisée dans les 24 heures suivant le rapport. Effets indésirables extrêmement rares, pas de contre-indication absolue si ce n'est la grossesse. (Mais malgré cela elle reste peu prescrite par les médecins américains).
Méthode	
Devis de recherche	Questionnaire auto-administré transversal. Approche quantitative. Devis pas clairement explicité.
Population et contexte	Adolescentes de 15-21 ans (n = 126) qui ont obtenu PCU directement auprès d'un pharmacien. Période d'étude entre juin et octobre 1999. 83 pharmacies participant au projet, 15 pharmacies choisies au hasard (échantillon représentatif des pharmacies).
Collecte et analyse des données	Questionnaire de 20 items examinant les raisons des adolescentes pour la recherche de soins auprès d'un pharmacien, la nécessité d'une évaluation médicale additionnelle, le risque de ne pas recevoir de soins médicaux supplémentaires et la satisfaction des soins fournis par le pharmacien. Analyse des données à l'aide de Stata.
Interventions	La fourniture de la PCU par un pharmacien → accords de collaboration dans lequel un médecin délègue son pouvoir de prescrire des PCU à un pharmacien qui a subi un entraînement intensif à cet effet. Ce mécanisme permet aux femmes de se procurer la PCU dans une pharmacie sans consulter au préalable un médecin. Ce projet a lieu dans certaines pharmacies à Washington, projet unique aux USA. Les manuels de formation contenaient une liste de ressources de référence incluant les cliniques de planning familial et les cliniques des maladies sexuellement transmissibles (MST), des conseillers sur la violence domestique et des cliniciens.

	Les pharmaciens fournissent en même temps que la PCU une brochure contenant des instructions pour l'utilisation de la PCU et des informations sur ce à quoi s'attendre de la PCU et comment éviter une grossesse dans l'avenir.
Résultats	
Accessibilité (endroits)	Les raisons les plus communes pour l'utilisation de la pharmacie étaient la commodité (44%), le manque de connaissances sur les alternatives (38%), et l'intimité / le secret (31%). Parmi les adolescentes qui ont déclaré que c'était la seule place où elles savaient aller pour la PCU, 92% ont déclaré avoir un médecin de famille ou une autre source de soins médicaux de routine.
Partenariat (opportunité changement)	Si le service de pharmacie n'était pas disponible, 58% ont dit qu'elles verraient un médecin, 22% ont dit qu'elles attendraient de voir si elles tombaient enceintes et 20% ne savaient pas.
Accessibilité	30% des adolescentes ont indiqué qu'elles n'utilisaient pas actuellement de moyen de contrôle des naissances et 31% qu'elles n'étaient pas satisfaites de leur méthode actuelle de contrôle des naissances. Parmi ces adolescentes qui avaient besoin d'une nouvelle méthode de contrôle des naissances, 21% ont répondu qu'elles n'avaient pas l'intention de voir un médecin dans le mois prochain pour discuter du contrôle des naissances, et 6% ont dit qu'elles n'avaient pas de source pour des soins de routine. En outre, des 41% d'adolescentes qui justifiaient une évaluation des MST parce qu'elles avaient un nouveau partenaire sexuel un partenaire éventuellement non monogame, 41% ont répondu qu'elles n'avaient pas l'intention de voir un médecin dans les prochains mois, et 4% ont dit qu'elles n'avaient pas de source pour des soins de routine. En tout, 81% des adolescentes avaient besoin d'une nouvelle méthode de contrôle des naissances, d'une évaluation des MST ou des deux et plus d'un tiers d'entre elles étaient à haut risque de ne pas recevoir les soins médicaux de suivi.
	Les adolescentes étaient satisfaites (94% satisfaites ou très satisfaites) du service de pharmacie; 94% ont dit qu'elles recommanderaient le service à une amie.
	41% des adolescentes répondantes sont venues chercher la PCU durant la soirée ou le week-end.
Discussion	
Partenariat	La fourniture de la PCU par les pharmaciens est un moyen utile pour accroître l'accès à la contraception d'urgence. Cependant, de nombreuses adolescentes utilisant la PCU ont besoin de soins médicaux supplémentaires. Les programmes visant à accroître l'accès à la PCU devraient utiliser ces opportunités pour relier les adolescentes avec des services de soins de santé de la reproduction plus complets (les pharmaciens peuvent être une porte d'entrée au système de santé reproductive).
Accessibilité	Si la PCU n'était pas disponible auprès des pharmaciens, peut-être que les adolescentes auraient vu à la place un médecin et auraient reçu non seulement la PCU mais aussi les soins médicaux nécessaires supplémentaires. Notre étude ne peut pas apporter une réponse définitive à cette question ; cependant, nos résultats suggèrent que lorsque le service de pharmacie n'est pas disponible de nombreuses adolescentes auraient été peu susceptibles de recevoir les soins médicaux pour la prévention des grossesses non désirées.
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ bien que la plupart des adolescentes aient une source de soins médicaux de routine, beaucoup ont dit que la pharmacie était le seul endroit qu'elles connaissaient pour obtenir la PCU et seulement un peu plus de la moitié d'entre elles ont dit qu'elles rechercheraient des soins d'un médecin si le service de pharmacie n'était pas disponible ➔ bon nombre des visites en pharmacie se sont produites en soirée ou durant les week-ends. Ceci est particulièrement important parce que plus la PCU est prise longtemps après les rapports sexuels, moins elle est efficace pour prévenir la grossesse <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ainsi, nous concluons que les pharmaciens dans l'État de Washington ont augmenté l'accès à la PCU pour les adolescentes qui auraient été peu susceptibles de l'obtenir ailleurs. Et bien que la pharmacie ne soit pas un site commun pour la prestation de services médicaux sensibles nécessitant du conseil intensif des patients, les adolescentes qui ont répondu à l'enquête ont été extrêmement satisfaites des

Partenariat	<p>soins qu'elles avaient reçu.</p> <p>Cependant, alors que la disposition de la PCU dans la pharmacie augmente avec succès l'accès à une méthode efficace de prévention des grossesses non désirées, elle n'est pas conçue pour aider les adolescentes dans le choix d'une méthode appropriée de contraception de suivi, ni pour les évaluer l'exposition aux MST qui sont également une conséquence possible de rapports sexuels non protégés. Notre enquête a révélé que, bien que la plupart des adolescentes bénéficieraient d'une évaluation médicale supplémentaire, plus d'un tiers d'entre elles semblaient peu susceptibles de recevoir ces soins de suivi nécessaires. Pour ces adolescentes, les pharmaciens peuvent servir d'entrée dans le reste du système de soins de santé (liste de référence pour des services de santé reproductive disponible chez les pharmaciens → études supplémentaires nécessaires pour évaluer l'efficacité de la fourniture de ces références.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de réponses chez les femmes admissibles de seulement 36% - Près d'un quart de la population n'a jamais reçu le questionnaire du pharmacien → biais de sélection possible - Biais de non réponse - Biais de déclaration dû aux questions d'une nature sensible - Localisation géographique distincte <p>⇒ Peuvent limiter la généralisation de nos résultats ailleurs</p>
--------------------	---

E12: Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program : Perspectives of Prime Time Staff

Source	
Titre	Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program: Perspectives of <i>Prime Time</i> Staff Engager les adolescents vulnérables dans un programme de prévention de la grossesse: Perspectives du personnel <i>Prime Time</i>
Auteurs	Tanner, A. E., Secor-Turner, M., Garwick, A., Sieving, R. & Rush, K.
Date	2012
Publié dans	<i>J Pediatr Health Care</i> , 26(4), 254–265
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Les niveaux élevés de comportements sexuels à risque posent des défis importants en matière de santé publique. Avec une population croissante de jeunes et les récentes augmentations des taux de grossesse et de maternité chez les adolescentes, nous devons élargir les approches efficaces pour traiter ces questions importantes de santé publique.</p> <p>Par conséquent, le but de cette étude est d'examiner les pratiques fondamentales de gestion de cas et les processus de « Prime Time », une intervention intensive à multiples composantes. Le but du programme est de réduire les risques de grossesses chez les ados, réduire les comportements sexuels à risque, diminuer l'implication de la violence et diminuer la déconnexion avec l'environnement scolaire. Nous avons examiné les réussites et difficultés en engageant des adolescentes à risque élevé de grossesses précoces dans la gestion de cas, avec l'intention de partager les leçons apprises qui peuvent profiter à d'autres personnes travaillant avec les jeunes à risque afin de réduire les grossesses non désirées et de favoriser un développement sain.</p>
Recension des écrits	Les USA ont les taux les plus hauts de grossesse chez les ados et de maternité de tous les pays industrialisés. Le taux de grossesse et de natalité

	<p>chez les jeunes femmes de couleur est anormalement élevé. Entre 2005 et 2007, il y a eu une augmentation de 5% du taux de natalité chez les adolescentes américaines. Une étude suggère qu'une baisse de l'utilisation des contraceptifs a pu faire augmenter ce taux. En 2007, ~40% des élèves de secondaire sexuellement actifs ont déclaré ne pas avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport et seules 16% ont déclaré avoir utilisé la pilule.</p> <p>Une étude de programmes de prévention de la grossesse chez les ados dans les cliniques, les écoles et les communautés met en évidence l'efficacité de développer des approches réduisant le comportement à risque des jeunes lié aux grossesses. Parmi les programmes les plus efficaces, on note des interventions à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur la promotion d'un développement sain des jeunes par la promotion des facteurs de protection sexuels et non sexuels. Par exemple, le programme CAS Carrera à New York a réussi à réduire les taux de grossesse chez les adolescentes de moitié sur une durée de 3 ans. Ce programme à long terme, impliquant des ados du début de l'adolescence jusqu'à la fin de l'école secondaire, comprenait de multiples composantes : fournir des messages clairs sur la manière d'éviter la grossesse, favoriser des relations étroites entre les adolescents et le personnel et fournir un accès aux services de santé reproductive. Les résultats de ces programmes intensifs de développement des jeunes mis en œuvre sur de longues périodes suggèrent qu'ils peuvent réduire les grossesses précoces et les grossesses chez les populations où la prévalence de la maternité adolescente est relativement élevée.</p> <p>Engager des ados à risque élevé de grossesse précoce peut être difficile. Ils ont généralement des caractéristiques situationnelles et de développement qui nécessitent des approches uniques pour l'engagement. Ils peuvent aussi avoir des antécédents de vie incluant des relations problématiques avec les figures d'autorité. Ils peuvent être cyniques envers des adultes ayant un rôle d'aide. Les jeunes à risque élevé sont plus susceptibles de s'engager pleinement dans des interventions qui promeuvent et reconnaissent leurs forces et résilience plutôt que celles se concentrant sur leurs déficits. Les programmes efficaces de développement des jeunes avec les populations à risque ont inclus la gestion des cas et les éléments de leadership par les pairs. Les relations de confiance avec les gestionnaires de cas laissent aux ados à risque l'opportunité d'aborder les problèmes psychosociaux et affectifs complexes qui sous-tendent les comportements à risque pour la santé. Les relations comprennent des considérations culturelles, encourager un changement de comportement sain et faciliter les interactions pro-sociales entre pairs. Puisque l'influence des pairs est un thème central de l'adolescence, structurer l'influence pro-sociale des pairs pourrait être crucial pour le succès des efforts de prévention, en particulier lorsque les jeunes prennent des rôles de leadership. L'implication dans des programmes de leadership des pairs peut être particulièrement efficace pour les groupes de jeunes à risque, dont beaucoup ont des opportunités et un soutien limité d'assumer des rôles de leadership dans leur vie quotidienne.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> - La santé publique - La prévention des grossesses non-désirées - La promotion d'un développement sain des jeunes (promotion des facteurs de protection sexuels et non sexuels) ex : programme CAS Carrera à New-York. - L'influence des proches (pairs) est un thème central de l'adolescence. - Le leadership - La motivation - Le renforcement des compétences
Méthode	
Devis de recherche	Un devis de recherche descriptif qualitatif utilisant les principes de l'enquête naturaliste a été utilisé pour guider cette analyse car notre objectif était de décrire l'expérience du personnel de <i>Prime Time</i> de leur point de vue → approche qualitative. descriptif → enquête

	(Dans le <i>Prime Time</i> , la moitié des participantes ont été assignées, au hasard, à une condition d'intervention et l'autre moitié à une condition de contrôle → RCT).
Population et contexte	<p>Population interrogée : 5 femmes de 22 à 50 ans, gestionnaires de cas, étaient chargées de 24 à 30 ados. Ces 5 femmes issues de milieux ethniques et raciales divers étaient diplômées de milieux éducatifs tel que l'éducation à la santé, la psychologie ou le travail social et avaient toutes une expérience dans des services de gestion de cas pour ados à risque de grossesse précoce. Elles ont été formées sur les buts et objectifs du programme mais aussi sur les principes et pratiques de promotion d'un développement sain des jeunes. Tout au long de l'intervention, elles ont reçu une supervision hebdomadaire de la clinique via un coordonnateur d'intervention.</p> <p>Filles de 13 à 17 ans sexuellement actives (n=235) des cliniques scolaires ou communautaires présentant min. 1 des 6 critères à risque cliniquement pertinents :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) une visite à la clinique impliquant un test de grossesse négatif b) une visite à la clinique impliquant un traitement pour une maladie sexuellement transmissible c) jeune âge (13-14 ans) d) des comportements sexuels et une contraception à haut risque e) des comportements indiquant la déconnexion avec l'environnement scolaire f) des comportements agressifs et violents
Collecte et analyse des données	<p>Afin de décrire l'expérience du personnel de <i>Prime Time</i> de leur point de vue, des entretiens semi-structurés individuels (~1h) ont été menés par le 1^{er} auteur avec tous les membres du personnel.</p> <p>3 catégories d'adolescentes triées par les gestionnaires de cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) celles qui étaient faciles à engager (appelées aussi les connecteurs faciles), b) celles qui demandaient plus d'efforts pour les engager (appelées aussi les connecteurs moyens) c) celles qui étaient difficiles ou impossibles à engager dans la gestion des cas (appelées aussi les connecteurs difficiles) <p>Exemple de questions d'entretien : <i>Comment avez-vous entretenu les relations avec les connecteurs faciles au fil du temps?</i></p> <p>Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, le logiciel ATLAS ti 5.0 a été utilisé pour organiser et gérer les données. Le codage a été fait par 2 auteurs indépendants puis les codes ont été évalués par des évaluateurs. Ensuite, 2 correcteurs ont lu indépendamment chaque transcription et ont identifié et codé de manière systématique les défis et les succès dans les liens avec les adolescentes faciles moyennes et difficiles. Un dernier membre de l'équipe a permis de résoudre les désaccords de codage.</p> <p>Les grandes catégories ayant émergé des analyses comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) des recommandations pour engager les adolescentes avec un risque élevé b) des stratégies d'entretien de la relation c) le changement de comportement de santé <p>Les protocoles d'étude ont été approuvés par le comité d'examen institutionnel de l'université du Minnesota.</p>
Intervention	<p>Prime Time, une intervention à multiples composantes pour les ados à risque de grossesse précoce.</p> <p>L'objectif global était d'établir une relation de confiance dans laquelle les ados et les gestionnaires de cas pouvaient travailler ensemble pour faire face</p>

	<p>aux risques et aux facteurs de protection visés par l'intervention. L'intervention <i>Prime Time</i> a couvert une période de 18 mois. Les ados participaient durant 6 mois. Les gestionnaires de cas ont été chargées de faire des entretiens personnels avec chaque ado tous les mois (approche centrée sur le client). Les ados recevaient 10 dollars pour leur participation à un entretien. Les entretiens portaient sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement des compétences et des attentes pour des relations saines - l'amélioration de la motivation et des compétences pour avoir un comportement sexuel responsable - répondre aux besoins et promouvoir la famille, l'école et la vie sociale
Résultats	
Communication (relation)	<p>Les différences parmi les participantes requièrent que les gestionnaires de cas adaptent leurs stratégies pour construire des relations de confiance et motiver les adolescentes à participer activement à <i>Prime Time</i>.</p> <p><u>Connecteurs faciles = participantes engagées facilement par les gestionnaires de cas, ouvertes à construire une relation:</u> Ils ont généralement des maisons avec un fonctionnement familial et un certain degré de participation des parents et de la stabilité. Cependant, un éventail assez large des adolescentes ont été incluses dans ce groupe : ados très motivées et soutenues (ex : ont de solides réseaux sociaux), ados ayant des problèmes plus mineurs (ex : avaient besoin /cherchaient de l'aide et une connexion avec un adulte) et les ados avec des problèmes plus grands à aborder (mais pas assez extrême pour justifier d'autres interventions). Avoir eu une expérience positive préalable avec un adulte à travers un programme de jeunes ou à l'école semblait faciliter le processus de connexion. Avec elles, les gestionnaires ont pu établir une relation empathique immédiate facilitée par un désir de l'ado à communiquer, à se connecter avec le gestionnaire de cas. Ces ados étaient relativement à l'aise avec la révélation de soi, demandaient de l'aide et se montraient réceptives aux commentaires proposés. 3 principales catégories de recommandations ont émergé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement de limites sur les relations saines avec les adolescentes. - Les gestionnaires de cas doivent travailler à construire des relations significatives avec les adolescentes (ex : encourager et valider l'ado comme une personne). Ex : « Avec ces connecteurs, il est facile de tomber dans la routine et juste bavarder sur la vie mais il faut essayer de continuer de prendre ces sujets et les pousser pour les développer et se déplacer vers des choses plus grandes et meilleures chaque mois ». - Faire confiance et soutenir la capacité des adolescentes à prendre des décisions pour elles-mêmes et les aider dans l'établissement de relations avec les autres adultes pour les aider dans leurs processus décisionnels actuels et futurs. <p><u>Connecteurs moyens = participantes ayant pris plus d'efforts pour s'engager :</u> La connexion nécessite plus de temps, d'efforts et de persévérance (ex : plus d'appels téléphoniques, un plus grand nombre de réunions manquées). Ils ont tendance à être plus réticents au programme et ont exprimé un niveau élevé d'inconfort durant les entretiens. Leurs pensées et sentiments étaient plus difficiles d'accès et à évaluer car leur niveau de communication sur elles-mêmes est plus faible. Elles avaient généralement des situations familiales chaotiques menant à des interactions avec les adultes de la protection de la jeunesse ou des systèmes de justice pénale et une relation précaire avec l'école expliquant en partie la méfiance et prudence exprimées par celles-ci. Ces ados sont souvent négligées par les programmes de services sociaux traditionnels (les problèmes sont manqués, ils ne sont pas suffisamment graves pour être</p>

<p>Communication (relation)</p>	<p>vraiment graves). Les gestionnaires de cas ont dû définir activement leur rôle car ces ados manquaient d'expériences préalables avec des adultes bienveillants et non mandatés. Pour surmonter leur inconfort et méfiance, il a fallu parfois une crise personnelle (ex : rupture avec un petit ami, combat à l'école, conflit avec les parents) pour créer un besoin perçu de nouer les contacts avec un gestionnaire de cas. Dans ces types de situations, la capacité de la gestionnaire de cas à "ne pas être choquée" a ouvert la voie à une relation positive. La formalité des rencontres avec les gestionnaires de cas a souvent contribué à l'hésitation des adolescentes au sujet de la relation. Il semblait nécessaire de rappeler que les entretiens étaient confidentiels. Les participants "testaient" fréquemment la gestionnaire de cas pour décider de s'engager dans une relation. En démontrant la conscience de la fragilité de la relation, la gestionnaire de cas laisse le participant avoir un contrôle dans la relation pour bâtir la confiance tout en conservant les limites d'une relations saines (ex : ne prend pas un rôle parental). Aspects pour se connecter avec les connecteurs moyens : flexibilité, capacité d'être non jugeant et compétences d'être à l'aise avec les nuances culturelles y compris les modes de communication. 3 catégories de recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La patience et la reconnaissance de leurs conditions de vie (ex : écouter et attendre) - Rester concentré et persévérer dans le développement de relations (ex : rester positif et continuer d'essayer) - Faire preuve de créativité dans les stratégies pour engager les adolescentes (ex : utiliser My-Space pour indiquer les sujets des réunions et leur horaire) - Ne pas prendre leurs questions et leurs réponses personnellement (ex : lorsqu'ils ne se présentent pas aux réunions) <p><u>Connecteurs difficiles = participantes difficiles ou impossibles à engager :</u> Elles ont tendance à être en crise extrême (sit. d'abus, expulsion parents, parents VIH) ou face à des comportements graves, émotionnels et/ou des maladies mentales découlant d'un dysfonctionnement familial. L'attention des gestionnaires de cas a été déplacée vers des objectifs de gestion de crise. Il y avait un faible niveau de confiance, la plupart des ados avaient été impliquées, dans une certaine mesure, avec la justice. Les entretiens étaient irréguliers et ont souvent été empêchés par les crises (déplacement du lieu d'habitation, etc.). Ces ados n'avaient souvent aucune surveillance parentale. Il y avait moins de connecteurs difficiles dans les milieux scolaires parce que les filles qui fréquentent l'école sont moins susceptibles de disparaître et de ne pas être accessibles. Etablir une relation avec une adolescente qui a de multiples facteurs de stress dans sa vie nécessite pour les gestionnaires de cas de les convaincre que participer à l'étude a une pertinence et de la valeur pour leur avenir. Les incitations monétaires seules n'étaient pas suffisamment intéressantes pour inciter la participation. 3 catégories de recommandations :</p>
<p>Communication (relation + contenu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etre très patient, tout en prenant en compte les circonstances de vie chaotique de l'adolescente (ex : être disponible et leur permettre de développer une relation de confiance) - Leur fournir des ressources utiles (ex : liste de refuges, numéros de tél, une plus grosse somme pour leur participation) - Reconnaître les problèmes spécifiques à chaque cas dans les cadres des connecteurs difficiles (ex : veiller à ce que les limites

	professionnelles soient maintenues et que les limites de la relations soient clairement communiquées)
Discussion	
Communication (relation)	<p>Le but de cette étude était d'examiner les pratiques et les processus de gestion de cas pour pouvoir travailler avec des sous-groupes d'ados vulnérables impliquées dans l'intervention <i>Prime Time</i>. La gestion de cas a été identifiée comme un élément clé des programmes efficaces et à multiples composantes de prévention des grossesses chez l'adolescente. Les gestionnaires de l'étude <i>Prime Time</i> ont eu un degré élevé de succès avec les groupes à risque.</p> <p>Douze mois après l'intervention, la participation à la gestion de cas était élevée parmi les filles inscrites dans les cliniques scolaires et communautaires. Les résultats de l'étude fournissent une évaluation du programme mais du point de vue unique du personnel du programme qui a parlé des défis et des stratégies que les gestionnaires de cas ont utilisées pour engager les adolescentes qui ont été engagées dans les connecteurs faciles, moyens et difficiles.</p> <p>Les recommandations efficaces visant à réduire plusieurs comportements à risque tels que grossesses, comportements sexuels à risque, participation à la violence et déconnexion de l'école peuvent être bénéfiques pour d'autres personnes travaillant avec des jeunes vulnérables afin de réduire les grossesses non désirées et de favoriser un développement sain.</p> <p><u>Recommandations visant à établir/maintenir des liens :</u></p> <p>Les ados à risque ne sont pas un groupe homogène. Dans cette étude il existe une variation considérable entre les ados. Les recommandations pour engager les connecteurs faciles et moyens sont axées sur le développement de la relation entre le gestionnaire de cas et l'adolescente. Les gestionnaires de cas ont indiqué que le développement de la relation pourrait être facilité par la validation des individus en tant qu'individus, la créativité en utilisant des stratégies adaptées à l'âge et la persévérance. De plus, la confiance de l'adolescente dans le processus de prise de décision et la fixation des limites pour une relation saine sont importantes pour encourager un développement sain. Bien que simples en apparence, ces recommandations reconnaissent le rôle et les compétences du gestionnaire de cas dans le développement de la relation (ex : sites sociaux comme <i>MySpace</i>, largement utilisés par les jeunes, sont représentatifs des stratégies de connexion).</p> <p>Les stratégies pour engager les connecteurs difficiles étaient différentes que pour les 2 autres et sont davantage liées aux compétences interpersonnelles des gestionnaires de cas. Ex : la patience et ne pas prendre personnellement le fait qu'il soit impossible d'établir une relation avec une ado. Ceci était essentiel pour travailler avec elles. Les connaissances (ex : infos sur le logement et les services de santé mentale) sont importantes pour toutes les ados, mais surtout pour les connecteurs difficiles, dont les crises actuelles pourraient affecter leur disponibilité pour les futures réunions et leur capacité à s'engager avec les objectifs généraux du programme.</p> <p>En conclusion, il semble nécessaire d'adapter les interventions aux besoins individuels des ados. Les stratégies de gestion de cas qui abordent la prise de risque sexuel, la participation à la violence et la déconnexion de l'école peuvent être appropriées pour les adolescentes des groupes connecteurs faciles et moyens, tandis que les connecteurs difficiles peuvent être mieux servis par des services spécialisés adaptés à leurs besoins immédiats. Cependant, en catégorisant les ados, il est important de ne pas trop généraliser !</p> <p><u>Points forts :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Offre des perspectives sur les stratégies utilisées par les gestionnaires de cas pour entrer en relation avec les filles - Les réflexions sur le travail avec les ados vulnérables pourraient être utiles pour d'autres mises en œuvre de programmes similaires

Communication (relation)	<p>d'intervention et de développement de la jeunesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - La catégorisation des connecteurs est utile pour déterminer les stratégies qui ont aidé <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les programmes futurs, il faudra peut-être adapter la catégorisation et les stratégies au contexte et au type d'intervention - Travaux supplémentaires nécessaires pour identifier les connexions entre les différentes stratégies et les résultats positifs sur la santé des ados <p><u>Conclusion/implications :</u></p> <p>Bien que l'engagement d'un groupe d'ados vulnérables n'a pas, en soi, réduit les comportements à risque liés à la grossesse précoce, l'établissement d'une relation de confiance est une étape importante vers le renforcement des compétences, des motivations, des opportunités et aide aux changements ! Nos stratégies et méthodes d'évaluations mixtes vont nous permettre de déterminer si et comment le programme <i>Prime Time</i> a réussi à réduire les comportements à risque chez les adolescentes sexuellement actives et à risque de grossesses précoces. Ces résultats ont également des implications pour la pratique des soins infirmiers afin d'atteindre les adolescentes vulnérables. Une recommandation clé pour toutes difficultés à engager un patient, c'est d'être persévérant et présent dans le développement d'une relation de travail avec les adolescentes à haut risque. Les résultats de cette étude confirment l'importance de la réalisation d'évaluations de santé complètes qui prennent en compte les influences sociales et environnementales des adolescentes, la participation à la violence et d'autres relations avec des adultes pro-sociaux. Au cours de la phase d'engagement et d'évaluation, les infirmières et les infirmières praticiennes sont également dans une position privilégiée pour fournir des réponses aux questions urgentes que les adolescentes ont et pour offrir des services et des références vers des ressources appropriées. Dans n'importe quel mode de promotion de la santé, les stratégies de renforcement de la relation exigent une confrontation aux besoins et aux circonstances de chaque adolescentes. Les infirmières peuvent trouver des recommandations utiles, qui ont émergé de cette étude, pour engager les adolescentes vulnérables et pour établir des relations de confiance qui prennent en considération le changement de comportement et qui favorise le développement sain des jeunes.</p> <p>Pour implication pour l'infirmière : cf. grille critique</p>
---------------------------------	--

E13: Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)

Source	
Titre	Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review) Les interventions pour la prévention des grossesses non désirées chez les adolescents (revue de littérature)
Auteurs	Oringanje, C., Meremikwu.,M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. & Ehiri, J.E.
Année de publication	2010
Publié dans	<i>The Cochrane Collaboration</i> , Issue 4, 1-86
Introduction	
Enoncé du problème	Les grossesses chez les adolescents sont un problème de santé publique commun dans les pays industrialisés, à moyen ou bas re venu. Aux USA par

	<p>exemple 9% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans tombent enceintes chaque année et environ la moitié de ces grossesses se terminent par un avortement.</p> <p>Les grossesses répétées chez les adolescentes sont aussi fréquentes et souvent associées à un risque accru d'effets indésirables sur la santé maternelle et infantile.</p> <ul style="list-style-type: none"> → coûteuse pour les adolescents et leurs familles → coût social (aide social pour les mères en difficultés financières, mise en place de programmes visant à habiliter les mères à obtenir l'indépendance financière, perte de recettes fiscales résultant de l'employabilité réduite et des revenus réduits → les enfants nés de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance et d'être victimes de négligences physiques et d'abus. <p>En raison des conséquences à court et à long terme des grossesses non désirées pour l'adolescent, leurs familles et la société en général (Trussell 1997, Burt 1990), des programmes de santé publique ont été mis en œuvre. Diverses interventions pour résoudre le problème, en utilisant diverses approches.</p>
Recension des écrits	<p>Recension de diverses interventions. The Safer Choices (Coyle, 2011) améliore les connaissances des ados sur les risques et conséquences de la grossesse et des MST, les attitudes, valeurs, croyances, etc. Favoriser l'abstinence (Denny, 2006), éducation à la santé de manière globale dont des pratiques sexuelles plus sûres (Jemmott III, 1998). Education sexuelle pour les parents pour améliorer la communication enfants/parents (Dilorio, 2006). Un accès facilité à la contraception d'urgence (Orr, 1996, Lindberg, 2006). D'autres interventions se basent sur des facteurs non sexuels comme le développement de valeurs positives visant une amélioration des résultats scolaires, un renforcement des relations familiales, réduire les comportements à risque (O'Donnell, 2003, Philliber, 1992). Appel à pairs éducateurs (mentor/modèle) pour mener des séances d'éducation à la santé (Borgia, 2005). L'impact possible des interventions basées sur la foi (Sikron, 2003).</p>
Importance de cette revue de littérature	<p>Les études d'évaluation des interventions spécifiques ainsi que les revues et les méta-analyses des effets des stratégies actuelles montrent des signes discordants d'efficacité.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Une revue de 73 études a indiqué que 4 programmes d'intervention ont entraîné des retards dans le début des rapports sexuels, l'augmentation de l'utilisation du préservatif et des contraceptifs et la réduction des grossesses précoces non désirées (Kirby de 2002ba). → Une autre revue systématique d'essais randomisés contrôlés a montré que plusieurs mesures de prévention primaire ne retardaient pas l'initiation des rapports sexuels ou ne réduisaient pas le nombre de grossesses chez les adolescents (DiCenso 2002). Cette revue a même démontré, qu'un petit nombre de programmes conduisaient à une augmentation du nombre de grossesses chez les conjointes des participants aux programmes d'abstinence. <p>Il est possible que les différences dans les résultats des revues et des méta-analyses existantes puissent être en partie expliquées par des défauts de conception dans les études d'évaluation et les revues. Par exemple, la plupart des revues ont inclus des études non randomisées et d'observation, la plupart étaient d'une portée limitée par leur exclusion des études non publiées; très peu incluaient une analyse statistique rigoureuse et certaines étaient basées sur des enquêtes (Franklin, 1997).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cela appelle à des revues rigoureuses pour élucider plus clairement les effets de ces interventions, en prenant connaissance de la nature complexe et multifactorielle d'une sexualité à l'adolescence et de la grossesse chez les adolescentes. <p>De plus, la plupart des revues ont été limitées aux pays industrialisés (DiCenso, 2002) et donc ne pouvait pas tenir compte des toutes les influences des facteurs sociaux, culturels et économiques dans diverses populations → de telles revues ont une valeur limitée pour les organismes bilatéraux et les ONG internationales travaillant dans le domaine de la promotion de la santé des adolescents.</p>

	+ cet ensemble de preuves aidera à élucider ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les efforts pour réduire les grossesses non désirées chez les ados et ainsi justifier l'utilisation de ressources rares, à former des professionnels de santé publique et faciliter la conception des interventions qui sont efficaces
Objectifs	
	Évaluer les effets des interventions de prévention primaire (en milieu scolaire, communautaire / à domicile, en clinique et basées sur la foi / la religion) sur les grossesses non désirées chez les adolescents.
Méthode	
Devis de recherche	Revue de littérature d'essais randomisés contrôlés avec une méta-analyse. Approche systématique Cochrane pour limiter les biais et pour réduire les effets du hasard fournissant ainsi des résultats plus fiables sur lesquels tirer des conclusions et faire des recommandations rationnelles et fondées sur des preuves. La revue inclut également des RCT de groupe où l'unité de randomisation est la famille, la communauté, le centre de jeunesse, l'école, la classe, l'établissement de santé ou l'établissement religieux.
Population et contexte	Types de participants : des hommes et des femmes entre 10 et 19 ans. Pays développés et moins développés.
Collecte et analyse des données	Explique la méthode de recherches des RCT (dans le registre central Cochrane). Autres bases de données : Lilacs, Medline, Embase ; ont contacté diverses personnes qui travaillaient dans le domaine de la santé afin d'avoir des informations sur les essais non publiés et en cours. Aucune restriction de langue. Ont lu la liste de références de chaque étude identifiée pour qu'aucune étude pertinente ne soit laissée de côté. Extraction des données par 2 auteurs avec formulaire d'extraction des données standard. Données extraites : méthodes, participants, interventions, mesures des résultats et résultats, données manquantes. Dans cette revue ils ont évalué et résumé les effets que les interventions de prévention de grossesses chez les adolescents ont sur : [i] leurs connaissances et attitudes relatives aux risques de grossesses non désirées, [ii] le retardement du premier rapport sexuel, [iii] l'utilisation cohérente des méthodes de contrôle des naissances, [iv] la diminution des grossesses non désirées. Types de mesures des résultats : Les résultats principaux 1. La grossesse non désirée Les résultats secondaires 1. Les changements signalés dans les connaissances et les attitudes concernant les risques de grossesses non désirées 2. L'initiation des rapports sexuels. 3. L'utilisation des méthodes de contrôle des naissances 4. L'avortement 5. L'accouchement

	<p>6. La morbidité liée à la grossesse, l'avortement ou l'accouchement. 7. La mortalité liée à la grossesse, l'avortement ou l'accouchement. 8. Les infections sexuellement transmissibles (dont le VIH)</p> <p>Mesures de l'effet du traitement : La saisie et l'analyse des données ont été effectuées dans le Review Manager (Revman) version 5. Pour la méta-analyse des variables catégoriques ils ont calculé le risque relatif (=Relative Risk, RR) ou l'Odds Ratio de Peto (OR) avec un intervalle de confiance de 95% (CI).</p>
<p>Interventions</p> <p>Education</p> <p>Promotion de la contraception</p> <p>Intervention multiple</p>	<p>Cf. définition "interventions"</p> <p>Les interventions ont été classées comme suit:</p> <p>(i) interventions d'éducation: éducation à la santé, éducation au VIH / MST, services communautaires, conseil uniquement, éducation à la santé accompagné de renforcement des compétences, groupe religieux ou conseil individuel.</p> <p>(ii) promotion de la contraception: éducation à la contraception avec ou sans distribution de contraception</p> <p>(iii) interventions multiples: combinaison de l'intervention éducative à la promotion de la contraception.</p> <p>Le groupe contrôle = aucune activité / intervention en plus des activités conventionnelles existantes</p>
Résultats	
<p>Education</p> <p>Promotion de la contraception</p> <p>Intervention multiples</p>	<p>41 RCT qui comptaient au total 95 662 adolescents ont été inclus. Participants ethniquement divers. 2 essais dans des pays en développement, toutes les autres dans des pays développés. Durée de suivi variant entre 3 mois et 4,5 ans.</p> <p>La plupart des études ont été menées dans des écoles, autres sites = hôpitaux, agences de santé du planning familial, les quartiers / communautés et les clubs.</p> <p>Interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions éducatives : 5 études ont comparé une intervention éducative à un programme scolaire standard (de contrôle), 1 étude a comparé une intervention éducative à une intervention non liée à des comportements sexuels (bonne nutrition et exercice), 1 étude a offert la même intervention à 2 groupes différant de par leurs instructeurs (pairs et enseignants). - Promotion de la contraception : 2 études ont comparé les méthodes d'accès à la contraception (accès à la pharmacie et avance de la fourniture de contraception ≠ accès en clinique ; accès accru ≠ accès standard). 1 étude a comparé l'éducation contraceptive à l'éducation sexuelle habituelle à l'école. - Interventions multiples (éducation et promotion de la contraception) : 13 études ont comparé une combinaison d'intervention d'éducation et de promotion de la contraception avec un programme scolaire standard et avec un programme scolaire standard en plus de la distribution de préservatifs. <p>2 études ont comparé plusieurs interventions avec une intervention promotionnelle de la santé sans lien avec le comportement sexuel (contrôle). 2 études ont comparé plusieurs interventions avec aucune intervention. Une étude a proposé des documents écrits sur la contraception et la prise de décision au groupe de contrôle (Smith, 1994).</p> <p>6 études avaient plus d'une intervention (y compris les services cliniques réguliers et le soutien du personnel à travers les appels téléphoniques) et un contrôle (services clinique traditionnel); la même intervention (une avec un accent sur l'abstinence et l'autre sur l'utilisation de contraceptifs) et des questions de santé sans rapport au sexe ; la même intervention (une avec un accent sur les préservatifs et les autres</p>

sur les contraceptifs d'urgence) par rapport (versus) à l'éducation sexuelle basée sur la biologie; la même intervention (informatrice et basée sur les compétences (pratiques) par rapport à (versus) la promotion de la santé ; la théorie cognitive sociale et la théorie du comportement déviant par rapport à 1 h de séance de prévention du VIH; 4 semaines d'intervention sur 3 ans et 12 semaines d'intervention sur un 1 par rapport à un programme scolaire traditionnel pendant 3 ans.

Une étude avait 1 groupe d'intervention et 2 groupes témoins; la même intervention différant dans leur mode d'administration (vidéo interactive, livre ou brochure).

1 étude offrait de multiples interventions dirigées par des pairs par rapport à l'éducation sexuelle habituelle dirigée par l'enseignant.

Explication concernant les études exclues et les risques de biais.

Les effets des interventions :

Les interventions multiples (combinaison d'interventions éducatives et de contraception) réduisaient le taux de grossesses non désirées chez les adolescentes.

La preuve sur les effets possibles des interventions sur les résultats secondaires (initiation des RS, utilisation de méthodes de contrôles des naissances, l'avortement, l'accouchement, les MST) n'est pas concluante.

1. Interventions multiples :

- Les grossesses non désirées
 - 2 essais randomisé individuellement ont montré que le risque de grosses non désirées est plus faible chez les participants qui avaient reçu de multiples interventions par rapport au groupe contrôle (la différence approchait la significativité statistique)
 - 5 essais ont montré un risque plus faible de grossesses non désirées dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle (mais différence non significative) mais une analyse de sensibilité excluant les essais avec des taux d'abandon élevés a montré que le risque de grossesses non désirées était significativement plus faible dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle.
 - En plus, une analyse qui associait des essais randomisés par groupe avec des essais randomisés individuellement a montré un risque significativement plus faible de grossesses non désirées dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle.

Essais avec données insuffisantes pour l'inclusion dans les méta-analyses :

- 3 des essais ont rapporté des résultats en faveur des groupes d'intervention suggérant que l'intervention réduit le risque de grossesses non désirées.
- Le début des rapports sexuels (RS) :
 - 3 essais randomisés rapportant le début des rapports auprès d'un échantillon mixte (combiné hommes et femmes) ont montré que les participants du groupe d'intervention étaient moins susceptibles de commencer des rapports sexuels pendant la période d'intervention ou de suivi que le groupe contrôle, la différence était légèrement significative statistiquement.
 - 2 études randomisées de groupe n'ont pas montré de différence statistiquement significative dans les effets entre les groupes intervention et témoin chez les hommes ou les femmes.
 - 5 essais de groupe qui ont fusionné les participants hommes et femmes n'ont montré aucune différence statistiquement significative dans l'effet.
 - Une analyse de sensibilité excluant les essais avec des taux d'abandon élevés n'a également pas montré de différence statistiquement significative dans les effets dans un essai randomisé individuel et dans 3 essais randomisés par groupe.

Interventions multiples

	<ul style="list-style-type: none"> ■ La méta-analyse incluant des essais randomisés par groupes et des essais randomisés individuellement n'a également pas montré de différence statistiquement significative dans les effets entre les groupes d'intervention et les groupes témoins. <p>Essais avec données insuffisantes pour la méta-analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 essais signalant des effets chez les hommes (Eisen 1990, Coyle, 2004) ont conclu que les participants qui avaient de multiples interventions étaient moins susceptibles de débiter des rapports sexuels pendant la période de suivi par rapport au groupe contrôle. ■ 1 essai (Stephenson 2004) qui a rapporté les résultats chez les femmes a également montré des effets significatifs en faveur du groupe d'intervention.
Contraception	<ul style="list-style-type: none"> - L'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 étude a rapporté que relativement moins de participants dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin ont connu un accouchement au cours de la période d'observation, la différence n'était toutefois pas statistiquement significative. - 2^{ème} grossesse non désirée : <ul style="list-style-type: none"> ■ Une étude a rapporté un risque plus faible de deuxième grossesse non désirée dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle, la différence dans l'effet approchait la significativité statistique. <p>2. Utilisation de la contraception :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 études individuelles ont signalé l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport dans le groupe d'intervention et dans le groupe de contrôle. Le résultat n'était pas statistiquement significatif. ■ 3 essais randomisés de groupe ont montré l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Le résultat n'a pas montré de différence statistiquement significative. <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation systématique du préservatif : <ul style="list-style-type: none"> ■ 3 essais randomisés contrôlés individuellement ont signalé l'utilisation systématique du préservatif dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. La différence n'était pas statistiquement significative. ■ 2 RCTs de groupe mesurant l'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels ont trouvé une différence non significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. - Utilisation de contraceptifs hormonaux lors du dernier rapport : <ul style="list-style-type: none"> ■ 3 RCTs de groupe ont comparé l'utilisation de contraceptifs hormonaux lors du dernier rapport dans le groupe d'intervention et le groupe de contrôle et n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative Il y avait une hétérogénéité statistiquement significative. - Les maladies sexuellement transmissibles : <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 RCT individuel a rapporté des MST chez 5 des 30 membres du groupe d'intervention par rapport à 11 des 34 membres du groupe de contrôle. 2 RCTs de groupe ont mesuré les MST rapportées dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Ni les essais randomisés individuels ni ceux de groupe n'ont montré d'effets statistiquement significatifs.
Éducation	<p>3. Interventions éducatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Début des rapports sexuels : <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 RCT de groupe d'une intervention éducative n'a montré aucune différence statistiquement significative dans la proportion de participants qui ont initié des relations sexuelles au cours du suivi dans le groupe d'intervention et de contrôle.

<p>Promotion de la contraception</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel : <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 RCTs de groupe ont montré que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel était statistiquement significativement plus élevée dans le groupe d'intervention que le groupe de contrôle. <p>4. Promotion de la contraception :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les grossesses non désirées : <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 essais randomisés individuellement n'ont montré aucune différence statistiquement significative dans le risque de grossesse non désirée entre le groupe d'intervention et de contrôle. - Le début des rapports sexuels : <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 RCT de groupe (Graham 2002) a mesuré le début des rapports sexuels. Le résultat n'a montré aucune différence statistiquement significative dans l'effet entre l'intervention et le contrôle, ni pour les participants de sexe masculin (RR: 1,02, IC 95% 0,87 à 1,21), ni les féminins. - L'utilisation de la contraception : <ul style="list-style-type: none"> a) L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel : <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 RCTs individuelles de promotion de la contraception n'ont pas montré de différence statistiquement significative dans l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle. b) L'utilisation systématique du préservatif : <ul style="list-style-type: none"> 1 RCT individuel (Raine, 2005) a mesuré l'utilisation systématique du préservatif dans les rapports sexuels ; le résultat n'a montré aucune différence statistiquement significative entre le groupe d'intervention (99/826) et le groupe de contrôle. c) L'utilisation de contraceptifs hormonaux : <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 RCTs individuelles ont montré que le taux d'utilisation des contraceptifs hormonaux était significativement plus élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle. L'analyse a révélé une hétérogénéité statistiquement significative. ■ 1 RCT de groupe n'a trouvé aucune différence statistiquement significative dans l'utilisation de la contraception d'urgence entre le groupe d'intervention et de contrôle. - Les maladies sexuellement transmissibles : <ul style="list-style-type: none"> 2 RCTs individuelles d'interventions de contraception n'ont montré aucune différence statistiquement significative dans le risque de maladies sexuellement transmissibles entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle.
<p>Discussion</p>	
<p>Intervention multiple</p> <p>Promotion de la contraception</p>	<p>L'information limitée suggère que les programmes qui impliquent l'application simultanée de plusieurs interventions (éducative, de renforcement des compétences et de promotion de la contraception) peuvent réduire les taux de grossesses non désirées chez les adolescents. Les revues effectuées par Kirby 2002a; Manlove 2002; le Conseil National de Recherche (NRC 987) ont également mis en évidence la nécessité de multiples stratégies pour relever ce défi de santé publique. Les analyses de sensibilité, y compris des essais avec un faible risque de biais, ont montré que plus de cas de grossesses non désirées ont été rapportés dans le groupe de contrôle que ceux qui ont reçu des interventions de prévention multiples. Promouvoir l'utilisation des moyens de contraception seule ne semble pas réduire le risque de grossesse non désirée. Il n'y a vait pas suffisamment de données pour montrer que l'éducation comme seule intervention réduirait le risque de grossesse non désirée.</p>

La preuve des effets du programme sur les mesures biologiques est limitée. La variabilité dans les populations étudiées, dans les interventions et dans les résultats des essais inclus, et la rareté des études comparant directement les différentes interventions s'opposent à une conclusion définitive en ce qui concerne le type d'intervention le plus efficace.

Les effets possibles de ces interventions préventives sur les **résultats secondaires** tels que le moment de l'initiation des rapports sexuels, le risque d'infections sexuellement transmissibles et l'utilisation de moyens de contraception comme les préservatifs et les pilules n'ont pas été déterminés de façon concluante en raison du manque de données et de la variation dans les méthodes de déclaration/ rapport.

Limites de la revue :

- Petits ensembles de données disponibles pour les principaux résultats d'intérêt.
- Probabilité de **déclaration incomplète** des résultats tels que l'avortement, qui ont le potentiel d'affecter le taux de grossesses non désirées signalé.
- Toutes les données sur les résultats de cette revue sont vulnérables au **biais d'autoévaluation** sauf pour la grossesse et les MST dans 3 études qui contiennent des résultats biologiques. L'**absence de données biologiques** dans la plupart des études est une limite.
- La plupart des essais ont été menés dans les **pays développés**, ainsi cela peut limiter l'applicabilité des résultats dans les pays moins développés.
- **Petit nombre d'études avec un vrai groupe témoin** (sans aucune intervention capable de réduire l'incidence des grossesses non désirées).
- Le fait que la plupart des essais ont été menés dans des pays industrialisés (en particulier aux Etats-Unis) et parmi les populations socio-économiques inférieures soulève des questions sur l'applicabilité (nécessité de tenir compte du contexte socio-culturel ainsi que des incidences financières de ces interventions lors de l'introduction de telles mesures dans les pays à faible revenu).
- L'application des résultats de cette revue devrait être abordée avec prudence étant donné les lacunes méthodologiques des essais inclus, l'hétérogénéité entre les essais dans les façons dont les programmes ont été délivrés et l'omission fréquente de détails méthodologiques.
- Utilisation de groupes de tests statistiques différents dans les résultats de rapports.

Qualité des preuves :

- Dans l'ensemble, les études avaient plusieurs atouts importants: la plupart avait de **grandes tailles d'échantillon**, un **suivi à long terme**, décrivait l'élaboration d'instruments de collecte de données, utilisait des techniques pour promouvoir la validité des données auto déclarées, contrôlait les différences de base dans des analyses statistiques et signalait les causes et les effets possibles de l'attrition.

La **qualité méthodologique** était parfois difficile à juger en raison de la déclaration incomplète des caractéristiques méthodologiques et souvent il était difficile d'obtenir des infos supplémentaires en contactant les auteurs.

- ➔ Les faiblesses comprennent la sous-déclaration des caractéristiques méthodologiques.
- ➔ Seul 4 études ont rapporté une dissimulation de la répartition appropriée en utilisant des enveloppes opaques. Les études restantes n'ont pas fourni d'informations sur la dissimulation de la répartition (affectation).
- ➔ L'aveuglement de l'assesseur (expert) a été signalé seulement dans quatre RCTs.
- ➔ Vingt-quatre études avaient des informations insuffisantes ou pas d'information sur la méthode de génération de la randomisation et utilisaient

	<p>des termes tels que "assigned at random" ou "randomly assigned".</p> <p>➔ Certaines études sont potentiellement vulnérables aux biais dus à une analyse erronée (analyse négligeant la randomisation par groupe), ce qui peut donner lieu à un ou plusieurs effets statistiquement significatifs se produisant par hasard.</p> <p>Les périodes de suivi variaient beaucoup entre les études.</p> <p>⇒ Les résultats de cette revue mettent en évidence la nécessité d'un ensemble standardisé de mesures des résultats avec des définitions explicites, des temps de suivi uniformes et des périodes de rappel pour permettre des comparaisons entre les essais primaires. Des données de suivi à long terme sont aussi particulièrement pertinentes pour les études de grossesses non désirées et de comportement sexuel, bien que ces études aient tendance à perdre un grand nombre de participants à l'étude durant le suivi.</p> <p>Biais potentiels dans le processus de la revue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stratégies de recherche bien qu'exhaustive n'a peut-être pas suffi à identifier toutes les données non publiées potentiellement importantes - Plusieurs essais randomisés contrôlés que nous avons inclus n'ont pas mesuré les grossesses non désirées qui est le principal résultat de cette revue - Lors de l'évaluation des essais pour l'inclusion, nous pourrions avoir oublié des essais qui visaient à prévenir les grossesses non désirées car elles peuvent n'avoir inclus aucun des termes de recherche dans leur titre ou résumé. - Incapacité à obtenir des données manquantes pertinentes, y compris les caractéristiques méthodologiques et des données de résultats menant à l'exclusion d'un certain nombre d'essais de la méta-analyse. - Vingt études ont été incluses dans la méta-analyse, dont la majorité avait diverses limites méthodologiques susceptibles d'augmenter le risque de biais et compromettant certainement la solidité des preuves. <p>Accords et désaccords avec d'autres recherches ou revues</p> <p>Les preuves sur la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence différaient d'une revue systématique précédente effectuée (DiCenso 2002) qui a signalé que les interventions n'avaient aucun effet sur l'incidence des grossesses non désirées. La revue n'incluait pas les essais récents, qui reportaient une réduction de l'incidence des grossesses non désirées dans le groupe d'intervention. Les résultats tels que l'initiation des rapports sexuels et l'utilisation de contraceptifs n'ont pas montré de différence significative entre l'intervention et le contrôle indépendamment de l'intervention, ce qui concorde avec le commentaire précédent.</p>
Conclusion	
	<p>Implications pour la pratique</p> <p>Les résultats de cette revue suggèrent que l'utilisation concomitante d'interventions telles que l'éducation, le renforcement des compétences et la promotion de la contraception réduit le risque de grossesse non désirée chez les adolescents mais offre peu de preuves sur l'effet de chacune de ces interventions offertes seules. Dans l'ensemble, les preuves ne sont pas concluantes et ne pourraient pas être la base pour recommander l'utilisation ou l'arrêt de l'une de ces interventions là où elles sont déjà en cours d'utilisation.</p> <p>Implications pour la recherche</p> <p>Les essais inclus dans cette étude ont rapporté des résultats de différentes manières et ont été largement basés dans les pays industrialisés. Il est nécessaire de développer une approche uniforme pour rapporter les résultats de ces types d'essais pour faire des comparaisons entre les études et</p>

	entre le contexte géographique. Plus d'essais doivent être menés dans les pays à faible revenu pour obtenir un équilibre de la preuve en ce qui concerne les disparités évidentes dans des situations socio-culturelles et économiques.
--	---