

Université d'Angers,  
École de Sages-femmes René ROUCHY

## DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Première prescription de contraception chez les adolescentes : pratique  
des médecins généralistes et gynécologues des Pays de La Loire en  
2011

Présentée par ROCHEREAU Maëlle  
Sous la direction de : Monsieur FOUGAS Jean-Léonard

Juin 2012

Je remercie

Monsieur Jean-Léonard FOUGAS, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour sa grande disponibilité;

Madame Brigitte GOICHON, sage-femme enseignante à l'école René Rouchy, pour toute son aide apportée dans la réalisation de ce mémoire;

L'équipe enseignante de l'école René Rouchy, et particulièrement Béatrice PIERROT pour sa présence, ses conseils et son soutien qu'elle m'a apportés au long de ces quatre années d'étude;

L'ensemble des professionnels qui ont pris soin de répondre à mon enquête;

Benoît, pour sa patience, son écoute et son aide précieuse, qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire;

Mes parents, Clémence et Line, pour leurs corrections et leurs encouragements durant toutes ces années d'étude;

Mathilde, pour son amitié et tout le réconfort qu'elle m'a apportés au cours de la formation.



## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Maëlle ROCHEREAU, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

# SOMMAIRE

## Sommaire

1	Glossaire.....	8
2	Introduction.....	10
3	Généralités.....	13
3.1	L'adolescence.....	13
3.2	La sexualité des adolescentes.....	14
3.3	La contraception des adolescentes.....	15
3.4	Les différents modes de contraception.....	16
3.4.1	La pilule .....	17
3.4.2	Le préservatif masculin.....	18
3.4.3	Le préservatif féminin.....	18
3.4.4	L'implant.....	19
3.4.5	L'anneau vaginal.....	19
3.4.6	Les systèmes intra-utérins.....	19
3.4.7	Le timbre contraceptif (le patch).....	20
3.4.8	Les autres méthodes contraceptives.....	20
3.4.9	La contraception d'urgence.....	21
3.5	Les échecs de contraception.....	21
3.6	Les IVG .....	22
3.7	L'information et l'éducation à la sexualité.....	23
3.8	Les médecins généralistes face aux adolescentes.....	24
3.9	Les différentes lois [6].....	25
3.10	Les recommandations.....	27
3.10.1	ANAES en décembre 2004 [5].....	27
3.10.2	En 2009, le rapport de l'IGAS [6].....	28
3.10.3	En février 2012, le rapport écrit par le Professeur Israël Nisand, Brigitte Letombe et Sophie Marinopoulos (Annexe 1) [3].....	29
3.10.4	Les documents mis à disposition des professionnels de santé.....	29
4	Matériel et méthode.....	32
5	Résultats.....	35
5.1	Les médecins généralistes.....	35
5.1.1	Les caractéristiques générales.....	35
5.1.2	Les caractéristiques des jeunes femmes.....	39
5.1.3	Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception.....	40
5.2	Les gynécologues.....	53
5.2.1	Les caractéristiques générales.....	53
5.2.2	Les caractéristiques des jeunes femmes.....	55
5.2.3	Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception.....	56
6	Discussion.....	67
6.1	La formation initiale des médecins généralistes.....	67
6.2	La formation continue des médecins généralistes et des gynécologues.....	68
6.3	Les adolescentes .....	68
6.4	Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception .....	70
6.4.1	La durée de la consultation.....	70

6.4.2 Les thèmes abordés.....	70
6.4.3 L'examen clinique.....	72
6.4.4 La prescription .....	73
7 Conclusion .....	79
8 Bibliographie.....	82
9 Annexes.....	86
10 Résumé.....	97

# **GLOSSAIRE**

# 1 Glossaire

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

CAT : conduite à tenir

DREES : Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques

FSH : Follicle Stimulating Hormone ( ou hormone folliculo-stimulante)

IGAEN : Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National des Études Démographiques

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Éducation Sanitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# **INTRODUCTION**

## 2 Introduction

Il y a en France 2 600 000 adolescentes âgées de 14 à 19 ans soit 4,7% de la population globale [1].

Selon le baromètre santé 2010, 91% des jeunes femmes de 15 à 24 ans déclarent utiliser une contraception. Or les échecs de contraception sont importants puisque 31,3% des femmes de 15 à 24 ans ont eu recours à la contraception d'urgence en 2005.

En 2009, 209269 IVG ont été effectuées en France métropolitaine, dont 29088 (13,9%) sont réalisées chez des jeunes femmes de 15 à 19 ans (selon la DRESS et l'INSEE).

Selon l'INED, en 2003, en France, le nombre d'avortements est de 17 pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans. Ce taux est de 8 en Allemagne, 9 aux Pays-Bas et 11 en Italie.

Quels sont les moyens qui pourraient être mis en place pour faire diminuer le nombre d'avortements?

Ces chiffres nous amènent à réfléchir sur les pratiques des gynécologues et des médecins généralistes.

La contraception prescrite est-elle adaptée à l'adolescente?

Les informations concernant la pilule et l'oubli de pilule sont-elles données à chaque adolescente?

La contraception d'urgence est-elle prescrite de façon systématique?

Les recommandations sont-elles bien suivies?

La prise en charge de la contraception chez les adolescentes est un véritable enjeu de santé publique nationale.

En France actuellement, la prise en charge de la contraception n'est-elle pas basée sur un mode plus curatif que préventif?

Les objectifs sont d'évaluer les pratiques des professionnels dans le but de diminuer les échecs de contraception, les IVG et les grossesses non prévues chez les adolescentes.

Il est primordial de promouvoir des méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance et de diffuser des informations concernant l'utilisation de la contraception d'urgence.

Il est donc nécessaire de diversifier l'offre contraceptive car une contraception efficace est une contraception adaptée et choisie.

# GENERALITES

## **3 Généralités**

### **3.1 L'adolescence**

Selon Françoise Dolto [2]«l'adolescence ressemble à une seconde naissance, c'est une véritable mutation». Cela concerne des «transformations biologiques, psychologiques et sociales qui débutent par le phénomène de puberté».

L'adolescente doit accepter ce nouveau corps sexué et fécond et doit se l'approprier. Ces modifications sont sources de préoccupations et parfois d'angoisse.

Le temps de l'adolescence est un temps vulnérable car les adolescentes demandent de l'autonomie et une certaine distance avec les adultes mais redoutent d'être trop seules [3].

Les professionnels de santé et les parents jouent un rôle primordial dans l'éducation à la sexualité par l'éducation à la vie affective, émotionnelle et relationnelle.

Lors de la période de l'adolescence, tout se vit sur le mode de l'urgence et du passage à l'acte. Une pensée d'invulnérabilité est présente.

Les conduites à risques et les conduites addictives sont fréquentes chez les adolescentes.

Dans le domaine de la sexualité, ces comportements de passage à l'acte sont souvent très destructeurs d'un point de vue psychique, ce qui met en évidence l'importance de l'éducation à la sexualité.

Selon le baromètre santé jeunes 2010 en Pays de Loire, le recours à la contraception d'urgence, mais aussi la moindre utilisation de la pilule au premier rapport, sont par ailleurs souvent déclarés par les jeunes femmes qui déclarent fumer, consommer du cannabis, consommer régulièrement et de façon excessive des boissons alcoolisées, et connaître régulièrement des états d'ivresse.

## **3.2 La sexualité des adolescentes**

L'âge médian des femmes au premier rapport sexuel est stable dans les générations nées après 1965, puisqu'il est de 17,8 ans. Un léger rajeunissement est enregistré pour les plus jeunes générations nées entre 1985 et 1987.

A 15 ans, 15,8 % des adolescentes déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels et 46% des femmes de 15-19 ans se disent sexuellement actives [4].

Selon le baromètre santé jeunes 2010, en Pays de la Loire, parmi les jeunes adultes de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 8 % déclarent n'avoir eu aucun partenaire au cours des douze derniers mois, et 92 % au moins un partenaire.

Pour ces jeunes qui déclarent avoir eu au moins un partenaire, 29% d'entre eux déclarent plusieurs partenaires sur l'année, simultanément ou successivement (15 % deux, 5 % trois et 9 % quatre ou plus).

Les situations de multipartenariat deviennent moins fréquentes avec l'âge.

L'adolescence n'est pas une période d'hypersexualité car la fréquence des rapports sexuels augmente avec l'âge.

La proportion de 15-25 ans déclarant avoir eu trois rapports sexuels ou plus dans le mois qui précède l'enquête est de 36 % chez les 15-17 ans, et de 61 % chez les 18-25 ans.

La sexualité des adolescentes peut être qualifiée d'irrégulière et d'imprévisible. La fréquence des rapports sexuels est espacée.

Les caractéristiques de la sexualité chez les adolescentes peuvent expliquer les difficultés d'observance d'une contraception telle que la pilule qui présente une utilisation contraignante.

Nous détaillerons par la suite, le nombre important d'échecs de contraception et le nombre d'IVG qui ne diminue pas.

### **3.3 La contraception des adolescentes**

Les adolescentes sont confrontées à deux contraintes : la prévention des grossesses et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Au cours du premier rapport sexuel, entre 2000 et 2005, lorsque la femme a moins de 15 ans, le préservatif est utilisé dans 89,5% des cas, contre 86,3% entre 16 et 17 ans, 85,8% entre 17 et 18 ans et ce chiffre chute à 65,7% après 20 ans.

Concernant les pratiques contraceptives, l'étude du baromètre santé de 2005 met en évidence une certaine stabilité.

En 2005, pour les femmes âgées de 15 à 19 ans utilisant une méthode contraceptive, 78,8% utilisent la pilule, 20,1% le préservatif et 1,1% d'autres méthodes.

Selon le baromètre santé 2010, plus de 91% des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive.

La pilule semble être le moyen contraceptif le plus utilisé.

Cependant cette contraception nécessite une observance rigoureuse de la part de l'adolescente.

N'existe-t-il pas d'autres méthodes contraceptives susceptibles d'être plus efficaces de par une meilleure observance?

Lors de l'adolescence, l'observance de la contraception dépend de nombreux facteurs.

Le libre choix par la jeune femme de sa contraception aura un effet positif sur l'observance.

La fréquence élevée de ses relations sexuelles aura aussi un effet plus favorable sur l'observance.

Le soutien du partenaire et la reconnaissance d'une sexualité dans son environnement familial sont d'autres facteurs qui jouent un rôle important dans l'observance.

Un nombre important d'échecs de contraception est observé puisque 31,3% des 15-24 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois au début de l'année 2005.

La contraception prescrite aux adolescentes est-elle adaptée à leur sexualité?

Concernant la contraception d'urgence, 100% des jeunes femmes de 15 à 19 ans connaissent l'existence de la contraception d'urgence, 96,1% savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour l'acheter mais seulement 23,6% connaissent le délai maximum d'efficacité de 72h.

Les professionnels de santé donnent-ils des informations aux jeunes femmes concernant la contraception d'urgence et les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule?

Ces informations à donner aux jeunes femmes sont primordiales car plus la contraception d'urgence est prise tôt et plus l'efficacité est importante.

Selon le baromètre santé jeunes 2010 en Pays de Loire, 13 % des jeunes femmes de 15-25 ans (ayant déjà eu un rapport sexuel) déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois.

Ce taux diminue à mesure que l'âge augmente : 18 % des 15-19 ans, et 10 % des 20-25 ans déclarent avoir utilisé une contraception d'urgence dans l'année.

### **3.4 Les différents modes de contraception**

En France, le panel contraceptif est large. De nombreux moyens contraceptifs sont à disposition des femmes. Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients.

Les contraceptions œstroprogestatives sont délivrées sur prescription médicale.

Chez les adolescentes, les contre-indications des œstroprogestatifs sont rares. Ce sont les accidents thromboemboliques veineux, les thrombophilies et le lupus érythémateux disséminé.

Les œstroprogestatifs peuvent être à l'origine d'effets indésirables.

Ces effets peuvent être sévères en entraînant des accidents thromboemboliques veineux (phlébites) ou artériels, des hypertensions artérielles, des ictères ou des mastopathies.

Les œstroprogestatifs peuvent aussi être responsables d'effets indésirables moindres tels que des céphalées, des métrorragies, des oligoménorrhées des aménorrhées, des seins douloureux, des nausées, des vomissements, des prises de poids ou des lourdeurs de jambes.

### 3.4.1 La pilule

La pilule est une contraception orale. Il existe différents types de pilules.

Concernant les pilules associant œstrogène de synthèse et progestatif, il existe différents dosages d'œstrogènes (50, 40, 35, 30, 20 ou 15 microgrammes d'éthinylestradiol) et différents types de progestatifs.

Les dosages des œstrogènes et des progestatifs peuvent varier au cours de la plaquette (biphasiques et triphasiques).

Les pilules sans variation sont les monophasiques.

La pilule est prise quotidiennement et à heure fixe pendant 21 ou 28 jours.

D'autres pilules associent un œstrogène «naturel», similaire à celui produit par la femme et un progestatif. Ces pilules peuvent être sans variations (monophasiques) ou séquentielles (avec des variations de dosage de l'œstrogène ou du progestatif au cours de la plaquette). Ces pilules sont prises pendant 28 jours.

Les autres types de pilules sont les pilules progestatives seules qui sont prises en continu pendant 28 jours.

La pilule agit en bloquant l'ovulation (en inhibant les gonadotrophines FSH et LH), en modifiant la consistance de la glaire cervicale et en atrophiant la muqueuse de l'utérus en la rendant impropre à une éventuelle nidation.

Pour que son action soit efficace, il ne doit pas y avoir d'oubli de pilule supérieur à 12 heures pour une pilule œstroprogestative et supérieur à 3 heures ou 12 heures selon le type de pilule micro-progestative.

La pilule est très efficace lorsqu'elle est utilisée de façon optimale<sup>1</sup> car 0,1 grossesse pour 100 femmes seront observées au cours des douze premiers mois d'utilisation [5]. 6 à 8 grossesses pour mille femmes seront observées en utilisation courante.

La pilule est efficace dès le premier comprimé lorsqu'elle est débutée le premier jour des règles et au bout de 7 jours lorsqu'elle est débutée à n'importe quel moment du cycle (quick start).

---

1 Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques

Il existe des pilules remboursées et non remboursées.

Pour une pilule de deuxième génération, le prix annuel est d'environ 30 euros avec un remboursement de 65% par l'assurance maladie.

Les pilules de troisième génération ne sont pas remboursées (sauf une) [6]. Le prix est variable, environ 110 euros par an et 70 euros par an pour les génériques.

### **3.4.2 Le préservatif masculin**

Le préservatif masculin est une gaine en latex ou en polyuréthane qui est déroulée sur le pénis en érection.

Ce mode de contraception permet de protéger des infections sexuellement transmissibles et d'éviter une grossesse.

En utilisation courante, 14 grossesses pour mille femmes sont observées au cours des douze premiers mois d'utilisation (contre 3 pour mille en utilisation optimale).

Il est en vente libre et son coût varie entre 0,23 à 0,77 euros l'unité pour les préservatifs en latex et environ 1,50 euros pour ceux en polyuréthane.

### **3.4.3 Le préservatif féminin**

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane lubrifiée.

Il est composé d'un anneau interne qui doit être introduit à l'intérieur du vagin et d'un anneau externe qui recouvre les petites lèvres.

Il protège des infections sexuellement transmissibles et d'une éventuelle grossesse. Une prescription médicale n'est pas nécessaire pour s'en procurer.

Il coûte 2,14 euros l'unité.

Concernant son efficacité, 21 grossesses pour mille femmes sont observées en pratique courante au cours des douze premiers mois d'utilisation contre 5 pour mille en utilisation optimale.

#### **3.4.4 L'implant**

L'implant est un bâtonnet cylindrique placé à la face interne du bras en sous-cutané délivrant de la progestérone (étonogestrel) en continu.

Il est placé pour trois ans (deux ans pour les femmes obèses).

Il empêche l'ovulation et modifie la glaire cervicale.

Ce dispositif est très efficace car il a été observé 0,1 grossesse pour mille femmes au cours des douze premiers mois d'utilisation (selon l'OMS).

L'implant coûte 106 euros mais est remboursé à 65% par l'assurance maladie.

#### **3.4.5 L'anneau vaginal**

L'anneau vaginal est un dispositif intravaginal délivrant de l'œstrogène et de la progestérone (ethinylestradiol et etonogestrel).

Il est placé pour trois semaines dans le vagin. Il sera retiré pendant une semaine avant la mise en place d'un nouvel anneau.

L'anneau vaginal bloque l'ovulation, modifie l'endomètre et la glaire cervicale.

Les effets secondaires sont moindres par voie vaginale que par voie orale.

Au cours d'une utilisation optimale de l'anneau vaginal, 0,3 grossesse pour 100 femmes seront observées.

Ce mode de contraception n'est pas remboursé. Il coûte 170 euros par an.

#### **3.4.6 Les systèmes intra-utérins**

Il existe deux types de stérilets : un dispositif intra-utérin au cuivre et un système intra-utérin délivrant de la progestérone.

Le dispositif intra-utérin au cuivre a une action mécanique en empêchant l'implantation de l'œuf.

Ce dispositif est mis en place pour 5 à 10 ans.

Il coûte environ 27 euros et est pris en charge à 65% par l'assurance maladie.

En utilisation optimale, 0,6 grossesse pour mille femmes sont observées au cours des douze premiers mois d'utilisation.

Il peut être utilisé comme contraception d'urgence.

Chez les nullipares, le modèle «short» peut aussi être utilisé.

L'autre système intra-utérin délivre de la progestérone (le lévonorgestrel) et agit comme la pilule.

Il est mis en place pour 5 ans.

Il coûte environ 130 euros et est pris en charge à 65% par l'assurance maladie.

En utilisation optimale, 0,2 grossesse pour mille femmes sont observées au cours des douze premiers mois d'utilisation.

### **3.4.7 Le timbre contraceptif (le patch)**

Le timbre contraceptif est un dispositif autocollant qui diffuse de l'œstrogène (ethinylestradiol) et de la progestérone (norelgestromine) au travers de la peau.

Le mode de fonctionnement est similaire à celui de la pilule.

Un nouveau patch est posé chaque semaine pendant trois semaines sur quatre. Il peut être posé à différents endroits comme les fesses, l'abdomen, la face extérieure du bras ou la partie supérieure du torse (à l'avant ou à l'arrière en excluant les seins).

Concernant son efficacité, 0,9 grossesse pour 100 femmes sont observées chaque année.

Il n'est pas remboursé et coûte 10 euros par mois.

### **3.4.8 Les autres méthodes contraceptives**

Il existe d'autres méthodes contraceptives qui ne seront pas abordées du fait de leur faible utilisation chez les adolescentes.

Ces méthodes sont : la cape cervicale, les spermicides, l'injection de progestérone, le diaphragme et les méthodes naturelles.

### **3.4.9 La contraception d'urgence**

La contraception d'urgence est utilisée dans le cas d'un rapport sexuel non protégé ou d'un échec d'une méthode contraceptive et doit être utilisée le plus tôt possible.

La contraception d'urgence fait appel au dispositif intra-utérin au cuivre, ou à un contraceptif hormonal d'urgence soit composé de levonorgestrel ou d'ulipristal.

Dans le cas de la contraception d'urgence par levonorgestrel, le délai est de 72 heures après le rapport sexuel afin d'éviter une ovulation ou une implantation.

Lorsque la prise est réalisée dans les 24h, 95% des grossesses sont évitées contre 58% quand le délai est compris entre 48h et 72H.

Cette contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans ordonnance (elle sera dans ce cas non remboursée) et peut être délivrée gratuitement aux mineures.

La contraception d'urgence par ulipristal doit être utilisée dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel non protégé.

Lorsque la prise est réalisée entre 48 et 120 heures après un rapport sexuel non protégé, le taux de grossesse observé est de 2,1 %.

Cette contraception d'urgence est accessible uniquement sur ordonnance et est remboursée à 65% par l'assurance maladie.

La contraception d'urgence par le stérilet au cuivre, lorsqu'il est administré dans les 5 jours, est beaucoup plus efficace car le taux d'échec de cette méthode est de 0,1 à 0,2 %.

## **3.5 Les échecs de contraception**

Selon le baromètre santé 2005, concernant les femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont eu recours à la contraception d'urgence dans l'année précédant l'enquête, 40% évoquent un problème avec le préservatif, 28,9% un oubli de pilule et 22,3% une absence de contraception.

Les nombreux échecs de contraception dus à une mauvaise utilisation du préservatif permettent de remettre en question les professionnels de santé et les parents concernant les informations données sur le mode d'utilisation du préservatif.

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, le médecin généraliste ou le gynécologue explique-t-il le mode d'utilisation d'un préservatif à l'adolescente?

Le nombre important d'oubli de pilule chez les adolescentes ne prouve-t-il pas que la pilule n'est pas nécessairement le mode de contraception le plus adapté pour les adolescentes?

Selon le baromètre santé 2010, 13% des jeunes femmes de 15 à 25 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois au cours de l'année et 42% au cours de leur vie.

### **3.6 Les IVG**

En 2009, 12000 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans ont eu recours à une IVG.

En 2010, 18000 mineures étaient enceintes, 4500 ont poursuivi leur grossesse [3].

Dans 72% des IVG, les femmes étaient sous contraception, et dans 42 % des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet) [7].

Ces chiffres témoignent du fait que les contraceptions utilisées ne sont pas toujours adaptées à chaque femme.

On assiste à une légère augmentation du recours aux IVG depuis 2006 [8]. En 2005, 206311 avortements ont été pratiqués contre 215390 en 2006 (hausse de 4,4%).

En 2009, 209269 femmes avaient recours à l'IVG en France métropolitaine dont 13,9% de femmes âgées de 15 à 19 ans (sources: DREES, INSEE).

Nous avons assisté à une augmentation des recours aux IVG pour les femmes jeunes depuis 2006, puis à une stabilisation en 2008 et 2009.

Pour les 15-17 ans, le recours à l'IVG est de 10 pour mille et est de 22 pour mille pour les 18-19 ans.

L'IVG n'est pas un acte anodin et peut être vécue comme une expérience douloureuse.

La décision de l'IVG peut être difficile à prendre. La femme se sent souvent isolée de par le tabou qui règne autour de cet acte.

Cependant, selon une étude suisse [9], les séquelles psychiques sont rares après une interruption de grossesse.

«La meilleure IVG est celle que l'on n'aura jamais à faire » [3].

La prévention de l'IVG est primordiale et passe par l'information et l'éducation à la sexualité des jeunes.

### **3.7 L'information et l'éducation à la sexualité**

En matière d'information et de prévention concernant la sexualité des jeunes, l'école a un rôle à jouer.

Selon le Bulletin officiel numéro 9 du 27 février 2003 du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, depuis le primaire jusqu'au lycée, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Du fait de l'existence du principe d'autonomie des établissements, l'éducation à la sexualité est dispensée de façon inégale selon les territoires.

Une grande liberté est laissée aux directeurs et aux équipes éducatives des établissements.

En 2009, selon le rapport de l'IGAS [10], les obligations légales en matière d'information et d'éducation sexuelle ne sont que partiellement et inégalement appliquées.

Ce rapport propose donc de lancer une mission interministérielle IGAEN-IGAS qui viserait à identifier les difficultés rencontrées et à proposer des modalités concrètes d'action pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité chez les jeunes.

Il s'agirait aussi d'intégrer un volet information et prévention en matière de santé sexuelle et reproductive dans les actions et lieux qui reçoivent des jeunes ou des populations en situation de vulnérabilité.

Des campagnes nationales sur la sexualité sont menées par l'INPES.

En 2007, «la meilleure contraception est celle que l'on choisit».

En 2008, «vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous? Parlez-en avec nous».

En 2009, «Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous?».

En 2011, la nouvelle campagne de communication s'adresse aux femmes de 20 à 35 ans sous contraceptif oral. Le spot qui était diffusé à la télévision, au cinéma et sur internet avait pour slogan «certaines femmes pensent à leur pilule quoi qu'il arrive. Si vous avez tendance à l'oublier, il y a d'autres contraceptifs plus adaptés. Parlez-en avec un professionnel de santé». Des affiches «A chacun sa contraception» ont été diffusées.

### **3.8 Les médecins généralistes face aux adolescentes**

La formation initiale des médecins généralistes est pauvre en apport sur la contraception.

Elle prévoit quelques heures théoriques sur la contraception (souvent moins de cinq heures) et un stage en gynécologie de deux mois environ.

Lors de l'internat, un médecin généraliste effectuera un stage de six mois soit en pédiatrie soit en gynécologie. Il n'existe pas de formation obligatoire en sexologie dans la formation initiale.

Selon le baromètre santé médecins généralistes 2009, 79,7% des médecins généralistes déclarent que la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait «tout à fait» (35,9%) ou «plutôt» (43,8%) partie de leur rôle.

Cependant le thème de la vie affective et sexuelle est un sujet jugé moins facile à aborder que d'autres thèmes tels que le risque cardio-vasculaire ou le tabagisme par exemple.

Les médecins jugent le thème de la vie affective et sexuelle «plutôt pas» ou «pas du tout» facile à aborder dans 40,9% des cas.

Lors d'une première prescription de contraception, comment peut-on prescrire une contraception adaptée à l'adolescente si les thèmes de la sexualité et de la vie affective ne sont pas abordés?

Les médecins généralistes prescrivent donc la pilule très largement aux adolescentes mais cette place prépondérante accordée à la pilule, se fait au détriment des autres méthodes contraceptives.

Les médecins généralistes sont souvent les médecins de famille qui ont suivi l'adolescente depuis son enfance et qui connaissent leurs parents.

L'adolescente ignore très souvent que le médecin généraliste est soumis à l'obligation du secret professionnel vis-à-vis des parents ce qui entraîne une réticence de leur part à venir consulter.

Les adolescentes redoutent souvent l'examen gynécologique qu'elles pensent obligatoire pour avoir accès à une contraception.

Pour informer les jeunes femmes sur le caractère non obligatoire de l'examen gynécologique lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, un document leur sera bientôt distribué «première consultation gynécologique» crée par l'INPES, la MGEN et Sparadrap.

### **3.9 Les différentes lois [6]**

La loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception.

La loi n°74 - 1026 du 4 décembre 1974 autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret.

La loi n°75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil autorise l'IVG en France. L'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse.

Le délai maximal est de 10 semaines de grossesse. L'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé. Le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention.

La femme doit réaliser deux consultations médicales avec un délai de réflexion d'une semaine entre les deux consultations et une consultation psychosociale.

La Loi 2000-1209 du 13 décembre 2000 autorise la délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale et dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies et par les infirmières dans les collèges et lycées.

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 a permis une avancée considérable dans le domaine de la contraception et de l'IVG pour les adolescentes, en leur reconnaissant une certaine autonomie dans leur sexualité.

La prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs peuvent se faire sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les mineures.

Les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. Dans ces situations, la mineure choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches.

Une consultation psychosociale préalable est proposée à toutes les femmes mais est obligatoire pour les mineures.

Une deuxième consultation psychosociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

Le délai de recours à l'IVG est allongé et porté à 12 semaines de grossesse.

La loi prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville.

La loi 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de Santé Publique fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années.

Ces objectifs sont : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours

L'article 86 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), publiée au Journal officiel le 22 juillet 2011, a étendu de façon considérable les compétences des sages-femmes.

«L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique».

«Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant».

## **3.10 Les recommandations**

### **3.10.1 ANAES en décembre 2004 [5]**

Ces recommandations préconisent que l'adolescente soit reçue sans ses parents, «même si l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle».

Les méthodes de premier choix chez l'adolescente sont «le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative».

«Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques et en l'absence de problème médical, familial ou personnel identifié, les examens gynécologiques et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures».

«Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès».

L'ANAES propose l'utilisation de deux types d'approches lors d'une consultation pour une prescription de contraception.

Ce sont le counseling et la démarche éducative.

Le counseling est «une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix». Le prescripteur doit être le plus neutre possible.

La démarche éducative renvoie «à une démarche de partenariat pédagogiques». Elle se fonde sur ce que la personne est, sait, croit, redoute et espère.

Ces approches ont fait preuve de leur efficacité car elles sont associées à une meilleure

connaissance de la méthode utilisée, à un taux d'utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d'urgence), à une utilisation de plus longue durée.

Dans la littérature la réduction des taux de grossesses non voulues est cependant non significative.

Concernant le déroulement d'une consultation pour un choix d'une méthode contraceptive, le modèle BERCER de l'OMS est recommandé.

Ce modèle divise une consultation en six étapes qui se succèdent : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Lors de la première phase, la femme est accueillie et assurée de la confidentialité de la consultation.

L'entretien consiste à échanger avec la femme sur ce qu'elle croit, son expérience et ce qu'elle souhaite. Un examen clinique est réalisé.

La phase de renseignement consiste à apporter des informations adaptées à la femme qui pourra ensuite choisir sa méthode contraceptive.

Le prescripteur donne des explications sur la méthode choisie (son emploi et ses possibilités de rattrapage) et programme un suivi qui permettra de réadapter le choix de la contraception.

### **3.10.2 En 2009, le rapport de l'IGAS [6]**

Ce rapport propose des recommandations concernant la contraception et la contraception d'urgence qui sont notamment :

- Assurer dans les faits un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant.
- Promouvoir les méthodes de contraception de longue durée, en particulier le stérilet.
- Mieux gérer les situations d'urgence engendrées par un échec ou défaut de contraception,

en encourageant la prescription et la délivrance anticipées de la contraception de rattrapage.

- Développer la place des questions relatives à la maîtrise de la fécondité dans la formation des professions médicales, notamment pour les médecins généralistes et les sages-femmes.
- Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive.

### **3.10.3 En février 2012, le rapport écrit par le Professeur Israël Nisand, Brigitte Letombe et Sophie Marinopoulos (Annexe 1) [3]**

Le rapport a été remis à Madame Jeannette Bougrab, secrétaire d'État chargée de la Jeunesse et de la Vie associative.

18 propositions sont suggérées ayant pour objectif d'éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles.

Ce rapport préconise un accès gratuit et anonyme des mineures à la pilule et plus largement à tous les autres moyens de contraception.

Le rapport recommande de prescrire et de diffuser plus largement les contraceptions qui ne dépendent pas de l'observance de la jeune femme.

### **3.10.4 Les documents mis à disposition des professionnels de santé**

En 2011, le document « La contraception : comment mieux la personnaliser ? » créé par l'INPES, est proposé aux professionnels de santé dans le but de les aider à guider les femmes vers un choix qui leur convienne.

Il est recommandé au prescripteur :

- d'évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive en explorant le sujet des oublis de pilule et les connaissances en cas d'oubli de pilule, informer sur la contraception d'urgence et la prescrire au cas par cas.
- d'assurer le suivi et de réaliser le bilan de prévention

- d'effectuer un examen clinique (le poids, la tension artérielle). Un examen des seins et un examen gynécologique sont réalisés si besoin. A partir de 25 ans, deux frottis cervico-vaginaux seront effectués à un an d'intervalle puis tous les trois ans. Un bilan sanguin (cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun) sera effectué tous les cinq ans en cas de contraception œstroprogestative.
- d'explorer la protection contre les IST et le VIH en proposant un dépistage du VIH et en insistant sur l'intérêt d'une double protection : préservatif et un autre contraceptif.
- D'explorer d'autres méthodes en cas d'insatisfaction ou de difficultés.

Des brochures «Questions d'ados», «choisir sa contraception» et des cartes « Que faire en cas d'oubli de pilule?» sont diffusées aux médecins généralistes, aux gynécologues, aux sages-femmes et aux pharmaciens ce qui permet aux professionnels de les transmettre aux femmes.

**MATERIEL  
ET  
METHODE**

## **4 Matériel et méthode**

Malgré une utilisation massive des moyens de contraception chez les jeunes femmes, le nombre de femmes ayant recours aux IVG reste très élevé.

L'objectif est de comparer les informations données aux adolescentes et les prescriptions effectuées par les médecins par rapport aux recommandations nationales.

Cette étude a été réalisée en diffusant un questionnaire de 48 questions effectué à partir des recommandations de l'ANAES de 2004, à des médecins généralistes et des gynécologues exerçant en libéral (et non dans les centres de planification) en Pays de la Loire (Annexe 2).

Le questionnaire permet de recueillir des informations concernant leur formation initiale et continue ainsi que sur le déroulement de la première consultation pour une prescription de contraception : informations données sur les différents modes contraceptifs et sur la conduite à tenir en cas d'oubli, le mode contraceptif prescrit en première intention et sur la prescription d'une contraception d'urgence.

Concernant les médecins généralistes, le questionnaire a été envoyé par mail par le secrétariat du département de médecine générale avec l'accord de Monsieur Garnier (directeur du département de médecine générale à l'université d'Angers).

L'envoi a concerné 250 médecins généralistes des Pays de la Loire, maîtres de stage pour les étudiants en médecine.

Un premier mail a été envoyé le 22 novembre 2011. Un mail de rappel a été envoyé le 12 décembre 2011. 72 médecins généralistes ont répondu. La dernière réponse a été enregistrée le 01 janvier 2012.

Le questionnaire a été conçu en créant un formulaire HTML proposé par Google.

Les médecins ont pu répondre à ce questionnaire en ligne.

Le formulaire est relié à une feuille de calcul. Lorsque le destinataire répond au questionnaire, les réponses sont automatiquement recueillies dans la feuille de calcul.

Pour générer les graphiques et travailler leur mise en forme, la feuille de calcul a été exportée sous Microsoft Excel (version 2003).

De plus, ce questionnaire a été envoyé par voie postale aux 96 gynécologues des Pays de la Loire exerçant en libéral (avec la spécialité de gynécologie médicale). Cet envoi a été réalisé le 12 décembre 2011. 42 gynécologues ont répondu à ce questionnaire.

L'envoi par mails aux gynécologues n'avait pas été autorisé par le conseil national des gynécologues obstétriciens de France.

# RESULTATS

## 5 Résultats

### 5.1 Les médecins généralistes

72 médecins généralistes ont répondu par mail au questionnaire.

#### 5.1.1 Les caractéristiques générales

– Le sexe

53% des médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire étaient des hommes contre 47% de femmes.

– L'âge

39% des médecins étaient âgés de 51 à 60 ans.

32% avaient entre 41 et 50 ans, 24% avaient entre 31 et 40 ans et 1% avaient plus de 60 ans.

– Le lieu d'exercice

61% des médecins exerçaient en milieu rural, contre 35% en milieu urbain.

– La durée d'exercice de la profession

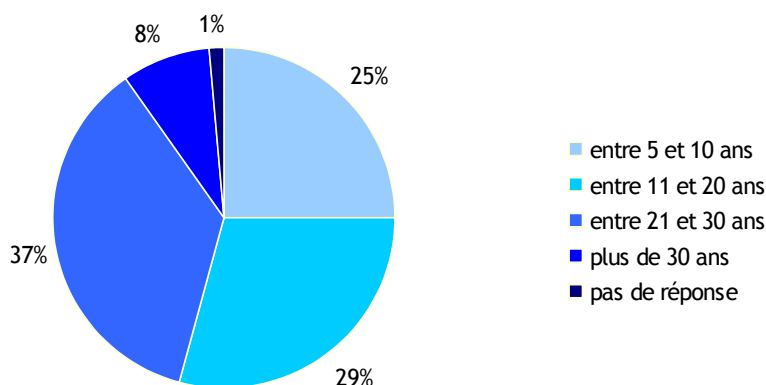
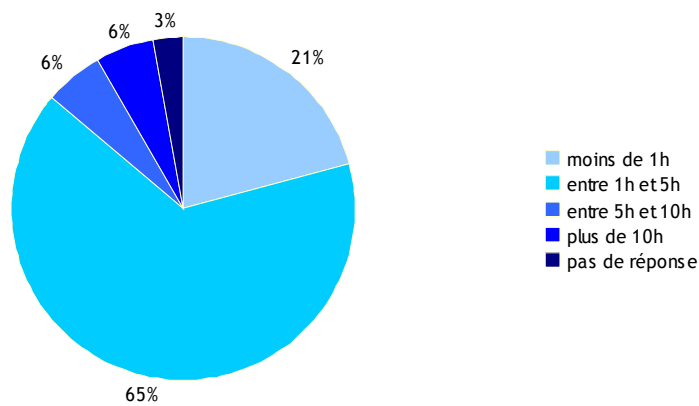


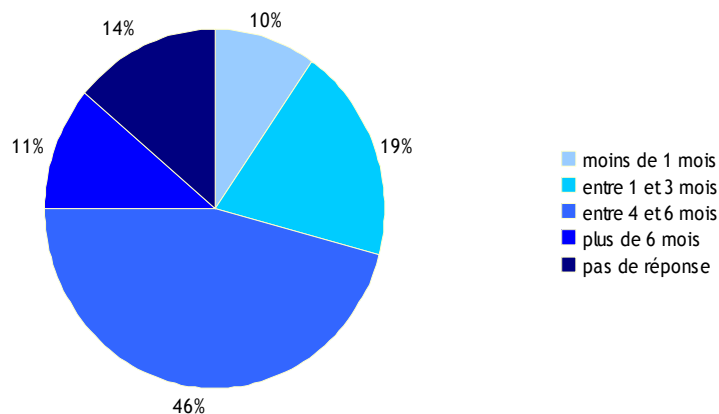
Figure 1: La répartition des différentes durées d'exercice de la profession

- Les heures d'enseignement sur la contraception reçues par les médecins généralistes au cours de la formation initiale



**Figure 2 : La répartition des heures d'enseignement sur la contraception reçues lors de la formation initiale**

- La durée des stages effectués en gynécologie au cours de la formation



**Figure 3 : La répartition des diverses durées des stages effectués en gynécologie lors de la formation initiale**

- La dernière formation reçue en matière de contraception

Dans 60% des cas, la formation datait de moins d'un an, 31% entre un et trois ans, 3% entre trois et cinq ans et dans 3% des cas, elle datait des études.

– Les difficultés rencontrées à effectuer une formation

93% des médecins n'avaient pas de difficultés à effectuer une formation contre 7% qui rencontraient des difficultés.

– Les causes des difficultés rencontrées à effectuer une formation

Les difficultés rencontrées par les médecins étaient :

→ Dans 80% des cas, une densité de travail trop importante.

→ Dans 40% des cas, l'éloignement des lieux de formation par rapport au lieu d'exercice.

→ Dans 20% des cas, des formations non destinées à la médecine générale et des thèmes abordés incomplets.

– Les thèmes que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir

25% des médecins généralistes évoquaient le manque d'information concernant :

→ Les nouveaux moyens de contraception (anneau, patch et préservatif féminin) dans 30% des cas.

→ La prescription d'une contraception dans les cas particuliers (obésité, ménopause, adolescence) et dans les pathologies chroniques (dans 30% des cas).

→ Les avantages et les inconvénients des nouvelles pilules dans 20% des cas.

→ La pose de dispositif intra-utérin, dans 10% des cas.

→ La différence entre les diverses pilules œstroprogestatives, dans 10% des cas.

→ L'intérêt des pilules minidosées.

→ Les risques thromboemboliques des progestatifs de dernière génération.

→ Les méthodes «non chimiques».

→ Les implants.

– Le nombre de consultations effectuées par semaine

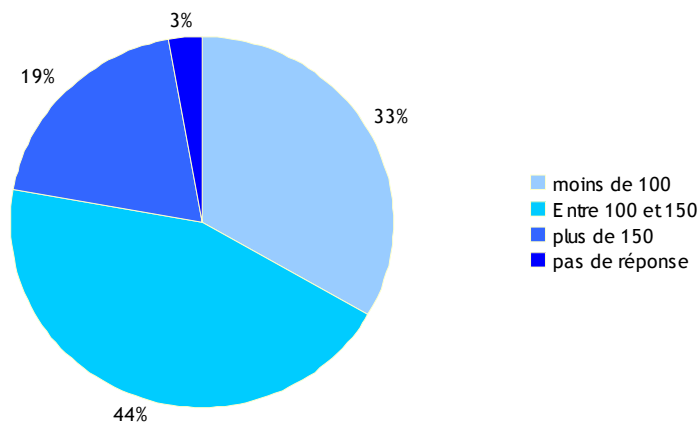


Figure 4 : La répartition des consultations effectuées par semaine (tous les patients confondus) en fonction de leur nombre

– Le nombre d'adolescentes reçues en consultation par semaine

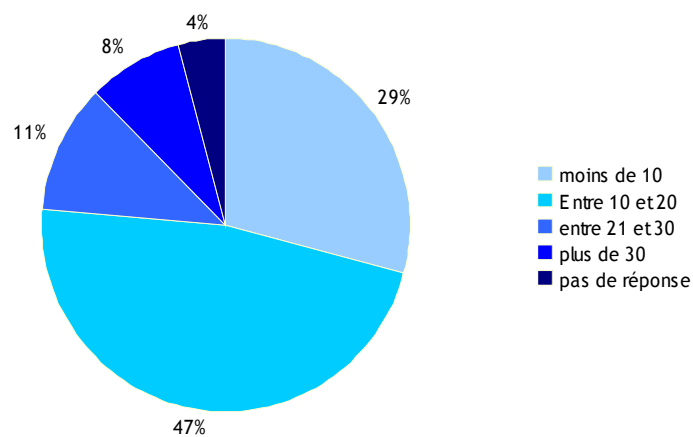


Figure 5 : La répartition du nombre d'adolescentes reçues en consultation par semaine

– Les adolescentes venant consulter pour un autre motif que la contraception

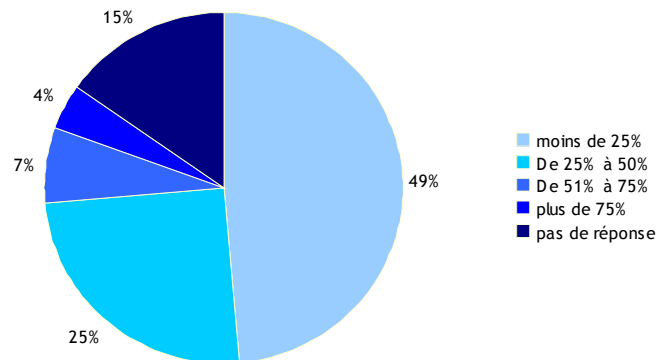


Figure 6 : La répartition du nombre d'adolescentes venant consulter pour la contraception par rapport aux autres motifs de consultation

### 5.1.2 Les caractéristiques des jeunes femmes

– L'âge

Lors d'une première prescription de contraception, les jeunes femmes avaient entre 15 et 17 ans dans 82% des cas et plus de 17 ans dans 18% des cas.

– L'accompagnement de l'adolescente par un tiers

72% des adolescentes étaient «souvent» accompagnées d'un tiers contre 28% qui l'étaient « rarement ».

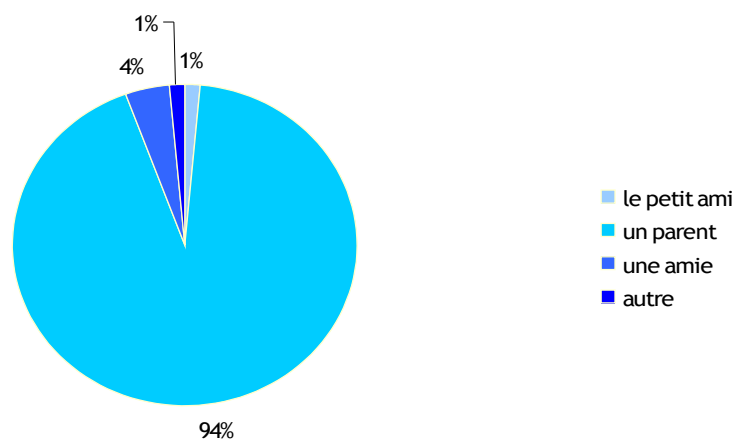


Figure 7 : Le type de tiers personne accompagnant l'adolescente lors de la consultation

Dans 83% des cas, les médecins généralistes ont accepté la présence du tiers pour respecter le choix de la patiente. Pour 7% des médecins généralistes, cela dépendait du contexte.

10% des médecins étaient opposés à ce que le tiers assiste à la consultation.

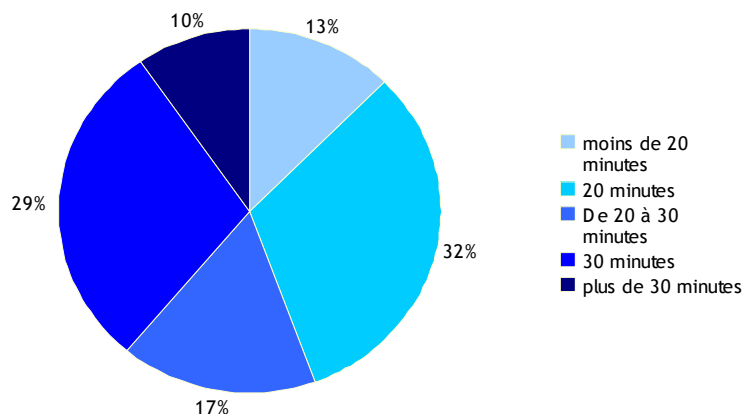
Pour les médecins opposés, 30% acceptaient si le tiers était le petit ami de l'adolescente.

Les raisons invoquées à la présence d'un tiers lors de la consultation étaient :

- pour rassurer la jeune femme
- pour instaurer un dialogue plus facilement
- pour créer un climat de confiance et de transparence
- pour éviter les problèmes médico-légaux
- pour que les informations données soient entendues par deux personnes afin que le tiers puisse réexpliquer les points non compris à l'adolescente

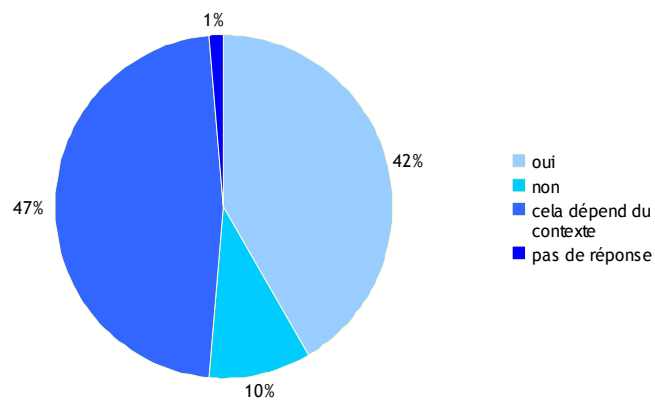
### **5.1.3 Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception.**

#### – La durée de la consultation



**Figure 8: La répartition des durées des consultations effectuées par les médecins pour une première prescription de contraception**

- La contraception est-elle abordée lorsque l'adolescente consulte pour un autre motif?



**Figure 9: La répartition des médecins abordant le sujet de la contraception lors d'une adolescente consulte pour un autre motif**

- Les thèmes abordés pendant la consultation d'une première prescription de contraception

→ L'anonymat et la gratuité

82% des médecins généralistes n'ont pas demandé au début de leur consultation si l'adolescente était en recherche d'anonymat et de gratuité. 15% des médecins leur ont fait la demande et 3% font la demande selon les circonstances.

Dans les cas où les adolescentes avaient cette demande, les médecins les orientaient dans 82% des cas vers un centre de planification.

Deux médecins exerçant en zone rurale ont évoqué le problème de l'éloignement des centres et des difficultés de transport des adolescentes.

Deux médecins ayant répondu au questionnaire pratiquaient le tiers payant.

→ Le secret professionnel

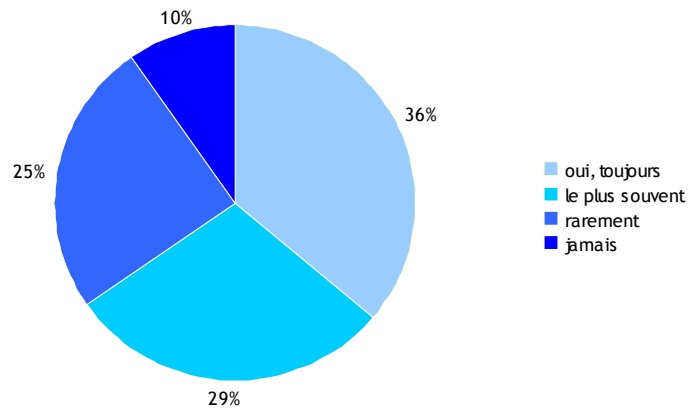


Figure 10: La répartition des médecins informant l'adolescente que la consultation est strictement confidentielle et soumise au secret professionnel

→ La sexualité

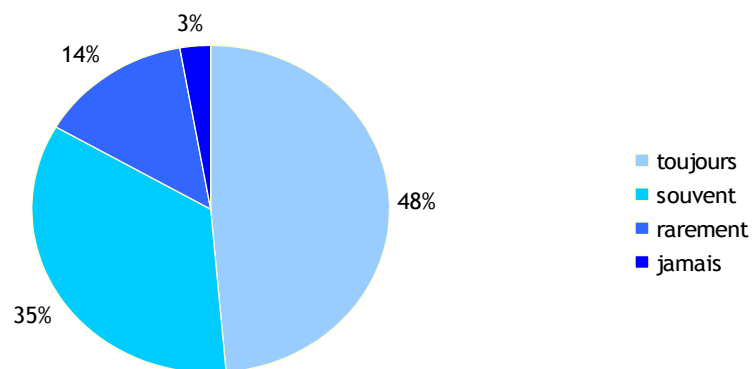
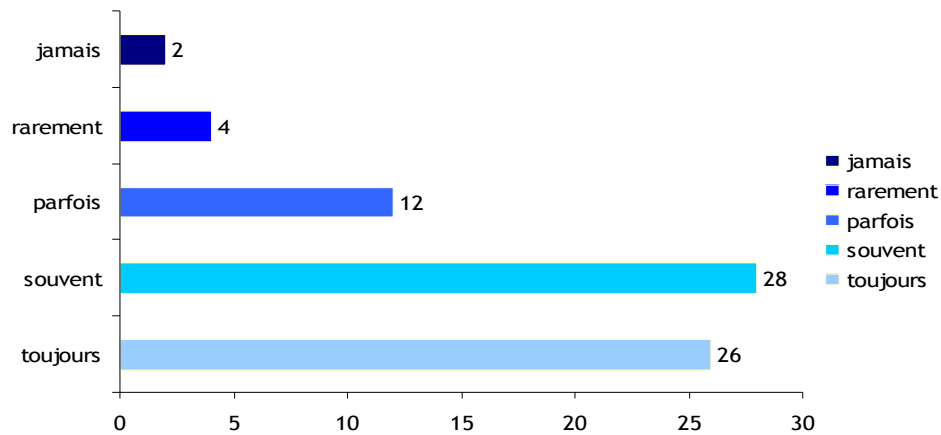


Figure 11: La répartition des médecins abordant la sexualité (fréquence des rapports sexuels) lors de la consultation

→ L'entourage familial



**Figure 12: Le nombre de médecins classé selon la fréquence de questionnement, lors de la consultation, sur l'environnement familial de la jeune fille et de la communication avec ses parents concernant la contraception**

→ Le cancer du col de l'utérus

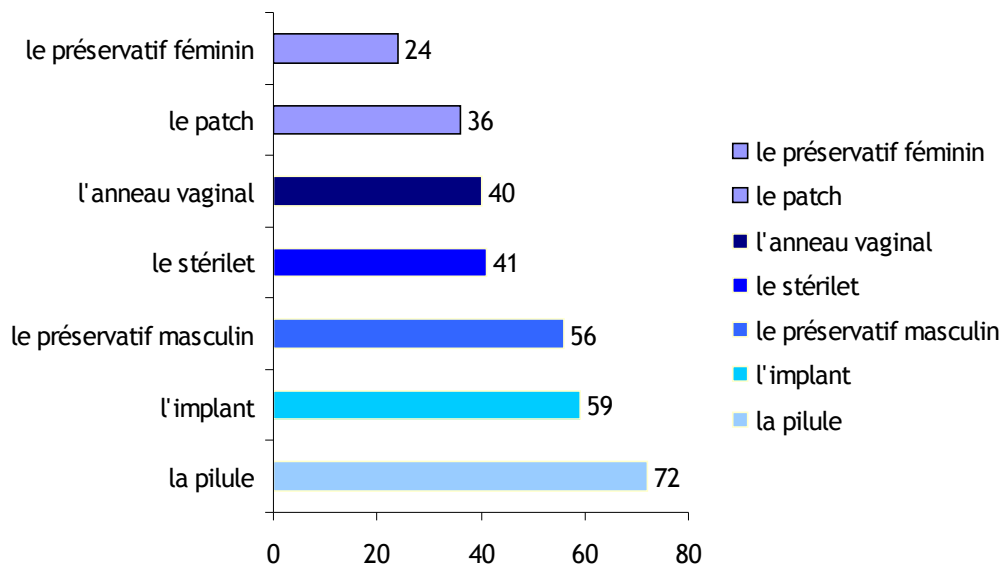
86% des médecins ont informé l'adolescente sur l'existence d'un vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

14% des médecins n'en ont pas parlé lors de ce type de consultation.

→ Les IST

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 93% des médecins abordaient le sujet des IST, contre 7% qui n'en parlaient pas.

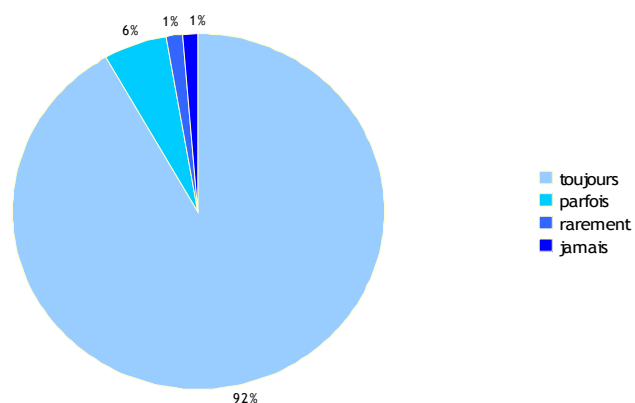
– Les renseignements donnés avant la prescription sur les différents modes de contraception



*Les médecins pouvaient cocher plusieurs moyens de contraception*

**Figure 13: Le nombre de médecins ayant informé la jeune femme, avant la prescription, sur les différents moyens contraceptifs existants, classés par moyen contraceptif**

– Les informations recueillies sur la capacité de l'adolescente à prendre un comprimé à heure fixe



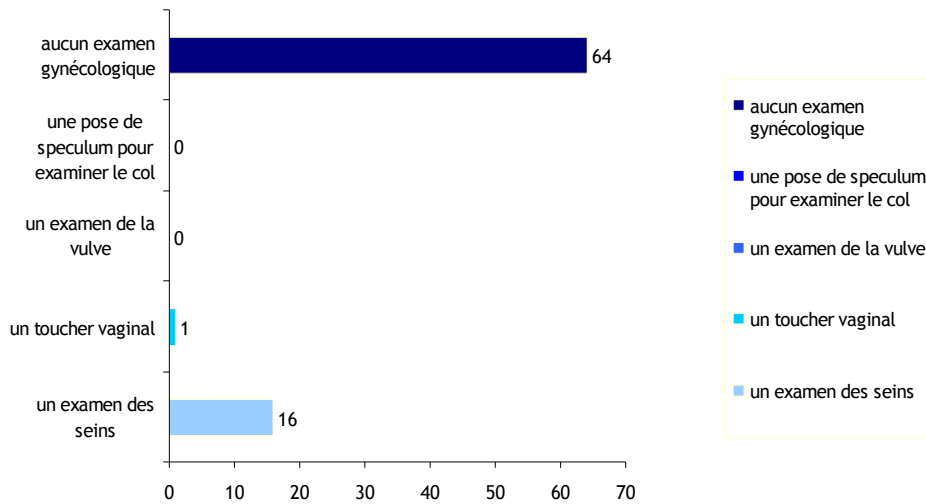
**Figure 14: La proportion des médecins demandant aux adolescentes si elles se sentaient capable de prendre un médicament tous les jours à heure fixe**

– L'examen clinique

→ Le poids et la tension artérielle

Les médecins ont pris la tension et le poids dans 97% des cas.

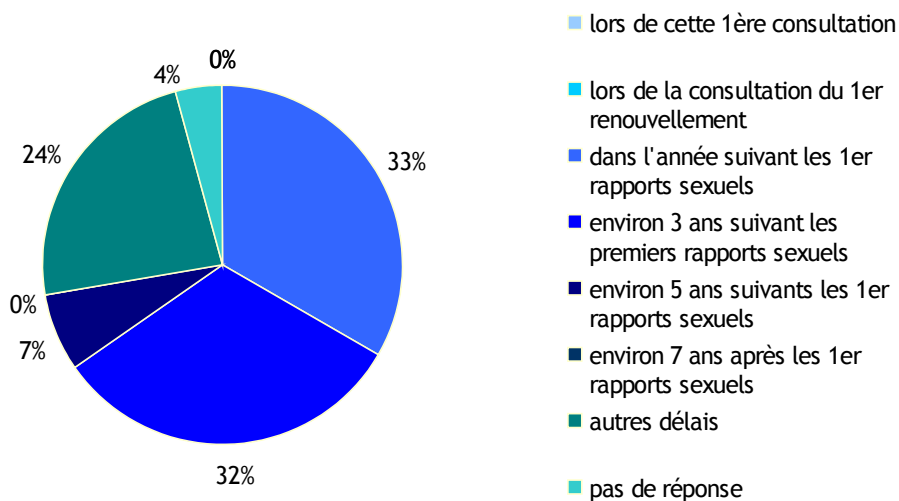
→ L'examen gynécologique



Certains médecins ont réalisés différents examens.

**Figure 15: Le nombre d'examens réalisés par les 72 médecins lors de la consultation pour une première prescription de contraception sans particularité (interrogatoire normal et aucun antécédent particulier).**

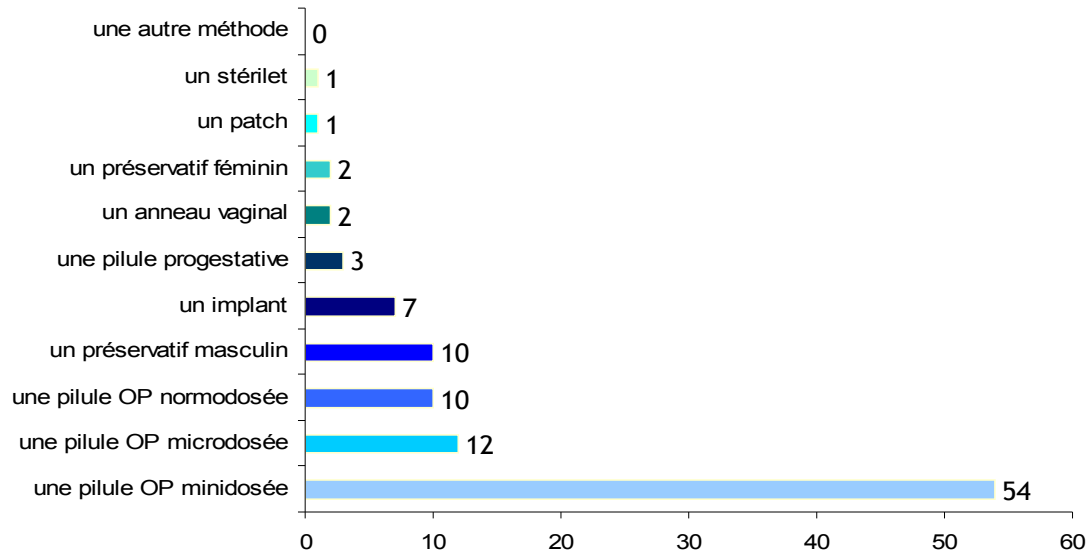
→ Le frottis



**Figure 16: La répartition des dates de réalisation du premier frottis chez une adolescente**

– La prescription de la contraception

→ Le moyen de contraception prescrit en première intention



« OP » signifie œstroprogestative.

Les médecins pouvaient cocher plusieurs moyens contraceptifs.

**Figure 17: Les différents moyens contraceptifs prescrits en première intention par les 72 médecins chez les jeunes femmes sans antécédents particuliers, des moins cités au plus cités.**

55 (76% des) médecins ont prescrit en première intention uniquement une pilule quel que soit son type.

9 (13% des) médecins ont prescrit une pilule et un préservatif masculin ou féminin.

8 (11% des) médecins ont prescrit une pilule ou un autre moyen contraceptif : un implant, un anneau vaginal, un patch ou un stérilet (hors préservatif).

→ Le choix de prescription d'une pilule remboursée

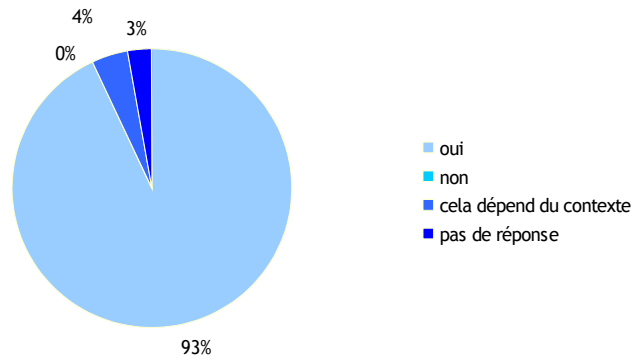


Figure 18: La répartition des médecins privilégiant la prescription d'une pilule remboursée

→ La durée de la prescription

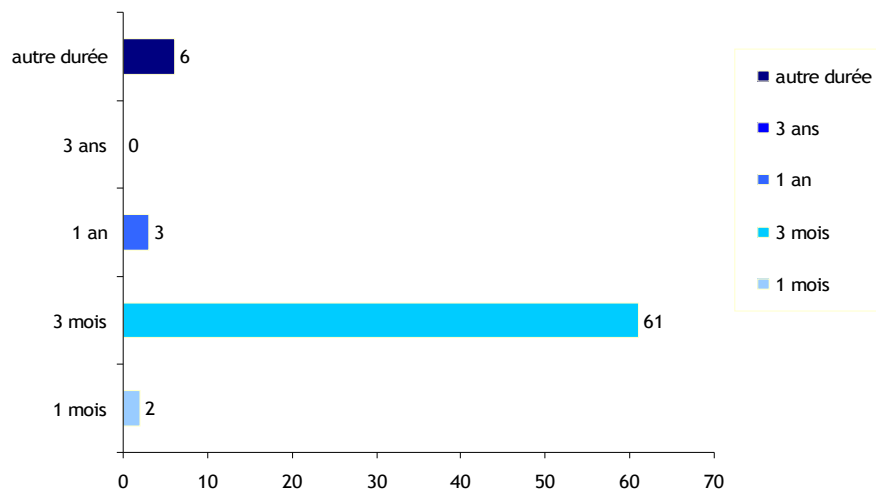
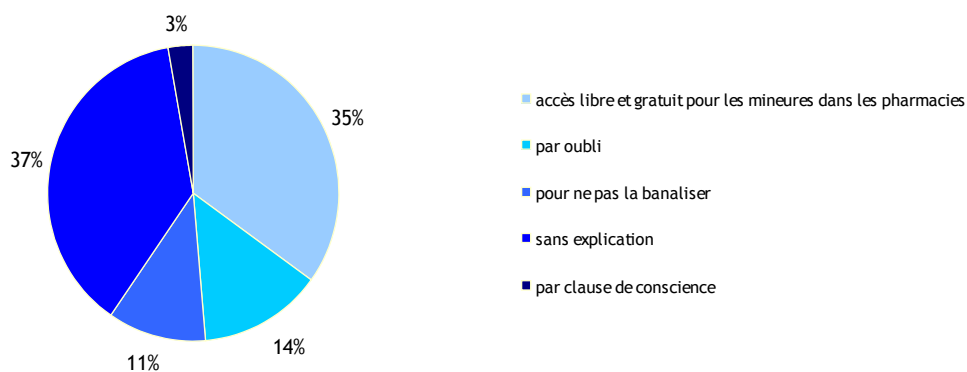


Figure 19: Représentation des différentes durées d'ordonnance prescrites par les médecins

→ La contraception d'urgence

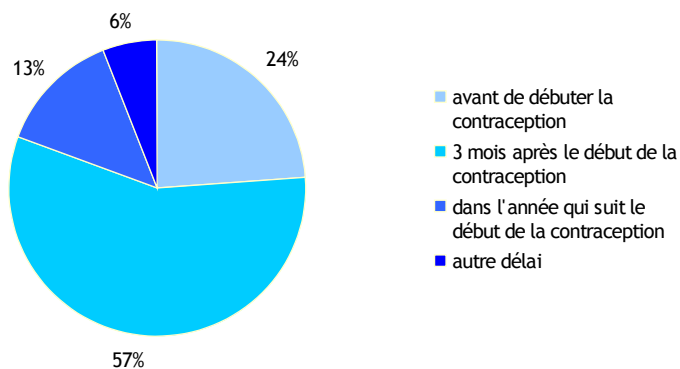
La contraception d'urgence était prescrite systématiquement dans 49% des cas.

51% des médecins généralistes ne la prescrivaient pas systématiquement.



**Figure 20: La répartition des motifs évoqués par les médecins ne prescrivant pas systématiquement la contraception d'urgence**

→ Le bilan sanguin



**Figure 21: La répartition des délais préconisés par les médecins pour effectuer le bilan sanguin**

→ La pose d'un implant

71% des médecins qui ont prescrit un implant l'ont posé.

26% des médecins qui ont prescrit un implant ne l'ont pas posé.

3% des médecins n'ont pas répondu.

→ La pose d'un stérilet

Dans le cas où un stérilet était prescrit, les médecins demandaient un bilan à la recherche d'IST dans 22% des cas contre 71% qui n'en demandaient pas.

7% n'ont pas répondu à cette question.

Dans le cas où un stérilet est prescrit, 50% des médecins le poseront contre 47% des médecins qui ne le poseront pas.

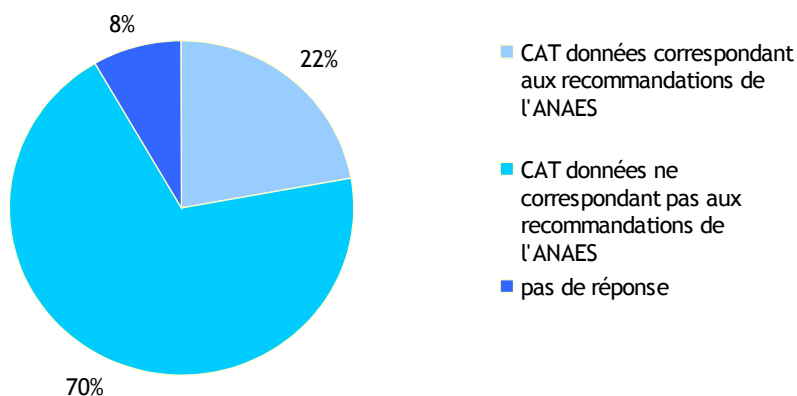
3% des médecins n'ont pas répondu à cette question.

– Les explications données après la prescription

→ La conduite à tenir (CAT) en cas d'oubli de pilule

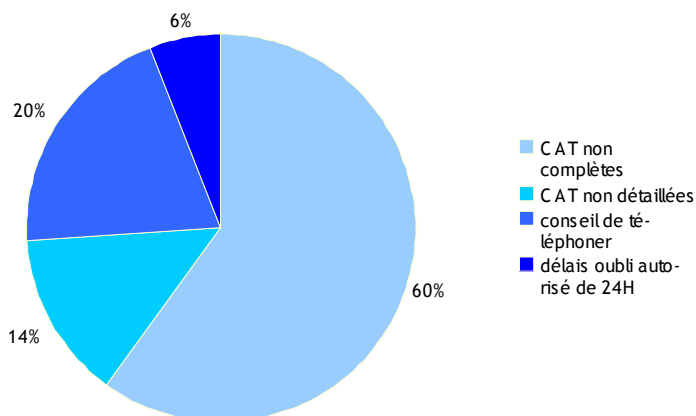
100% des médecins ayant répondu au questionnaire ont abordé la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule lors de ce type de consultation.

Les recommandations de L'ANAES de 2004 concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule sont rappelées en annexe 3.



"CAT" signifie conduite à tenir

Figure 22 : La répartition des conduites à tenir en cas d'oubli de pilule, données par les médecins généralistes



**Figure 23: La répartition des conduites à tenir données ne correspondant pas aux recommandations de l'ANAES (2004)**

→ Le début d'utilisation de la pilule

64% des médecins généralistes ne connaissaient pas le quick start<sup>2</sup> contre 36% qui connaissaient son intérêt.

78% des médecins proposaient aux adolescentes de commencer leur pilule le premier jour de leurs règles contre 18% qui proposaient de débiter la pilule à tout moment.

4% n'avaient pas donné de réponse.

→ Le fonctionnement d'un préservatif

Lors de la consultation, 85% des médecins n'expliquaient pas les fonctionnements des préservatifs féminins et masculins à l'adolescente.

15% des médecins montraient aux adolescentes un préservatif féminin ou masculin en expliquant leurs fonctionnements.

<sup>2</sup> Le quick start est une méthode permettant de débiter la contraception à tout moment du cycle en se protégeant avec des préservatifs pendant 7 jours.

→ L'association pilule et préservatif

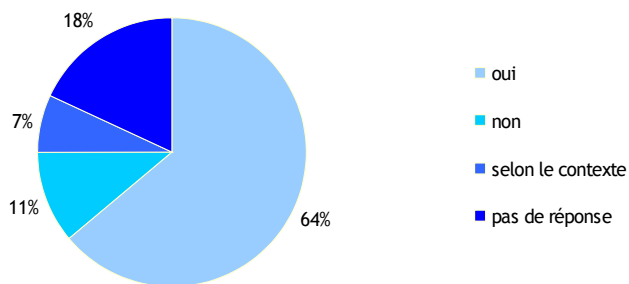


Figure 24: La répartition des médecins proposant une association pilule et préservatifs

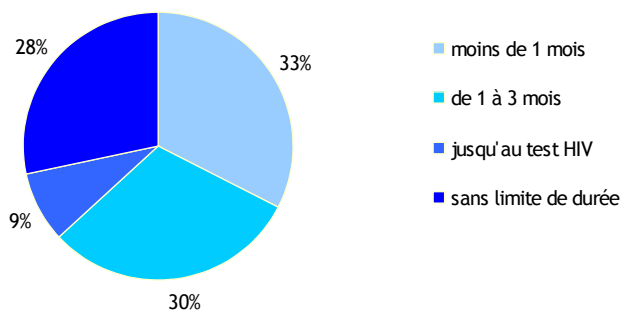
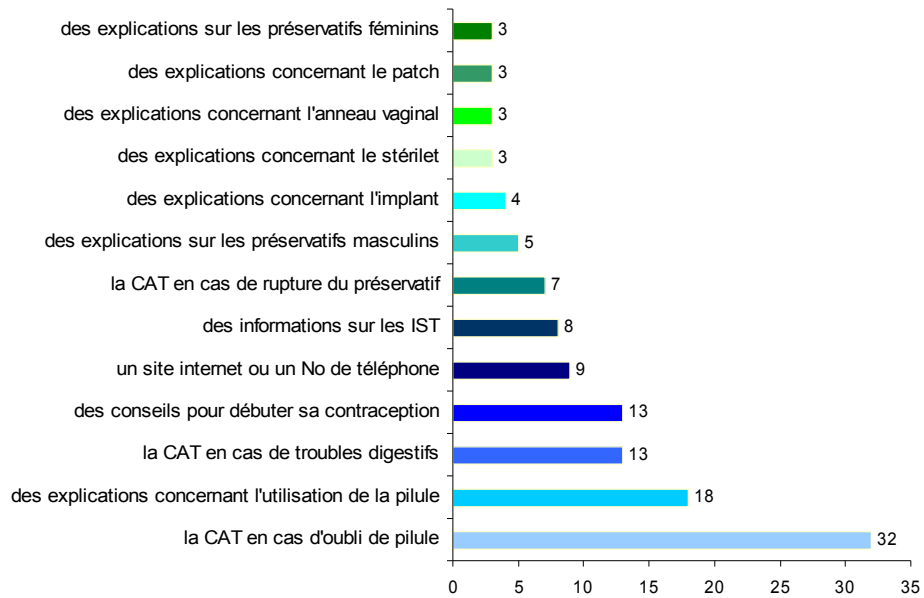


Figure 25: La répartition des différentes durées d'association pilule et préservatifs

→ La remise d'un document explicatif

49% des médecins généralistes remettent un document à la jeune femme en fin de consultation contre 51% qui n'en remettent pas.



**Figure 26: Les informations apparaissant sur les documents remis à l'adolescente en fin de consultation, des moins citées au plus citées**

## 5.2 Les gynécologues

42 gynécologues ont répondu par courrier.

### 5.2.1 Les caractéristiques générales

#### – Le sexe

88% des gynécologues ayant répondu au questionnaire étaient des femmes et 12% étaient des hommes.

#### – L'âge

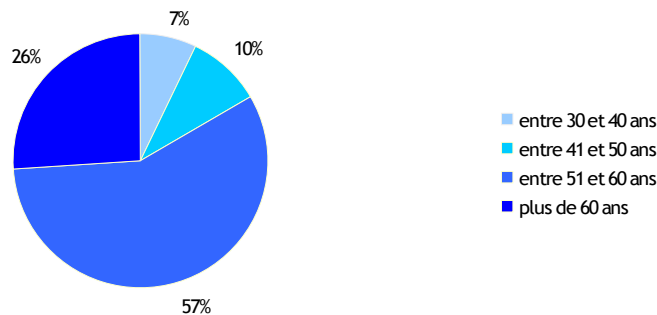


Figure 27 : La répartition des âges des gynécologues

#### – Le lieu d'exercice

93% des gynécologues exerçaient en milieu urbain, et 7% en milieu rural.

#### – La durée d'exercice de la profession

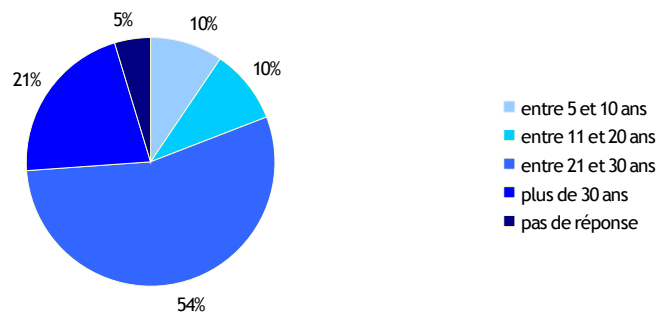


Figure 28: La répartition des durées d'exercice de la profession

– La dernière formation reçue en matière de contraception

38% des gynécologues n'ont pas répondu à cette question.

60% des gynécologues ayant répondu à cette question ont reçu une formation datant de moins d'un an, 1% datant des études.

– Les difficultés rencontrées à effectuer une formation

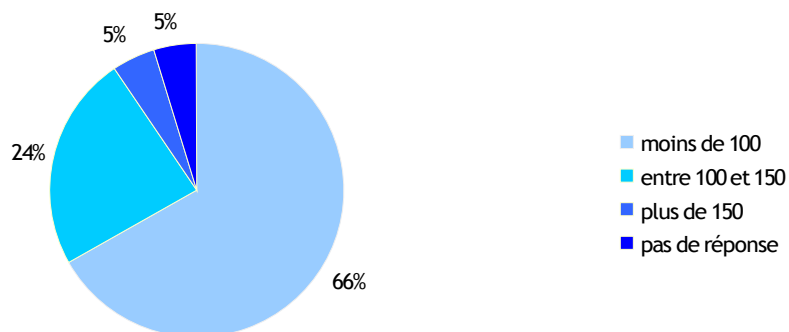
26% des gynécologues n'ont pas répondu à cette question.

74% des gynécologues ayant répondu n'ont pas rencontré de difficultés à effectuer une formation sur le thème de la contraception.

– Les thèmes que les gynécologues souhaiteraient approfondir

Un gynécologue a répondu à la question et souhaiterait obtenir des données objectives pour comparer les différents produits.

– Le nombre de consultations effectuées par semaine



**Figure 29: Le pourcentage des gynécologues, en fonction du nombre de consultations effectuées par semaine.**

- Le nombre d'adolescentes reçues en consultation par semaine

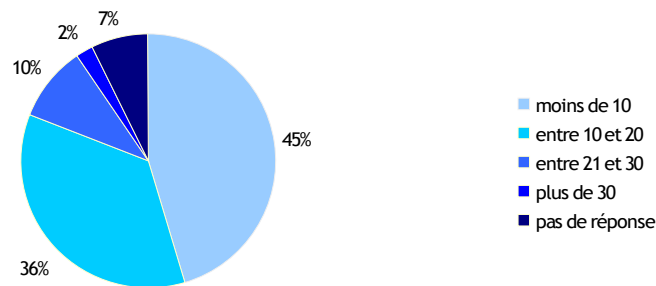


Figure 30: La répartition des adolescentes reçues en consultation par semaine, en fonction du nombre

### 5.2.2 Les caractéristiques des jeunes femmes

- L'âge

71% des adolescentes consultant les gynécologues pour une première prescription de contraception avaient entre 15 et 17 ans. 29% avaient plus de 17 ans.

- L'accompagnement de l'adolescente par un tiers

Sur les 2 critères demandés « souvent » ou « rarement », il en ressort que lors de la première consultation pour une contraception effectuée par les gynécologues, 71% des adolescentes étaient « souvent » accompagnées et 29% étaient « rarement » accompagnées d'un tiers.

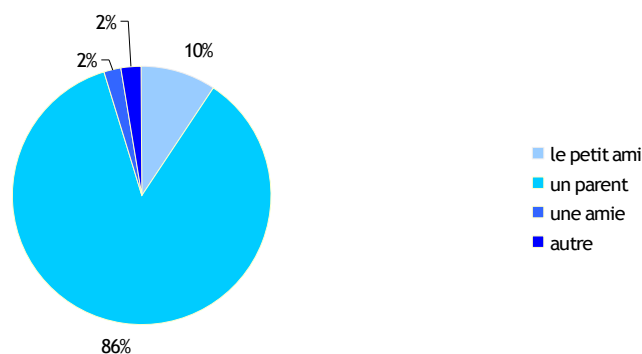


Figure 31: La répartition par type de personne accompagnant l'adolescente lors de la consultation

86% des gynécologues ont accepté la présence d'un tiers lors de la consultation. 14% y étaient opposés.

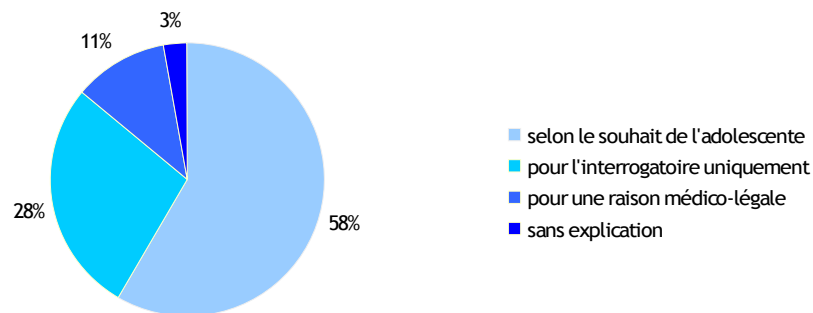


Figure 32 : La répartition des raisons invoquées par les gynécologues qui acceptent la présence d'un tiers à la consultation

### 5.2.3 Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception

#### – La durée de la consultation

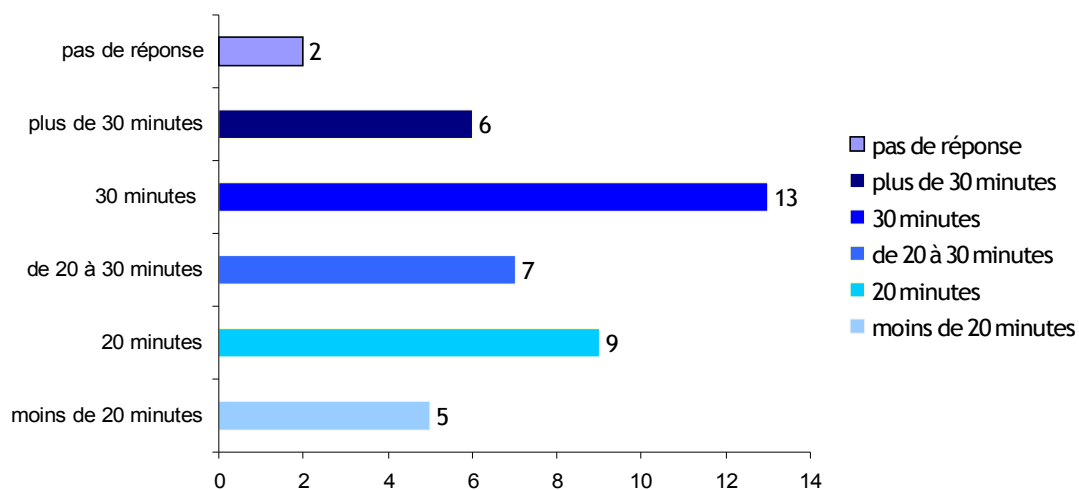


Figure 33: La répartition des gynécologues selon les durées des consultations pour une première prescription de contraception

– Les thèmes abordés

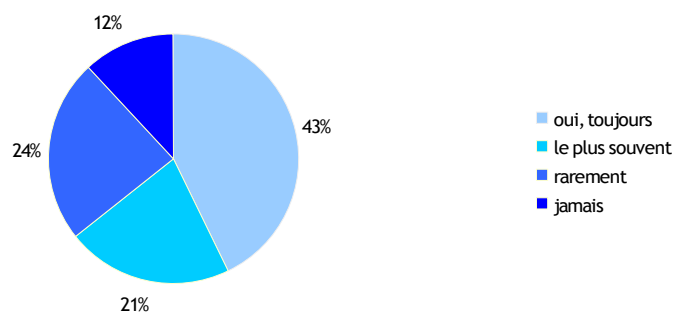
→ L'anonymat et la gratuité

88% des gynécologues ne questionnaient pas la jeune femme au début de la consultation sur son éventuelle recherche d'anonymat et de gratuité.

9% des gynécologues questionnaient la jeune femme mais n'avaient pas précisé si elle était orientée vers un centre de planification en cas de recherche d'anonymat et de gratuité.

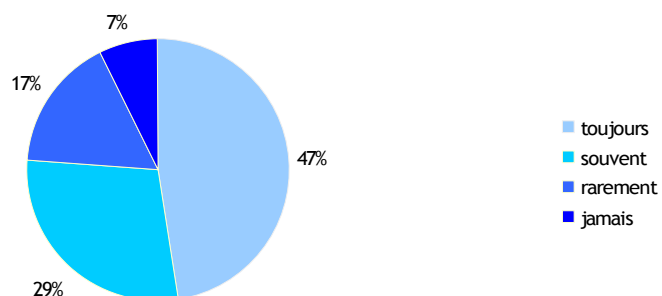
3% des gynécologues n'avaient pas répondu à cette question.

→ Le secret professionnel



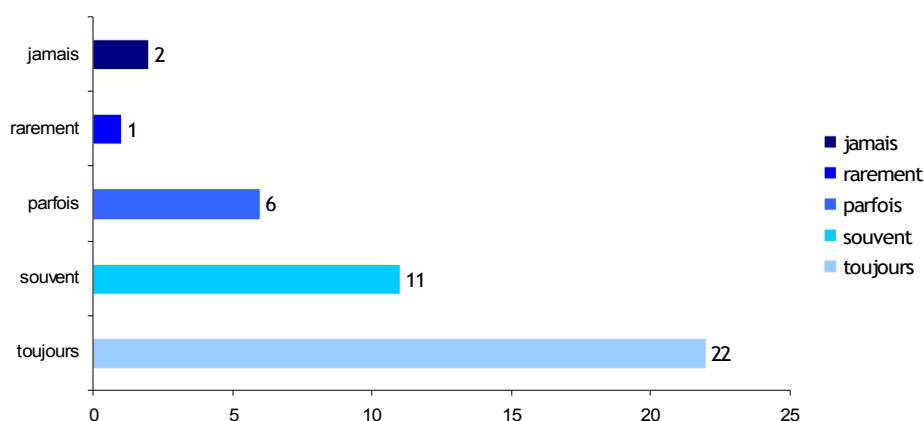
**Figure 34: La répartition des gynécologues informant l'adolescente que la consultation est strictement confidentielle et soumise au secret professionnel**

→ La sexualité



**Figure 35: La répartition des gynécologues abordant la sexualité (fréquence des rapports sexuels) avec l'adolescente lors de la consultation**

→ L'entourage familial



**Figure 36 : Le nombre de gynécologues questionnant la jeune femme lors de la consultation sur son environnement familial et sur la présence d'une communication avec ses parents concernant la contraception, en fonction de la fréquence de questionnement.**

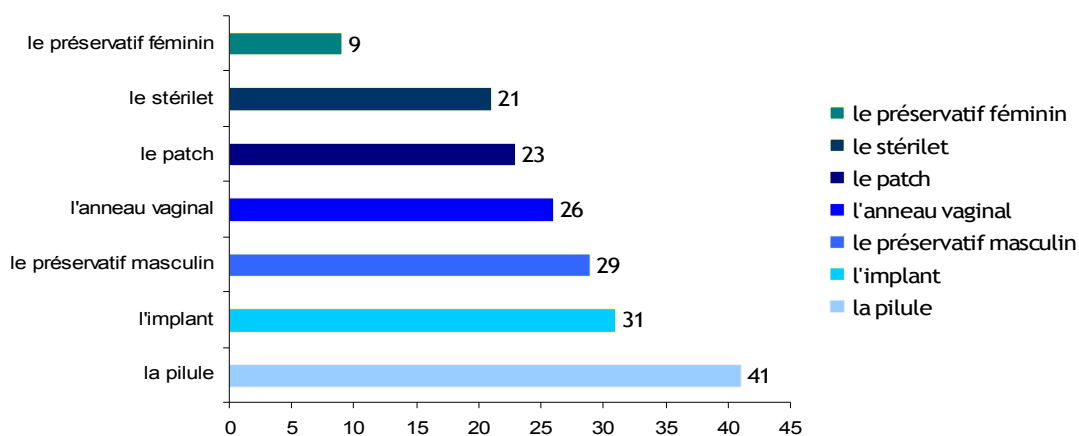
→ Le cancer du col de l'utérus

95% des gynécologues informent la jeune femme du vaccin contre le cancer du col de l'utérus. 5% ne les informent pas.

→ Les IST

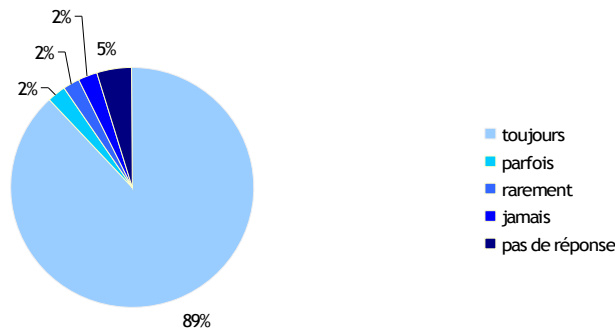
98% des gynécologues abordent le sujet des IST lors de cette consultation. 2% ne l'aborde pas.

– Les renseignements donnés avant la prescription sur les différents modes de contraception



**Figure 37: Les moyens contraceptifs proposés par les gynécologues, selon leurs fréquences**

- Les informations recueillies sur la capacité de l'adolescente à prendre un comprimé à heure fixe



**Figure 38: La répartition des gynécologues demandant aux adolescentes si elles se sentaient capables de prendre un médicament tous les jours à heure fixe**

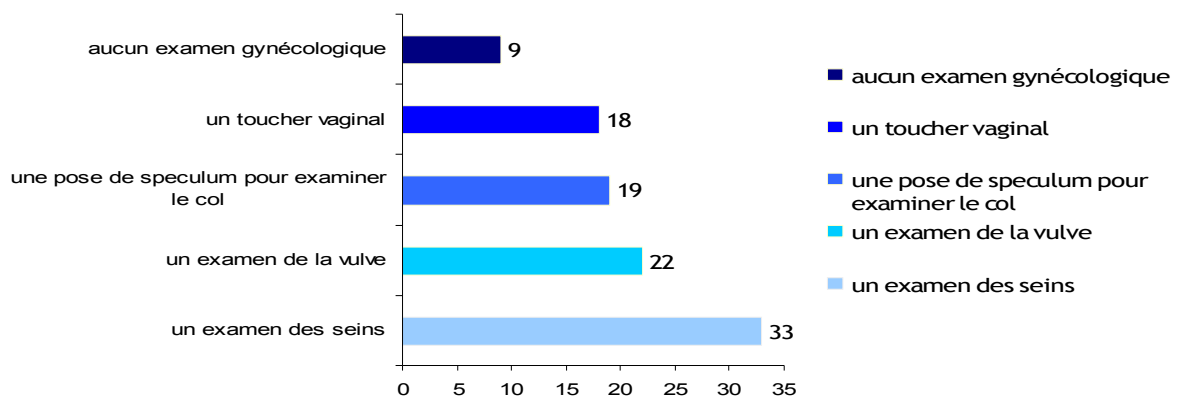
- L'examen clinique

→ Le poids et la tension artérielle

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 88% des gynécologues demandaient à l'adolescente de se peser. 12% ne demandaient pas aux adolescentes de se peser.

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 98% des gynécologues prenaient la tension des adolescentes. 2% ne prenaient pas la tension.

→ L'examen gynécologique



Les gynécologues pouvaient cocher plusieurs examens.

**Figure 39: Le nombre d'examen réalisés par les gynécologues, classé par type d'examen, lors de la consultation pour une première prescription de contraception sans particularité**

→ Le frottis

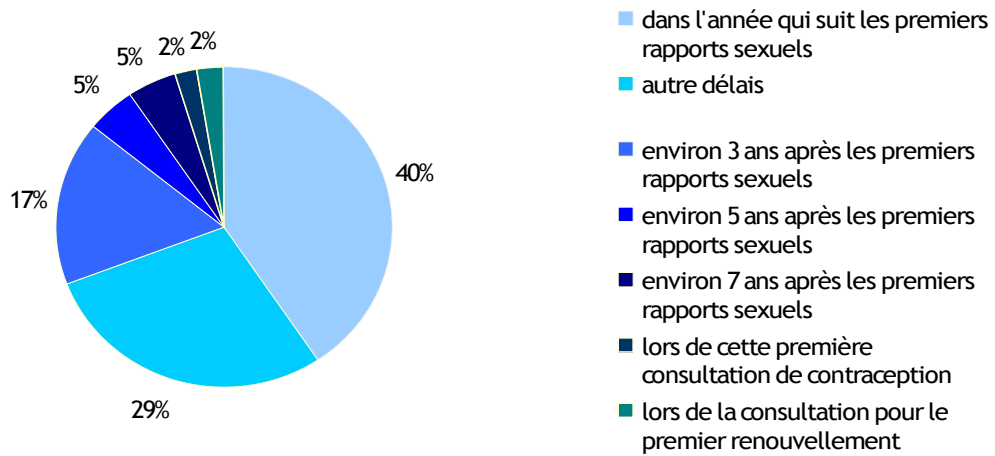
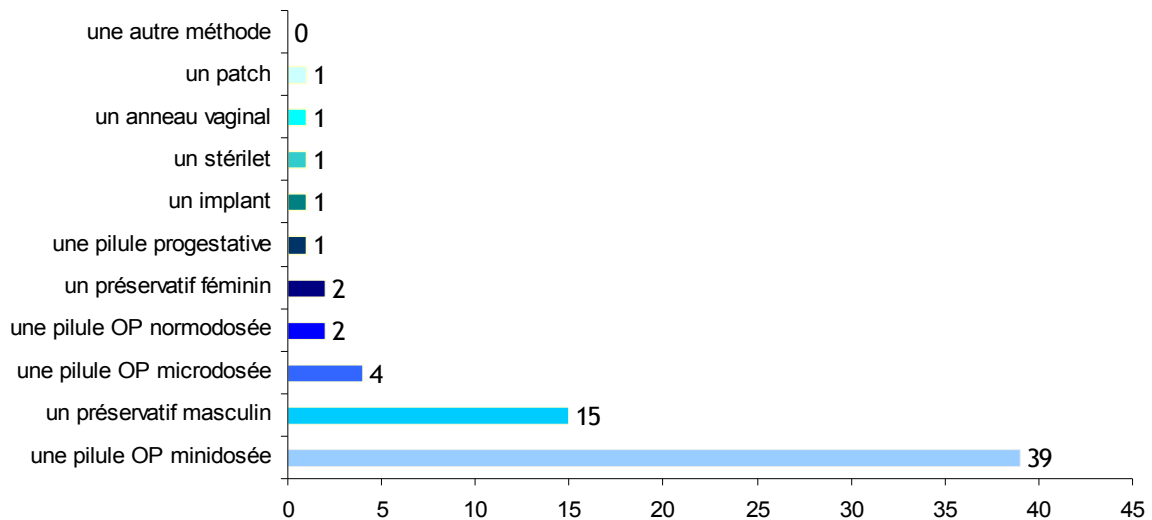


Figure 40: La répartition des dates de réalisation du premier frottis chez l'adolescente

– La prescription

→ Le moyen de contraception prescrit en première intention



« OP » signifie œstroprogestative

Les gynécologues pouvaient cocher plusieurs moyens contraceptifs.

Figure 41: Les différents moyens contraceptifs prescrits en première intention par les gynécologues chez les jeunes femmes sans antécédents particuliers, du moins cité au plus cité.

27 (65% des) gynécologues ont prescrit en première intention une pilule quelle que soit son type.

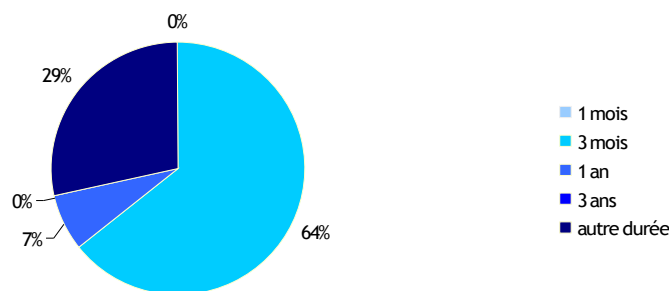
14 (33% des) gynécologues ont prescrit en première intention une pilule et un préservatif féminin ou masculin.

1 (2% des) gynécologues ont prescrit en première intention une pilule ou un autre moyen contraceptif (hors préservatifs).

→ Le choix de prescription d'une pilule remboursée

69% des gynécologues privilégiaient la prescription d'une pilule remboursée. 31% ne privilégiaient pas une pilule remboursée.

→ La durée de la prescription



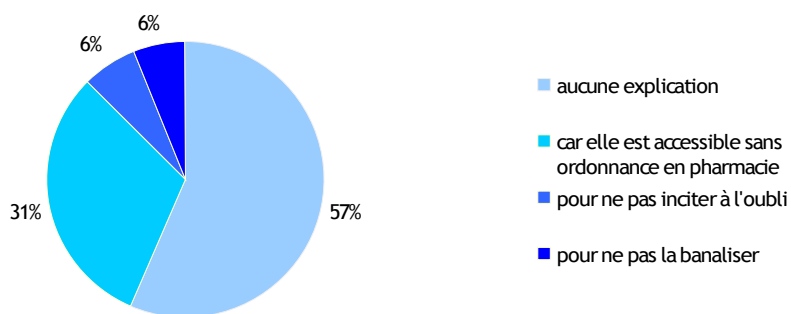
**Figure 42: La répartition des durées des ordonnances prescrites par les gynécologues**

→ La contraception d'urgence

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 60% des gynécologues ont prescrit systématiquement la contraception d'urgence.

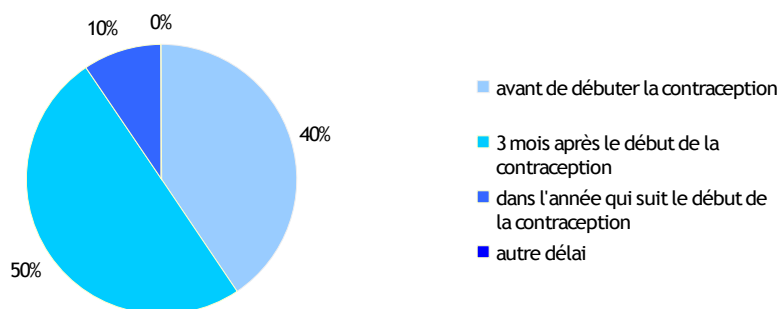
38% ne la prescrivent pas systématiquement.

2% des gynécologues n'avaient pas répondu à la question.



**Figure 43: La répartition des motifs invoqués chez les gynécologues qui ne prescrivent pas systématiquement la contraception d'urgence**

→ Le bilan sanguin



**Figure 44: La répartition des différents délais préconisés par les gynécologues pour effectuer le bilan sanguin**

→ La pose de l'implant

57% des gynécologues qui ont prescrit un implant, l'ont posé.

38% des gynécologues qui ont prescrit un implant, ne l'ont pas posé.

5% des gynécologues n'avaient pas répondu à cette question.

→ La pose du stérilet

10% des gynécologues n'avaient pas répondu à cette question.

88% des gynécologues qui ont prescrit un stérilet, l'ont posé.

2% des gynécologues qui on prescrit un stérilet, ne l'ont pas posé.

Dans le cas où un stérilet est prescrit, 45% des gynécologues proposent à l'adolescente d'effectuer un prélèvement à la recherche d'IST.

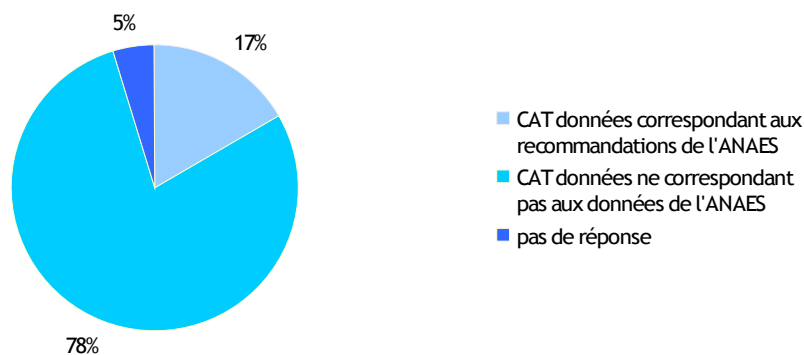
43% des gynécologues n'effectueraient pas de prélèvement.

12% des gynécologues n'avaient pas répondu à cette question.

– Les explications données après la prescription

→ La conduite à tenir (CAT) en cas d'oubli de pilule

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 100% des gynécologues abordaient avec l'adolescente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.



"CAT" signifie conduite à tenir

Figure 45 : La répartition des différentes conduites à tenir en cas d'oubli de pilule, données par les gynécologues aux adolescentes

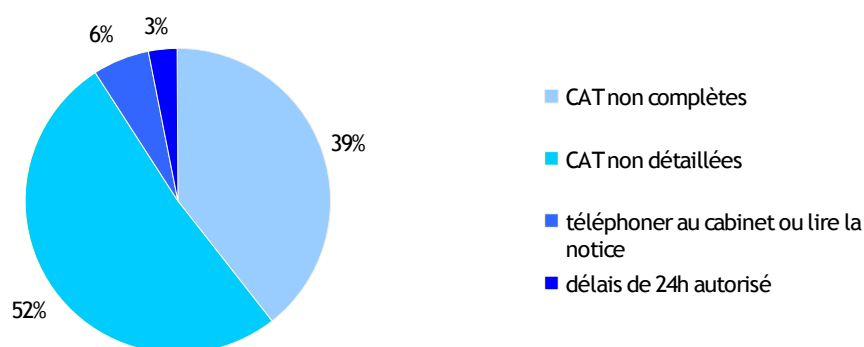


Figure 46: La répartition des conduites à tenir données ne correspondant pas aux recommandations de l'ANAES de 2004, selon leurs explications

→ Le début d'utilisation de la pilule

74% des gynécologues connaissaient le quick start.

26% des gynécologues ne connaissaient pas le quick start.

79% des gynécologues proposaient à l'adolescente de débiter sa contraception le premier jour de ses règles.

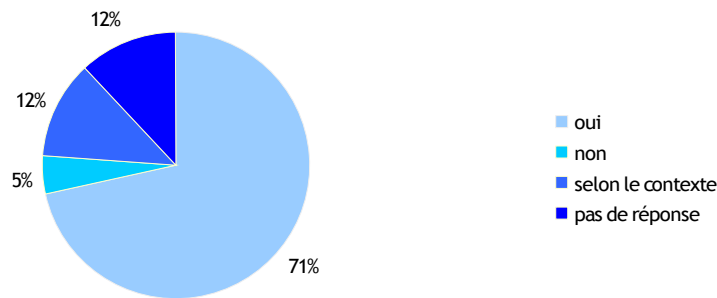
21% des gynécologues proposaient à l'adolescente de débiter sa contraception à tout moment.

→ Le fonctionnement d'un préservatif

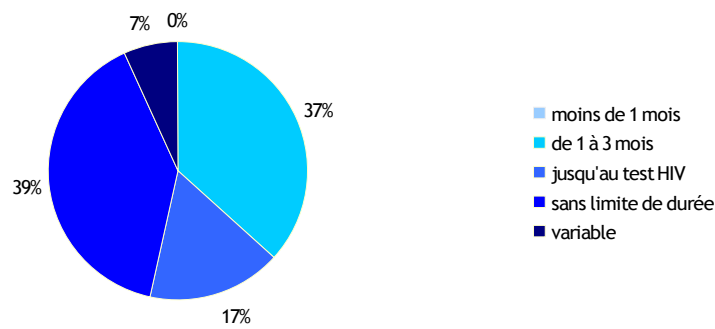
Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, 90% des gynécologues ne montraient pas et n'expliquaient pas les fonctionnements des préservatifs féminins et masculins.

10% des gynécologues montraient aux adolescentes un préservatif masculin ou féminin en expliquant leurs fonctionnements.

→ L'association pilule et préservatifs



**Figure 47 : La répartition des gynécologues proposant une association pilule et préservatifs**

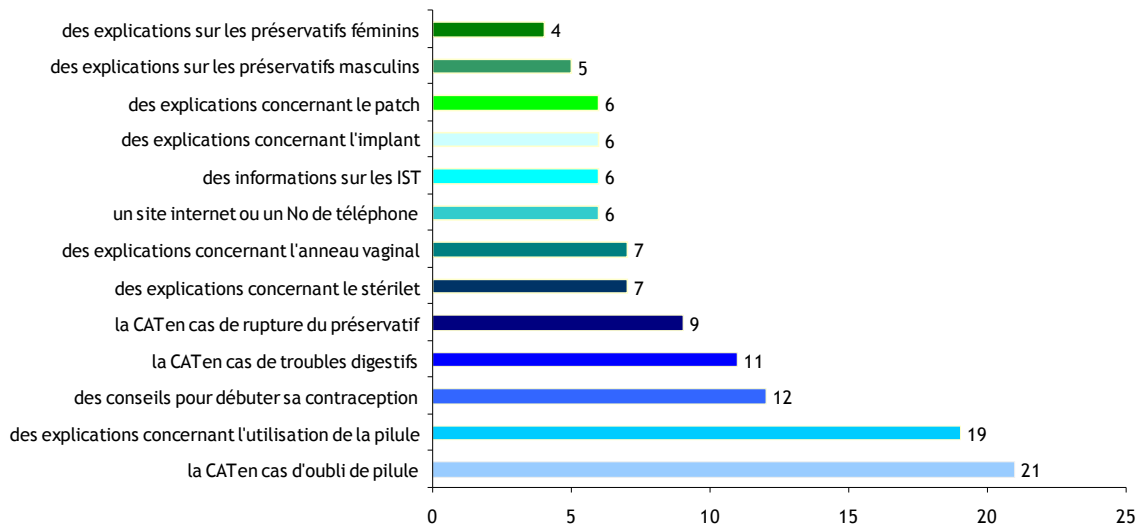


**Figure 48: La répartition des différentes durées d'association pilule et préservatifs**

→ La remise d'un document explicatif sur la contraception

52% des gynécologues remettaient un document explicatif aux adolescentes en fin de consultation.

48% des gynécologues ne remettaient pas de document écrit aux adolescentes.



**Figure 49: Les informations apparaissant sur les documents remis à l'adolescente en fin de consultation, des moins citées au plus citées**

# DISCUSSION

## **6 Discussion**

### **6.1 La formation initiale des médecins généralistes**

Une étude de 2004 [11], portant sur la formation de la contraception (et de l'avortement) et s'appuyant sur des annales de l'internat, des questionnaires et entretiens auprès des étudiants, a conclu : « les études de médecine transmettent un savoir portant sur les contre-indications, les complications, les aspects légaux de la contraception, et occultent la prise en compte des conditions de vie intervenant dans les choix contraceptifs ».

Notre étude a pu démontrer que la formation initiale reçue par les médecins généralistes était pauvre en apport dans le domaine de la contraception par le faible nombre d'heures d'enseignements et des durées de stages limitées en gynécologie.

21% des médecins généralistes recevaient moins d'une heure d'enseignement sur la contraception et 65% entre 1h et 5 heures.

29% des médecins généralistes avaient effectué moins de 3 mois de stage en gynécologie au cours de leurs études.

Les apports théoriques sont très faibles en matière de contraception, c'est d'autant plus vrai concernant la contraception chez les adolescentes.

Les médecins généralistes peuvent se sentir démunis lors des consultations pour une première prescription de contraception, notamment de par la spécificité même de l'adolescence.

En Maine-et-Loire, pour les externes en cinquième année de médecine, il est actuellement instauré un enseignement de 6 heures sur la contraception, incluant des cas cliniques et des jeux de rôles. Cependant, les étudiants ne sont pas toujours présents lors des cours.

## **6.2 La formation continue des médecins généralistes et des gynécologues**

La formation continue est primordiale car 36% des médecins généralistes et 56% des gynécologues exercent leur profession depuis 21 à 30 ans.

Notre étude montre que les médecins généralistes et les gynécologues assistent à des formations concernant la contraception de manière régulière car 60% des médecins généralistes et des gynécologues ont effectué une formation il y a moins de un an.

Dans son rapport [3], Israël Nisand propose de former les professionnels de santé à la première consultation et notamment à l'approche psychologique des adolescentes. Une journée complète de cours serait proposée par le CNPGO (Conseil National Professionnel des Gynécologues et Obstétriciens) à tous les professionnels médicaux de santé dans chaque région dans le cadre du développement professionnel continu.

## **6.3 Les adolescentes**

Les adolescentes sont souvent accompagnées d'un tiers lorsqu'elles viennent consulter pour une première prescription de contraception.

Dans notre étude, environ 70% des adolescentes étaient accompagnées d'un tiers et majoritairement d'un parent (86% des cas pour les gynécologues et 94% pour les médecins généralistes).

86% des gynécologues acceptaient la présence d'un tiers et parmi eux, 11% évoquaient des raisons médico-légales.

Or, d'après la loi du 4 juillet 2001 (Art L.513-1), relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, « Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».

L'adolescente peut donc être reçue seule lors de la consultation.

L'ANAES (15), recommande que : « S'il s'agit d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle ».

Cependant, l'adolescence est une période où coexistent de nombreuses ambivalences comme le précise Bernard Lempert [12], la jeune fille « a encore besoin de protection, et elle a déjà besoin d'indépendance. Elle vit encore sous le regard de ses parents, et elle vient de laisser se constituer un lien qui doit échapper à leur regard. Sa jeunesse a besoin d'eux et sa pudeur a besoin d'ombre. Ainsi naît l'intime, ce noyau autour duquel l'identité personnelle se déploie et se développe ».

Dans notre étude, les médecins généralistes ont privilégié le besoin de protection des adolescentes car 83% des médecins généralistes ont accepté la présence d'un tiers pour rassurer l'adolescente, pour instaurer un dialogue plus facilement ou pour créer un climat de confiance.

Le besoin d'intimité des adolescentes est pris en compte dans certains cas puisque 28% des gynécologues qui avaient accepté la présence du tiers à la consultation, l'autorisaient à rester uniquement pour l'interrogatoire.

Dans notre étude, les médecins ne semblaient pas mis en difficultés par la présence d'un tiers. Or, selon une enquête IPSOS (société française spécialisée dans les sondages d'opinion) Santé, citée dans une thèse [13], les médecins généralistes se sentaient en difficultés pour aborder certains sujets quand une troisième personne était présente, notamment la mère, par souci du respect de la confidentialité.

De plus, dans une étude de 2000 [14], il a été mis en évidence qu'un des principaux obstacles à l'information sexuelle des adolescents était la présence parentale.

Une étude de 2004 [15], révèle que 73% des jeunes préfèrent être vus seuls.

## **6.4 Le déroulement d'une consultation pour une première prescription de contraception**

### **6.4.1 La durée de la consultation**

De nombreux enjeux émanent de la consultation pour une première prescription de contraception.

Le médecin doit installer une relation de confiance avec l'adolescente et doit comprendre son environnement familial et affectif pour lui prescrire une contraception la plus adaptée. Le médecin doit ensuite lui expliquer le fonctionnement du mode contraceptif choisi et la conduite à tenir en cas d'oubli.

Cette consultation demande du temps.

Dans notre étude, 13% des médecins généralistes effectuaient la consultation en moins de 20 minutes et 32% en 20 minutes. 5 gynécologues, soit 12%, effectuaient la consultation en moins de 20 minutes et 9 gynécologues, soit 21%, en 20 minutes.

Ces données amènent à réfléchir sur la possibilité en 20 minutes de créer un dialogue permettant la prescription d'une contraception la plus adaptée à l'adolescente.

### **6.4.2 Les thèmes abordés**

#### *Le secret professionnel, l'anonymat et la gratuité*

Lors d'une consultation pour une prescription de contraception chez le gynécologue ou chez son médecin traitant, l'adolescente doit payer les honoraires médicaux. La jeune femme dépend de la carte vitale de ses parents, ce qui rompt la confidentialité de la consultation.

L'anonymat et la gratuité ne sont possibles que dans les centres de planification et au planning familial.

Dans notre étude, 82% des médecins généralistes et 88% des gynécologues ne demandaient pas aux adolescentes si elles étaient en recherche d'anonymat et de gratuité.

Dans leur réponse, les gynécologues ont mentionné que, lors de la prise de rendez-vous, qui est effectuée longtemps à l'avance, leurs secrétaires orientent préalablement les jeunes femmes qui ont cette demande d'anonymat ou de gratuité vers d'autres centres.

Dans son rapport [3], Israël Nisand évoque les obstacles rencontrés par les adolescentes

concernant l'anonymat et la gratuité et propose une « confidentialité constante et crédible de la consultation et de la délivrance de la contraception aux mineures ». Il propose aussi une « gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs et des préservatifs jusqu'à 18 ans (au travers d'un forfait) ».

Concernant le secret professionnel, dans notre étude, 36% des médecins généralistes et 43% des gynécologues rappellent « toujours » à l'adolescente que la consultation est confidentielle.

Ceci nous amène à réfléchir sur la possibilité d'instaurer un dialogue et d'installer une relation de confiance lorsque l'adolescente peut croire que les informations seront divulguées.

Cette information de l'existence du secret professionnel est primordiale car peut être un frein à une demande contraceptive pour une adolescente.

L'étude de 2004 précédemment citée [15], révèle une incompréhension autour de la notion de secret médical : « si dans 95% des cas, les médecins disent avoir informé le jeune de l'existence de ce secret, seuls 29% des jeunes le savent et parmi les jeunes à risque, 10% pensent que le médecin a le droit de divulguer la teneur de la consultation ».

### La sexualité

Le choix d'une contraception chez une adolescente doit prendre en compte la sexualité de la jeune femme (l'existence ou non d'une relation de couple et la régularité des rapports sexuels).

Dans notre étude, 48% des médecins généralistes et 47% des gynécologues abordent « toujours » la sexualité lors de la consultation.

On peut alors se demander comment les médecins qui n'abordent pas la sexualité peuvent prescrire une contraception adaptée à l'adolescente?

Il semble persister un tabou autour de la sexualité des adolescentes de par sa non-reconnaissance par les médecins.

Comme le précise une étude [16], « l'accès à la contraception est d'autant plus difficile pour les mineures que leur sexualité n'est pas reconnue comme légitime, que ce soit par leur famille, plus rarement par leurs pairs, ou trop souvent pas le médecin ».

Cependant, le sujet des IST ou le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, sont très souvent abordés par les médecins, ce qui met en évidence la croyance d'une sexualité adolescente débridée.

Dans notre étude, 98% des gynécologues et 93% des médecins généralistes informaient les jeunes femmes sur les IST.

Ces chiffres révèlent que la sexualité est abordée par les médecins d'un point de vue technique pour la prévention des risques de la sexualité mais elle n'est pas abordée dans sa dimension affective, sentimentale et intime.

95% des gynécologues et 86% des médecins généralistes informaient les adolescentes sur le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

### **6.4.3 L'examen clinique**

#### *L'examen gynécologique*

Selon les recommandations de l'ANAES, l'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure (lorsque l'examen clinique est normal et en l'absence de problème médical, familial ou personnel identifié).

Les jeunes femmes redoutent souvent l'examen gynécologique et le fait de le différer peut permettre à l'adolescente de diminuer sa crainte face à cette consultation.

Dans notre étude, parmi les 72 médecins généralistes, au cours d'une consultation pour une première prescription de contraception, 16 ont effectué un examen des seins, 1 a effectué un toucher vaginal et 64 n'ont effectué aucun examen gynécologique.

Ces chiffres montrent un respect des recommandations.

Concernant les gynécologues, des difficultés ont été observées lors de l'analyse des résultats car ceux-ci étaient souvent annotés de conditions. Les examens gynécologiques cités ci-après étaient effectués chez des adolescentes non vierges.

Au cours d'une consultation, les 42 gynécologues ont effectués notamment 18 touchers vaginaux et 19 poses de speculum. Dans 9 cas, aucun examen gynécologique n'a été effectué.

Cette différence de résultats entre les médecins généralistes et les gynécologues peut s'avérer difficile à interpréter car dans l'item de ma question concernant la réalisation d'examen gynécologique, je n'avais pas précisé si la jeune femme était vierge ou si elle avait

déjà eu des rapports sexuels. Nous ne pouvons pas savoir si les médecins généralistes ont supposé ou non que la jeune femme était vierge.

Néanmoins, les recommandations préconisent de différer l'examen gynécologique chez les adolescentes.

### Le frottis

Dans notre étude, aucun médecin généraliste préconise d'effectuer le premier frottis 7 ans après les premiers rapports sexuels. Or ce sont les recommandations. 24% des médecins généralistes proposaient un autre délai. Cet autre délai n'ayant pas été demandé, aucune interprétation n'a été possible.

Concernant les gynécologues, 5% recommandaient d'effectuer le frottis 7 ans après les premiers rapports sexuels et 29% dans un autre délai que celui proposé.

Notre étude ne permet pas de connaître les raisons qui expliqueraient les réalisations précoces des frottis.

## **6.4.4 La prescription**

### Les informations sur les différents modes de contraception données avant la prescription

Selon notre étude, les méthodes contraceptives des plus citées aux moins citées par les médecins généralistes et les gynécologues sont respectivement : la pilule, l'implant, le préservatif masculin, le stérilet (l'anneau), l'anneau vaginal (le patch), le patch (le stérilet) et le préservatif féminin.

La pilule est le moyen contraceptif pour lequel l'information prédomine.

Les moyens qui permettent une observance moins contraignante (le patch, l'anneau vaginal, l'implant et le stérilet) sont moins proposés à la jeune femme.

La place prépondérante accordée à la pilule par rapport aux autres moyens contraceptifs peut être expliquée par la formation des médecins et par les représentations qu'ils ont des autres méthodes contraceptives. Ces croyances peuvent être à l'origine des résistances aux changements dans leurs prescriptions.

Le rapport d'Israël Nisand [3], propose de diffuser et de prescrire plus largement les contraceptions qui nécessitent une observance moins astreignante.

### *Le moyen de contraception prescrit en première intention*

Dans notre étude, 65% des gynécologues et 76% des médecins généralistes avaient prescrit une pilule en première intention chez une adolescente consultant pour une première prescription de contraception.

La prédominance de la pilule dans les prescriptions de contraception est très nettement mise en évidence.

D'autres études dont celle de l'INSERM [16] ont aussi montré la faible prescription et la méconnaissance par les médecins des autres méthodes contraceptives par rapport à la pilule.

Dans notre étude, concernant l'implant, 26% des médecins généralistes et 38% des gynécologues qui l'ont prescrit, ne l'ont pas posé.

Concernant le stérilet, 47% des médecins généralistes qui l'on prescrit, ne l'ont pas posé.

88% des gynécologues qui ont prescrit un stérilet, l'ont posé.

Le fait que certains médecins ne posent pas les stérilets ou les implants, pourrait expliquer leurs faibles prescriptions. Pour les adolescentes, ceci peut aussi être un frein pour choisir ces modes de contraception.

Selon le baromètre santé 2005, concernant les femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont eu recours à la contraception d'urgence dans l'année précédant l'enquête, 28,9% évoquent un oubli de pilule.

La pilule ne semble donc pas être le moyen adapté à toutes les adolescentes.

Néanmoins, dans notre étude, les médecins semblaient se préoccuper de la capacité d'observance des adolescentes puisque 92% des médecins généralistes et 89% des gynécologues demandaient « toujours » à la jeune femme si elle se sentait capable de prendre un médicament tous les jours à heure fixe.

Les médecins accordaient de l'attention au besoin de gratuité des adolescentes concernant la contraception car 93% des médecins généralistes et 69% des gynécologues privilégiaient

la prescription d'une pilule remboursée.

### La contraception d'urgence

Dans notre étude, la contraception d'urgence n'est prescrite environ que par 50% des médecins.

Les médecins ne prescrivant pas systématiquement la contraception d'urgence, évoquent le fait qu'elle soit accessible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures dans les pharmacies.

Cependant, le fait de ne pas posséder chez soi la contraception d'urgence peut entraîner un retard dans la prise du comprimé. Or, l'efficacité de la contraception d'urgence dépend de son délai de prise après un rapport sexuel non protégé ou après un échec d'une méthode contraceptive.

De plus, lorsque la jeune femme s'aperçoit de la nécessité de prendre la contraception d'urgence, il faut parfois rechercher les pharmacies de garde ce qui complique la prise en charge. Seulement 23,6% des adolescentes connaissent le délai maximum d'efficacité de 72h.

Selon les recommandations de l'ANAES de 2004, la prescription d'une contraception d'urgence en avance pour pallier un éventuel échec n'est à envisager qu'au cas par cas.

### Les informations données par les médecins après la prescription

#### La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Dans notre étude, 100% des médecins donnaient la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule lors de la consultation.

Cependant, 70% des conduites à tenir des médecins généralistes et 78% des conduites à tenir des gynécologues ne correspondaient pas aux recommandations de l'ANAES de 2004 (Annexe 3).

Concernant cette question, la conduite à tenir était considérée comme correspondant aux recommandations lorsque toutes les données étaient présentes. C'est pour cette raison que j'ai précisé les conduites à tenir qui ne correspondaient pas aux recommandations par, principalement, des conduites à tenir non complètes et non détaillées.

Deux principales raisons expliquent le pourcentage important de conduites à tenir non complètes.

La première raison évoquée est le fait que les médecins n'informaient pas sur la nécessité d'enchaîner les plaquettes (en n'effectuant pas l'intervalle libre) lorsque l'oubli était situé dans la dernière semaine de la plaquette.

La deuxième raison était le fait que les médecins préconisaient la méthode de rattrapage en cas de rapports sexuels dans les 3 jours et non pas dans les 5 jours précédant l'oubli comme le préconisait les recommandations.

Les conduites à tenir non détaillées correspondaient à celles où les médecins notaient uniquement « selon les recommandations » ou « pilule du lendemain » sans précision.

De nombreux médecins conseillaient aussi à la jeune femme de téléphoner à leur cabinet. Ce conseil peut s'avérer difficile à suivre de par l'occupation importante des médecins et la possibilité de fermeture du cabinet.

Notre étude qui a mis en évidence que 100% des médecins informaient les jeunes femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule peut être comparée à une autre étude interrogeant les jeunes femmes [17] : A la question « Votre médecin vous a-t-il informée de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ? », 60,5% des adolescentes en avaient été informé lors de la consultation pour une première prescription de contraception.

Cette différence entre l'information donnée par les médecins et l'information comprise et intégrée par les adolescentes met en évidence l'importance de remettre en fin de consultation un document écrit expliquant le fonctionnement du mode contraceptif choisi, de la conduite à tenir en cas d'oubli et un site internet ou un numéro à contacter en cas de besoin.

De plus, la consultation est souvent très dense et riche en informations que l'adolescente aura pu oublier.

#### Quand débiter la contraception

Le quick start est une méthode qui permet de débiter la contraception à tout moment du cycle en se protégeant avec des préservatifs pendant 7 jours.

Cette méthode est très peu connue par les médecins puisque dans notre étude, 64% des médecins généralistes et 26% des gynécologues ne connaissaient pas le quick start.

Or, lors de la période de l'adolescence, tout se vit sur le mode de l'urgence et du passage à l'acte.

Le fait de proposer à l'adolescente de débiter sa contraception dès le jour de la consultation et non le premier jour de ses règles pourrait peut-être diminuer le risque de rapports sexuels sans contraception.

### Le fonctionnement d'un préservatif

Selon le baromètre santé 2005, concernant les femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont recours à la contraception d'urgence, 40% évoquent un problème avec le préservatif.

Ces chiffres témoignent de l'importance de l'information des adolescentes concernant le fonctionnement du préservatif.

Dans notre étude, 85% des médecins généralistes et 90% des gynécologues ne montraient pas et n'expliquaient pas les fonctionnements des préservatifs féminins et masculins.

Ces chiffres témoignent de la difficulté qu'éprouvent les professionnels pour aborder la sexualité, les pratiques sexuelles et l'intimité des adolescentes.

Lors d'une première consultation pour une prescription de contraception, il pourrait être intéressant et bénéfique pour l'adolescente d'avoir ces explications, ce qui lui permettrait de mieux maîtriser et s'approprier ce mode contraceptif.

# CONCLUSION

## **7 Conclusion**

Le déroulement de la première consultation pour une prescription de contraception est décisif, car il influe sur les comportements futurs des jeunes femmes.

C'est une consultation qui prend du temps car elle nécessite de dialoguer avec l'adolescente sur sa sexualité et sur les représentations qu'elle a de la contraception, de l'informer de tous les moyens contraceptifs existants, de lui enseigner le fonctionnement de la contraception prescrite et de ses modalités de rattrapage.

La consultation pour une première prescription de contraception est encore crainte par les adolescentes, or elle a pour rôle de créer une relation de confiance et d'instaurer le dialogue.

Pour proscrire ces appréhensions, il semble nécessaire de différer les examens gynécologiques et les frottis cervico-vaginaux. Hors contexte particulier, il n'y a pas d'urgence dans la réalisation de ces examens. Les frottis sont ainsi réalisés trop précocement et donc inutiles car non informatifs.

La prescription de la pilule de façon systématique, chez une jeune femme ne présentant aucune contre-indication, semble être à exclure.

Il existe de nombreux autres moyens contraceptifs nécessitant une observance moins contraignante, comme l'anneau vaginal, le patch, l'implant et le stérilet, qu'il pourrait-être intéressant de promouvoir auprès de ces jeunes femmes.

Cependant, le coût de ces moyens contraceptifs semble être un frein dans leur délivrance et leur utilisation. Aussi la gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs pour les mineures semble requise pour faire évoluer et changer les prescriptions des professionnels.

D'après l'enquête menée auprès des médecins généralistes et des gynécologues, il semble que la formation initiale et la formation continue des médecins restent à améliorer. Il est pourtant primordial que ces professionnels de santé prenant en charge les jeunes femmes soient formés sur les spécificités de l'adolescence ainsi que sur les nouvelles recommandations.

Notre étude a révélé l'importance d'améliorer les pratiques des médecins généralistes et des gynécologues afin que leurs prescriptions de contraception soient adaptées à chaque adolescente.

Le fait d'appliquer ces changements de pratique aux adolescentes mais plus généralement à toutes les femmes, pourrait permettre de réduire les échecs de contraception, les IVG et les grossesses non prévues et ainsi tenter de résoudre le paradoxe français<sup>3</sup> relatif à la contraception.

---

3 Le paradoxe français relatif à la contraception : un nombre de recours aux IVG élevé, et ne diminuant pas malgré une diffusion massive des méthodes contraceptives.

# BIBLIOGRAPHIE

## 8 Bibliographie

1) Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2007, 35,n°10: 952-67.

2) Dolto F, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris : Hatier;1989.

3) Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Préface de Jeannette Bougrab. Paris : Odile Jacob; 2012.

4) Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée, in *Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé [consulté le 10/10/2011].

Disponible à partir de : URL : <http://www.previh-anrs.fr/spip.php?article3>

5) AFSSAPS, INPES, ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *Recommandations pour la pratique clinique*. Paris: ANAES; 2004. [Consulté le 24/10/2011].

Disponible à partir de : URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_contraception\\_vvd-2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf)

6) Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). N°RM2009-112P. Paris : IGAS;2009. [Consulté le 15/10/2011].

Disponible à partir de : URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>

7) Equipe COCON « contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, Vol. 18, n°5, 2003.

8) Proux F, Mazuy M, Barbieri M. L'évolution démographique récente en France: les adultes vivent moins souvent en couple. Paris : Institut national d'études démographiques (INED);

2010 : 421-74.

9) Bianchi-Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. Induced Abortion and Psychosexuality. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000;21(4):213-7.

Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Lüdicke F, Bianchi PG, Chatton D, Campana A. Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy. J Psychosom Obstet Gynecol 2001;22:83-90

Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Lüdicke F, Bianchi PG, Chatton D, Campana A. Termination of pregnancy and women's sexuality. Gynecol. Obstet. Invest. 2002;53(1):48-53

10) Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). RM2009–118A. Paris : IGAS;2009.

[Consulté le 12/12/2011]. Disponible à partir de : URL :

<http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportIGASinformation--education-com.pdf>

11) Leveau-Breuilly C. Quels sont les obstacles rencontrés par les généralistes pour l'aide aux choix d'une contraception chez une adolescente? Étude qualitative par analyse thématique de 11 entretiens semi-dirigés. Thèse : Med : Université de Brest-Bretagne occidentale. 2009.

12) Lempert B. Pour que la loi protège l'intime in XIIemes Journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. ANCIC, Marseille, 6-7 juin 1997.

13) Gley Tekaya S. Première prescription de contraception orale à une adolescente : information donnée par le médecin généraliste en Indre-et-Loire en 2005. Thèse : Med : Université de Tours. 2006.

14) Derbanne V, Moula H-Information sexuelle des adolescents français : enquête auprès de 65 médecins généralistes et revue de la littérature, Paris, 2000.

15) Lacotte-Marly E, Gilbert S. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risques. Thèse : Med : Université Descartes (Paris). 2004.

16) Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris : INSERM; 2002.

17) Guyard-Audoin S. Oubli de contraception œstroprogestative : connaissances et pratiques des patientes. Thèse : Med : Université d'Angers. 2007.

# ANNEXES

## 9 Annexes

# ANNEXE 1

**Rapport de I. Nisand, B.Letombe et S. Marinopoulos.**

**« Et si on parlait de sexe à nos ados? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles ». [3]**

Les 18 propositions :

1. Confidentialité constante et crédible de la consultation et de la délivrance de la contraception aux mineures.
2. Gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs et des préservatifs jusqu'à 18 ans (et sous conditions de ressources de 18 à 25 ans) au travers d'un « forfait contraception pour mineures » proposé par l'État aux laboratoires pharmaceutiques volontaires\*.
3. Créations de réseaux pluridisciplinaires d'orthogénie (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières scolaires, conseillers conjugaux, CPEF et MFPP) pour les jeunes couvrant tout le territoire national et formation spécifique des professionnels de santé participant à ces réseaux de prévention. Préparer le corps médical à la pratique de la première consultation en contraception de l'adolescence et la rémunérer sous forme d'un C2 une fois dans la vie de la femme.
4. Application de la loi de 2001 sur l'information à la sexualité en milieu scolaire sous la responsabilité du ministre de l'Éducation nationale assortie d'un contrôle de l'exhaustivité des établissements où la loi est appliquée correctement par les rectorats.
5. Rémunération des professionnels libéraux qui participent à l'application de la loi de 2001 au prorata de leur engagement horaire validé par le réseau pluridisciplinaire d'orthogénie.
6. Pour les enfants en maternelle et primaire, par l'intermédiaire des maîtres des écoles formés dans leur cursus à cette nouvelle mission, dispenser des informations sur la vie affective, émotionnelle, sentimentale et sur le respect de soi-même dans un rapport au corps sexué.
7. Constitution des ressources humaines pour l'information à la sexualité en milieu scolaire.
8. Mesure du taux de grossesses chez les mineures par les ARS dans chaque canton pour savoir où les jeunes femmes sont les plus exposées et y intensifier la prévention.
9. Réorienter les campagnes médiatiques vers les parents.
10. Organiser une résistance institutionnelle, collective et sociétale à la diffusion libre et marchande de la pornographie auprès des jeunes (taxation dissuasive de l'exposition et de la vente de pornographie et information précoce des jeunes sur les dangers de cette addiction).

11. Créer des lieux d'accueil parents-enfants pour qu'une écoute psychologique gratuite, anonyme et sans rendez-vous puisse être offerte à tous les parents quel que soit l'âge de leur enfant\*\* où ils puissent trouver de l'aide quand ils se trouvent en difficulté.
12. Diffuser plus largement le « Double Dutch », contraceptifs + préservatifs, pour contrer l'utilisation exclusive du préservatif en pensant à y associer tous les modes d'administration de la contraception hormonale.
13. Diffuser et prescrire plus largement les contraceptions qui ne dépendent pas de l'observance de la jeune femme.
14. Mettre en avant par l'éducation la responsabilité des jeunes hommes dans la contraception.
15. Informer les parents des lieux où leurs enfants peuvent disposer d'informations, d'aide et d'écoute adaptée dans le domaine de la sexualité.
16. Intégrer une formation à l'éducation sexuelle pour tous les adultes qui encadreront des jeunes (enseignants, BAFA).
17. Uniformiser et clarifier la gestion des centres pouvant venir en aide aux jeunes (intitulé unique).
18. Créer un outil de communication national\*\*\* donnant l'inventaire des centres disponibles pour venir en aide aux jeunes sous la responsabilité de l'INPES

Notes :

\* Ce forfait pourrait être fixé à hauteur approximative de 7€/mois et par mineure pour les contraceptions innovantes ne figurant pas au tableau des produits pharmaceutiques remboursés. Le coût total annuel par mineure serait donc de l'ordre de 80€ s'ajoutant au prix d'une consultation annuelle de renouvellement. Ce coût doit être mis en regard du coût d'une IVG (de l'ordre de 350€) qui ne tient compte ni des frais occasionnés par les suspicions de grossesse, ni de la contraception d'urgence, ni des conséquences psychologiques des IVG des mineures si difficiles à mesurer.

\*\* Sur le modèle de l'association pour la prévention, la promotion de la santé psychique des familles (PPSP) et de son lieu d'accueil « Les pâtes au beurre », un appartement pour les parents, véritable maison de la parentalité créé par un des auteurs en 1999 (SM). Siège social à Nantes en Loire-Atlantique.

\*\*\*Sur le modèle de la plateforme anglaise qui offre un service complet de cartographie des centres, de forum de discussion et de fiches pédagogiques

# ANNEXE 2

## Questionnaire adressé aux gynécologues et aux médecins généralistes

\*Obligatoire

**Êtes-vous? \***

- gynécologue
- médecin généraliste

**Êtes-vous? \***

- une femme
- un homme

**Quel est votre âge? \***

- entre 20 et 30 ans
- entre 31 et 40 ans
- entre 41 et 50 ans
- entre 51 et 60 ans
- plus de 60 ans

**Quel est votre lieu d'exercice? \***

- libéral rural
- libéral urbain
- non libéral

**Depuis combien d'années exercez-vous?**

**Si vous êtes médecin généraliste, combien d'heures d'enseignements sur la contraception avez-vous bénéficié au cours de vos études?**

- moins de 1 heure
- entre 1 et 5 heures
- entre 5 et 10 heures
- plus de 10 heures

**Si vous êtes médecin généraliste, quelle a été la durée des stages que vous avez**

effectués en gynécologie et il y a combien d'années?

**De quand date la dernière formation ou les dernières informations que vous avez eues dans le domaine de la contraception? \***

- de moins d'un an
- entre un an et trois ans
- entre trois ans et cinq ans
- de plus de cinq ans
- de vos études

**Rencontrez-vous des difficultés pour trouver une formation sur ce thème? \***

- oui
- non

**Si vous rencontrez des difficultés, pourquoi?**

**Quels sont les thèmes vis à vis de la contraception qui vous manquent?**

**En moyenne, combien de consultations (tous patients confondus) réalisez-vous par semaine?**

**En moyenne, combien d'adolescentes recevez-vous en consultation par semaine (pour tout type de motifs) ?**

**A combien estimez-vous la proportion des consultations pour la contraception chez les adolescentes par rapport aux autres motifs de consultation?**

**Combien de temps dure en moyenne une consultation pour une première prescription de contraception chez une adolescente? \***

**Si vous êtes médecin généraliste, lorsque les adolescentes consultent pour un autre motif que la contraception ( pour un certificat de sport ou pour une vaccination par exemple), abordez-vous le sujet de la contraception ou questionnez-vous la patiente sur ce sujet?**

- oui
- non

- cela dépend du contexte

**Quel âge ont en moyenne les patientes qui consultent pour une première prescription de contraception? \***

- moins de 15 ans
- entre 15 et 17 ans
- plus de 17 ans

**Les jeunes femmes sont-elles accompagnées d'un tiers? \***

- souvent
- rarement
- jamais

**Cette tiers personne est-elle le plus souvent?**

- le petit ami
- un parent
- une amie
- autre

**Acceptez-vous que le tiers assiste à la consultation? si oui pourquoi? \***

**Au début de la consultation, demandez-vous à la jeune femme si il y a une recherche d'anonymat et de gratuité? Si oui, l'orientez-vous vers un centre de planification? \***

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, questionnez-vous la jeune femme sur son environnement familial, la présence ou non d'une communication avec sa mère ou son père concernant la contraception? \***

- toujours
- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, abordez-vous le sujet de la sexualité avec la patiente ( régularité des rapports sexuels) ? \***

- toujours
- souvent

- rarement
- jamais

**Au début de la consultation, rappelez-vous à la patiente que cette consultation est strictement confidentielle et soumise au secret professionnel? \***

- oui toujours
- le plus souvent
- rarement
- jamais

**Avant toute prescription de contraception, quel(s) est(sont) parmi ce(s) moyen(s) de contraception celui(ceux) pour le(s)quel(s) vous informez la jeune femme de leur(s) mode(s) de fonctionnement? \***

- la pilule
- l'implant
- l'anneau vaginal
- le patch
- le stérilet
- le préservatif féminin
- le préservatif masculin

**Que prescrivez-vous le plus souvent en première intention chez une jeune femme sans antécédents particuliers qui désire une contraception? \***

- une pilule oestroprogestative microdosée
- une pilule oestroprogestative minidosée
- une pilule oestroprogestative normodosée
- une pilule progestative
- un implant
- un anneau vaginal
- un patch
- un stérilet
- un préservatif masculin
- un préservatif féminin
- une autre méthode

**Dans le cas où vous prescrivez une pilule, demandez-vous à la jeune femme si elle se sent capable de prendre un médicament tous les jours à heure fixe?**

- toujours
- parfois
- rarement
- jamais

**Dans le cas où vous prescrivez une pilule, privilégiez-vous une pilule remboursée?**

- oui
- non
- cela dépend du contexte

**Abordez-vous avec la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule? \***

- oui
- non

**Si oui, que lui conseillez-vous en cas d'oubli de pilule?**

**Connaissez-vous le quick start? \***

- oui
- non

**Dans le cas où vous prescrivez une pilule, à quelle date proposez-vous à la jeune femme de commencer sa pilule?**

- le premier jour des règles
- à tout moment

**Dans le cas où vous prescrivez une pilule, proposez-vous une association pilule et préservatif pendant une certaine période? si oui quelle durée soumettez-vous?**

**Dans le cas où vous prescrivez un implant, est-ce vous qui le posez?**

- oui
- non

**Dans le cas où vous prescrivez un stérilet, est-ce vous qui le posez?**

- oui
- non

**Lorsque vous prescrivez une première contraception, pour quelle durée réalisez-vous l'ordonnance? \***

- un mois
- trois mois
- un an
- trois ans

- autre durée

**Prescrivez-vous la contraception d'urgence de façon systématique? si non pourquoi? \***

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, parlez-vous du vaccin contre le cancer du col de l'utérus? \***

- oui
- non

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, montrez-vous un préservatif masculin ou féminin à l'adolescente pour lui en expliquer le fonctionnement? \***

- oui
- non

**Lors de ce type de consultation, abordez-vous le sujet des IST? \***

- oui
- non

**Dans le cas où vous prescrivez un stérilet, proposez-vous un prélèvement à la recherche d'éventuelles IST?**

- oui
- non

**Si vous prescrivez un bilan sanguin, dans quel délai demandez-vous à la patiente de l'effectuer?**

- avant de débiter la contraception
- trois mois après le début de la contraception
- dans l'année qui suit le début de la contraception
- autre délai

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, prenez-vous la tension? \***

- oui
- non

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception, demandez-vous à la patiente de se peser? \***

- oui
- non

**Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception sans particularité (interrogatoire normal et aucun antécédents particuliers chez la jeune femme), quelle est votre conduite à tenir? \***

- vous effectuez un examen des seins
- vous effectuez un toucher vaginal
- vous effectuez un examen de la vulve
- vous posez un speculum pour examiner le col
- vous ne pratiquez aucun examen gynécologique

**A partir de quand faites-vous le premier frottis? \***

- lors de cette première consultation de contraception
- lors de la consultation pour le premier renouvellement de la contraception
- dans l'année qui suit les premiers rapports sexuels
- environ trois ans après les premiers rapports sexuels
- environ cinq ans après les premiers rapports sexuels
- environ sept ans après les premiers rapports sexuels
- autre délai

**En fin de consultation, remettez-vous un document écrit à la patiente résumant des informations concernant la contraception? \***

- oui
- non

**Si oui, quelles sont les informations qui apparaissent sur ce document?**

- des explications concernant l'utilisation de la pilule
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule
- la conduite à tenir en cas de rupture de préservatif
- la conduite à tenir en cas de troubles digestifs
- des conseils pour débiter sa contraception
- un site internet ou un numéro de téléphone en cas de questions
- des explications concernant l'implant
- des explications concernant le stérilet
- des explications concernant l'anneau vaginal
- des explications concernant le patch
- des explications concernant l'utilisation d'un préservatif féminin

- des explications concernant l'utilisation d'un préservatif masculin
- des informations sur les IST

**Courrier accompagnant le questionnaire adressé aux gynécologues**

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'école d'Angers (49). Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, sous la direction de Monsieur Fogas Jean-Léonard, je m'interroge sur la première prescription de contraception chez les adolescentes par différents professionnels de santé (gynécologues et médecins généralistes) en Pays de la Loire en 2011. Pour cela, j'ai effectué un questionnaire. Vous trouverez ci-joint une enveloppe timbrée permettant le retour du questionnaire. Je vous remercie d'avance pour votre participation et me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.  
Cordialement.

Maëlle Rochereau  
mail: [maelle.rochereau@laposte.net](mailto:maelle.rochereau@laposte.net)  
0678320596

**Courrier accompagnant le questionnaire adressé aux médecins généralistes**

Madame, Monsieur,

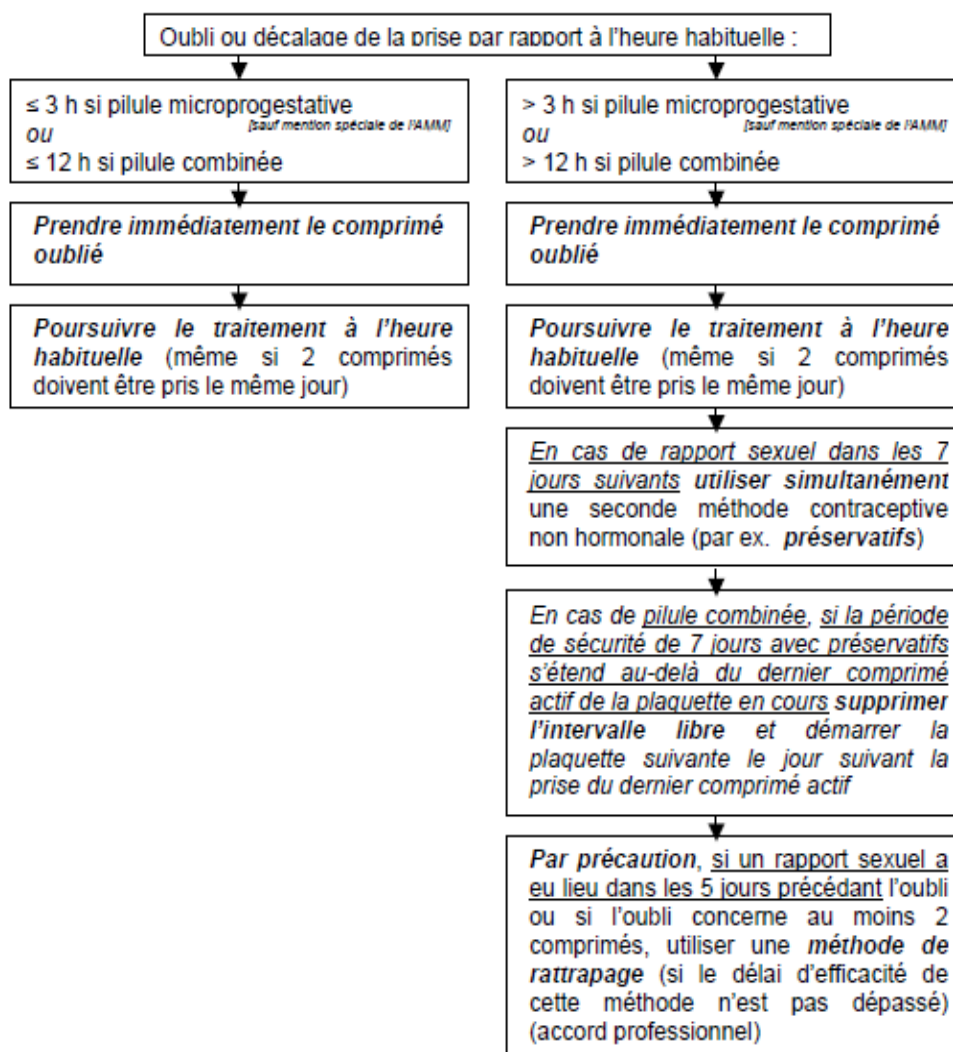
Je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'école d'Angers. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire, sous la direction de Monsieur Fogas Jean-Léonard, je m'interroge sur la première prescription de contraception chez les adolescentes par différents professionnels de santé (gynécologues et médecins généralistes) en Maine et Loire en 2011. Pour cela, j'ai effectué un questionnaire auquel vous pouvez répondre en ligne en cliquant sur le lien ci-dessus.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Maëlle Rochereau

# ANNEXE 3

La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ANAES-AFSSAPS-INPES Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. Décembre 2004)



## 10 Résumé

**Objectifs:** évaluer les pratiques des gynécologues et des médecins généralistes concernant la réalisation des consultations pour une première prescription de contraception chez les adolescentes.

**Matériel et méthode:** un questionnaire a été réalisé à partir des recommandations de l'ANAES de 2004. Il a été envoyé par mail à 250 médecins généralistes des Pays de la Loire (maîtres de stage pour des étudiants en médecine) et par courrier aux 96 gynécologues exerçant en libéral des Pays de la Loire. Le questionnaire permet de recueillir des informations concernant leur formation initiale et continue ainsi que sur le déroulement de la première consultation pour une prescription de contraception : informations données sur les différents moyens contraceptifs existants et sur le fonctionnement de la contraception prescrite et de ses modalités de rattrapage.

**Résultats:** 72 médecins généralistes et 42 gynécologues ont répondu à ce questionnaire. La formation initiale des médecins généralistes est très pauvre en apport dans le domaine de la contraception. La formation continue est donc nécessaire aux professionnels de santé pour qu'ils soient formés sur les spécificités de l'adolescence et sur les nouvelles recommandations.

Notre étude montre que 70% des conduites à tenir en cas d'oubli de pilule données par les médecins généralistes et 78% de celles données par les gynécologues ne correspondaient pas aux recommandations de l'ANAES de 2004.

De nombreux enjeux émanent de la consultation pour une première prescription de contraception car la contraception prescrite doit être la plus adaptée à l'adolescente pour éviter les échecs de contraception, les IVG et les grossesses non prévues.

Aborder la sexualité lors de la consultation est primordiale pour le choix de la contraception. Ce thème est encore difficile à aborder pour les médecins puisque 24% des gynécologues et 17% des médecins généralistes l'évoquent « rarement » ou « jamais ».

**Conclusion :** Les moyens contraceptifs tels que l'anneau vaginal, l'implant, le stérilet ou le patch nécessitant une observance moins contraignante que la pilule sont à promouvoir chez les adolescentes. La gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs pour les mineures semble requise pour faire évoluer et changer les prescriptions des professionnels. La formation initiale et la formation continue des médecins restent à améliorer.

**Mots-clé:** contraception; adolescentes

# Summary

**Objectives:** Assessing the practices of gynaecologists and general practitioners during teenagers' consultations for their first contraception prescription.

**Material and method:** A survey was realised from the recommendations of the ANAES in 2004. It was sent by e-mail to 250 general practitioners from the Pays de la Loire area (training courses supervisors for medical students) and by mail to 96 liberal gynaecologists practising in the Pays de la Loire area. The questionnaire allows to collect information concerning their initial and continuing training and also on the progress of the first consultation for a prescription of contraception: the information given about the current and various contraceptive methods and the functioning of the prescribed contraception and its modalities of catching up.

**Results:** 72 general practitioners and 42 gynaecologists answered to this questionnaire. The initial formation of the general practitioners is very poor in the contraception field. Therefore, the continuing training is needed for the healthcare professionals so that they are trained on the specificities of the adolescence and on the new advice.

Our survey shows that 70 % of the actions to be taken in case of oversight of pill given by the general practitioners and 78 % of those given by the gynaecologists did not correspond to the advice of the ANAES in 2004.

Numerous stakes emanate from the consultation for a first prescription of contraception because the prescribed contraception must be the most adapted to the teenager to avoid the failures of contraception, termination of pregnancy and the unwanted pregnancies. Addressing sexuality during the consultation is essential for the choice of contraception. This theme is still difficult to tackle for the doctors because 24 % of the gynaecologists and 17% of the general practitioners "rarely" or "never" bring it up.

**Conclusion:** The contraceptive methods such as the vaginal ring, the implant, the intrauterine contraceptive device or the patch requiring an observance less binding than the pill should be encouraged among teenagers. Free access of all the contraceptive methods to people under 18 seems required to develop and change the prescriptions of the professionals. The initial and continuing training for the doctors should be improved.

**Key words:** contraception; teenagers