

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

\*\*\*\*\*

ANNEE 2012

MEMOIRE N°

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES ADULTES A  
L'ENTREE A L'UNIVERSITE DE LIMOGES

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

le 14 mai 2012

par

**Camille LAMBOLEY**

née le 7 août 1988, à Périgueux (24)

Dr Caroline BESSE.....Directrice du mémoire  
M. Vincent FOURGEAUD.....Guidant du mémoire

# REMERCIEMENTS

Je remercie ...

L'équipe pédagogique pour son enseignement.

Mon maître de mémoire, le docteur Caroline Besse, gynécologue, pour avoir guidé ma réflexion.

Mon enseignant référent, Vincent Fourgeaud, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et ses relectures attentives.

Les doyens des facultés de médecine et de droit, pour m'avoir permis de mener mon étude.

Tous les étudiants sages-femmes qui m'ont aidé lors de la distribution de mes questionnaires.

Les étudiants ayant participé à cette étude.

Je remercie ...

Ma famille, pour leur amour et leur soutien.

Mes amies et camarades de promotion Marine, Laure et Stéphanie, pour les rires et les larmes partagées pendant ces quatre années.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : A PROPOS DE LA CONTRACEPTION

1. DEFINITIONS
2. HISTORIQUE ET LEGISLATION
  - 2.1 Historique de la contraception
  - 2.2 Législation
3. LES DIFFERENTS TYPES DE CONTRACEPTION
  - 3.1 Les méthodes naturelles
  - 3.2 Les contraceptifs non hormonaux
  - 3.3 Les contraceptifs hormonaux
  - 3.4 La contraception d'urgence
  - 3.5 La contraception masculine
4. LES DIX DERNIERES ANNEES DE COMMUNICATION AUTOUR DE LA CONTRACEPTION
5. INFORMATIONS SPECIFIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS
6. PARADOXE CONTRACEPTIF
  - 6.1 Epidémiologie
  - 6.2 Enjeu par rapport à l'IVG
  - 6.3 Les recommandations actuelles des sociétés savantes

DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. PROBLEMATIQUE
2. OBJECTIFS
3. HYPOTHESES
4. TYPE D'ETUDE
5. POPULATION
6. RECUEIL DES DONNEES
7. TYPE DE VARIABLES
8. ANALYSE

## TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA RECHERCHE

1. REPARTITION DE LA POPULATION
  - 1.1 Sexe
  - 1.2 Age
  - 1.3 Catégorie socioprofessionnelle
  - 1.4 Information
  - 1.5 Statut marital
  - 1.6 Habitudes de vie
2. REPONSE AUX QUESTIONS
  - 2.1 A propos de la contraception
  - 2.2 A propos du préservatif
  - 2.3 A propos de la contraception orale
  - 2.4 A propos du stérilet
  - 2.5 A propos du patch contraceptif
  - 2.6 A propos de l'implant contraceptif
  - 2.7 A propos de l'anneau vaginal contraceptif
  - 2.8 Autoévaluation
  - 2.9 Moyenne

## QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS

1. CARACTERISTIQUE DE NOTRE POPULATION
2. BIAIS DE L'ETUDE
3. POINTS FORTS DE L'ETUDE
4. REPONSE AUX HYPOTHESES
  - 4.1 Hypothèse principale
  - 4.2 Hypothèses secondaires
  - 4.3 Autres variables

## CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

1. REFLEXION AUTOUR DE NOS RESULTATS
  - 1.1 Autours des rapports sexuels
  - 1.2 Importance de la filière d'étude sur les résultats
  - 1.3 La contraception : encore une affaire de femme
  - 1.4 Effet possible de l'âge
  - 1.5 Importance des séances d'information et de prévention
2. VALORISATION DE NOS RESULTATS

3. ACTION DE PREVENTION

4. ORIENTATION ENVISAGEE POUR UNE FUTURE EVALUATION DES CONNAISSANCE

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

TABLE DES MATIERES

# INTRODUCTION

La contraception est un problème majeur de santé publique en France. En effet depuis la loi Veil dépénalisant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en France en 1975, le nombre d'avortements est resté stable, soit 200 000 IVG/an en France. Pourtant les moyens contraceptifs se diversifient pour répondre aux attentes des femmes, se modernisent pour réduire les effets secondaires et les risques pour la santé, et s'améliorent en proposant une efficacité, une acceptabilité ainsi qu'une observance croissante.

Etant donné que les 2/3 des grossesses non désirées surviennent chez des femmes ayant une contraception, on peut légitimement se poser la question d'une méconnaissance ou d'une mauvaise utilisation des différents produits contraceptifs.

En parallèle nous constatons que l'information de santé publique sur la contraception devrait législativement être la même pour tous les élèves du secondaire. Au delà il est intéressant d'étudier s'il existe une différence de connaissances et de pratique autour de la contraception chez ces élèves devenus jeunes étudiants à leur entrée à l'université. Est-ce que le choix d'une filière d'étude conditionne un niveau de connaissance ?

Pour aborder cette réflexion, nous nous intéresserons dans ce mémoire à étudier deux populations distinctes dans leur enseignement, les étudiants en première année des études de santé (PAES), filière santé, et ceux en première année en licence de droit (L1D), filière législative.

Ainsi dans notre première partie, nous présenterons la contraception, d'un point de vue historique puis législatif, en le liant à la problématique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Nous présenterons ensuite le schéma de notre étude, puis dans un troisième moment viendra le temps de la présentation des résultats.

Enfin l'analyse de ces résultats et la discussion nous permettrons de nous projeter dans une éventuelle action locale en santé publique sur la contraception dans ces deux populations.

# PREMIERE PARTIE : A PROPOS DE LA CONTRACEPTION

## 1. DEFINITIONS [1]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à diminuer la probabilité de conception ou visant à l'éviter. »

Elle désigne donc les procédés temporaires et réversibles et s'oppose donc à la stérilisation.

Chaque méthode de contraception doit répondre à quatre critères : l'innocuité, la réversibilité, l'efficacité et l'acceptabilité.

On peut trouver différentes définitions de la santé publique, la plus globale est celle donnée par l'OMS qui la définit comme étant :

« La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par les moyens d'une action collective concerté visant à :

- assainir le milieu
- lutter contre les maladies
- enseigner les règles d'hygiène personnelle
- organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies
- mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé »

La contraception est ainsi de fait une problématique de santé publique, elle est même actuellement en France l'un de ses grands enjeux depuis plusieurs générations comme nous allons le décrire dans un second temps.

## 2. HISTORIQUE ET LEGISLATION [2,3]

### 2.1 Historique de la contraception [4]

L'idée de limiter les naissances date d'il y a très longtemps. Déjà dans les sociétés primitives, il y avait peu de contraception mais beaucoup d'avortements et d'infanticides du fait de la grande ignorance de la physiologie de la reproduction.

Dans l'Antiquité, différents peuples exploitaient des précurseurs des préservatifs, du stérilet, des spermicides et des obturateurs féminins. Est également mentionnée la méthode du retrait, largement utilisée par les civilisations où la responsabilité de la contraception n'était pas laissée qu'aux femmes. En Grèce, la différence entre contraception et avortement est faite entre autres par Hippocrate, c'est-à-dire, que la contraception empêche la formation d'un fœtus, contrairement à l'avortement qui interrompt une grossesse déjà constituée.

Jusqu'au Moyen-âge inclus, il y a peu d'évolution du fait de la grande influence de la religion qui impose un interdit moral important et prône l'abstinence comme seul moyen de contraception.

A la Renaissance, on assiste au renouveau des plaisirs du corps. Cependant, il y a un grand essor de la syphilis donc des moyens sont imaginés ou remis au goût du jour pour s'en protéger. C'est le cas du préservatif en 1564, par Fallope, il est alors constitué de lin imprégné d'herbes.

Aux 17ème et 18ème siècles, il n'y a pas de nouvelles méthodes, seulement une évolution morale. Toutes les femmes ne sont plus d'accord pour avoir autant de grossesses. C'est à cette époque que la contraception commence à être diffusée dans les campagnes.

## 2.2 Législation

Plus récemment, au 20ème siècle, le malthusianisme permet en Grande-Bretagne le début d'une politique de contrôle des naissances et donc de contraception. En revanche, la France veut accroître sa population après la première guerre mondiale, elle adopte donc une politique nataliste et interdit, le 31 juillet 1920, la propagande anticonceptionnelle.

En 1955, apparaît un rapport rédigé par les docteurs Pierre Simon et Hubimont contre la loi de 1920. Le 27 décembre 1967, après de nombreux débats à l'assemblée nationale aussi bien qu'au sénat, la célèbre loi Neuwirth abroge la loi de 1920 et autorise la fabrication et la diffusion des contraceptifs. Ils deviennent accessibles aux mineurs, le 4 décembre 1974.

Finalement, la loi Veil du 17 janvier 1975 autorise l'IVG jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée pour un délai de 5 ans. La loi du 31 décembre 1979 rend la loi Veil permanente et oblige à un enseignement sur la contraception pour les professions médicales.

Au départ, les contraceptifs n'étaient prescrits que par les médecins et les sages-femmes dans certaines situations (post-partum, post-abortum). Pour ces dernières, l'arrêté du 12 octobre 2005 ouvre la prescription médicale de toutes les méthodes contraceptives, sauf le stérilet. La loi du 21 juillet 2009, modifie l'article L4151-1 du code de la santé publique, autorisant ainsi les sages-femmes à prescrire, et à poser, tous les moyens de contraceptions, ainsi qu'à effectuer un suivi gynécologique de prévention pendant toute la vie génitale de la femme. Depuis le 29 décembre 2011, le suivi biologique de la contraception peut être effectué par les sages-femmes, grâce à l'article 44 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, ce qui permet de compléter cette nouvelle compétence et de pouvoir l'exercer pleinement.

De plus certaines dispositions ont été mise en place depuis janvier 2001 pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence tel que la disponibilité de la pilule du lendemain sans ordonnance en pharmacie, et gratuite pour les mineurs. Ces dispositions donnent également la possibilité pour les infirmières scolaires de procurer cette même pilule du lendemain dans certains cas.

Afin de diminuer le nombre d'IVG chez les mineures, le conseil régional d'Ile de France a mis en place depuis avril 2011, avec le soutien du ministère de l'éducation nationale, le « pass contraception » qui permet aux jeunes lycéens de seconde (ou de niveau équivalent en formation professionnelle) de bénéficier d'un accès à la contraception (consultation médicale, délivrance de contraceptif et suivi biologique) de manière anonyme et gratuite. [5]

Depuis la légalisation de l'IVG et la contraception, de grands progrès techniques ont été mis en œuvre pour diversifier l'offre contraceptive. En effet, les premières femmes sous contraceptif ne devaient se contenter que de pilules fortement dosées ou de stérilets inertes, les femmes d'aujourd'hui ont un large choix de contraceptifs différents.

### 3. LES DIFFERENTS TYPES DE CONTRACEPTION [6,7,8]

Les moyens contraceptifs actuellement disponibles sont très variés. De ce fait, chaque couple devrait parvenir à trouver un moyen de contraception qui lui convient.

L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée par l'indice de Pearl, qui représente le nombre de grossesses survenue chez 100 femmes exposées pendant un an.

Les différents contraceptifs peuvent être séparés en 2 catégories : les contraceptifs non hormonaux et les contraceptifs hormonaux, auxquelles peuvent s'ajouter les méthodes dites « naturelles ». [2] Enfin nous dirons quelques mots sur la contraception masculine.

#### 3.1 Les méthodes naturelles

Les méthodes naturelles comportent 2 principaux moyens :

- La méthode du retrait ou du coït interrompu qui consiste à retirer le pénis du vagin avant éjaculation, celle-ci doit avoir lieu à distance de la vulve, pour une meilleure efficacité.

- La méthode d'abstinence périodique repose sur différentes techniques permettant de déterminer la phase fertile du cycle menstruel, et de s'abstenir de tout rapport sexuel pendant cette phase. Ces différentes techniques comprennent la méthode du rythme ou du calendrier (Ogino-Knaus), la méthode des températures, la méthode d'auto-observation de la glaire cervicale (Billings) ou encore la méthode symptothermique.

Il existe peu d'avantages à de telles méthodes, si ce n'est le fait de ne pas utiliser d'hormone, ce qui peut rassurer certaines femmes. En fait les méthodes permettant de déterminer la phase fertile du cycle sont plus efficaces quand les couples cherchent à concevoir un enfant.

Ces méthodes sont peu préconisées par le corps médical car elles sont peu fiables et entraînent donc un fort taux d'échec (indice de Pearl entre 2 et 40), ce qui est le principal inconvénient. Elles sont de plus contraignantes et peuvent même être frustrantes pour le couple.

## 3.2 Les contraceptifs non hormonaux

### 3.2.1 Description

Le principe des moyens contraceptifs non hormonaux est d'éviter une grossesse en agissant à un niveau local, soit en empêchant la rencontre des gamètes, soit en empêchant la nidation de l'œuf. Il en existe 4 principaux :

- Le stérilet ou Dispositif Intra Utérin (DIU), qui comme son nom l'indique est disposé dans l'utérus et modifie les propriétés de la muqueuse utérine, empêchant ainsi la nidation de l'œuf. Ces dispositifs ont une durée d'action de 5 ans en moyenne. La muqueuse utérine retrouve son aspect normal 2 mois après le retrait du dispositif. Il en existe 2 types : les DIU inertes (peu utilisés aujourd'hui) et les DIU au cuivre.
- Les spermicides sont des produits tensioactifs que l'on dispose dans le vagin avant un rapport sexuel et qui détruisent les spermatozoïdes.

- Les obturateurs féminins, comprenant les capes cervicales et les diaphragmes, consistent à empêcher le sperme d'atteindre le col en plaçant un obstacle mécanique dans le vagin.
- Les préservatifs féminins et masculins sont des réservoirs souples, généralement en latex, placés sur la verge ou dans le vagin empêchant ainsi la rencontre des gamètes.

### 3.2.2 Avantages et inconvénients

L'un des avantages de ce type de contraception est qu'il n'y a pas d'apport d'hormone, tout en étant efficace, ils peuvent donc être préconisés pour les femmes pour lesquelles les oestroprogestatifs sont contre indiqués.

Les DIU ont de plus l'avantage non négligeable de supprimer le problème d'observance car ce dispositif est mis en place pour 5 ans en moyenne, ce qui augmente leur efficacité (indice de Pearl entre 0,6 et 3)

Le préservatif, qu'il soit masculin ou féminin, est de plus, le seul moyen de se protéger du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et des autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles). Cependant son efficacité en termes de contraception est moindre que le moyen précédant (indice de Pearl entre 2 et 3)

En ce qui concerne les inconvénients, le DIU au cuivre a tendance à augmenter les saignements menstruel ainsi qu'à favoriser les dysménorrhées.

Le préservatif est assez contraignant dans son utilisation et est coûteux au long cours.

Enfin les obturateurs féminin et les spermicides n'ont pas une efficacité très bonne s'ils sont utilisés seuls (indice de Pearl entre 6 et 30), leur efficacité augmente nettement lorsqu'ils sont utilisés simultanément.

## 3.3 Les contraceptifs hormonaux

### 3.3.1 Description

Les moyens contraceptifs hormonaux empêchent une grossesse en modifiant le cycle hormonal de la femme.

Dans le cas des contraceptifs oestroprogestatifs : le progestatif bloque l'ovulation en inhibant le pic de LH (Hormone Lutéinisante) et a une action anti gonadotrope en inhibant la pulsativité de GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone) hypothalamique. L'éthinyl-estradiol inhibe la sécrétion de FSH (Hormone Folliculostimulante) et inhibe l'activité folliculaire. Le progestatif a également des actions périphériques, il provoque une atrophie de l'endomètre qui le rend impropre à la nidation, il modifie la glaire cervicale et gêne l'ascension des spermatozoïdes.

Dans le cas des micros progestatifs : l'action principale est périphérique, c'est là même que dans les contraceptifs oestroprogestatifs. Il existe de plus une action anti gonadotrope inconstante (50%), en inhibant le pic pré-ovulatoire de LH.

Ces modifications sont réversibles à l'arrêt du contraceptif. Il existe 5 types de contraceptifs hormonaux.

- La contraception orale ou pilule est un comprimé à prendre quotidiennement à heure fixe. Il existe 2 types de pilules : les pilules progestatives qui se prennent sur 28 jours sans interruption entre les plaquettes, et les pilules oestroprogestatives qui se prennent soit sur 28 jours de manière continue, comme les précédentes, soit pendant 21 jours avec un arrêt de 7 jours entre les plaquettes. 31 pilules différentes sont actuellement commercialisées en France, c'est leur dosage en œstrogène et en progestérone qui les différencie les unes des autres, guidant ainsi leur prescription.
- L'implant est un bâtonnet de 4 cm de longueur et 2 mm de large inséré sous la peau du bras non dominant sous anesthésie locale. Il diffuse de la progestérone en continu et sa durée d'action est de 3 ans.
- Le patch contraceptif est un oestroprogestatif à coller soi-même sur la peau 1 fois par semaine pendant 3 semaines. Durant la 4ème semaine, l'absence de patch provoque les règles.
- L'anneau vaginal est un anneau souple en plastique à placer soi-même au fond du vagin. Il diffuse des œstrogènes et de la progestérone à travers la muqueuse vaginale. Il se garde 3 semaines et s'enlève en début de la quatrième semaine ce qui provoque les règles.

- Le stérilet hormonal est un DIU qui modifie la muqueuse utérine en associant une action locale à de la progestérone. Ce contraceptif hormonal a la particularité de ne pas bloquer l'ovulation chez toutes les femmes.

### 3.3.2 Avantages et inconvénients

Le principal avantage de ces méthodes hormonales est d'avoir une très bonne efficacité (indice de Pearl entre 0,05 et 0,5). Le stérilet à la progestérone ainsi que l'implant contraceptif ont de plus l'avantage de supprimer le problème d'observance. Le patch contraceptif et l'anneau contraceptif, même s'ils ne suppriment pas le problème d'observance, le simplifient car il y a moins de prise.

Les inconvénients sont surtout liés aux effets secondaires indésirables. Ces derniers diffèrent en fonction des hormones utilisées.

Pour les contraceptifs oestroprogestatif, ils peuvent entraîner des modifications : de l'hémostase et augmenter ainsi le risque d'accident thrombo embolique, du métabolisme lipidique et entraîner des dyslipidémies, du métabolisme des glucides et favoriser le diabète, le système rénine-angiotensine et provoquer des hypertensions artérielles. Ils peuvent également entraîner des troubles digestifs, une baisse de la libido, une sécheresse vaginale, des mastodynies, des céphalées,...

En ce qui concerne les micros progestatifs, ils ont moins d'effets secondaires indésirables, le principal étant d'entraîner une perturbation du cycle, provoquant ainsi des métrorragies ainsi que des spotting.

## 3.4 La contraception d'urgence

### 3.4.1 Description

Un autre type de contraception doit être citée, c'est la contraception d'urgence qui peut être prise en cas de rapport non protégé ou d'échec contraceptif comme par exemple un oubli de pilule. Il en existe actuellement trois types disponibles en France.

Premièrement la pilule du lendemain ou Norlévo® qui est une pilule fortement dosée en progestérone, administrée en prise unique dans les 72 heures suivant le rapport potentiellement fécondant. Son efficacité dépend du délai d'administration, en effet plus elle est prise tôt après le rapport, plus elle est efficace, dans les 24 heures elle a une efficacité de 95%, alors que dans les 48-72 heures son efficacité est de 58%. Cette pilule est disponible en pharmacie sans ordonnance, et elle est gratuite pour les mineures.

La seconde solution de « rattrapage » est le DIU au cuivre. Pour être efficace il doit être inséré dans l'utérus dans les 5 jours suivant le rapport. Il agit en modifiant la muqueuse utérine qui devient impropre à la nidation. Ainsi, si le rapport a été fécondant l'œuf ne peut pas s'implanter et il n'y a pas de grossesse. Cette méthode d'urgence est généralement moins utilisée car moins connue, des professionnels et du grand public, et elle nécessite une consultation médicale. Elle est pourtant la plus efficace des contraceptions d'urgences (0,1 à 0,2 % de grossesse)

Enfin la dernière contraception d'urgence disponible en France est la pilule EllaOne® qui est composée d'Ulipristal acétate, un modulateur des récepteurs à la progestérone (anti progestérone). Elle est disponible uniquement sur ordonnance et doit être prise dans les 120 heures (5 jours) suivant le rapport potentiellement fécondant, et plus elle est prise tôt, plus elle est efficace, avec une efficacité de 98,5% quand elle est prise dans les 3 jours, et de 97,9% quand elle est prise dans les 5 jours. [9]

### 3.4.2 Avantages et inconvénients

Le principal avantage de ce type de contraception est qu'il peut être pris après la période d'exposition, et donc devrait permettre de diminuer le nombre d'IVG.

Le principal inconvénient est que pour les contraceptifs d'urgences hormonaux, ils entraînent un grand nombre d'effets secondaires. Tels que des troubles digestifs, une asthénie, des céphalées, des vertiges, une tension mammaire, des troubles du cycle (spotting, métrorragie), des douleurs abdominales...

### 3.5 La contraception masculine

Elle est actuellement très peu développée, car malgré la révolution sexuelle dans les années 60, la contraception est restée jusqu'ici principalement une affaire de femmes.

Il existe pour le moment, une méthode de contraception mécanique, le préservatif, qui est de plus le seul moyen de se protéger des IST.

On parle également de vasectomie, qui consiste à rendre imperméables les canaux déférents par une intervention chirurgicale, et ainsi empêcher l'émission de spermatozoïdes lors de l'éjaculation. Cependant ce n'est pas une méthode de contraception mais une méthode de stérilisation du fait de son caractère irréversible.

Des recherches sont en cours en ce qui concerne une contraception hormonale masculine, cependant cette méthode se heurte à plusieurs difficultés : le grand nombre de spermatozoïdes produits chaque jour, arrêter la production de cellules sexuelles mais pas celle des hormones masculines, avoir une action réversible...

Cette multitude de moyens contraceptifs n'est pas forcément connu du grand public. Il appartient aux professionnels médicaux d'exposer ces possibilités aux patientes ou aux couples lors des consultations en vue d'obtenir une contraception. Pour les y aider des campagnes de communication officielles et nationales sont régulièrement menées par différents ministères ainsi que par des organismes officiels tels que l'Inpes, etc...

## 4. LES DIX DERNIERES ANNEES DE COMMUNICATION AUTOUR DE LA CONTRACEPTION [10]

Ces dernières années, une multitude de campagne de communication sur la contraception visant le grand public et les professionnels de santé ont été mises en place. La fréquence de ces campagnes souligne à elle seule le problème de santé publique majeur qui se pose.

En janvier 2002, le ministère de l'emploi et de la solidarité, le secrétariat d'état aux droits des femmes et le ministère délégué à la santé lance une campagne dont le message est « La contraception : ne laissez pas l'imprévu décider à votre place. »

A partir d'octobre 2007, une campagne a pour objectif principal d'expliquer qu'une contraception efficace est une contraception que l'on choisit et qui est adaptée à sa situation personnelle et affective. Son slogan est « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ».

En avril 2008, le ministère de la santé de la jeunesse et des sports et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) lancent également une campagne qui vise à favoriser le dialogue vers le bon usage de la contraception chez les jeunes, à promouvoir la diversité de l'offre contraceptive auprès du grand public, et à mobiliser et accompagner les professionnels de santé et les relais de terrain agissant auprès des publics en situation vulnérable. Le message de cette campagne est « Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous » et ainsi a été créé le numéro de téléphone Fil santé jeune qui est un numéro gratuit et anonyme.

En septembre 2009, une campagne est diffusée dont le slogan est « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?... Plus d'info sur [choisirmacontraception.com](http://choisirmacontraception.com) ». Cette campagne menée par l'INPES et le ministère de la santé a pour but de remobiliser les 18-30 ans autour de la contraception. Son objectif est à la fois de favoriser le dialogue au sein du couple, de poursuivre la lutte contre les idées reçues et de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive. L'accent est

donc mis sur l'implication des hommes autour de cet enjeu qui concerne le couple et pas seulement la femme.

En 2010 le ministère de la santé et des sports et l'Inpes lancent une nouvelle campagne de communication sur la contraception. La campagne «Contraception : filles et garçons, tous concernés !» destinée aux 13-19 ans, est un dispositif qui vise à sensibiliser sur les risques et les conséquences d'une grossesse non désirée survenue trop tôt. Cette campagne se compose de spot vidéo et radio qui renvoient vers une page internet intitulée «Trop tôt pour avoir un bébé». [11]

## 5. INFORMATIONS SPECIFIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS

La circulaire du ministère de l'éducation nationale du 17 février 2003, prévoit un minimum de 3 séances d'information et d'éducation à la sexualité pour chaque élève de collège et lycée dans le courant de l'année scolaire, soit 21 au total durant les études secondaires. Ces séances de groupe ont pour but de répondre aux questions que peuvent se poser les adolescents sur le thème de la sexualité en adoptant un discours adapté à cette population. C'est aussi un moment privilégié pour faire de la prévention par rapport aux IST, et notamment au VIH, ainsi que par rapport aux grossesses non souhaitées en abordant les différentes contraceptions, dont la contraception d'urgence [12]. Elles sont animées, soit par le personnel de l'établissement scolaire, tel que les professeurs de SVT (Sciences de la Vie et de la Terre) et les infirmières scolaires, soit par des intervenants extérieurs grâce à des partenariats avec des associations ou avec les centres de planification et d'éducation familiale.

L'objectif est également d'amener les adolescents à se poser des questions à propos de la contraception et de leur fournir des éléments fiables pour trouver leurs réponses. Ces séances permettent également d'orienter les adolescents vers un parcours de soin (ex : centre de planification familiale)

En plus de ces séances obligatoires et des campagnes officielles, les adolescents ont d'autres ressources pour trouver des informations sur la

sexualité et la contraception. Les parents ont certainement un rôle à jouer à ce niveau-là. D'autre part, d'autres adultes de l'entourage, comme l'infirmière scolaire, le médecin traitant, ou plus largement des connaissances, ou encore des frères et sœurs plus âgés, peuvent également être « consultés » par l'adolescent en cas de besoin. Un autre moyen très utilisé par les adolescents pour trouver des informations est Internet. Néanmoins le recours à ces moyens est difficilement observable et quantifiable.

Ce nombre croissant de campagnes de communication sur la contraception vise à améliorer les connaissances sur le sujet, à diminuer le nombre d'IVG sur des populations cible en France et ainsi à palier au « paradoxe contraceptif » que nous allons maintenant décrire.

## 6. PARADOXE CONTRACEPTIF [13]

En France, malgré l'utilisation d'un moyen de contraception par une très large majorité de femmes (75%), le nombre d'IVG ne diminue pas.

### 6.1 Epidémiologie [14]

En 2009, le rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur les statistiques des IVG et de la contraception nous rapporte les chiffres de 2007. Le taux d'IVG reste stable à 227 000 IVG en 2007 soit un taux de 15,2 pour 1000 femmes.

80 % des avortements concernent les femmes de 20 à 40 ans. Celles de 20 à 24 ans ont le plus souvent recours à l'IVG (27 IVG pour 1000 femmes), suivies par les femmes de 18 à 19 ans (24 IVG pour 1000 femmes). Cela représente 33 % des IVG françaises en 2007, soit un tiers, concernant les jeunes adultes.

## 6.2 Enjeu par rapport à l'IVG [15]

L'IVG concerne les femmes de toutes les catégories sociales, de tous les niveaux de formation, de toutes les classes d'âge durant la période de fécondité, ce qui complexifie la problématique.

En parallèle, le processus amenant un couple à avoir recours à l'IVG est complexe. Il débute par une absence de contraception ou un échec de celle-ci. L'origine de l'échec contraceptif est variée. Il peut s'agir d'un oubli de pilule, d'un accident de préservatif, d'un changement de contraception dans les mois précédents. Cet échec peut peut-être également venir du fait que la contraception d'urgence n'est pas un réflexe pour tous les couples. Il faut ensuite faire le choix de ne pas poursuivre la grossesse, et enfin il faut avoir accès au système de soins dans les délais impartis par la loi.

Les couples ont de plus en plus recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Ceci peut s'expliquer par une logique sociale de la grossesse. Actuellement pour qu'une grossesse soit socialement acceptée dans les pays occidentaux industrialisés, elle doit arriver dans un contexte économique, matériel et relationnel, stable et favorable. L'enfant est « programmé » et la parentalité choisie. C'est l'idée du « un enfant si je veux, quand je veux » célèbre slogan du planning familial.

## 6.3 Les recommandations actuelles des sociétés savantes

Pour tenter de résoudre ce "paradoxe contraceptif français", l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), puis l'HAS, en collaboration avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont publié, une série de recommandations visant à améliorer les "stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme". [13]

Comme les échecs de contraception sont souvent liés à une inadéquation entre la méthode utilisée et les conditions de vies sociales, affectives et sexuelles des femmes et parce qu'une contraception sera d'autant mieux utilisée qu'elle a été choisie par la femme, adaptée à son mode de vie et non imposée par le professionnel médical, il est recommandé aux professionnels de

santé de ne pas limiter leurs consultations et leurs prescriptions aux seuls critères médicaux.

Prendre le temps d'écouter la patiente, expliquer le choix qui s'offre à elle, ne pas lui faire subir, si elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux, des examens gynécologiques dès le premier entretien, la contraception doit avant tout être affaire de dialogue. Une attention particulière doit être apportée aux adolescentes, qui pourront être reçues sans leurs parents, écoutées sans à priori, dans le contexte particulier de leur adolescence.

Ces recommandations sont l'occasion de mettre à mal un certain nombre d'idées reçues et de bousculer la « norme contraceptive » qui prévaut en France : préservatif lors de l'entrée dans la sexualité, puis pilule et enfin stérilet lorsqu'on a eu des enfants. Ce schéma, très figé, est dû notamment à une hyper-médicalisation de la contraception et à l'influence du marketing de l'industrie pharmaceutique.

Or, les DIU ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou plusieurs enfants. Il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention très efficace. Pour le docteur Yves Le Noc, président du groupe de travail de L'Anaes sur « les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », "le stérilet est sous-utilisé en France et doit être valorisé", d'autant qu'il élimine les problèmes d'observance, dont nous savons qu'elle est vecteur d'IVG.

Quant à la contraception œstroprogestative, il n'y a aucune raison de privilégier tel ou tel type de pilule, car toutes les générations de pilules sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique.

Il ne faut pas non plus oublier les « nouveaux » moyens de contraception tel que l'implant contraceptif, le patch ou encore l'anneau vaginal, qui peuvent mieux correspondre à certains couples que la classique pilule.

Les professionnels de santé sont aussi appelés à informer préventivement leurs patientes des possibilités de rattrapage offertes par la contraception d'urgence.

# DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

## 1. PROBLEMATIQUE

Pour pouvoir diminuer le nombre d'IVG en France, il faudrait pouvoir diminuer le nombre de grossesses non prévues. Si nous recherchons à quoi ces dernières sont imputables, nous pouvons évoquer un manque d'information pouvant conduire à de mauvaises pratiques, ou encore des méthodes inadaptées aux personnes et à leur mode de vie.

L'information, et sa bonne compréhension, apparaissent comme un des piliers contre le risque de développer une grossesse non souhaitée.

Il est donc légitime de se demander quelle est la portée de toute l'information reçue dans le domaine de la contraception et ce qu'il en reste à l'entrée dans la vie adulte.

## 2. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'effectuer un bilan des connaissances de la pratique de la contraception en première année d'université dans deux filières différentes.

L'objectif secondaire est de savoir si certaines caractéristiques personnelles (filière, âge, sexe, origines socioéconomique) prédisposent à un niveau de connaissances.

## 3. HYPOTHESES

Concernant l'évaluation du niveau des connaissances, évalué par un questionnaire noté sur 20, l'hypothèse principale est qu'il n'y aura pas plus de 25% des étudiants des différentes filières qui auront de bonnes connaissances en contraception.

Nous considérons qu'une note de 15/20 est nécessaire pour affirmer que les étudiants ont de bonnes connaissances pratiques de la contraception. Cette note est minimale dans le sens où par exemple, elle signifie qu'une personne sait quelle attitude adopter devant une situation pratique fréquente et potentiellement à risque de grossesse (exemple : oubli de pilule).

Nous avons dégagé des hypothèses secondaires :

- La moyenne représentant le niveau de connaissances des étudiants en santé est supérieure à celle représentant les étudiants en droit.
- Les femmes ont significativement de meilleurs résultats que les hommes.
- Il existe une différence significative entre le niveau de connaissances en fonction de l'origine socio-économique des étudiants.

## 4. TYPE D'ETUDE

L'étude effectuée est locale, transversale et descriptive. Cela permet de faire le point des connaissances à un moment précis de la vie des étudiants.

## 5. POPULATION

La population cible est composée de jeunes adultes en première année à l'université de Limoges. Ces étudiants ont entre 18 et 24 ans. Rappelons que ce choix s'est porté car 1/3 des IVG françaises sont effectuées dans la population des jeunes adultes.

La population source est composée des étudiants inscrits en L1D (1<sup>ère</sup> année de Licence de Droit) (617 étudiants) et en PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) (961 étudiants) à Limoges.

Les critères d'inclusion :

- Age compris entre 18 et 24 ans
- Inscription en première année à la faculté de Limoges

Les critères d'exclusion :

- Age inférieur à 18 ans et supérieur à 24 ans
- Non compréhension de la langue française

Le nombre de sujets nécessaires pour les deux populations est calculé selon la formule :

$$1,96^2 \times (0,25 \times 0,75) / 0,25^2 = 288$$

## 6. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données se fait par auto-questionnaire [I] qui cible les connaissances sur la contraception.

Nous n'avons pas choisi le recrutement par mail ou par lettre pour la raison évidente que selon le cursus, aucun temps ne nous aurait été attribué (exemple : en PACES, à la vue de l'intensité du concours, peu d'étudiants prendront 10 minutes de leur temps sur leur apprentissage ou leur révisions). C'est pour ces constatations que nous nous sommes orientés vers une passation physique de notre questionnaire, qui a eu lieu en amphithéâtre entre 2 heures de cours.

400 questionnaires ont été distribués, 200 aux étudiants en PACES en novembre 2011, et 200 aux étudiants en L1D en janvier 2012. La distribution s'est faite selon le modèle : à un étudiant sur 3 en L1D, et à 1 étudiant sur 5 en PACES. 388 questionnaires ont été récupérés correctement remplis. 20 ont dû être exclus en raison des critères d'exclusions (âge inférieur à 18 ans et supérieur à 24 ans).

Les réponses au questionnaire [II] ont été distribuées aux étudiants ayant participé à cette étude, réalisant ainsi une action de santé publique de prévention primaire.

## 7. TYPE DE VARIABLES

Le critère principal de jugement est le niveau de connaissance, donc la note sur 20 attribuée aux questionnaires.

Il existe différents types de variables : les variables qualitatives et les variables quantitatives.

Les variables qualitatives choisies sont :

**La filière d'étude** : afin de savoir s'il existe une différence significative entre les deux filières d'études

**Le sexe** : afin de savoir s'il existe une différence significative entre les hommes et les femmes et identifier la population la moins réceptive

**L'origine socio-économique** : afin de savoir si l'origine socioéconomique a une influence sur le niveau de connaissance.

**Les sources d'information** : afin de savoir si leurs notes varient en fonction des sources d'information

**Les informations retenues et comprises** : pour permettre de cibler les sujets les moins maîtrisés.

**Le statut marital** : afin de savoir si le fait d'être en couple ou non a une influence sur le savoir.

Les variables quantitatives choisies sont :

**L'âge** : afin de savoir s'il existe une différence significative du savoir en fonction de l'âge.

**Le nombre de séances d'information et d'éducation à la sexualité reçues au collège et au lycée** : afin de savoir si le nombre de séance d'information influe significativement sur le niveau de connaissance.

La comparaison entre l'autoévaluation que l'étudiant fera de ses réponses, noté sur 20 et la note effective attribué en fonction des réponses au questionnaire, rapportée sur 20 : afin de savoir s'ils évaluent correctement leur niveau de connaissance.

## 8. ANALYSE

Les données issues des questionnaires ont été saisies grâce au logiciel Excel. L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel disponible sur le site internet Aly Abbara [16] permettant d'effectuer le test de Khi2.

Les principaux résultats sont exprimés en pourcentages, en notes ou en effectifs.

Le questionnaire correspond à 20 questions sous forme de vrai/faux ou de question à choix multiples. Chaque question est notée sur 1 point.

La notation est faite sur 20, permettant la comparaison à l'autoévaluation sur 20 également.

# TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA RECHERCHE

## 1. REPARTITION DE LA POPULATION

### 1.1 Sexe

Sexe	PACES	L1D	Total
Homme	29%	31%	30%
Femme	71%	69%	70%

Les deux populations sont constituées majoritairement et de façon homogène de femme.

### 1.2 Age

Age	PACES	L1D	Total
18 ans	51%	50%	53%
19 ans	35%	28%	28%
20 ans	10%	13%	12%
+ de 21 ans	4%	9%	7%

La majorité des étudiants des deux populations ont entre 18 et 19 ans.

### 1.3 Catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle du père	PACES	L1D	Total
Agriculteurs exploitants	5%	2%	3%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	17%	12%	15%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	32%	31%	32%
Profession intermédiaires	7%	9%	8%
Employés	17%	19%	18%
Ouvriers	7%	8%	8%
Retraités	6%	6%	6%
Autres personnes sans activités professionnelle	5%	4%	4%
Sans réponse	4%	9%	6%

Catégorie socioprofessionnelle de la mère	PACES	L1D	Total
Agriculteurs exploitants	2%	2%	2%
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	8%	9%	8%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	21%	19%	20%
Profession intermédiaires	13%	14%	13%
Employés	38%	34%	36%
Ouvriers	2%	4%	3%
Retraités	3%	4%	4%
Autres personnes sans activité professionnelle	12%	11%	12%
Sans réponse	1%	3%	2%

Les effectifs de nos deux populations sont similaires dans les différentes catégories socioprofessionnelles. Cependant les effectifs étant trop petit pour permettre une analyse dans certaines catégories, nous les avons regroupées en deux groupes.

D'un coté les conditions socioéconomiques plutôt faibles, regroupant les agriculteurs exploitants, les employés, les ouvriers, les retraités et les autres personnes sans activité professionnelle.

De l'autre les conditions socioéconomiques plutôt favorables, regroupant les artisans, les chefs d'entreprise, les cadres, les professions intermédiaires et intellectuelles supérieures

Conditions socioéconomique du père	PACES	L1D	Total
Plutôt faibles	39%	39%	39%
Plutôt favorables	57%	52%	54%
Sans réponses	4%	9%	7%

Conditions socioéconomique de la mère	PACES	L1D	Total
Plutôt faibles	57%	55%	56%
Plutôt favorables	42%	42%	42%
Sans réponses	1%	3%	2%

Les effectifs des deux populations sont similaires dans ces différents groupes.

## 1.4 Information

Nombre de séance d'information	PACES	L1D	Total
Aucune	7%	8%	8%
1 à 2	55%	52%	53%
3 à 4	32%	34%	33%
Plus de 5	6%	6%	6%

Moins de 8% des étudiants de chaque population n'ont eu aucune séance d'information sur la sexualité et sur la contraception durant leurs études secondaires. De même, il y a 6% de ces 2 populations qui ont eu plus de 5 séances d'information.

Les étudiants issus de ces populations, ont eu pour la plupart entre 1 et 4 séances d'information durant leurs études secondaires.

Avec qui parlez-vous de contraception ?	PACES	L1D	Total
Médecin	51%	49%	50%
Famille	63%	56%	60%
Autre : Amis	17%	22%	20%
Autre : Partenaires	6%	4%	5%

Le total des réponses à cette question est supérieur à 100% car plusieurs réponses étaient possibles. Il y a cependant 17% des PACES et 22% des L1D qui ne parlent pas de contraception avec l'entourage que nous leur avons proposé.

Entre 51 et 63% des étudiants de ces deux populations, parlent de contraception avec leur médecin et/ou leur famille.

Ils sont entre 17 et 22% à en parler avec des amis, et 4 à 6% en parle à leur partenaire seulement.

Avez-vous fait des recherches personnelles sur la contraception ?	PACES	L1D	Total
Internet	30%	38%	34%
Brochures	39%	33%	36%
Notices	32%	26%	28%
Autre : cours de SVT	1%	2%	2%

Le total des réponses à cette question avoisine les 100%, mais tous les étudiants n'ont pas fait de recherche sur le sujet, en effet pour cette question,

plusieurs réponses étaient possibles. 29% des étudiants en L1D et 28% des étudiants en PACES interrogés n'ont pas fait de recherche sur le sujet.

Chez les étudiants de PACES, les recherches se font majoritairement grâce à des brochures, puis sur les notices et enfin sur internet. Chez les L1D, les recherches se font majoritairement sur internet, puis sur des brochures et enfin grâce aux notices.

Vous estimez vous bien informé sur le sujet ?	PACES	L1D	Total
Oui	92%	92%	92%
Non	6%	7%	7%
Sans réponse	2%	1%	1%

Une très large majorité des étudiants ayant répondu au questionnaire, estiment être bien informé au sujet de la contraception.

## 1.5 Statut marital

Statut marital	PACES	L1D	Total
Couple	26%	30%	28%
Célibataire	74%	70%	72%

Les étudiants interrogés sont majoritairement célibataires. Ils sont 26% à être en couple en PACES, et 30% en L1D.

## 1.6 Habitudes de vie

Utilisez-vous un moyen de contraception ?	PACES	L1D	Total
Oui	76%	78%	77%
Non	18%	18%	18%
Sans réponse	6%	4%	5%

Notre population utilise majoritairement un moyen de contraception, ils sont 76% en PACES et 78% en L1D. On peut noter qu'ils sont entre 4 et 6% à ne pas avoir répondu à cette question.

Quelle contraception utilisez-vous ?	PACES	L1D	Total
Pilule	52%	47%	50%
Préservatif	40%	39%	39%
Anneau	1%	1%	1%
Patch	1%	1%	1%
Sans réponse	28%	27%	27%

Les moyens de contraception les plus largement utilisés sont la pilule contraceptive, avec 52% d'utilisation chez les PACES et 47% chez les L1D. Suivi par le préservatif avec 40% d'utilisation chez les PACES, et 39% chez les L1D. Le préservatif a été cité soit seul, soit avec un autre moyen de contraception, à part égale.

Le patch ainsi que l'anneau sont utilisés par 1% des étudiants de L1D et en PACES. Notons que l'abstinence a été citée par une étudiante en L1D, les spermicides ont également été cités une fois en L1D. L'implant contraceptif, a lui été cité une fois par une étudiante en PACES.

Quel professionnel vous a prescrit votre contraception ?	PACES	L1D	Total
Médecin généraliste	36%	32%	34%
Gynécologue	21%	25%	23%
Sage-femme	1%	0%	0%
Sans réponse	42%	43%	43%

Le grand nombre de non réponse est dû au fait que ceux qui n'ont pas de contraception ainsi que ceux qui utilisent les préservatifs, n'ont pas répondu à cette question.

La majorité des étudiants se font prescrire leur contraception par leur médecin généraliste, soit entre 32 et 36% dans chaque filière. 21% des PACES et 25% des L1D ont leur contraception prescrite par un gynécologue.

Avez-vous des rapports sexuels réguliers ?	PACES	L1D	Total
Oui	39%	54%	47%
Non	59%	44%	51%
Sans réponse	2%	2%	2%

39% des étudiants en PACES ont des rapports sexuels réguliers, contre 54% en L1D.

Avez-vous un partenaire fixe ?	PACES	L1D	Total
Oui	41%	44%	43%
Non	57%	54%	55%
Sans réponse	2%	2%	2%

41% des étudiants en PACES ont un partenaire fixe, et ils sont 44% en L1D.

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non protégés ?	PACES	L1D	Total
Oui	30%	39%	35%
Non	67%	58%	62%
Sans réponse	3%	3%	3%

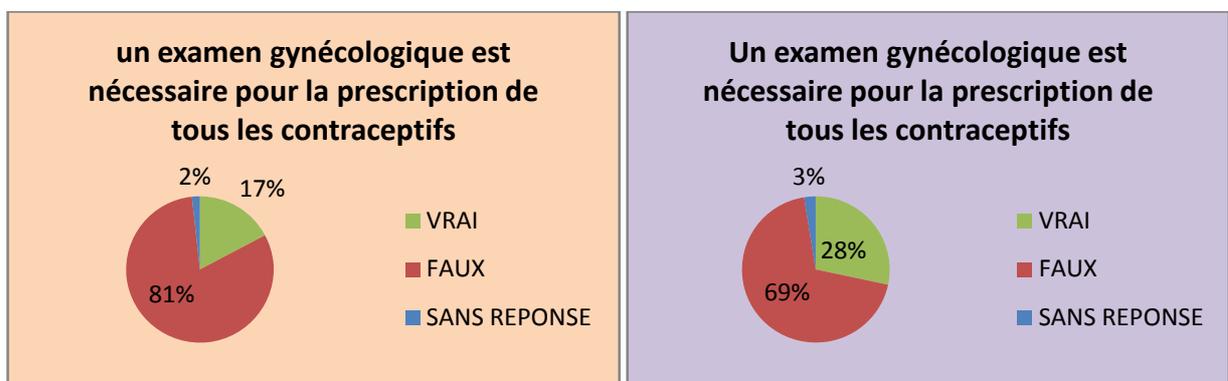
30% des étudiants en PACES ont déjà eu des rapports sexuels non protégés, contre 39% des étudiants en L1D.

## 2. REPONSE AUX QUESTIONS

Pour plus de lisibilité, les réponses justes, seront toujours représentées par la couleur verte . De la même manière, les graphiques représentant les réponses des étudiants en PACES auront un fond orange  et ceux représentant les étudiants en L1D par un fond violet .

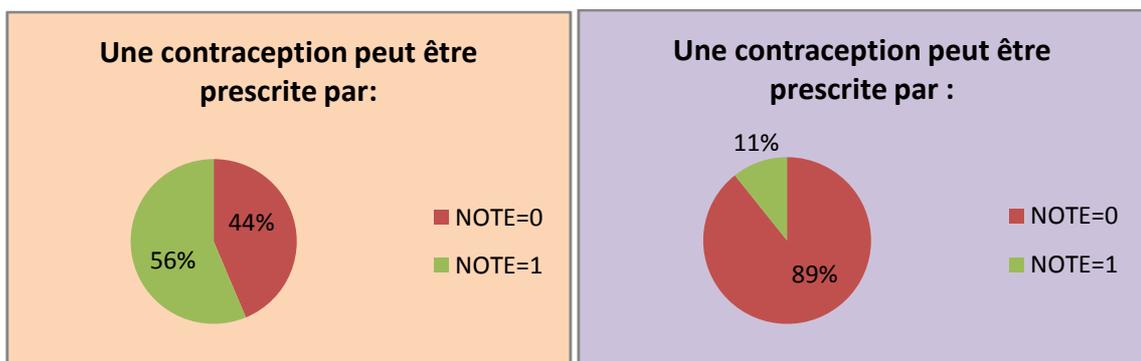
### 2.1 A propos de la contraception

#### 2.1.1 Un examen gynécologique est nécessaire pour la prescription de tous les contraceptifs : FAUX

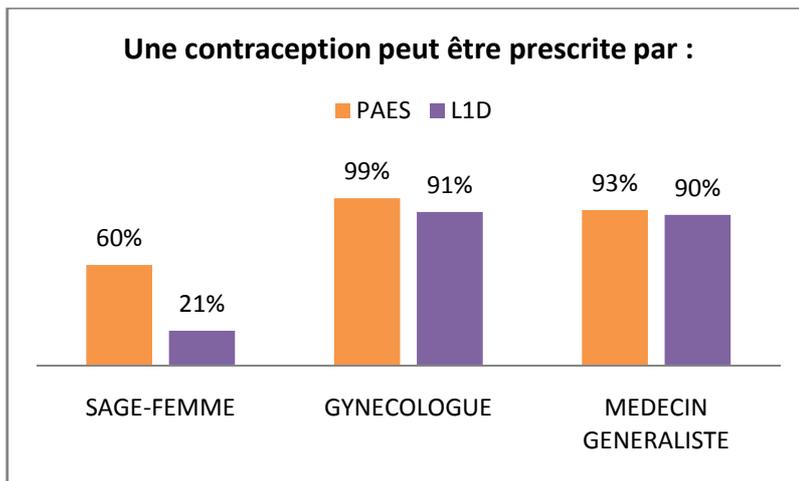


17% des étudiants en PACES, pensent qu'un examen gynécologique est nécessaire pour avoir une contraception. Ils sont 28% en L1D.

#### 2.1.2 Une contraception peut être prescrite par : UN MEDECIN GENERALISTE, UN GYNECOLOGUE OU UNE SAGE-FEMME

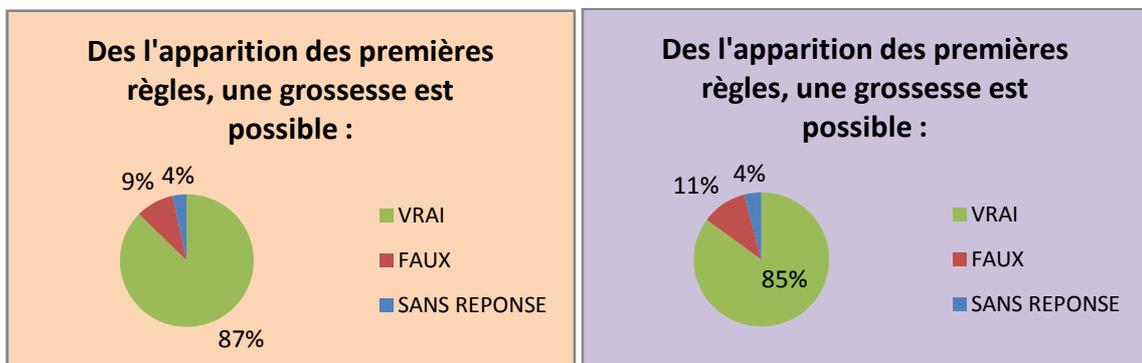


Les étudiants sont 56% à avoir répondu correctement à cette question en PACES, contre 11% en L1D.



Quand on regarde le détail des réponses à cette question, on remarque que la grande majorité des étudiants des deux filières savent que les médecins généralistes ainsi que les gynécologues peuvent prescrire une contraception. Pour ce qui est de la prescription par les sages-femmes, 60% des étudiants en PACES, savent que c'est possible, contre 21% des étudiants en L1D.

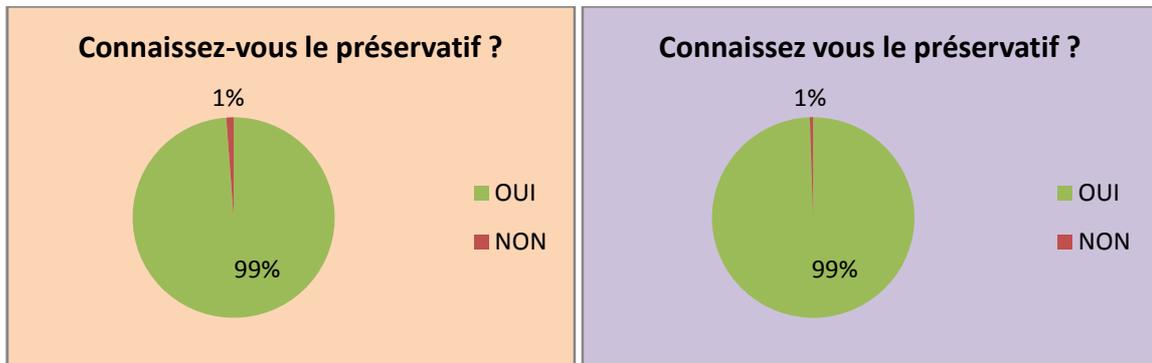
### 2.1.3 Des l'apparition des premières règles, une grossesse est possible : VRAI



87% des étudiants en PACES et 85% des étudiants en L1D ont répondu correctement à cette question. 9% des étudiants en PACES et 11% des étudiants en L1D pensent qu'une grossesse n'est pas possible des les premières règles. On note 4% de non réponse dans chaque population.

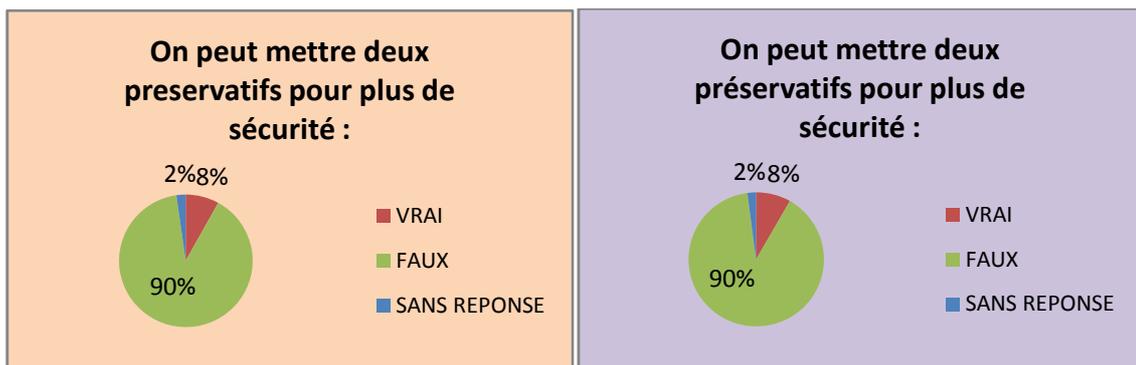
## 2.2 A propos du préservatif

### 2.2.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception ?



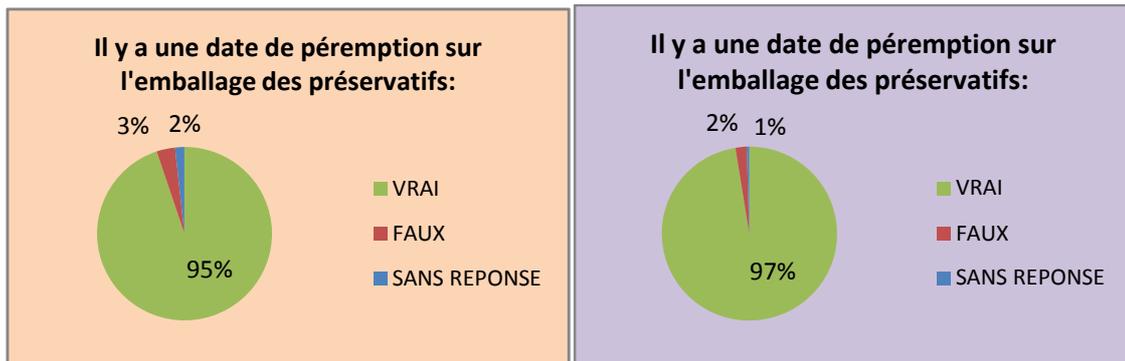
99% des étudiants des deux filières disent connaître le préservatif.

### 2.2.2 On peut mettre deux préservatifs pour plus de sécurité : FAUX



90% des étudiants des deux filières ont répondu correctement à cette question. Il y a 8% des étudiants interrogés qui pensent qu'on peut mettre deux préservatifs pour plus de sécurité. Enfin il y a 2% de non réponse dans les deux populations.

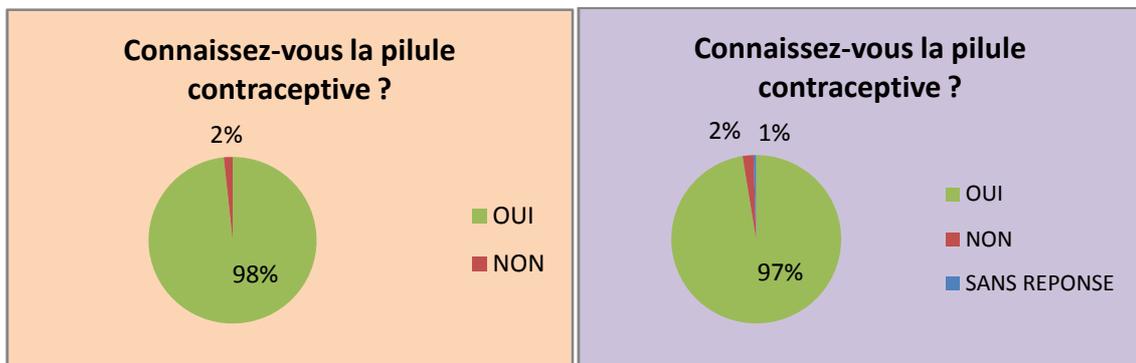
### 2.2.3 Il y a une date de péremption sur l'emballage des préservatifs : VRAI



95% des étudiants en PACES, et 97% des étudiants en L1D ont bien répondu à cette question. 3% des étudiants en PACES et 2% des L1D ne savent pas que les préservatifs ont une date de péremption.

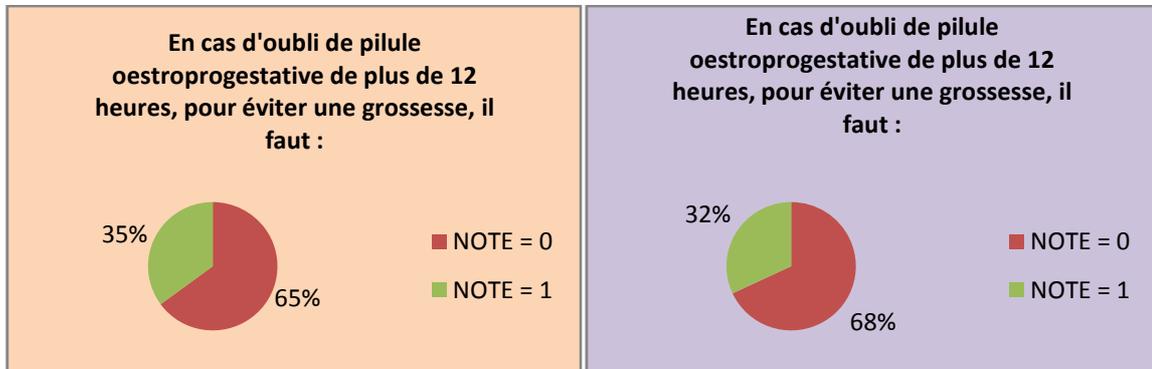
## 2.3 A propos de la contraception orale

### 2.3.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception

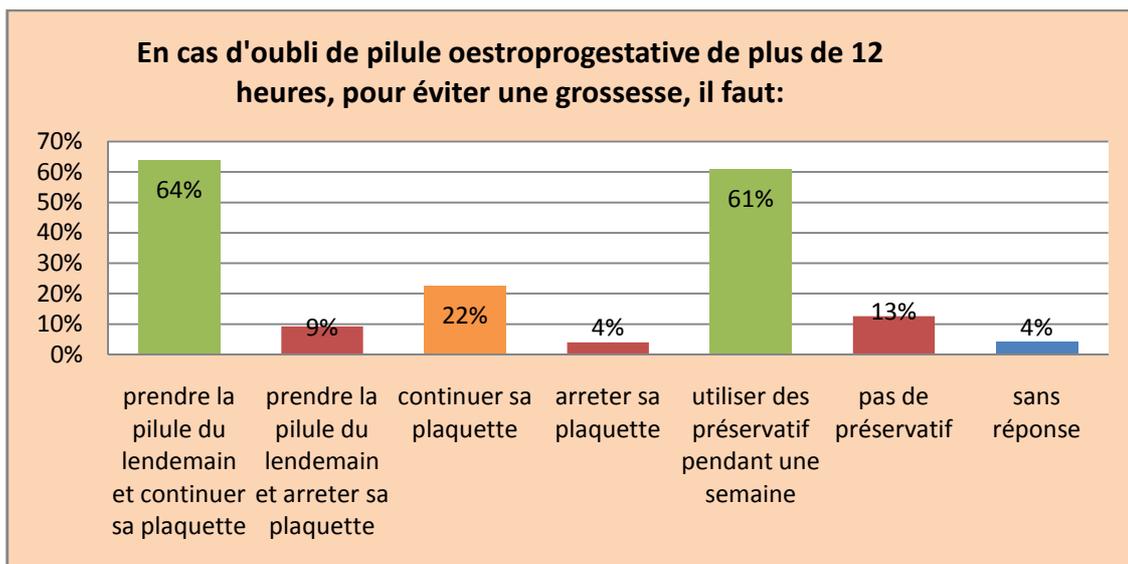


98% des étudiants interrogés en PACES et 97% de ceux en L1D disent connaître la pilule contraceptive. Ils sont 2% à ne pas connaître ce moyen de contraception dans chacune des deux filières. Il y a 1% de non réponse chez les étudiants en L1D.

2.3.2 En cas d'oubli de pilule oestroprogestative de plus de 12 heures, pour éviter une grossesse, il faut : **PRENDRE LA PILULE DU LENDEMAIN, CONTINUER SA PLAQUETTE, ET UTILISER DES PRESERVATIFS PENDANT UNE SEMAINE**



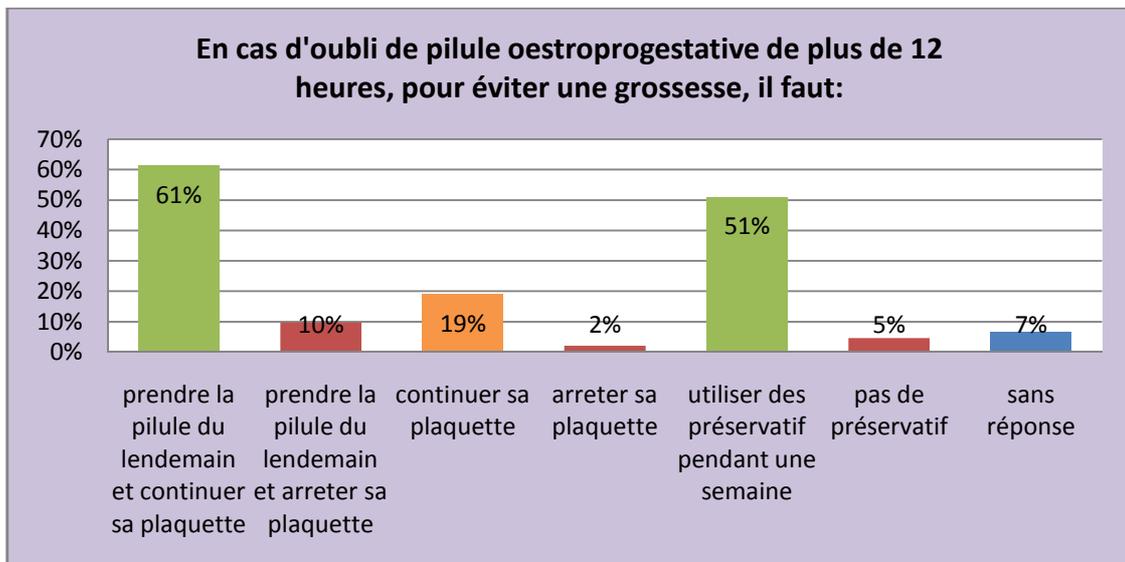
35% des étudiants en PACES et 32% des étudiants en L1D ont correctement répondu à cette question.



Le détail des réponses montre qu'étant donné qu'il y a 35% de bonne réponse, entre 26 et 29% des étudiants en PACES ont une réponse incomplète, c'est-à-dire prendre la pilule du lendemain et continuer sa plaquette de pilule, ou utiliser des préservatifs pendant une semaine.

22% ont répondu qu'il fallait continuer sa plaquette, ce qui est très incomplet, et donc n'est pas considéré comme une réponse juste.

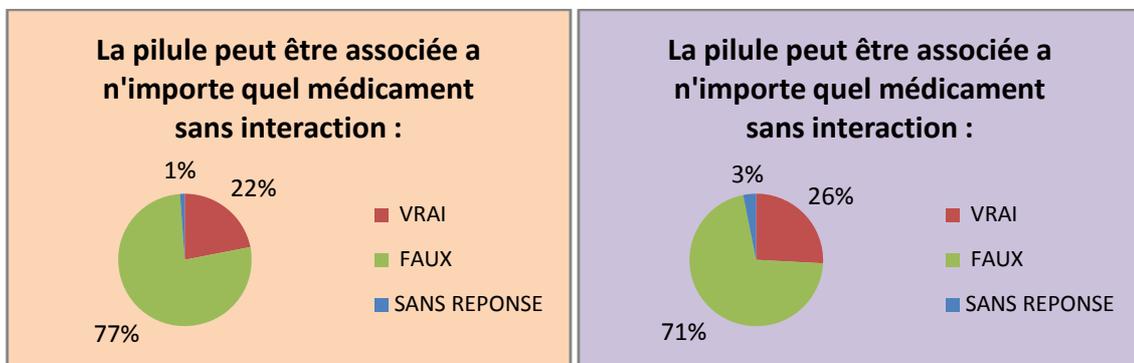
26% des étudiants ont répondu de façon totalement incorrecte, et 4% n'ont pas répondu.



Etant donné qu'il y a 32% de bonne réponse, entre 19 et 29% des étudiants en L1D ont répondu une réponse incomplète.

19% d'entre eux ont répondu de manière très incomplète, 17% ont répondu de manière totalement incorrecte, et 7% n'ont pas répondu.

### 2.3.3 La pilule peut être associée à n'importe quel médicament sans interaction médicamenteuse : FAUX

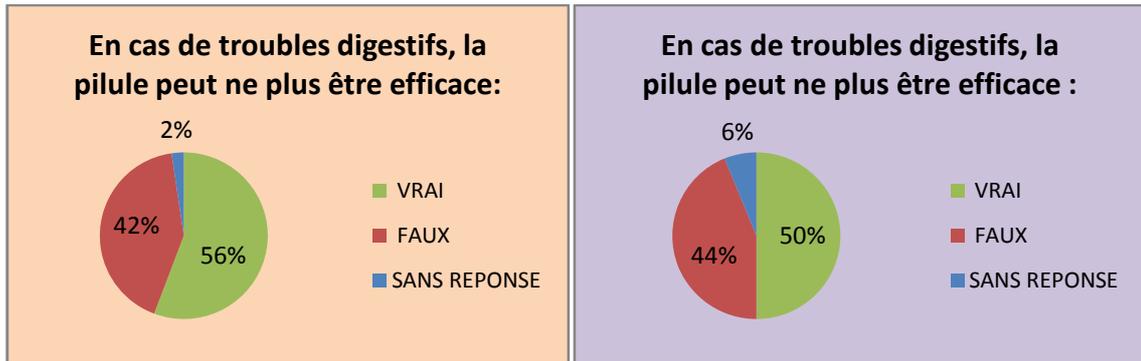


77% des étudiants en PACES et 71% des étudiants en L1D ont correctement répondu à cette question.

Ils sont 22% en PACES et 26% en droit à penser qu'il n'existe pas d'interaction médicamenteuse avec la contraception orale.

1% des PACES et 3% des L1D n'ont pas répondu à cette question.

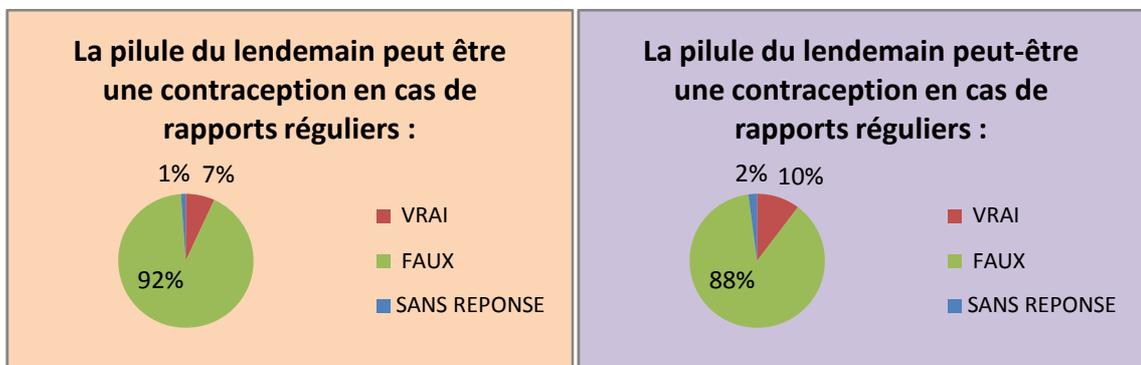
### 2.3.4 En cas de troubles digestifs, la pilule peut ne plus être efficace : VRAI



56% des PACES et 50% des L1D savent qu'en cas de troubles digestifs, la contraception orale peut ne plus être efficace. Ils sont 2% en santé et 6% en droit a ne pas avoir répondu.

42% des étudiants en PACES et 44% des étudiants en L1D ont répondu de manière incorrecte à cette question.

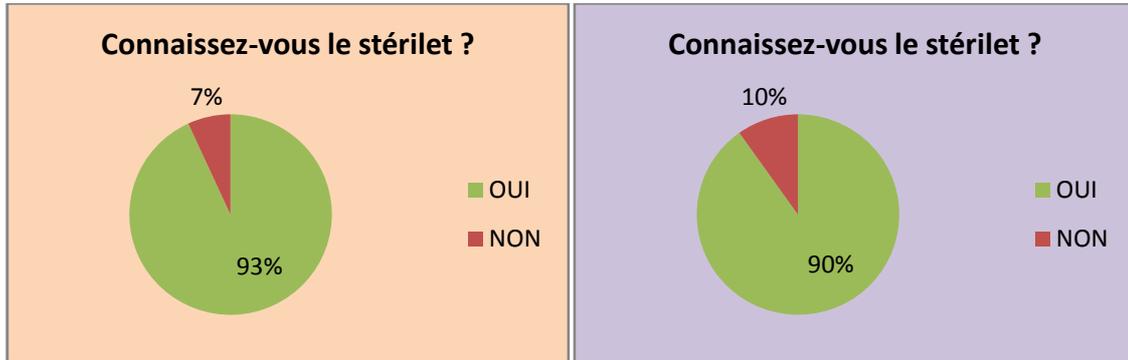
### 2.3.5 La pilule du lendemain peut être une contraception en cas de rapports réguliers : FAUX



92% des étudiants de PACES et 88% des étudiants de L1D ont bien répondu à cette question. 7% des PACES et 10% des L1D pensent que la pilule du lendemain peut être utilisée comme contraception régulière.

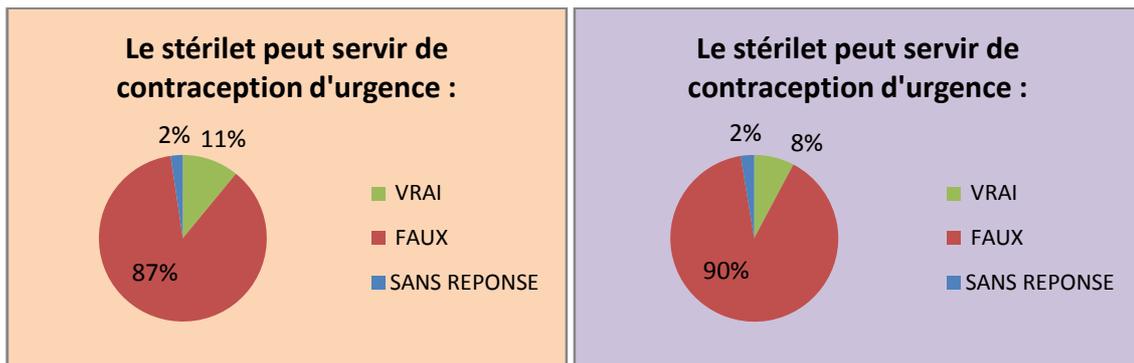
## 2.4 A propos du stérilet

### 2.4.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception ?



93% des étudiants en santé et 90% des étudiants en droit disent connaître les DIU.

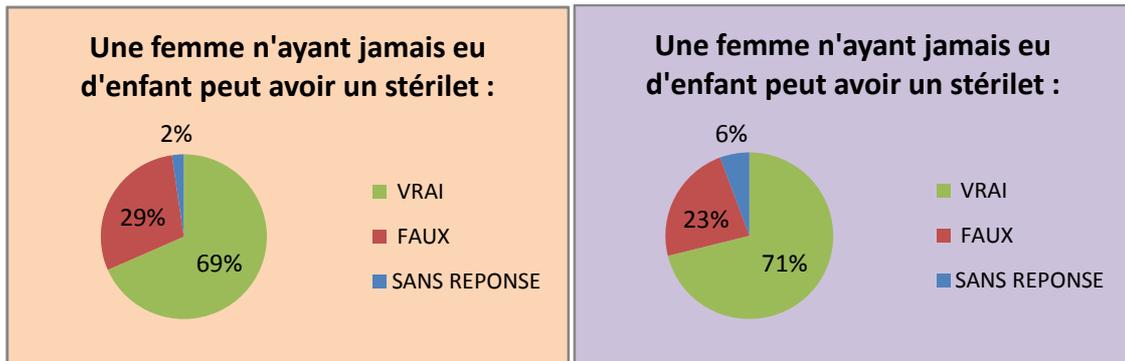
### 2.4.2 Le stérilet peut servir de contraception d'urgence : VRAI



Cette question est celle où les étudiants on le plus mal répondu ; ils sont 87% en PACES et 90% en L1D à ne pas avoir donné la bonne réponse.

11% des PACES et 8% des L1D ont correctement répondu et 2% des étudiants deux populations n'ont pas donné de réponse à cette question.

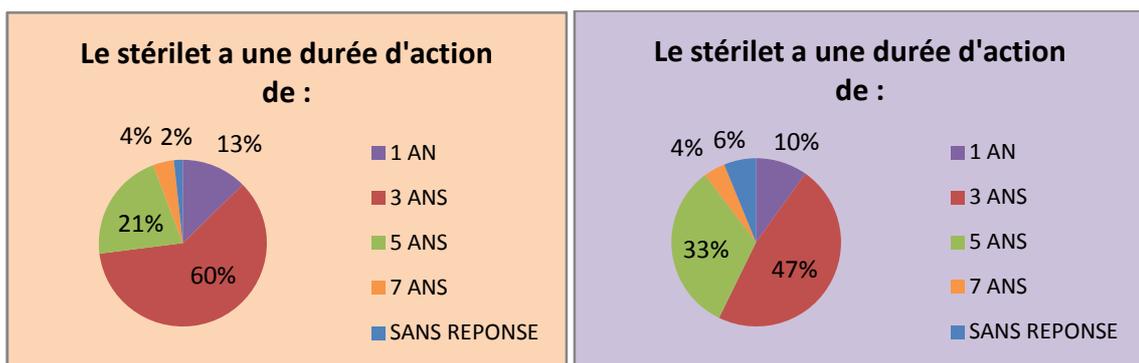
### 2.4.3 Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut avoir un stérilet : VRAI



69% des étudiants en PACES et 71% des étudiants en L1D savent qu'une nullipare peut avoir un DIU comme moyen de contraception.

29% des PACES et 23% des L1D pensent qu'elles ne le peuvent pas.

### 2.4.4 Le stérilet à une durée d'action de : 5 ANS



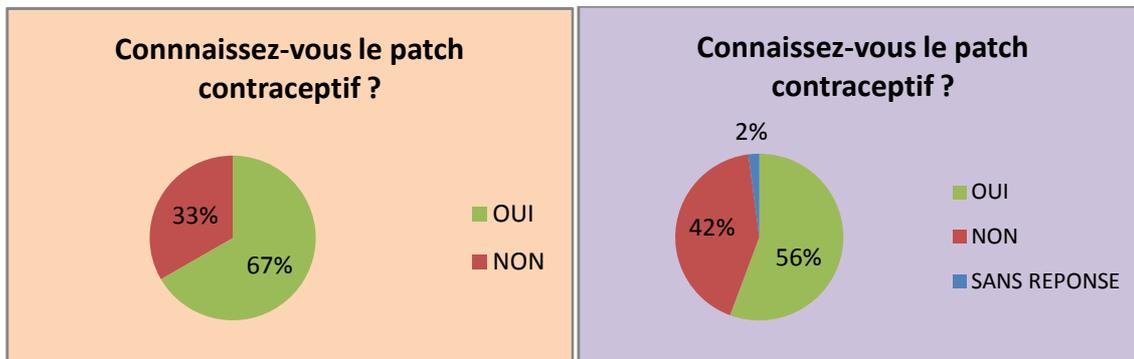
21% des étudiants en PACES et 33% des étudiants en L1D savent que les DIU ont une durée d'action de 5 ans.

La majorité des étudiants, soit 60% des PACES et 47% des L1D pensent que la durée d'action d'un DIU est de 3 ans.

13% des PACES et 10% des L1D pensent que cette durée d'action est de 1 an et 4% des étudiants des deux filières pensent qu'elle est de 7 ans.

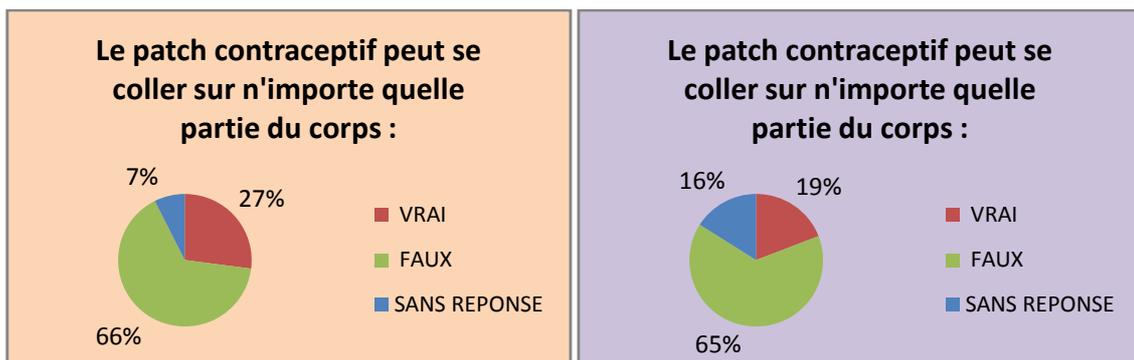
## 2.5 A propos du patch contraceptif

### 2.5.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception ?



67% des étudiants en PACES et 56% des étudiants en L1D disent connaître le patch contraceptif.

### 2.5.2 Le patch contraceptif peut se coller sur n'importe quelle partie du corps : FAUX

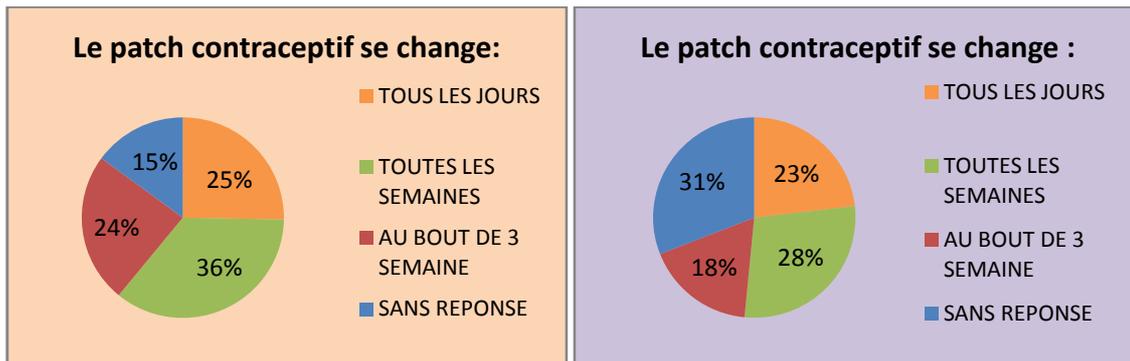


Il y a 66% des étudiants en santé et 65% des étudiants en droit qui ont correctement répondu à cette question.

27% des PACES et 19% des L1D pensent que le patch contraceptif peut se coller sur n'importe quelle partie du corps.

7% des étudiants en PACES et 16% des étudiants en L1D n'ont pas donné de réponse.

## 2.5.3 Le patch contraceptif se change : TOUTE LES SEMAINES



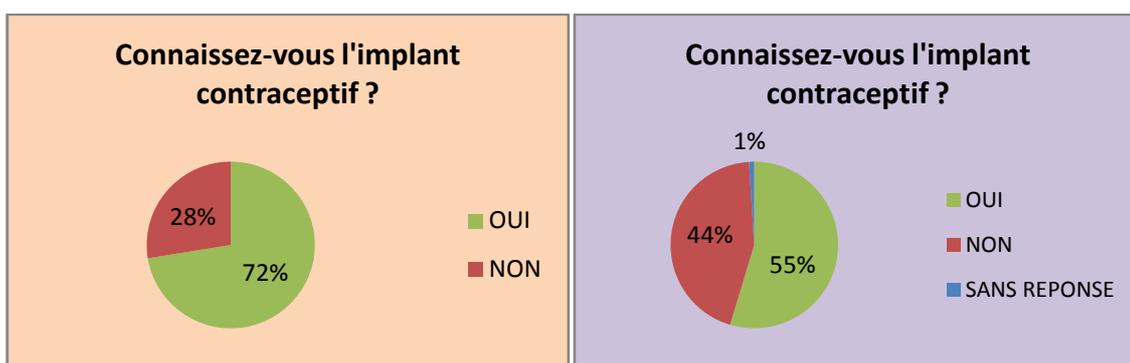
36% des étudiants en PACES et 28% des étudiants en L1D ont correctement répondu à cette question, c'est-à-dire que le patch contraceptif se change toutes les semaines pendant 3 semaines, puis une semaine d'arrêt.

25% des PACES et 23% des L1D ont répondu que ce changement était plus fréquent, soit une fois par jour, et 24% des PACES et 18% des L1D l'ont estimé moins fréquent, soit au bout de 3 semaines.

15% des étudiants en PACES n'ont pas répondu à cette question, contre 31% chez les L1D.

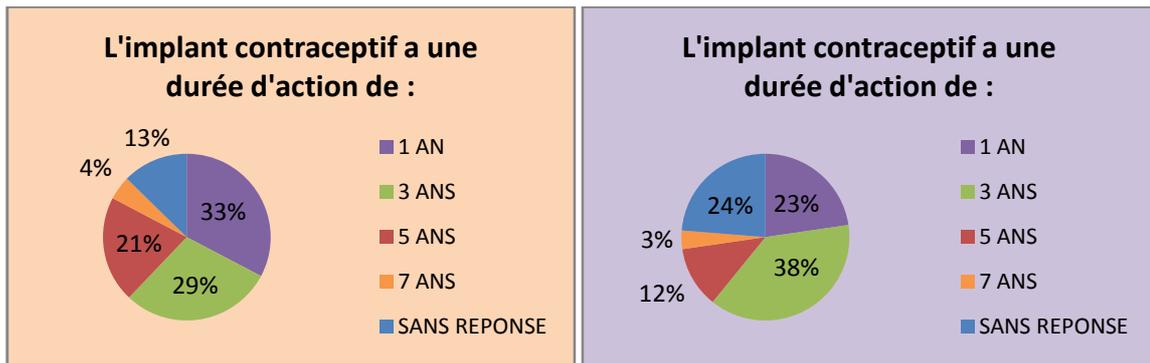
## 2.6 A propos de l'implant contraceptif

### 2.6.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception



72% des étudiants en PACES et 55% des étudiants en L1D disent connaître l'implant contraceptif.

## 2.6.2 L'implant contraceptif à une durée d'action : 3 ANS

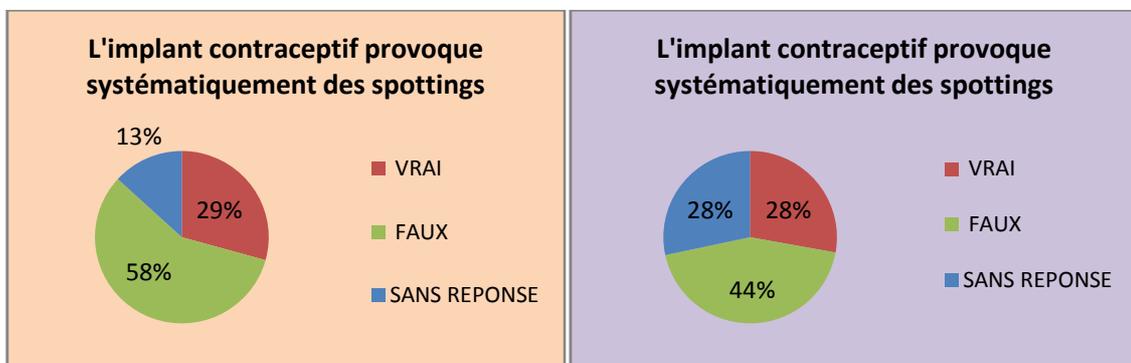


29% des étudiants en PACES et 38% des étudiants en L1D ont répondu correctement.

33% chez les PACES et 23% chez les L1D ont sous-estimé la durée d'action de l'implant contraceptif, 25% des premiers et 15% des seconds l'ont surestimé.

13% des PACES et 24% des L1D n'ont pas répondu à cette question.

## 2.6.3 L'implant contraceptif provoque systématiquement des spottings : FAUX



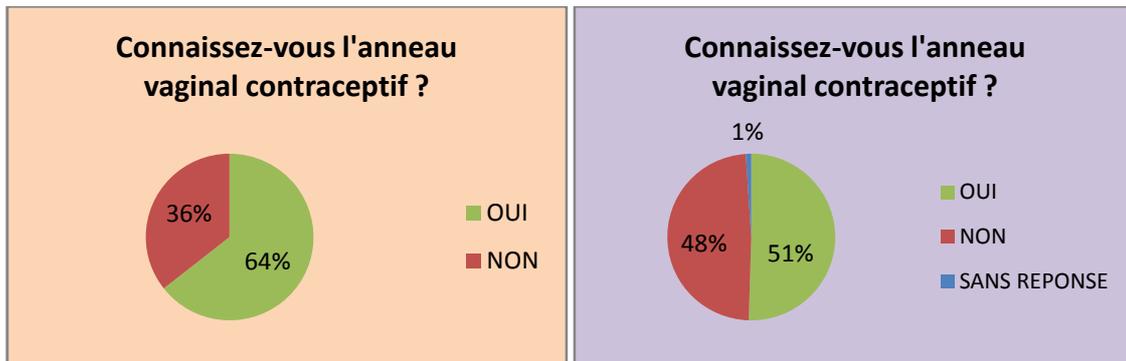
58% des étudiants en PACES et 44% des étudiants en L1D ont correctement répondu à cette question.

29% des PACES et 28% des L1D pensent que l'implant contraceptif provoque systématiquement des spottings.

13% des premiers et 28% des seconds n'ont pas répondu à cette question.

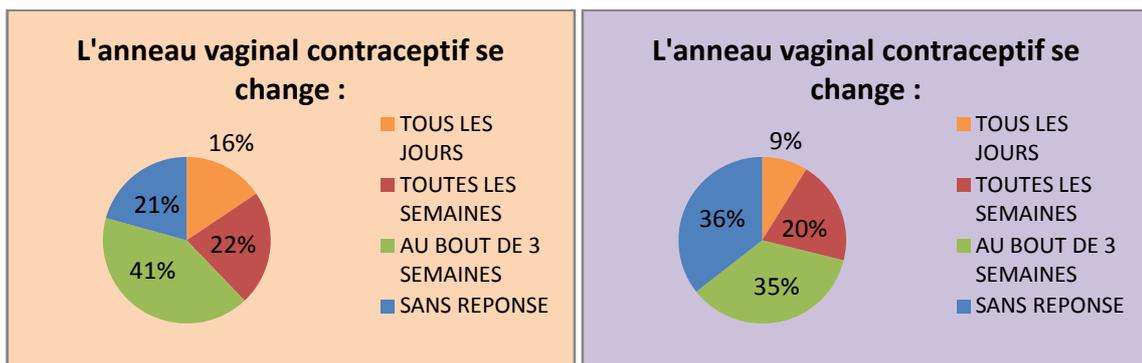
## 2.7 A propos de l'anneau vaginal contraceptif

### 2.7.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception



64% des étudiants en PACES et 51% des étudiants en L1D disent connaître l'anneau vaginal contraceptif.

### 2.7.2 L'anneau vaginal se change : AU BOUT DE 3 SEMAINES

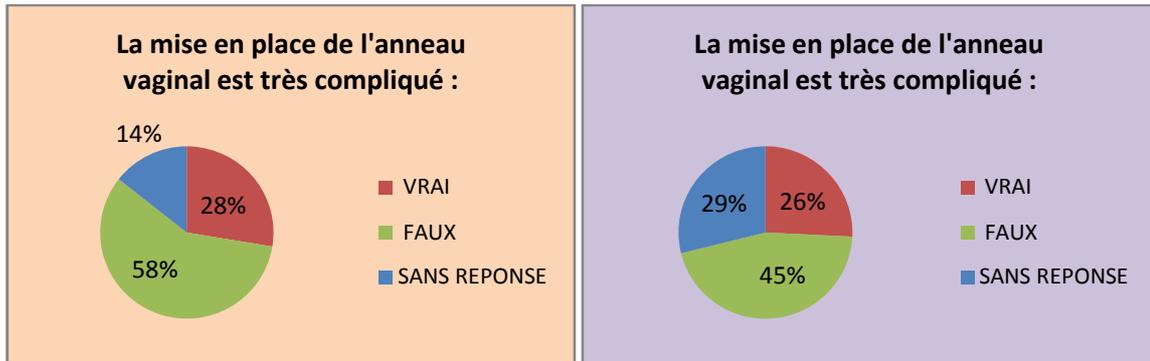


41% des étudiants en PACES et 35% des étudiants en L1D ont bien répondu à cette question.

16% des PACES et 9% des L1D pensent que l'anneau vaginal contraceptif se change tous les jours, 22% des premiers et 20% des seconds pensent qu'il se change toutes les semaines.

21% des PAES et 36% des L1D n'ont pas donné de réponse.

### 2.7.3 La mise en place de l'anneau vaginal est très compliquée : FAUX

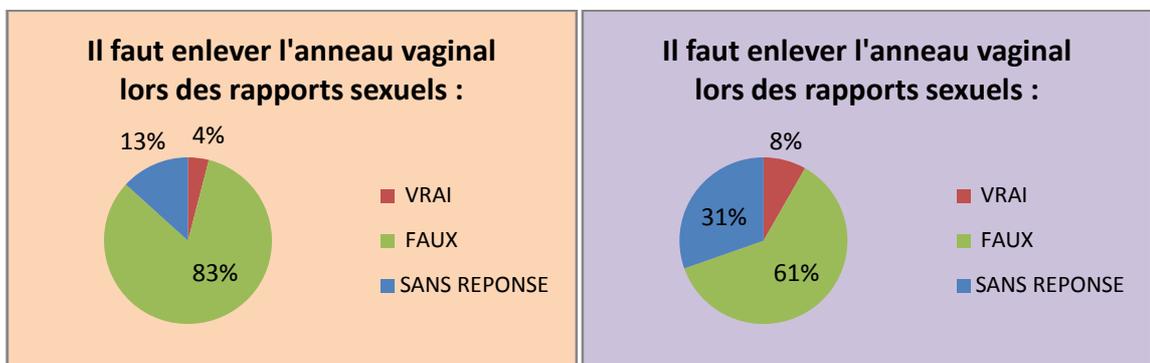


58% des étudiants en PACES et 45% des étudiants en L1D ont bien répondu à cette question.

28% des PACES et 26% des L1D pensent que la mise en place de l'anneau vaginal contraceptif est très compliquée.

14% des premiers et 29% des seconds n'ont pas répondu à cette question.

### 2.7.4 Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels : FAUX

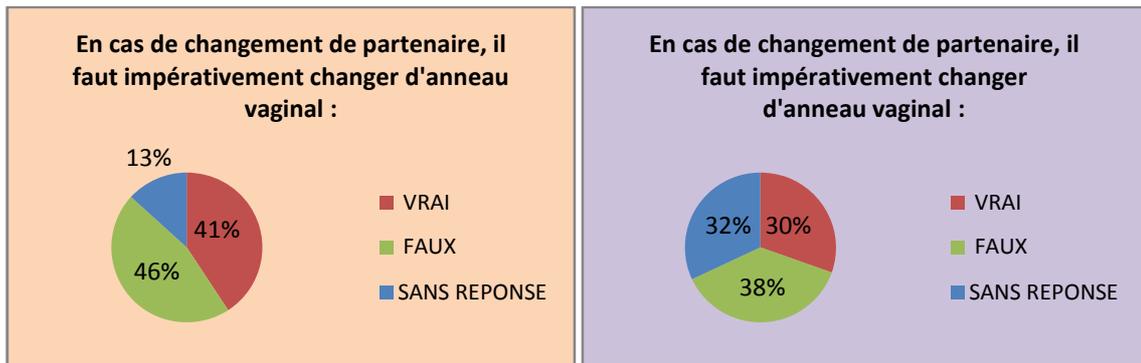


83% des étudiants en PACES et 61% des étudiants en L1D ont répondu correctement.

4% des PACES et 8% des L1D pensent que l'anneau vaginal contraceptif doit être enlevé lors des rapports sexuels.

13% des premiers et 31% des seconds n'ont pas donné de réponse.

### 2.7.5 En cas de changement de partenaire, il faut impérativement changer d'anneau vaginal : FAUX

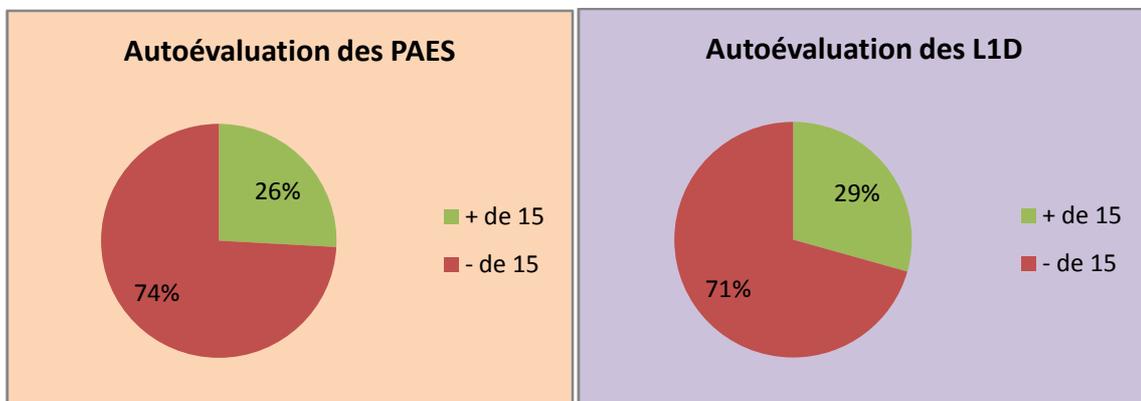


46% des PACES et 38% des L1D ont répondu correctement à cette question.

41% des étudiants en PAES et 30% des L1D se sont trompé sur cette question.

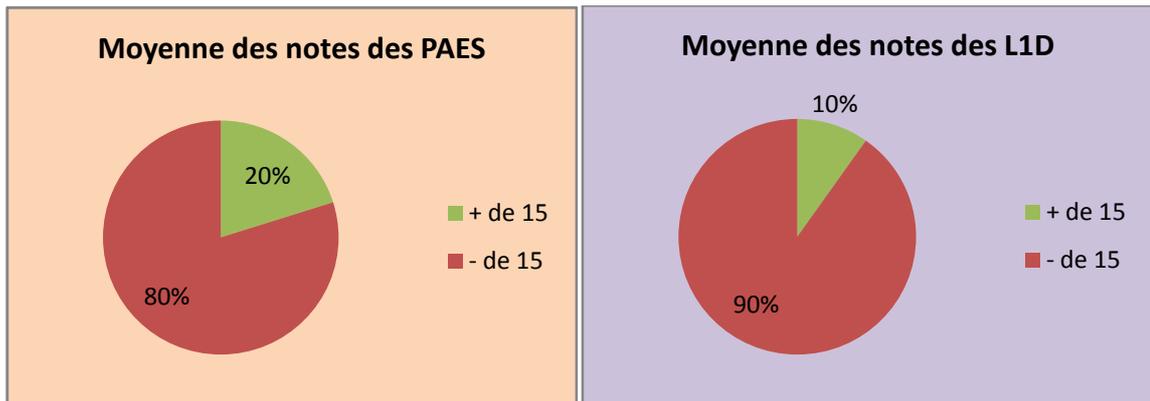
13% des premiers et 32% des seconds n'ont pas donné de réponse à cette question.

## 2.8 Autoévaluation



26% étudiants en PACES et 29% des étudiants en L1D estiment que la notation de leur questionnaire sera supérieure ou égale à 15.

## 2.9 Moyenne



20% des étudiants en PACES et 10% des étudiants en L1D ont effectivement obtenu une note supérieure ou égale à 15.

# QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS

## 1. CARACTERISTIQUE DE NOTRE POPULATION

Notre population est homogène par l'âge, en effet 51% des PACES et 50% des L1D ont 18 ans, 35% des premiers et 28% des seconds ont 19 ans. 10% des PACES et 13% des L1D ont 20 ans et entre 4 et 9% des étudiants ont plus de 21 ans.

Notre population est homogène par le sexe, il y a en effet 29% d'homme chez les PACES et 31% chez les L1D.

Notre population est homogènes par l'origine socioéconomique du père et de la mère, car les proportions d'étudiants dans chacune des catégories socioprofessionnelles est équivalente entre les PACES et les L1D.

Notre population est homogène par le statut marital, en effet il y a 26% des étudiants en PACES qui sont en couple et 30% des étudiants en L1D.

Notre population est homogène dans l'information sur la contraception et sur la sexualité reçue pendant les études secondaires. En effet il y a entre 7 et 8% des étudiants dans chaque filière qui n'en n'ont reçue aucune, entre 52 et 55% qui ont eu entre 1 et 2 séances, entre 32 et 34% en ont eu entre 3 et 4. Enfin il y a 6% qui ont eu 5 séances ou plus.

Notre population est homogène par les personnes avec lesquelles les étudiants parlent de contraception et par les recherches faites sur le sujet. En effet les effectifs des étudiants de chaque filière sont comparables pour chaque item (médecins, famille, notices, brochures,...)

## 2. BIAIS DE L'ETUDE

Il existe un biais de sélection dans notre étude. En effet nous n'avons sélectionnés que les étudiants de santé et de droit alors que nous faisons un état des lieux de la connaissance des étudiants en première année d'université à Limoges.

Ce biais était prévu dans l'élaboration du protocole de recherche et était accepté. Nous n'avons choisi que deux composantes de l'université de Limoges pour des raisons de faisabilité de l'étude.

### 3. POINTS FORTS DE L'ETUDE

L'un des points forts de notre étude est le nombre de questionnaires qui ont pu être analysés. En effet 400 questionnaires ont été distribués aux étudiants, et 388 ont été récupérés correctement remplis. Il y en a 20 qui n'ont pas pu être analysés car ils ne rentraient pas dans les critères d'inclusions de l'étude (âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 24 ans). Il y a donc 368 questionnaires qui ont pu être utilisés pour l'analyse statistique.

Un autre point fort de cette étude est le peu de non réponse. Nous n'avons eu que 12 non réponse sur les 400 questionnaires distribués ce qui montre un intérêt des étudiants pour le sujet.

Enfin, après avoir récupérés les questionnaires, nous avons distribué aux étudiants ayant participé à l'étude, les réponses aux questions, nous avons ainsi réalisé une action de santé publique de prévention primaire.

### 4. REPONSE AUX HYPOTHESES

#### 4.1 Hypothèse principale

L'hypothèse principale était qu'il n'y a pas plus de 25% des étudiants des différentes filières qui ont de bonne connaissance en contraception, soit une note minimale de 15/20.

Cette hypothèse est validée. Il n'y a en effet que 20% des étudiants en PACES et 10% des étudiants en L1D qui ont une note supérieure ou égale à 15.

La moyenne représentant les étudiants en PACES est de 11,9, avec un écart type de 3, et un mode à 13.

La moyenne représentant les étudiants en L1D est de 10,7 avec un écart type de 3, et un mode à 10.

Il existe donc un réel manque de connaissance sur le sujet de la contraception chez les étudiants de première année d'université.

## 4.2 Hypothèses secondaires

### 4.2.1 Les étudiants de première année en santé ont de meilleurs résultats que les étudiants de première année de droit

La première hypothèse secondaire était que les étudiants en santé ont de meilleures connaissances que les étudiants en droit.

Il y a significativement plus d'étudiants en PACES qui ont une moyenne supérieure ou égale à 15 que d'étudiants en L1D ( $p < 0,01$ ). La moyenne représentant les étudiants en PACES est de 11,9 [8,9 ; 14,9], et celle représentant les étudiants en L1D est de 10,7 [7,7 ; 13,7]

Si on regarde en détail les réponses aux questions, il n'existe pas de différences significatives entre les deux populations sur une majorité de questions.

Les PACES répondent mieux, de façon statistiquement significative, à 7 questions :

- l'examen gynécologique n'est pas obligatoire pour une prescription de contraceptif ( $p < 0,01$ ) ;
- les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes peuvent prescrire une contraception ( $p < 0,001$ )
- l'implant ne provoque pas systématiquement des spotting ( $p < 0,01$ )
- la mise en place de l'anneau vaginal contraceptif n'est pas très compliquée ( $p < 0,02$ )
- l'anneau vaginal se change au bout de 3 semaines ( $p < 0,001$ )
- ils sont plus nombreux à dire connaître l'implant contraceptif ( $p < 0,01$ ) et l'anneau contraceptif ( $p < 0,001$ ).

Les étudiants de L1D répondent significativement mieux que les étudiants en PACES à 3 questions :

- la durée d'action d'un DIU est de 5 ans ( $p < 0,05$ )
- ils disent mieux connaître le patch contraceptif ( $p < 0,05$ )
- la durée d'action d'un implant contraceptif est de 3 ans ( $p < 0,05$ ) alors que les PACES sont plus nombreux, de façon statistiquement significative, à dire qu'ils connaissent ce moyen de contraception.

Les étudiants en PACES se surévaluent de 0,5 points en moyenne [-2,4 ; 3,4], avec un mode à -1, et ceux de L1D se surévaluent de 2 points en moyenne [-1,2 ; 5,2], avec un mode à 1.

L'hypothèse selon laquelle les étudiants en santé ont de meilleurs résultats que les étudiants en droit est donc validée.

#### 4.2.2 Les femmes ont de meilleurs résultats que les hommes

La deuxième hypothèse secondaire est que les femmes ont significativement de meilleurs résultats que les hommes.

Il y a significativement plus de femme qui ont une moyenne supérieure à 15 que d'homme ( $p < 0,05$ ). La moyenne représentant les femmes est de 11,7 [8,7 ; 14,7], et celle représentant les hommes est de 10,2 [7,1 ; 13,3]

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour 12 questions.

Les femmes ont significativement mieux répondu que les hommes à 9 questions :

- une grossesse est possible dès les premières est possible ( $p < 0,01$ )
- en cas d'oubli de pilule oestroprogestative de plus de 12 heures, il faut prendre la pilule du lendemain, continuer sa plaquette, et utiliser des préservatifs pendant une semaine ( $p < 0,001$ )
- la pilule du lendemain ne doit pas être utilisé en cas de rapports réguliers ( $p < 0,001$ )
- la durée d'action d'un DIU est de 5 ans ( $p < 0,05$ )
- le patch contraceptif ne se colle pas sur n'importe quelle partie du corps ( $p < 0,05$ )
- l'anneau vaginal contraceptif se change au bout de trois semaines ( $p < 0,01$ )
- il n'est pas nécessaire de l'enlever lors des rapports sexuels ( $p < 0,01$ )
- elles sont plus nombreuses à dire connaître le patch contraceptif ( $p < 0,05$ ), l'implant contraceptif ( $p < 0,01$ ) et l'anneau vaginal contraceptif ( $p < 0,02$ )

Il semble qu'elles savent mieux répondre à 4 questions que les hommes, nous avons pour ces questions un  $p$  qui montre une tendance

- mettre deux préservatifs n'est pas plus sûr ( $p < 0,1$ )
- la mise en place de l'anneau vaginal n'est pas très compliqué ( $p < 0,1$ )
- il n'est pas nécessaire d'en changer en cas de changement de partenaire ( $p < 0,1$ ) ;
- elles semblent être plus nombreuses à dire connaître la pilule contraceptive ( $p < 0,1$ )

Les femmes et les hommes se surévaluent de 1,3 points en moyenne [-1,9 ; 4,5], avec un mode à 1 dans les deux sexes.

L'hypothèse selon laquelle les femmes ont significativement de meilleurs résultats que les hommes est donc validée. Ce qui tend à prouver que malgré 60 ans de révolution sexuelle, la contraception, et donc la régulation des naissances, est essentiellement une affaire de femme.

#### 4.2.3 Il existe une différence significative du niveau de connaissance en fonction de l'origine socioéconomique

La troisième hypothèse secondaire est qu'il existe une différence significative entre les niveaux de connaissances en fonction de l'origine socioéconomique.

Les effectifs étant trop petits pour permettre une analyse dans certaines catégories, nous avons regroupés les différentes catégories en deux groupes.

D'un côté les conditions socioéconomiques plutôt faibles, regroupant les agriculteurs exploitants, les employés, les ouvriers, les retraités et les autres personnes sans activité professionnelle.

De l'autre les conditions socioéconomiques plutôt favorables, regroupant les artisans, les chefs d'entreprise, les cadres, les professions intermédiaires et intellectuelles supérieures

En ce qui concerne la catégorie socioéconomique du père des étudiants, notre analyse montre qu'il y a une seule question où l'on retrouve une différence significative : les étudiants dont le père fait partie d'une catégorie plutôt favorable savent mieux que la contraception peut être prescrite par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme ( $p < 0,01$ ).

Il y a significativement plus d'étudiants dont le père est d'une catégorie socioéconomique plutôt favorable qui ont une moyenne au supérieure à 15 ( $p < 0,05$ ) que d'étudiants dont le père est d'une catégorie socioéconomique plutôt faible. La moyenne représentant les deux populations est de 11,2 [8,1 ; 14,3].

Les étudiants dont le père est d'une catégorie socioéconomique plutôt faible se surévaluent en moyenne de 1,3 points [-1,9 ; 4,5], avec un mode à 1. Ceux dont le père est d'une catégorie socioéconomique plutôt favorable se surévaluent en moyenne de 1,3 point [-1,8 ; 4,4], avec un mode à 1.

En ce qui concerne la catégorie socioéconomique de la mère des étudiants, nous n'avons pas de résultats statistiquement significatifs, mais une tendance se dégage. Les étudiants dont la mère est d'une catégorie socioéconomique plutôt favorable semblent mieux savoir que :

- Il peut y avoir des interactions médicamenteuse avec la pilule ( $p < 0,1$ ),
- Le DIU peut servir de contraception d'urgence ( $p < 0,1$ ),
- Une nullipare peut avoir un DIU ( $p < 0,1$ ),
- La durée d'action d'un DIU est de 5 ans ( $p < 0,1$ ),
- Le patch contraceptif ne se colle pas sur n'importe quelle partie du corps ( $p < 0,1$ )

Les étudiants dont la mère est d'une catégorie socioéconomique plutôt favorable semblent être plus nombreux à avoir une moyenne supérieure a 15 ( $p < 0,1$ ), que ceux dont la mère est d'une catégorie socioéconomique plutôt faible. La moyenne représentant les deux populations est de 11,2 [8,1 ; 14,3].

Les étudiants dont la mère est d'une catégorie socioéconomique plutôt faible su surévaluent en moyenne de 1,3 points [-1,9 ; 4,5], avec un mode à 1. Ceux dont la mère est d'une catégorie socioéconomique plutôt favorable se surévaluent en moyenne de 1,3 points [-1,8 ; 4,4], avec un mode à 1.

Cette hypothèse est donc partiellement validée, ce qui montre que les parents influent sur les connaissances que les étudiants ont de la contraception, et que les parents de catégories socioprofessionnelles plutôt

favorables ont tendances à avoir des enfants avec de meilleurs connaissances en matière de contraception.

## 4.3 Autres variables

### 4.3.1 Statut marital

L'analyse des résultats selon le statut marital des étudiants, n'a pas montrée de différence de connaissance significative entre les personnes en couple et les célibataires.

La moyenne représentant les célibataire est de 11,1 [8,1 ; 14,3] et celle représentant les personnes en couple est de 11,5 [8,3 ; 14,7]. Les groupes se surévaluent de 1,3 points en moyenne [-1,9 ; 4,5], avec un mode de 1 pour les célibataires et les personne en couple.

### 4.3.2 Nombre de séance d'information

L'analyse des résultats selon le nombre de séances d'information n'a pas montré de différences statistiquement significatives entre les différents groupes, mais a dégagée des tendances.

Il semble cependant que le groupe des étudiants ayant eu plus de cinq séances d'information durant leurs études secondaires a mieux répondu au questionnaire, en effet le  $p < 0,1$  montre une tendance à ce qu'ils soient plus nombreux à avoir plus de 15 de moyenne que ceux qui ont eu moins de séance d'information.

Il semble également que ce groupe sait plus que les autres groupes qu'un examen gynécologique n'est pas nécessaire pour la prescription de tous les contraceptifs ( $p < 0,1$ ) ; que la pilule du lendemain ne doit pas être utilisée lors au long cours ( $p < 0,1$ ) ; que la durée d'action de l'implant contraceptif est de 3 ans ( $p < 0,1$ ) et il semble plus nombreux à connaître la contraception orale et l'implant contraceptif ( $p < 0,1$ )

### 4.3.3 L'âge

L'analyse des résultats selon l'âge des étudiants montre, que pour certaines questions, il existe une différence significative entre les différents groupes d'âge. En effet le groupe des 19 ans ainsi que celui des 20 ans, ont mieux répondu que les autres en ce qui concerne :

- l'existence de spottings systématiquement avec l'implant contraceptif ( $p < 0,01$ ),
- l'utilisation du DIU comme contraception d'urgence ( $p < 0,01$ )
- ils sont plus nombreux à dire connaître le patch contraceptif ( $p < 0,02$ ) et l'implant contraceptif ( $p < 0,01$ )
- ils semblent mieux savoir à quelle fréquence se change un anneau vaginal contraceptif ( $p < 0,1$ ).

Le groupe des 18 ans semble avoir mieux répondu que les autres en ce qui concerne l'utilisation au long cours de la pilule du lendemain ( $p < 0,1$ ). Il a cependant de manière significative, moins bien répondu que les autres en ce qui concerne la mise en place de l'anneau vaginal ( $p < 0,01$ ).

# CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

## 1. REFLEXION AUTOUR DE NOS RESULTATS

### 1.1 Autours des rapports sexuels

Dans notre population nous avons montré qu'il y a plus d'étudiants en L1D qui ont des rapports sexuels réguliers que d'étudiants en PACES, c'est d'ailleurs la seule variable où ces deux groupes ne sont pas homogènes. On peut trouver une explication dans le fait qu'il y a un concours en fin de PACES et qu'il n'y en a pas en L1D. De ce fait les étudiants de la filière médicale ont moins de temps à consacrer à autre chose qu'à leur apprentissage.

### 1.2 Importance de la filière d'étude sur les résultats

Les étudiants en PACES ont eu de meilleurs résultats au questionnaire que les étudiants en L1D, on peut trouver une explication à ceci dans le fait que les premiers ont, de part le choix de leur études une plus grande culture médicale. Par exemple, concernant la question portant sur les professionnels pouvant prescrire la contraception, les étudiants de PACES était 60% à répondre que les sages-femmes font parties de ces professionnels, contre 21% en L1D. On peut certainement expliquer cette différence du fait que parmi les PACES se trouvent de futures sages-femmes. Les PACES ont également mieux répondu à la question concernant la mise en place de l'anneau vaginal, ce qui peut être s'expliquer par leur connaissance plus importante en anatomie.

### 1.3 La contraception : encore une affaire de femme

Les femmes ont eu de meilleurs résultats que les hommes certainement du fait que la majorité des méthodes contraceptives sont féminines, de ce fait, puisqu'elles en sont les utilisatrices, elles connaissent mieux le fonctionnement de ces méthodes.

## 1.4 Effet possible de l'âge

Les étudiants âgés de 19 et 20 semblent avoir mieux répondu que les autres, on peut expliquer cette tendance par le fait qu'ils aient certainement plus d'expérience que les étudiants de 18 ans, et que le groupe des 21 ans et plus avait un effectif inférieur au 3 autres groupes.

## 1.5 Importance des séances d'information et de prévention

Les étudiants ayant eu 5 séances d'information ou plus durant leurs études secondaires semblent avoir de meilleurs résultats que les autres. Cette tendance peut s'expliquer simplement du fait qu'ils sont plus informés.

# 2. VALORISATION DE NOS RESULTATS

L'objectif principal de cette étude était de faire un bilan des connaissances et de la pratique de la contraception à l'entrée à l'université dans deux filières différentes.

Cet objectif est atteint, et ce bilan est mauvais. En effet une grande majorité des étudiants, soit plus de 75%, ont des connaissances insuffisantes sur le sujet, et ce dans les deux filières étudiées.

Etant donné que notre étude confirme un problème de santé publique et cible les points les moins bien connus sur le sujet, il pourrait être intéressant de transmettre nos résultats à 4 instances Ci-après.

Tout d'abord à l'Agence Régionale de Santé (ARS), car c'est elle qui a pour mission de mettre en œuvre la politique de santé publique dans la région. Notre étude étant locale, l'ARS pourrait comprendre le réel intérêt à mettre en place des actions de santé publique de prévention au sujet de la contraception chez les étudiants du limousin.

Nous transmettrions nos résultats également aux centres de planification et aux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), car ils sont les acteurs principaux de la prévention faite durant les études secondaires. En effets les intervenants des séances d'éducation et de prévention sont souvent

issus de ces structures. Il pourrait être intéressant pour eux de savoir quelles informations sont retenues par rapport celles qu'ils donnent. Ainsi, les sujets les moins bien maîtrisés pourrait être ciblés.

Ensuite nous ciblerions le rectorat, car malgré un nombre de 3 séances d'éducation et d'information par an imposé par la loi pour tous les élèves du secondaire, soit 21 séances en tout, le nombre de séance que les étudiants ont eu est nettement inférieur. Ces résultats vont dans le sens du rapport d'octobre 2009 de l'Inspection Générale des Affaires Sociale nommé « la prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication » [17] qui avance que ces séances sont trop peu nombreuses et qu'il existe de grandes disparités selon les établissements. Ici également, le caractère local de notre étude, pourrait permettre au recteur de prendre la réelle mesure des lacunes que les étudiants ont sur le sujet, et ainsi entrer dans le cadre de la loi, en proposant aux élèves du secondaire du limousin, le nombre de séances auquel ils ont légalement droit.

Enfin nous présenterions nos résultats à l'université, et notamment aux doyens des deux filières concernées par notre étude, ceci pour deux raisons.

Premièrement, car ces derniers nous ayant permis de mener notre études dans leur facultés auprès de leurs étudiants, il est juste de leur faire un retour sur les résultats de l'étude menée.

Deuxièmement pour leur montrer le réel problème de santé publique qui se pose au sein même de leur faculté, et objectiver l'intérêt qu'il y aurait à mener une politique de prévention et d'information au sujet de la contraception.

### 3. ACTION DE PREVENTION

A la vue des résultats médiocres des étudiants lors de notre étude, nous nous sommes demandé quelles actions pouvaient être mises en place pour pallier à ce manque de connaissances.

Il nous parait évident que faire de l'information supplémentaire durant les études supérieures est nécessaire. Cependant se pose le problème de savoir quelle forme prendrait cette information, car sur le fond il semble que certaines questions soit plus a cibler que d'autre. Par exemple, en ce qui concerne le préservatif 90% des étudiants répondent correctement aux questions, ce n'est donc pas un sujet à privilégier. Ad contrario, en ce qui

concerne la pilule, qui est un moyen de contraception que les étudiants pensent connaître en très grande majorité (98% pour les PACES et 97% pour les L1D) il y a un peu plus de 30% des étudiants qui ne savent pas quoi faire en cas d'oubli de pilule. De ce fait, faire de l'information sur le préservatif n'apparaît pas primordial, mais sur la pilule oui. Nous allons nous attacher ici à développer quelques pistes.

Comme nous avons effectué une action de prévention, on peut se demander ce qu'en ont retenu les étudiants en fin d'année pour voir si le vecteur de communication que nous avons utilisé à un intérêt local de maintien d'un niveau de connaissances, voir d'un perfectionnement, et s'il convient à une population étudiante. Il pourrait être utile à ces fins de refaire le même questionnaire, aux mêmes populations pour évaluer cette idée.

Le questionnaire a été distribué en amphithéâtre dans un format papier, cependant à l'air d'internet et avec la multiplication des réseaux sociaux, tels que Facebook© ou Twitter©, on peut penser que le format informatique pourrait être un bon support de communication et de transmission.

Un autre support de communication possible, serait d'organiser des conférences sur le thème de la contraception. Ce moyen est certes plus théorique et académique, mais il pourrait correspondre aux attentes de certains étudiants.

On peut aussi penser à une campagne d'affichage, rappelant des connaissances et des attitudes simples en termes d'utilisation de la contraception. On pourrait ainsi faire plusieurs affiches, chacune abordant un seul point de contraception, avec des images et des messages simples.

Cependant ces différents supports de communication ne s'excluent pas les uns les autres, et peuvent même être complémentaires.

Par exemple l'université pourrait organiser une semaine de prévention et de sensibilisation à la contraception. Pendant cette semaine, des conférences pourraient être proposées aux étudiants autour de thème de la contraception et pourrait même aborder l'IVG et les IST.

Des questions pourraient être posées aux étudiants, soit sur un format papier, soit par les réseaux sociaux, là encore les deux ne sont pas incompatibles. 1 ou 2 questions pourraient être posées tous les jours de la semaine, et à la fin, les étudiants ayant le mieux répondu se verraient remettre un cadeau, rendant ainsi la participation plus attractive.

Une telle initiative pourrait être mise en place en partenariat avec les associations d'étudiants de chaque filière, en effet ces associations ont généralement dans leur mission de faire de la prévention. Elles pourraient avoir des stands dans le hall des facultés et des restaurants universitaires, créant ainsi une proximité avec les étudiants. A ces stands seraient proposés des questionnaires ou des jeux ludo-pédagogique. Par exemple la Fédération des Association Générales Etudiantes (FAGE), a mis au point un tel jeu, pour informer les étudiants au sujet des IST. Ce jeu nommé « sexe et chocolats » [18] fait suite à la campagne d'affiche « la boîte de chocolat » qui existe depuis 2008, et dont le principal slogan est « un rapport sexuel non protégé c'est comme une boîte de chocolat... on se sait jamais sur quoi on va tomber. Protégeons-nous ! » [III]. Il permet d'aborder le thème des IST de manière ludique, intéressante, voir même amusante. Le principe de ce jeu pourrait être repris, et adapté au thème de la contraception.

## 4. ORIENTATION ENVISAGEE POUR UNE FUTURE EVALUATION DES CONNAISSANCE

Notre questionnaire a montré qu'il était pertinent pour évaluer la plupart des connaissances des étudiants.

Cependant, une question n'a pas été posé dans le questionnaire, mais il aurait été intéressant de savoir combien coûte la contraception sur un budget d'étudiant, et de savoir si certain n'en utilisait pas par faute de moyen. En effet la contraception à un certain coût. Dans son rapport intitulé « la prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence », l'IGAS a évalué le coût des différents moyens de contraception par année [19], et il faut compter, après remboursement éventuel de l'assurance maladie, 10€ par an pour les pilules de 2<sup>nd</sup> génération qui sont partiellement remboursée, 70 à 110€ pour les pilules de 3<sup>ème</sup> génération, 170€ par an pour l'anneau vaginal contraceptif, 175€ par an pour le patch contraceptif, entre 2 et 9€ par an pour un DIU (calcul sur une durée de 5 ans) et qui sont partiellement remboursés, 14€ par an pour l'implant contraceptif qui est partiellement remboursé, 231€

par an pour le préservatif féminin (sur la base de 9 rapports sexuels par mois), et un cout très variable pour le préservatif masculin, évalué ici à 54€ par an (sur la base de 9 rapports sexuels par mois et un coût unitaire de 0,50€).

Une autre question qui aurait pu être posée, est de savoir si le fait de changer de statut marital, entraîne changent de contraception chez les étudiants. Par exemple, le fait de se mettre en couple et d'avoir une relation suivie avec un seul partenaire, peut entraîner l'arrêt du préservatif, auquel cas il serait intéressant de savoir par quel autre moyen de contraception il est remplacé, et si les deux partenaires ont fait des tests de dépistage pour différentes IST avant de ne plus utiliser de moyen de protection contre celles-ci.

# CONCLUSION

La problématique de notre mémoire était de savoir quelle est la portée de toute l'information reçue dans le domaine de la contraception et ce qu'il en restait à l'entrée dans la vie adulte.

Pour répondre à cela, nous avons dans un premier temps replacé la contraception dans son contexte historique et législatif, tout en le liant à la problématique de l'IVG en France. En effet, malgré l'utilisation de moyen de contraception par une large majorité des femmes (75%), le nombre d'IVG française ne diminue pas depuis la légalisation de celle-ci (200 000/an).

Rappelons que la majorité des IVG françaises concernent les femmes entre 18 et 24 ans, c'est pourquoi nous avons ciblé cette population. Nous nous sommes plus particulièrement étudié à la population étudiante de cette tranche d'âge. En effet cette population est censée avoir été informé sur cette problématique durant les études secondaires, et avoir un certain niveau de connaissance générale et d'intelligence, puisque arrivé en faculté.

Nous avons ensuite mené une étude auprès des premières années des composantes médicales et législatives de l'université de Limoges afin de faire un bilan des connaissances qu'ils ont au sujet de la contraception.

Ce bilan a montré des connaissances médiocres pour toutes nos populations. Car même si les PACES ont de meilleurs résultats que les L1D, et que les femmes ont de meilleures connaissances que les hommes, ces connaissances restent insuffisantes pour savoir quelle attitude adopté face a une situation risquant aboutir grossesse.

Pour pallier à ce manque inquiétant de connaissance, nous avons fait des propositions d'action en santé publique dans notre discussion. Cependant n'oublions pas qu'en tant que professionnel de santé, habilité à prescrire la contraception, il nous appartient d'aborder ces questions avec nos patientes. Nous pourrons ainsi être les acteurs privilégiés de la diminution du nombre de grossesses non souhaitées et donc par la même occasion, du nombre d'IVG en France.

# ANNEXES

## ANNEXE I

Camille LAMBOLEY  
Mail : [camille-0708@hotmail.fr](mailto:camille-0708@hotmail.fr)  
Tel : 06-18-86-17-85

Ecole de Sage-femme  
23 avenue Dominique Larrey  
87042 Limoges Cedex  
Tel : 05-55-05-64-66

Je suis Camille LAMBOLEY, étudiante sage-femme en dernière année à Limoges. En vue de l'obtention de mon diplôme, je réalise un mémoire dont le sujet est « la connaissance pratique de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'université ». C'est pourquoi je distribue ces questionnaires anonymes aujourd'hui.

1. Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_
2. Êtes-vous :  
 une femme                       un homme
3. Quel est votre statut marital :  
 Célibataire                       en couple
4. Quelle est la catégorie socio professionnel de vos parents :  
Père      Mère  
       Agriculteurs exploitants  
       Artisans, commerçants, chef d'entreprise  
       Cadres et professions intellectuelles supérieures  
       Professions intermédiaires  
       Employés  
       Ouvriers  
       Retraités  
       Autres personnes sans activité professionnelle
5. Quelle est votre filière d'étude :  
 PAES                       1<sup>ère</sup> année de droit
6. Avez-vous eu des séances d'information concernant la contraception au collège ou au lycée :  
 Oui                       Non
7. Si oui, combien de séance d'information avez-vous eu :  
 1 à 2  
 3 à 4  
 5 à 6  
 Plus de 7

8. Parlez vous de contraception avec :
- Votre médecin
  - Votre famille
  - Autre : précisez \_\_\_\_\_
9. Avez-vous fait des recherches personnelles sur le sujet :
- Sur internet
  - Sur des brochures d'information
  - Sur des notices d'utilisation
  - Autre : précisez \_\_\_\_\_
10. Vous estimez-vous bien informé sur le sujet :
- Oui
  - Non
11. Utilisez-vous (vous ou votre partenaire) un moyen de contraception :
- Oui
  - Non
12. Si oui lequel : \_\_\_\_\_
13. Avez-vous des rapports sexuels réguliers :
- Oui
  - Non
14. Avez-vous un partenaire fixe :
- Oui
  - Non
15. Avez-vous eu des rapports non protégés :
- Oui
  - Non

### **A propos de la contraception :**

16. Un examen gynécologique est nécessaire pour la prescription de tous les contraceptifs :
- Vrai
  - Faux
17. Une contraception peut être prescrite par : (plusieurs réponses possibles)
- Un médecin généraliste
  - Un gynécologue
  - Une sage-femme
18. Par quel professionnel votre contraception (ou celle de votre partenaire) a été prescrite :
19. Des l'apparition des premières règles, une grossesse est possible :
- Vrai
  - Faux

### **A propos du préservatif**

20. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?
- Oui
  - Non

21. On peut mettre deux préservatifs pour plus de sécurité :

- Vrai                       Faux

22. Il y a une date de péremption sur l'emballage des préservatifs :

- Vrai                       Faux

### **A propos de la contraception orale (pilule)**

23. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?

- Oui                       Non

24. En cas d'oubli de pilule oestroprogestative de plus de 12h, pour éviter une grossesse, il faut :  
(plusieurs réponses possibles)

- Prendre la pilule du lendemain et continuer sa plaquette
- Prendre la pilule du lendemain et arrêter sa plaquette
- Continuer sa plaquette
- Arrêter sa plaquette
- Il faut utiliser des préservatifs pendant une semaine
- Il n'est pas nécessaire d'utiliser des préservatifs pendant une semaine

25. La pilule peut être associée à n'importe quel médicament sans interaction médicamenteuse :

- Vrai                       Faux

26. En cas de troubles digestifs, la pilule peut ne pas être efficace :

- Vrai                       Faux

27. La pilule du lendemain peut être une contraception en cas de rapports réguliers :

- Vrai                       Faux

### **A propos du stérilet**

28. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?

- Oui                       Non

29. Un stérilet peut servir de contraception d'urgence

- Vrai                       Faux

30. Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut avoir un stérilet

- Vrai                       Faux

31. Le stérilet a une durée d'action de :

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans
- 7 ans

### **A propos du patch contraceptif**

32. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?  
 Oui             Non
33. Le patch contraceptif peut se coller sur n'importe quelle partie du corps  
 Vrai             Faux
34. Le patch contraceptif se change :  
 Tous les jours pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt  
 Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt  
 Au bout de 3 semaines, puis une semaine d'arrêt

### **A propos de l'implant contraceptif**

35. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?  
 Oui             Non
36. L'implant contraceptif a une durée d'action de :  
 1 an  
 3 ans  
 5 ans  
 7 ans
37. L'implant contraceptif provoque systématiquement des spottings (saignements minimes mais persistants entre les règles) :  
 Vrai             Faux

### **A propos de l'anneau vaginal contraceptif**

38. Connaissez-vous ce moyen de contraception ?  
 Oui             Non
39. Un anneau vaginal se change :  
 Tous les jours pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt  
 Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt  
 Au bout de 3 semaines, puis une semaine d'arrêt
40. La mise en place de l'anneau vaginal est très compliquée :  
 Vrai             Faux
41. Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels :  
 Vrai             Faux
42. En cas de changement de partenaire, il faut impérativement changer d'anneau vaginal :  
 Vrai             Faux

Quelle note estimez-vous avoir à ce questionnaire : \_\_\_\_\_/20

## ANNEXE II

Camille LAMBOLEY  
Mail : [camille-0708@hotmail.fr](mailto:camille-0708@hotmail.fr)

Ecole de Sage-femme  
23 avenue Dominique Larrey  
87042 Limoges Cedex  
Tel : 05-55-05-64-66

Le 26 octobre 2011

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mon questionnaire, dont voici les réponses.

QUESTION 16 : Un examen gynécologique est nécessaire pour la prescription de tous les contraceptifs :

**FAUX**, la consultation pour obtenir un contraceptif ne comprend pas nécessairement d'examen gynécologique. Cependant il est important d'effectuer cet examen une fois par an.

QUESTION 17 : Une contraception peut être prescrite par :

**Un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme.**

QUESTION 19 : Des l'apparition des premières règles, une grossesse est possible

**VRAI**, une ovulation est possible avant l'apparition des premières règles, donc une fécondation l'est aussi en cas de rapports sexuels non protégés.

QUESTION 21 : On peut mettre deux préservatifs pour plus de sécurité :

**FAUX**, au contraire, le frottement créé entre les deux préservatifs lors du rapport sexuel va favoriser la rupture des préservatifs.

QUESTION 22 : Il y a une date de péremption sur l'emballage des préservatifs :

**VRAI**, il est important de la respecter ainsi que de vérifier l'intégrité de l'emballage avant d'utiliser le préservatif.

QUESTION 24 : En cas d'oubli de pilule oestroprogestative de plus de 12h, pour éviter une grossesse, il faut :

**Prendre la pilule du lendemain et continuer sa plaquette, il faut de plus utiliser des préservatifs pendant une semaine.** La pilule du lendemain va couvrir la période des 3 jours précédant l'oubli de pilule, continuer sa plaquette permet de ne pas perturber le cycle, et il faut 7 jours pour qu'elle redevienne efficace, c'est pourquoi il est important de se protéger à l'aide de préservatifs dans ce laps de temps.

QUESTION 25 : La pilule peut être associée à n'importe quel médicament sans interaction médicamenteuse :

**FAUX**, certains médicaments (comme les antiépileptiques ou certains antibiotiques par exemples) peuvent diminuer l'efficacité de la pilule.

QUESTION 26 : En cas de troubles digestifs, la pilule peut ne pas être efficace :

**VRAI**, en cas de vomissements survenant dans les 3h suivant la prise de la pilule, il faut considérer que la pilule n'est pas prise, et donc reprendre un comprimé. De même en cas de diarrhées très importantes, la pilule peut ne pas être efficace.

QUESTION 27 : La pilule du lendemain peut être une contraception en cas de rapport occasionnel :

**FAUX**, la pilule du lendemain est une contraception d'urgence, dont l'utilisation doit rester très occasionnelle, en cas d'échec contraceptif par exemple. Il en existe 2 sortes : Norlévo®, qui peut être prise dans les 72h suivant le rapport non protégé et qui est disponible en pharmacie sans ordonnance, et EllaOne®, qui peut être prise dans les 120h (5 jours) suivant le rapport, pour laquelle il faut une ordonnance.

QUESTION 29 : Un stérilet peut servir de contraception d'urgence

**VRAI**, il faut que celui-ci soit inséré dans l'utérus dans les 5 jours suivant le rapport potentiellement fécondant, il empêchera ainsi la nidation de l'œuf, s'il y a eu fécondation. Cela reste quand même une méthode exceptionnelle.

QUESTION 30 : Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut avoir un stérilet

**VRAI**, même si ce moyen de contraception n'est pas utilisé en première intention, et que la pose est un peu plus délicate techniquement chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant.

QUESTION 31 : Le stérilet a une durée d'action de :

**5 ans**

QUESTION 33 : Le patch contraceptif peut se coller sur n'importe quelle partie du corps

**FAUX**, le patch ne doit pas être collé à proximité des seins.

QUESTION 34 : Le patch contraceptif se change :

**Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt.**

QUESTION 36 : L'implant contraceptif a une durée d'action de :

**3 ans**, sauf en cas de surpoids.

QUESTION 37 : L'implant contraceptif provoque systématiquement des spottings (saignements minimes mais persistants entre les règles) :

**FAUX**, c'est un effet secondaire assez fréquent dans les 3 mois suivant la pose de l'implant, il va cependant disparaître dans la grande majorité des cas.

QUESTION 39 : Un anneau vaginal se change :

**Au bout de 3 semaines, puis une semaine d'arrêt**

QUESTION 40 : La mise en place de l'anneau vaginal est très compliquée :

**FAUX**, il se met en place à peu près de la même manière qu'un tampon sans applicateur.

QUESTION 41 : Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels :

**FAUX**, lorsqu'il est bien mis en place, l'anneau n'est pas perçu lors des rapports sexuels, et il n'y a aucune raison hygiénique de l'enlever à ce moment.

QUESTION 42 : En cas de changement de partenaire, il faut impérativement changer d'anneau vaginal :

**FAUX**, mais cela n'exclut pas l'utilisation de préservatif, pour la protection des IST (infections sexuellement transmissibles)

## ANNEXE III



Bureau  
représentatif  
à l'OCCE et son réseau  
prévention, solidarité et citoyenneté  
formation  
international

*La prévention, c'est l'affaire de tous !*

# Un rapport sexuel non-protégé, c'est comme une boîte de chocolats...



## ...on ne sait jamais sur quoi on va tomber !

## Protégeons nous.



CC-BY-SA  
[www.fage.org](http://www.fage.org)

Merci à tous les partenaires de FAGE

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

[1]Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé <http://www.who.int/fr/> (page consultée le 04/08/11)

[2]SERFATY D. Contraception. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 2007. 530p

[3][http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique\\_ivg-veil.html](http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html). (page consultée le 27/08/10)

[4]MARTINEAU J-E. Histoire des techniques contraceptives dans le monde occidentale. Limoges : université de pharmacie de Limoges. 1984- 168p

[5]Site officiel du conseil régional d'île de France <http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/> ( page consultée le 04/08/11)

[6]PHILIPPE H-J., BODY G., MARES P., gynécologie, obstétrique, sous l'égide du collège des gynécologues et obstétriciens français et de la conférences nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique. 2<sup>ème</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 509p

[7]COURBIERE B., CARCOPINO X., gynécologie obstétrique. Nouvelle édition 2012. Paris : Vernazobres-Grego, 2012. 573p

[8]POUJADE O., MOUGEL L., CECCALDI P-F., gynécologie, obstétrique. Paris : Ellipses, 2011. 439p

[9]HAS commission de la transparence, avis du 13 janvier 2010, EllaOne ; Adresse URL : <http://www.has-sante.fr/portailuploaddocsapplicationpdf2010-01ellaone-ct-7137.pdf> (page consultée le 27/01/10)

[10]GAILLARD B. Contraception: que croient savoir réellement les femmes ? Enquête prospective auprès de 91 femmes en médecine générale dans le département de la Haute Vienne en 2009. Limoges : université de médecine de Limoges. 2010- 166p

[11]Site du ministère de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative ;Adresse URL : <http://eduscol.education.fr/cid45618/campagne-contraception.html> (page consulté le 23/07/11)

[12]Circulaire du ministère de l'éducation nationale n°2203-027\_du 17 février 2003 ;\_Adresse URL : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm> (page consultée le 20/08/10)

[13]Anaes-Afssaps-Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation de pratiques professionnelles, décembre 2004 ; Adresse URL : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf> (page consultée le 23/07/11)

[14]VILAIN A. DREES études et résultat: les interruptions volontaires de grossesses en 2007. 2009; Adresse URL: <http://www.avortementivg.com/sites/default/files/rapport%20DRESS%202007.pdf> (page consultée le 20/08/10)

[15]HALLAIS C., MARINI H.. Contraception et IVG en France. Des contraceptions adaptées à chacune ? Pourquoi autant d'IVG ? mars 2006; Adresse URL : <http://www.santepub-rouen.fr/Down-script.php?id=55&nom=Contraception%20et%20IVG%20en%20France.ppt> (page consultée le 15/09/10)

[16]Statistiques médicales et épidémiologiques, outil de calcul de la valeur du test du Khi2 ; Adresse URL : [http://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi\\_carre.html](http://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre.html) (page consultée le 03/03/12)

[17]AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L. Rapport de l'IGAS : La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Octobre 2009. Adresse URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000048/0000.pdf> (page consultée le 28/03/12)

[18]Site de la fédération des associations générales étudiantes. Jeu « sexe et chocolat » Adresse URL : <http://fage.org/fr/articles.php?id=132258967419504> (page consultée le 28/03/12)

[19]AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L. Rapport de l'IGAS : la prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Octobre 2009. Adresse URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000049/0000.pdf> (page consultée le 28/03/12)

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	6
PREMIERE PARTIE : A PROPOS DE LA CONTRACEPTION.....	8
1. DEFINITIONS [1] .....	8
2. HISTORIQUE ET LEGISLATION [2,3].....	9
2.1 Historique de la contraception [4] .....	9
2.2 Législation.....	10
3. LES DIFFERENTS TYPES DE CONTRACEPTION [6,7,8] .....	11
3.1 Les méthodes naturelles .....	11
3.2 Les contraceptifs non hormonaux.....	12
3.2.1 Description.....	12
3.2.2 Avantages et inconvénients .....	13
3.3 Les contraceptifs hormonaux .....	13
3.3.1 Description.....	13
3.3.2 Avantages et inconvénients.....	15
3.4 La contraception d'urgence.....	15
3.4.1 Description.....	15
3.4.2 Avantages et inconvénients .....	16
3.5 La contraception masculine .....	17
4. LES DIX DERNIERES ANNEES DE COMMUNICATION AUTOUR DE LA CONTRACEPTION [10].....	18
5. INFORMATIONS SPECIFIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS.....	19
6. PARADOXE CONTRACEPTIF [13] .....	20
6.1 Epidémiologie [14] .....	20
6.2 Enjeu par rapport à l'IVG [15] .....	21
6.3 Les recommandations actuelles des sociétés savantes .....	21
DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE ...	24
1. PROBLEMATIQUE .....	24
2. OBJECTIFS .....	24

3. HYPOTHESES .....	24
4. TYPE D'ÉTUDE .....	25
5. POPULATION .....	25
6. RECUEIL DES DONNEES .....	26
7. TYPE DE VARIABLES.....	27
8. ANALYSE .....	28
<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>29</b>
1. REPARTITION DE LA POPULATION .....	29
1.1 Sexe.....	29
1.2 Age .....	29
1.3 Catégorie socioprofessionnelle .....	29
1.4 Information .....	31
1.5 Statut marital .....	32
1.6 Habitudes de vie .....	32
2. REPONSE AUX QUESTIONS .....	35
2.1 A propos de la contraception .....	35
2.1.1 Un examen gynécologique est nécessaire pour la prescription de tous les contraceptifs : FAUX.....	35
2.1.2 Une contraception peut être prescrite par : UN MEDECIN GENERALISTE, UN GYNECOLOGUE OU UNE SAGE-FEMME .....	35
2.1.3 Des l'apparition des premières règles, une grossesse est possible : VRAI .....	36
2.2 A propos du préservatif.....	37
2.2.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception ?.....	37
2.2.2 On peut mettre deux préservatifs pour plus de sécurité : FAUX.....	37
2.2.3 Il y a une date de péremption sur l'emballage des préservatifs : VRAI.....	38
2.3 A propos de la contraception orale .....	38
2.3.1 Connaissez-vous ce moyen de contraception .....	38
2.3.2 En cas d'oubli de pilule oestroprogestative de plus de 12 heures, pour éviter une grossesse, il faut : PRENDRE LA PILULE DU LENDEMAIN, CONTINUER SA PLAQUETTE, ET UTILISER DES PRESERVATIFS PENDANT UNE SEMAINE .....	39
2.3.3 La pilule peut être associée à n'importe quel médicament sans interaction médicamenteuse : FAUX .....	40

2.3.4	En cas de troubles digestifs, la pilule peut ne plus être efficace : VRAI.....	41
2.3.5	La pilule du lendemain peut être une contraception en cas de rapport régulier : FAUX.....	41
2.4	A propos du stérilet.....	42
2.4.1	Connaissez-vous ce moyen de contraception ?.....	42
2.4.2	Le stérilet peut servir de contraception d'urgence : VRAI ...	42
2.4.3	Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut avoir un stérilet : VRAI.....	43
2.4.4	Le stérilet à une durée d'action de : 5 ANS.....	43
2.5	A propos du patch contraceptif .....	44
2.5.1	Connaissez-vous ce moyen de contraception ?.....	44
2.5.2	Le patch contraceptif peut se coller sur n'importe quelle partie du corps : FAUX.....	44
2.5.3	Le patch contraceptif se change : TOUTE LES SEMAINES ...	45
2.6	A propos de l'implant contraceptif .....	45
2.6.1	Connaissez-vous ce moyen de contraception .....	45
2.6.2	L'implant contraceptif à une durée d'action : 3 ANS.....	46
2.6.3	L'implant contraceptif provoque systématiquement des spotting : FAUX .....	46
2.7	A propos de l'anneau vaginal contraceptif.....	47
2.7.1	Connaissez-vous ce moyen de contraception .....	47
2.7.2	L'anneau vaginal se change : AU BOUT DE 3 SEMAINES ....	47
2.7.3	La mise en place de l'anneau vaginal est très compliquée : FAUX.....	48
2.7.4	Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels : FAUX.....	48
2.7.5	En cas de changement de partenaire, il faut impérativement changer d'anneau vaginal : FAUX .....	49
2.8	Autoévaluation.....	49
2.9	Moyenne .....	50
	QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS .....	51
1.	CARACTERISTIQUE DE NOTRE POPULATION .....	51
2.	BIAIS DE L'ETUDE.....	51
3.	POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	52
4.	REPONSE AUX HYPOTHESES.....	52
4.1	Hypothèse principale .....	52

4.2	Hypothèses secondaires .....	53
4.2.1	Les étudiants de première année en santé ont de meilleurs résultats que les étudiants de première année de droit .....	53
4.2.2	Les femmes ont de meilleurs résultats que les hommes .....	54
4.2.3	Il existe une différence significative du niveau de connaissance en fonction de l'origine socioéconomique .....	55
4.3	Autres variables .....	57
4.3.1	Statut marital .....	57
4.3.2	Nombre de séance d'information .....	57
4.3.3	L'âge .....	58
	CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION .....	59
1.	REFLEXION AUTOUR DE NOS RESULTATS .....	59
1.1	Autours des rapports sexuels .....	59
1.2	Importance de la filière d'étude sur les résultats .....	59
1.3	La contraception : encore une affaire de femme.....	59
1.4	Effet possible de l'âge .....	60
1.5	Importance des séances d'information et de prévention .....	60
2.	VALORISATION DE NOS RESULTATS .....	60
3.	ACTION DE PREVENTION .....	61
4.	ORIENTATION ENVISAGEE POUR UNE FUTURE EVALUATION DES CONNAISSANCE	63
	CONCLUSION .....	65
	ANNEXES .....	66
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....	73
	TABLE DES MATIERES .....	75

LAMBOLEY Camille

**« Connaissance de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'université de limoges »**

78 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de Sages-Femmes de Limoges – Année 2012

**RESUME :**

2/3 des grossesses non désirées surviennent chez des femmes ayant une contraception, et la majorité des interruptions volontaires de grossesses françaises ont lieu chez les 18-24 ans. C'est pourquoi nous avons réalisé une étude dont l'objectif était d'effectuer un bilan des connaissances en matière de contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'université.

Cette étude locale, transversale et descriptive menée auprès des étudiants en première année des filières médicales et du droit a montré des connaissances médiocres pour toute notre population.

Pour pallier à ce manque de connaissances nous avons proposé de mettre en place des actions de préventions primaires auprès de la population étudiante.

**LES MOTS CLES :**

- CONTRACEPTION
- INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
- ETUDIANTS
- CONNAISSANCES
- PREVENTION