

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Margaux BOYELDIEU**

Le 29 Juin 2017

### Évaluation des connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité

**Directeur de thèse : Dr Valérie ROUJAS BECQUART**  
**Co-directeur : Dr Thierry BRILLAC**

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Olivier PARANT**

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

**Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC**

**Madame le Docteur Valérie ROUJAS BECQUART**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
POUTRAIN Jean-Christophe

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco, de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yoïande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEJRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>		<b>M.C.U. Médecine générale</b>	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOUAAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

## **REMERCIEMENTS**

À notre président de jury,

Monsieur le professeur Olivier PARANT,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Recevez au travers de ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le docteur Brigitte ESCOURROU,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury.

Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le docteur Thierry BRILLAC,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Merci d'avoir cru en ce projet en acceptant de le co-diriger, vos conseils m'ont été précieux.

Recevez l'expression de mes plus sincères considérations.

À Madame le docteur Valérie ROUJAS-BECQUART,

Je te remercie pour ton accompagnement et ton soutien tout au long de ce travail qui a pris naissance dans ton cabinet.

Tu m'as permis de découvrir une médecine générale humaine et à l'écoute, ce fut un plaisir d'apprendre à tes côtés.

Merci de m'avoir fait confiance.

Avec tout mon respect.

À toute ma famille que j'aime profondément,

À mes parents, merci de m'avoir donné toutes les chances possibles afin de réussir ma vie et mes projets. Sans votre solide présence, je n'aurais pas franchi les étapes qui m'amènent ici aujourd'hui. J'ai eu la chance de grandir dans une famille aimante et à l'écoute, merci pour les belles valeurs que vous m'avez transmises et merci d'avoir cru en moi.

À ma sœur adorée, Sarah, ma birdy. J'ai la chance de t'avoir à mes côtés depuis ma naissance, merci pour ton amour et ton soutien. La vie défile et le temps de la rue Achille Viadieu semble loin... Ces deux années avec toi ont été magiques, pleines de bulles, de sorties, de cinés, de fous rires et chorégraphies en tout genre...Aujourd'hui tu es dentiste, tu as fait de moi une tatie comblée avec Isis et Antoine que j'aime de tout mon cœur. Malgré la distance, le lien qui nous unit est toujours aussi fort. J'espère que tu seras fière de moi comme je suis fière de toi.

À Julien, l'amour de ma vie... Dès le lycée tu as su que je voulais faire médecine, nous étions jeunes mais tu m'as toujours soutenue dans mes projets. Sans toi, cela n'aurait pas été possible. Merci d'être comme tu es, mon premier supporter, le verre à moitié plein quand je le vois à moitié vide, ma force quand je faiblis, celui qui transforme mes larmes en sourires. Tu sais les efforts et les sacrifices que j'ai dû faire, sans jamais me les reprocher, j'ai énormément de chance de t'avoir à mes côtés, merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

À mes grands-parents : mamie Jeannette, pour ton amour, ton écoute et tes encouragements. Je sais que tu as toujours cru en moi, j'espère te rendre fière aujourd'hui ; Papi André, parti bien trop tôt mais toujours dans mon cœur ; À mamie Nicole et papi Maurice qui ont travaillé dur pour l'avenir de leurs enfants et petits-enfants...

À toute ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli avec tant de gentillesse dans votre famille.

À mes amies, Marie, Christelle, Lucia, Sandrine, Bene, Marie-Lise, Aurélie, Emma, Lucie, pour tous les moments passés ensemble, votre présence dans les moments difficiles, merci de faire partie de ma vie.

À toutes les personnes qui ont contribué à ma formation, depuis ma première année de médecine jusqu'à aujourd'hui, beaucoup de monde, mais chacun a joué un rôle. Plus particulièrement, j'aimerais remercier l'équipe des urgences de Saint Girons qui m'a chaleureusement accueillie pour mes premiers pas en tant qu'interne ; le Dr Aurélie Colboc qui m'a fait découvrir avec plaisir la médecine générale en cabinet, confirmant ainsi mon choix pour ce beau métier, aujourd'hui encore tu m'accompagnes dans bien des démarches, merci pour ton soutien ; les Dr Marion Mongiatti, Dr Aude Lagarrigue et Dr Paule Bayle qui ont rendu mon passage au CHU par la « case prison » bien agréable. À tous mes co-internes, pour vos rires, votre présence dans les bons et les mauvais moments.

Un grand merci à l'équipe du collège Niel de Muret qui a gentiment accepté de me laisser mener mon étude, merci à tous les élèves qui y ont participé avec sérieux.

**« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. » Louis Pasteur**

## **TABLE DES MATIÈRES**

LISTE DES FIGURES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	4
INTRODUCTION .....	5
JUSTIFICATION ET OBJECTIFS.....	7
MATERIEL ET METHODES .....	8
RESULTATS.....	10
DISCUSSION .....	18
CONCLUSION .....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	36
ANNEXE 1 : Lévonorgestrel, Ulipristal acétate, délivrance de la CHU.....	40
ANNEXE 2 : Note d'information aux parents d'élèves .....	43
ANNEXE 3: Questionnaire.....	44
ANNEXE 4 : Avis de la Commission d'éthique .....	46

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1:</b> Évolution du nombre de boîte de contraception d'urgence vendues de 1999 à 2015 .....	6
<b>Figure 2:</b> Répartition des modes de connaissances de la contraception hormonale d'urgence .....	13
<b>Figure 3:</b> Répartition des réponses en pourcentages à la question « Après un rapport sexuel non protégé, combien de temps à une femme pour prendre la contraception hormonale d'urgence » .....	13
<b>Figure 4:</b> Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « La contraception hormonale d'urgence est efficace jusqu'à la survenue des prochaines règles ».....	14
<b>Figure 5:</b> Répartition des réponses en pourcentages à la question « Constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ? »:.....	14
<b>Figure 6:</b> Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « Une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir ».....	15
<b>Figure 7:</b> Répartition des réponses en pourcentages à la question« Elle (la CHU) peut être délivrée par » :.....	15
<b>Figure 8:</b> Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « Un mineur doit avoir l'autorisation de ses parents pour l'obtenir » .....	16
<b>Figure 9:</b> Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation« Une jeune fille mineure peut l'obtenir gratuitement en pharmacie.....	16
<b>Figure 10:</b> Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « La prise de la contraception hormonale d'urgence expose la femme à un risque de stérilité (incapacité à avoir un enfant plus tard) » .....	17
<b>Figure 11:</b> Répartition des réponses en pourcentages à la question « Peut-on l'utiliser après chaque rapport à la place de la pilule prise tous les jours ? » .....	17
<b>Figure 12:</b> Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2015 .....	21

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1:</b> Évolution du recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2000, 2005 et 2010 (en %)	6
<b>Tableau 2:</b> Réponses aux questions 3 à 7	11
<b>Tableau 3:</b> Réponses aux questions 8 à 12	12

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CDPEF : Centre départemental de planification et d'éducation familiale

CHU : Contraception hormonale d'urgence

DIU : dispositif intra-utérin

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

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

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

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SVT : Sciences de la vie et de la terre

## **INTRODUCTION**

On estime qu'environ 33% des grossesses sont des grossesses non prévues, 50% d'entre elles donnant lieu à une interruption volontaire de grossesse (IVG) .(1)

La contraception hormonale d'urgence (CHU) est un moyen de prévention des grossesses non prévues après un rapport sexuel non protégé.

Plusieurs mesures ont été mises en place afin d'augmenter le recours à la CHU, avec notamment des campagnes d'informations et de prévention, un accès facilité. Cependant, l'effet de ces mesures semble trop faible pour avoir un impact sur le nombre d'IVG.(2)

Les actions d'informations dans les établissements scolaires sont l'une de ces actions.

### **La contraception hormonale d'urgence**

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la contraception d'urgence comme « les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif) ». (3)

En matière de contraception d'urgence, deux méthodes sont disponibles :

Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre.

Les méthodes hormonales : le Lévonorgestrel (nom commercial Norlevo®) et l'Ulipristal acétate (nom commercial EllaOne®). Ces méthodes sont détaillées en Annexe 1.

Il est précisé que « la contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières. »(3)

### **Données sur le recours à la CHU**

En 1999, la CHU est accessible en pharmacie sans prescription médicale, son utilisation se développe alors rapidement : en 2000, 8,9% des femmes sexuellement actives de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà pris la contraception hormonale d'urgence, pour atteindre 23,9% en 2010.(4)

Évolution du recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2000, 2005 et 2010 (en %)

Proportion de femmes déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (en %)	2000	2005	2010
15-19 ans	12,2	30,3	42,4
20-24 ans	16,0	31,8	43,3
25-34 ans	10,0	16,8	29,3
35-49 ans	6,3	8,6	13,1
<b>Total</b>	<b>8,9</b>	<b>15,2</b>	<b>23,9</b>

**Champ :** France métropolitaine. Femmes de 15-49 ans, sexuellement actives, c'est-à-dire ayant eu un rapport sexuel au cours de leur vie : en 2000 (n = 4 414), 2005 (n = 8 089) et 2010 (n = 7 595).

Source : Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes

Tableau 1: Évolution du recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2000, 2005 et 2010 (en %)(4)

Depuis 2005, plus d'un millions de pilules de type CHU sont distribuées chaque année en France, avec une légère baisse depuis 2013.(5)



Figure 1: Évolution du nombre de boîte de contraception d'urgence vendues de 1999 à 2015 (5)

Le recours à la CHU varie avec l'âge : en 2010, pour les moins de 20 ans, c'est une jeune fille sur cinq qui l'a utilisée, puis cela diminue rapidement, avec un recours de 11,1% chez les 20-24ans, 6,7% pour les 25-29 ans et 2% chez les 30-49 ans. (6)

## **JUSTIFICATION ET OBJECTIFS**

Le recours à l'IVG touche surtout les 20-24ans, mais les plus jeunes ne sont pas épargnées par les grossesses non désirées : en effet, 7,7% des femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Chez ces jeunes d'âge scolaire, des séances d'éducation à la sexualité sont prévues par la loi, avec notamment une information claire sur les moyens de contraception dont la CHU.

La politique mise en place en matière de prévention des IVG a facilité l'accès à la CHU, y compris pour les mineurs, mais cette méthode de rattrapage semble encore sous-utilisée aujourd'hui.(7)

Les séances d'éducation à la sexualité sont inégalement et partiellement réalisées en France : Au collège, elles ont majoritairement lieu en 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>.

L'objectif de notre étude est l'évaluation des connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, réalisée au mois de mai 2016 auprès des élèves de 3<sup>ème</sup> du collège Niel de Muret.

### **Population choisie**

La majorité des informations scolaires à la sexualité ont lieu au collège et les élèves de 3<sup>e</sup> ont reçu les enseignements en sciences de la vie de la terre relatifs à la reproduction sexuée des êtres vivants. De plus, c'est une période où les préoccupations sur la sexualité se font de plus en plus importantes avec pour certains une entrée dans la sexualité, avant l'arrivée au lycée.

Le collège Niel de Muret réalise chaque année pour les classes de 3<sup>e</sup> une information scolaire à la sexualité animée bénévolement par un médecin généraliste de Muret.

Il s'agit d'un établissement privé sous contrat d'association avec l'Etat.

Nous avons fait la demande et obtenu l'accord du chef d'établissement pour accompagner le médecin dans son action d'information à la sexualité et distribuer à cette occasion un questionnaire aux élèves de 3<sup>e</sup>.

Une note d'information (en Annexe 2) a été remise aux parents d'élèves afin qu'ils soient prévenus de notre présence et de la distribution d'un questionnaire sans mentionner le sujet du questionnaire. Aucun parent d'élève n'a refusé la participation de son enfant.

L'ensemble des élèves de 3<sup>e</sup> du collège Niel de Muret, soit 134 élèves répartis sur cinq classes, devaient être interrogés avant le début des séances d'éducation à la sexualité.

### **Méthode**

Nous avons choisi d'évaluer leurs connaissances sur la contraception hormonale d'urgence à l'aide d'un questionnaire ; cet outil garantit l'anonymat, permet d'interroger un grand nombre d'élèves et perturbe peu le déroulement de la séance d'information à la sexualité.

Le questionnaire (en Annexe 3) était composé de douze questions fermées ciblant leurs connaissances sur la contraception hormonale d'urgence en abordant :

- les conditions d'utilisation
- les conditions de délivrance
- les freins à son utilisation

Ils ont été remis en mains propres en début de chaque séance afin d'en préciser l'intérêt et de garantir l'anonymat aux élèves.

Un temps de cinq à dix minutes était laissé afin qu'ils y répondent, puis les questionnaires étaient récupérés.

Dans un premier temps le questionnaire a été testé en conditions réelles le 7 mars 2016 auprès de deux classes de 3<sup>e</sup> du collège de Montréjeau à l'occasion d'une information scolaire à la sexualité réalisée avec le Centre départemental de planification et d'éducation familiale (CDPEF) de Haute-Garonne. Ce test a permis de réaliser des modifications pour aboutir à la forme finale du questionnaire.

Le questionnaire a ensuite été soumis à la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées et a reçu un avis favorable le 5 mai 2016 (en Annexe 4).

L'ensemble des données du questionnaire remis aux élèves concernés par l'étude a été rassemblé et exploité à l'aide du logiciel EXCEL.

Les données ont été exprimées en « bonnes réponses » et « mauvaises réponses » afin d'être comparées avec le test statistique de chi<sup>2</sup>. Pour les effectifs inférieurs à 5, le test exact de Fischer a été utilisé. La valeur de « p » est considérée comme significative lorsqu'elle est inférieure à 0,05.

## **RESULTATS**

### **Population étudiée**

Les jours des séances, trois élèves étaient absents, c'est donc 131 élèves qui ont été interrogés, 72 garçons (55%) et 59 filles (45%).

L'âge moyen des élèves était de 14,4 ans avec un écart-type de 0,56.

### **Réponses au questionnaire**

Les résultats sont retranscrits dans les tableaux ci-dessous. Les réponses attendues sont désignées par les cases bleues.

Pour une plus grande facilité de lecture, les résultats sont ensuite présentés sous forme de diagrammes, exprimés en pourcentages. Les pourcentages ont été arrondis au dixième.

Ci-dessous, l'intitulé des questions est réécrit afin de faciliter la lecture des tableaux de résultats.

3) Avez-vous déjà entendu parler de la contraception hormonale d'urgence (plus communément appelée pilule du lendemain) ? Si oui comment ?

4) Après un rapport sexuel non protégé, combien de temps a une femme pour prendre la contraception hormonale d'urgence

5) La contraception hormonale d'urgence est efficace jusqu'à la survenue des prochaines règles

6) Constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ?

7) Une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir

8) Elle peut être délivrée par : (plusieurs réponses possibles)

9) Un mineur doit avoir l'autorisation de ses parents pour l'obtenir

10) Une jeune fille mineure peut l'obtenir gratuitement en pharmacie

11) La prise de la contraception hormonale d'urgence expose la femme à un risque de stérilité (incapacité à avoir un enfant plus tard)

12) Peut-on l'utiliser après chaque rapport à la place de la pilule prise tous les jours ?

Questions:	Nombre de réponses totales n (%)	Nombre de réponses filles n (%)	Nombre de réponses garçons n (%)	Comparaison bonnes/mauvaises réponses filles/garçons : p
Question 3				
oui	127 (96,9%)	58 (98,3%)	69 (95,8%)	
non	4 (3,1%)	1 (1,7%)	3 (4,2%)	
amis	31 (23,7%)	17 (28,8%)	14 (19,4%)	
famille	46 (35,1%)	27 (45,8%)	19 (26,4%)	
médecin	5 (3,8%)	2 (3,4%)	3 (4,2%)	
planning familial	2 (1,5%)	2 (3,4%)	0 (0%)	
médias	38 (29%)	13 (22%)	25 (34,7%)	
information scolaire	81 (61,8%)	34 (57,6%)	47 (65,3%)	
Question 4				0,45
douze heures	32 (24,4%)	16 (27,1%)	16 (22,2%)	
un jour	57 (43,5%)	28 (47,4%)	29 (40,3%)	
deux jours	20 (15,3%)	8 (13,6%)	12 (16,7%)	
cinq jours	1 (0,8%)	1 (1,7%)	0 (0%)	
une semaine	2 (1,5%)	0 (0%)	2 (2,8%)	
ne sait pas	19 (14,5%)	6 (10,2%)	13 (18%)	
Question 5				0,06
Vrai	17 (13%)	5 (8,5%)	12 (16,7%)	
Faux	56 (42,7%)	31 (52,5%)	25 (34,7%)	
Ne sait pas	58 (44,3%)	23 (39%)	35 (48,6%)	
Question 6				0,88
Oui	10 (7,6%)	2 (3,4%)	8 (11,1%)	
Non	107 (81,7%)	48 (81,3)	59 (81,9%)	
Ne sait pas	14 (10,7%)	9 (15,2%)	5 (7%)	
Question 7				0,97
Vrai	13 (9,9%)	6 (10,2%)	7 (9,7%)	
Faux	99 (75,6%)	44 (74,6%)	55 (76,4%)	
Ne sait pas	19 (14,5%)	9 (15,2%)	10 (13,9%)	

Tableau 2: Réponses aux questions 3 à 7

Questions	Nombre de réponses totales n (%)	Nombre de réponses filles n (%)	Nombre de réponses garçons n (%)	Comparaison bonnes/mauvaises réponses filles/garçons : p
Question 8				0,25
Pharmacien	115 (87,7%)	53 (89,8%)	62 (86,1%)	
Infirmière scolaire	36 (27,4%)	14 (23,7%)	22 (30,6%)	
Centre de planification	26 (19,8%)	14 (23,7%)	12 (16,7%)	
Médecin généraliste	73 (55,7%)	34 (57,6%)	39 (54,2%)	
Sage femme	9 (6,9%)	2 (3,4%)	7 (9,7%)	
Gynécologue	65 (49,6%)	33 (55,9%)	32 (44,4%)	
Ne sait pas	12 (9,2%)	4 (6,8%)	8 (11,1%)	
une bonne réponse et plus	117 (89,3%)	55 (93,2%)	62 (86,1%)	
Question 9				0,64
Vrai	11 (8,4%)	5 (8,5%)	6 (8,3%)	
Faux	94 (71,8%)	44 (74,6%)	50 (69,5%)	
Ne sait pas	26 (19,8%)	10 (16,9%)	16 (22,2%)	
Question 10				0,62
Vrai	84 (64,1%)	36 (61%)	48 (66,7%)	
Faux	15 (11,5%)	7 (11,9%)	8 (11,1%)	
Ne sait pas	32 (24,4%)	16 (27,1%)	16 (22,2%)	
Question 11				0,65
Vrai	31 (23,7%)	13 (22%)	18 (25%)	
Faux	46 (35,1%)	19 (32,2%)	27 (37,5%)	
Ne sait pas	54 (41,2%)	27 (45,8%)	27 (37,5%)	
Question 12				0,94
Oui	10 (7,6%)	3 (5,1%)	7 (9,7%)	
Non	94 (71,8%)	42 (71,2%)	52 (72,2%)	
Ne sait pas	27 (20,6%)	14 (23,7%)	13 (18,1)	

Tableau 3: Réponses aux questions 8 à 12

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre les connaissances des filles et des garçons.

**Question 3 : « Avez-vous déjà entendu parler de la contraception hormonale d'urgence (plus communément appelée pilule du lendemain) ? Si oui comment ? »**

Plusieurs réponses étaient possibles, ils avaient également la possibilité d'indiquer une réponse si celles-ci n'était pas dans les propositions.

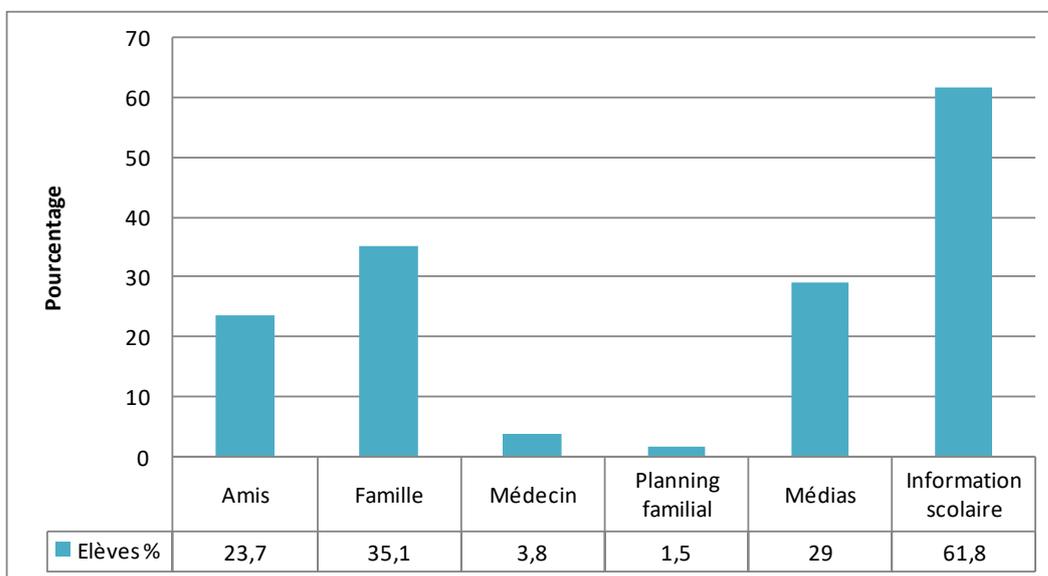


Figure 2: Répartition des modes de connaissances de la contraception hormonale d'urgence

**Question 4 : « Après un rapport sexuel non protégé, combien de temps a une femme pour prendre la contraception hormonale d'urgence »**

La réponse attendue est « cinq jours ».

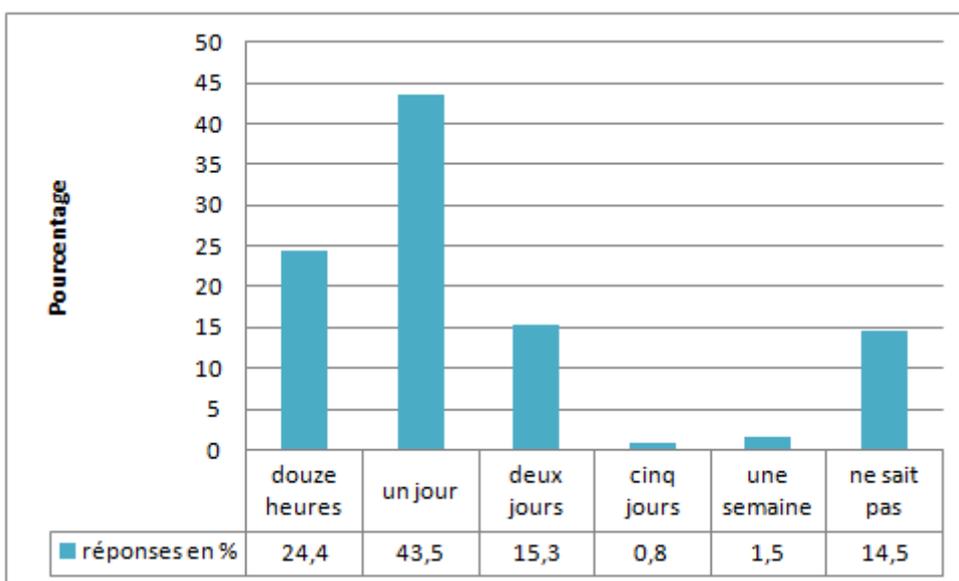


Figure 3: Répartition des réponses en pourcentages à la question « Après un rapport sexuel non protégé, combien de temps à une femme pour prendre la contraception hormonale d'urgence »

**Question 5 : « La contraception hormonale d'urgence est efficace jusqu'à la survenue des prochaines règles »**

La réponse attendue est « Faux ».

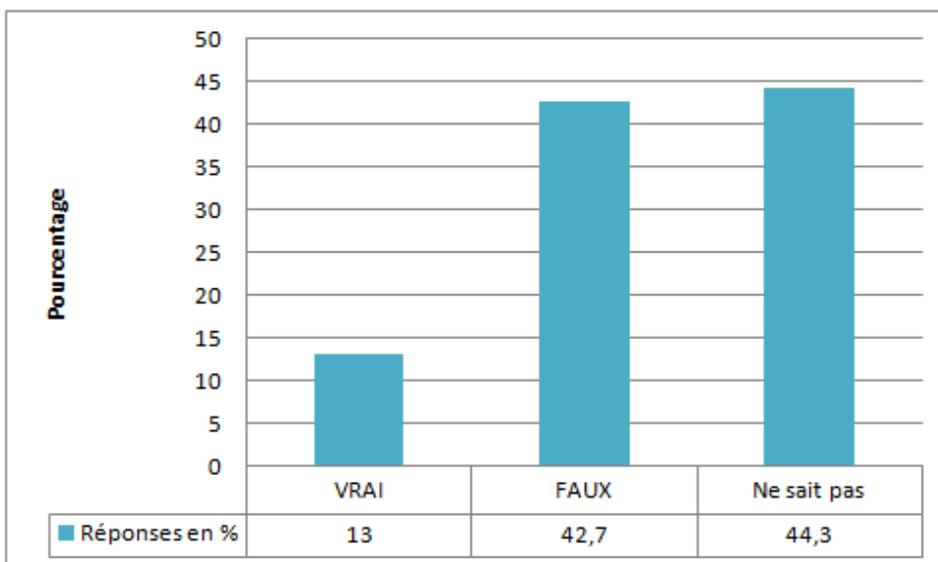


Figure 4: Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « La contraception hormonale d'urgence est efficace jusqu'à la survenue des prochaines règles »

**Question 6 : « Constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ? »**

La réponse attendue est « Non ».

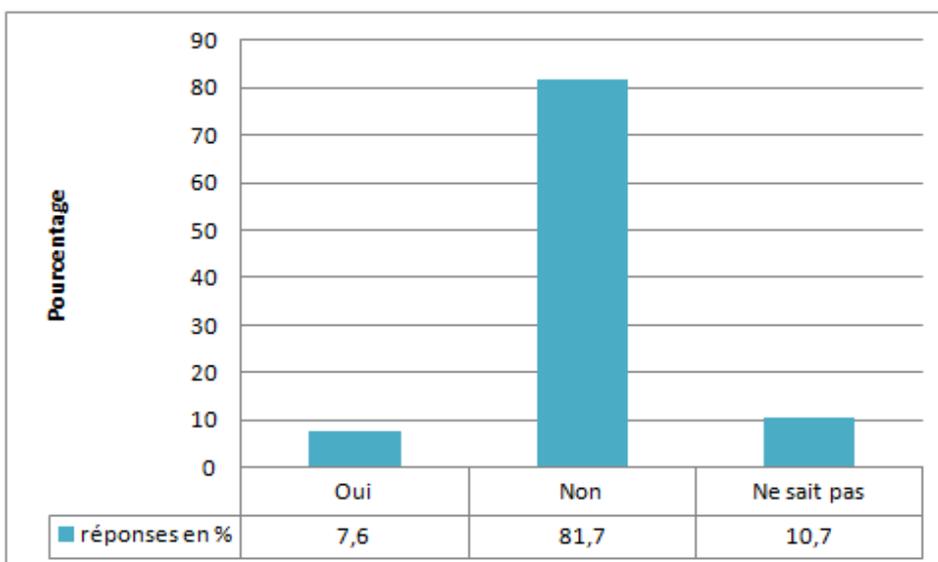


Figure 5: Répartition des réponses en pourcentages à la question « Constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ? » :

**Question 7 : « Une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir »**

La réponse attendue est « Faux ».

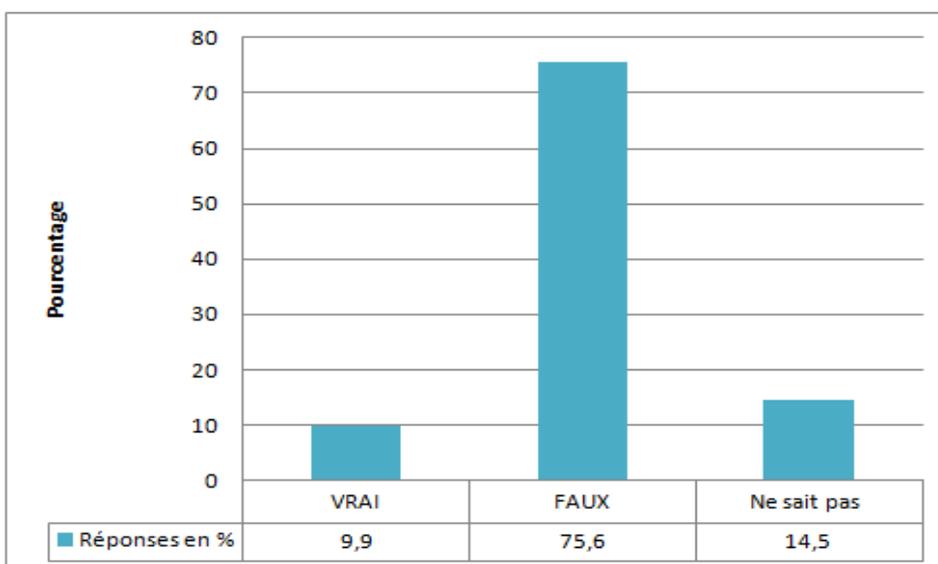


Figure 6: Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « Une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir »

**Question 8 : « Elle peut être délivrée par »**

Les réponses attendues sont : un pharmacien, l'infirmière scolaire et le centre de planification.

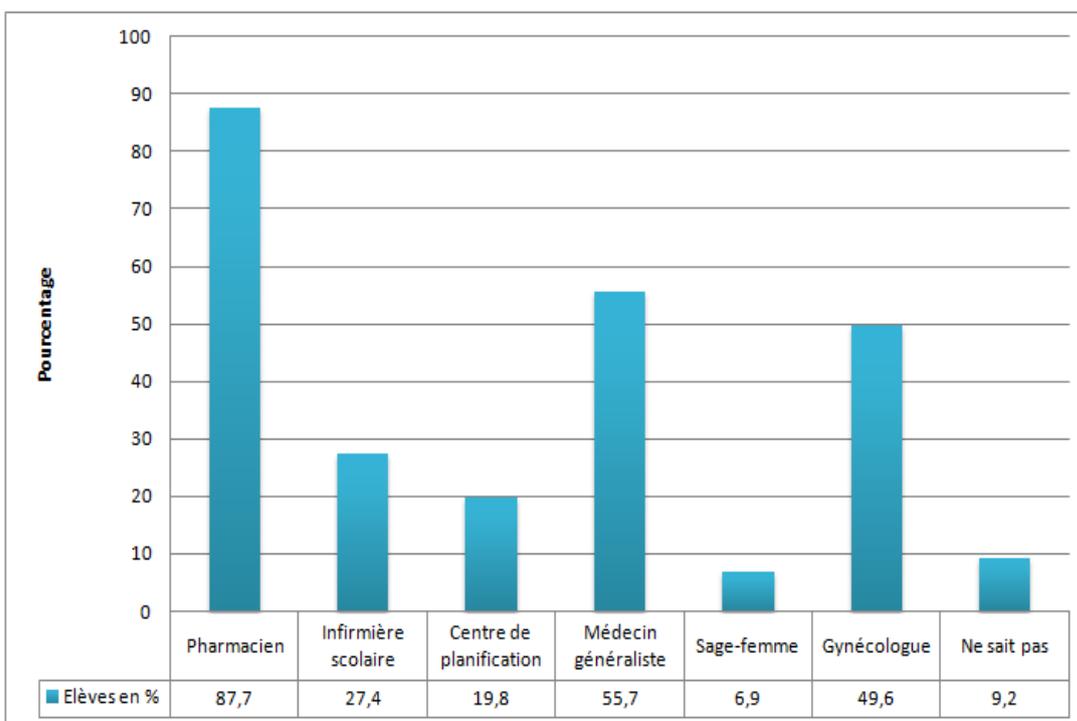


Figure 7: Répartition des réponses en pourcentages à la question « Elle (la CHU) peut être délivrée par » :

**Question 9 : « Un mineur doit avoir l'autorisation de ses parents pour l'obtenir »**

La réponse attendue est « Faux ».

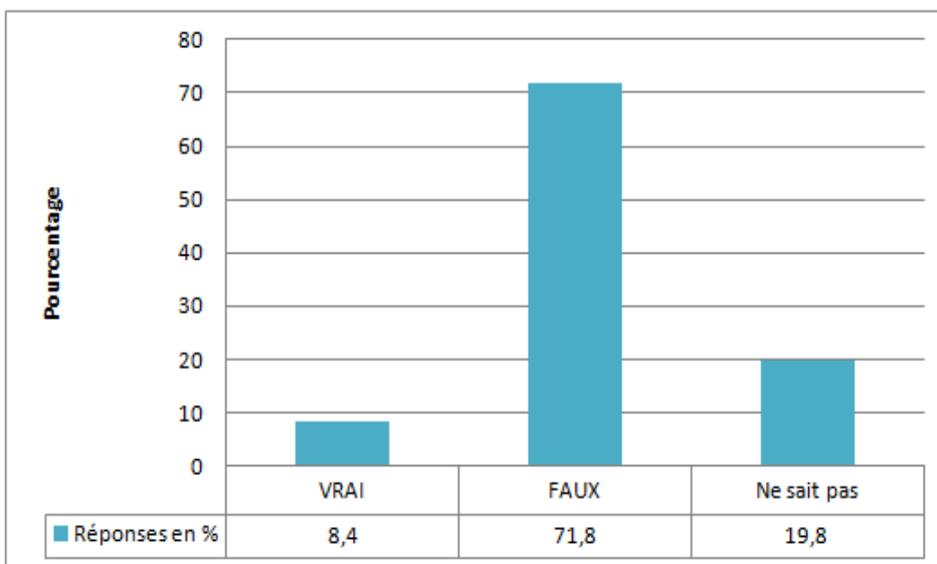


Figure 8: Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « Un mineur doit avoir l'autorisation de ses parents pour l'obtenir »

**Question 10 : « Une jeune fille mineure peut l'obtenir gratuitement en pharmacie »**

La réponse attendue est « Vrai ».

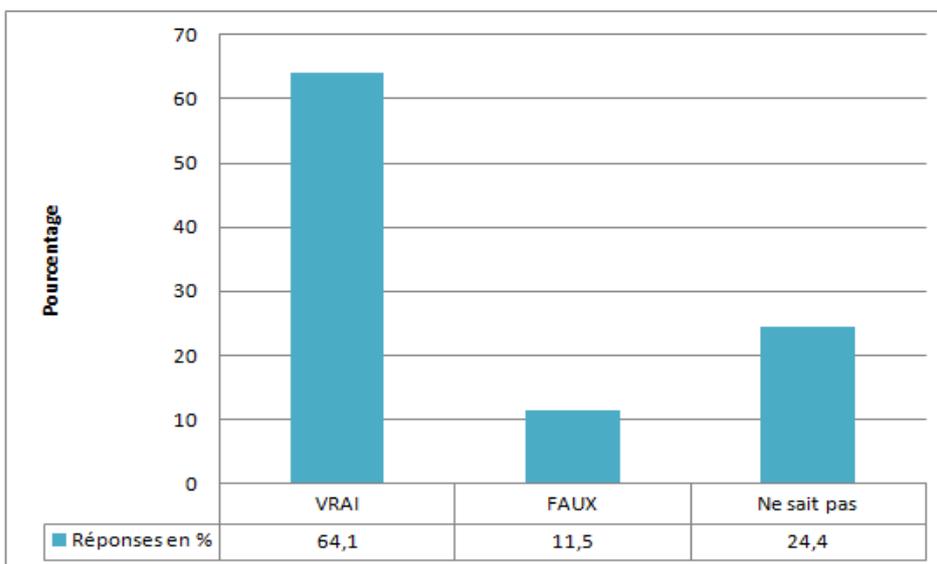


Figure 9: Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « Une jeune fille mineure peut l'obtenir gratuitement en pharmacie »

**Question 11 : « La prise de la contraception hormonale d'urgence expose la femme à un risque de stérilité (incapacité à avoir un enfant plus tard) »**

La réponse attendue est « Faux ».

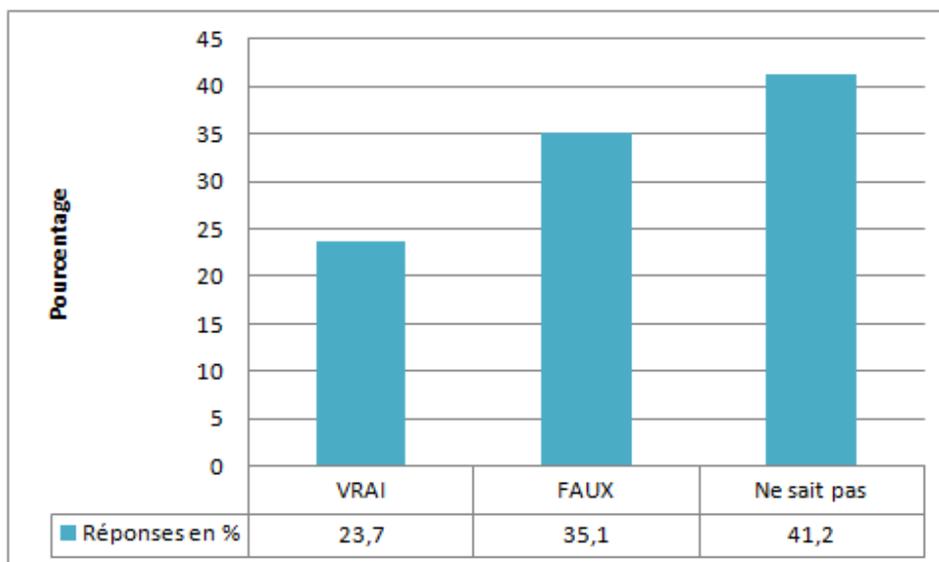


Figure 10: Répartition des réponses en pourcentages à l'affirmation « La prise de la contraception hormonale d'urgence expose la femme à un risque de stérilité (incapacité à avoir un enfant plus tard) »

**Question 12 : « Peut-on l'utiliser après chaque rapport à la place de la pilule prise tous les jours ? »**

La réponse attendue est « Non ».

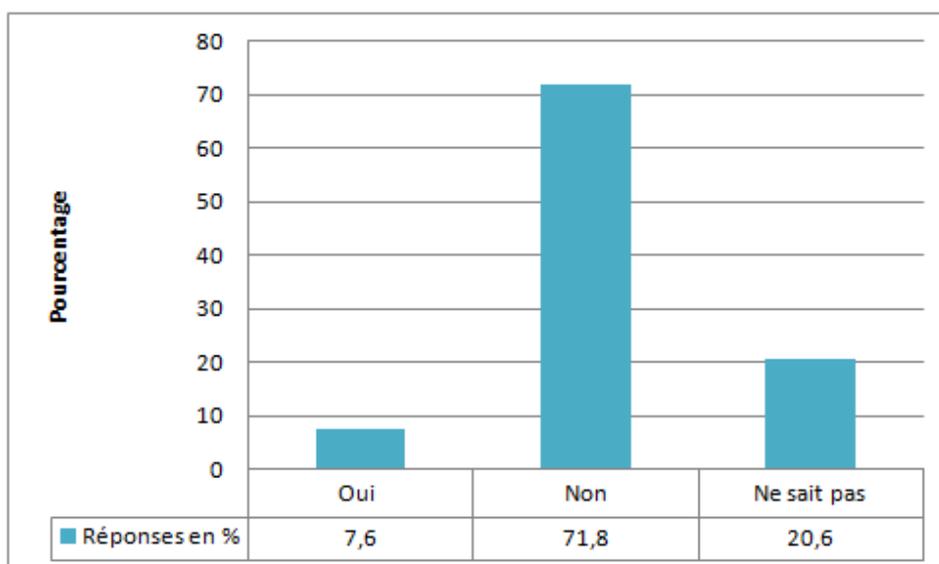


Figure 11: Répartition des réponses en pourcentages à la question « Peut-on l'utiliser après chaque rapport à la place de la pilule prise tous les jours ? »

## **DISCUSSION**

Le principal résultat de notre étude est la méconnaissance du délai de prise de la contraception hormonale d'urgence après un rapport à risque : seule une élève a indiqué le délai de 5 jours sur les 131 élèves interrogés.

Pour les autres domaines évalués, leur niveau de connaissance est variable.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles, probablement par manque de puissance.

### **Forces et limites de l'étude**

Notre étude présente des limites et des biais :

-Notre échantillon est de faible taille : seul un collège a été inclus dans notre étude ce qui représente 5 classes de 3<sup>ème</sup> soit 134 élèves.

-Ce collège est un établissement privé sous contrat avec l'état, avec un possible biais de sélection.

-Inclure d'autres collèges, privés et publics aurait permis une meilleure représentativité de la population étudiée.

-Il n'y a pas d'infirmière scolaire dans ce collège, les fonctions sont remplies par leur chef d'établissement, ce qui peut freiner les élèves à se livrer sur ces problématiques touchant à l'intime, méconnaissant ainsi le rôle de l'infirmière.

La force de notre étude relève de deux points essentiellement :

-Le fort taux de participation à l'étude : seuls 3 élèves sur 134 inclus ont été absents lors des séances, c'est donc 131 questionnaires qui ont été analysés.

-Les questionnaires ont tous été correctement remplis, l'intégralité a pu être exploitée.

### **Contraception, IVG : état des lieux**

#### ***Contraception des jeunes***

L'objet de cette étude vient d'une nécessité d'informer les plus jeunes sur la CHU car ils sont plus exposés au risque d'échec des modes de contraceptions qu'ils utilisent.

Au début de la vie sexuelle, c'est le préservatif qui est le moyen de contraception le plus utilisé : en effet en 2010, chez les 15-17 ans, 59% des femmes l'utilisent comme moyen de contraception, en association avec la pilule pour 14,5% d'entre elles. Enfin, 37,3% d'entre elles utilisent seulement la pilule. (8)

Puis, jusqu'à 25 ans, la pilule devient le principal moyen de contraception, et l'utilisation du préservatif décline : chez les 18-19ans, il est utilisé par 39,5% des femmes (dont 23% en association avec la pilule) et chez les 20-24ans, ce pourcentage passe à 22,6% (dont 11,7% en association avec la pilule). L'utilisation de la pilule seule comme moyen de contraception est utilisée par 55,2% des 18-19ans et 63,5% des 20-24ans. (8)

Après 25 ans, les femmes utilisent de moins en moins la pilule, préférant d'autres méthodes contraceptives, notamment les DIU.(6)

Lors du premier rapport sexuel, le préservatif est largement utilisé : 90% des jeunes de moins de 30ans déclarent l'avoir utilisé.(9) Les campagnes de promotion du préservatif ont donc été efficaces, tant pour la prévention des IST que pour son rôle contraceptif.

Toutefois, au début de la vie sexuelle, par manque d'information et de connaissance, l'utilisation peut être inadaptée (préservatif déroulé dans le mauvais sens, mauvaise conservation, taille inadapté,...) source d'échec de la méthode : environ un quart des jeunes de moins de 20ans concerné par une IVG l'associe à la rupture ou au glissement du préservatif.(10) L'efficacité pratique est éloignée de celle attendue théoriquement : l'indice de Pearl, correspondant au nombre de grossesse observées pour cent femmes utilisant une contraception donnée pendant un an, est de 2 pour le préservatif masculin contre une efficacité pratique à 15. Ce n'est donc pas un moyen de contraception efficace.(11)

De plus, en cas de difficultés rencontrées, on observe un faible recours à la CHU : seule une femme sur quatre ayant rencontré un problème d'utilisation du préservatif au cours des quatre semaines y a eu recours.(8)

Concernant la pilule, l'efficacité contraceptive théorique est également éloignée de celle retrouvée en pratique, avec un indice de PEARL à 0,3 contre 8 en pratique, quelle soit œstro-progestative ou microprogestative.(11) Ce mode de contraception nécessite une observance optimale qui semble peu adaptée au mode de vie des jeunes et à leurs connaissances sur le cycle menstruel : 19% des femmes de moins de 20ans ayant recours

à une IVG déclarent qu'une utilisation irrégulière ou incorrecte de la pilule en est la cause.  
(11)

Pour pallier à la médiocre efficacité en pratique de ces deux moyens privilégiés par les jeunes, certains pays ont mis en place des stratégies de prévention plus efficaces : c'est le cas des Pays-Bas qui font la promotion de la double protection pilule/préservatif (« double-dutch »), avec une utilisation pour 71% des néerlandais de 15 à 19ans (contre 33,2% des français du même âge). (12)

Cette double-protection est en cours de promotion en France par le biais de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), tout comme le choix d'une contraception adapté à chaque femme (campagne « Choisir sa contraception »).

La promotion de la CHU pour palier à un échec de la pilule est également mise en place. Une carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » précise la conduite à tenir, avec les conditions de prise de la contraception d'urgence si nécessaire. Mais aux professionnels de santé d'en assurer la distribution.

### ***Les IVG en France***

Comme nous l'avons vu, les jeunes par le choix du moyen de contraception sont plus exposés à un risque de grossesse. Au niveau des IVG, on retrouve des échecs de ces méthodes avec souvent un non recours à la CHU.

### ***Evolutions***

C'est avec la Loi Weil en 1975 que l'IVG a été légalisée en France. En parallèle, les pratiques contraceptives ont été développées afin que l'IVG soit le « dernier recours » en cas d'échec de la contraception. (3)

L'accès à l'IVG a également été facilité grâce à des aménagements législatifs : assouplissement des conditions de recours, allongement du délai à 14 semaines d'aménorrhée, accès facilité en ville avec la méthode médicamenteuse, démarche raccourcie. (3)

La légalisation de l'avortement n'a pas entraîné sa banalisation, ni un relâchement sur l'utilisation des moyens contraceptifs. En effet le taux de couverture contraceptive est élevé : l'enquête FECOND réalisée en 2010 montre que seules 3% de femmes exposées à un risque de grossesse ne voulant pas d'enfant n'utilisent pas de moyens de

contraception (femmes âgées de 15 et 49 ans en France métropolitaine, ni stérile ni enceinte, ayant de rapports sexuels ne voulant pas d'enfant).(8)

On a noté une évolution parallèle entre le nombre de naissances et le nombre d'IVG depuis 1995 : l'indicateur IVG est passé de 0,66 IVG par femme en 1975 à 0,43 au milieu des années 90 pour remonter à 0,53 au début des années 2010. Cet indice est stable depuis 2006 autour de 0,54 IVG par femme et on estime qu'environ un tiers des femmes y ont recours au cours de leur vie, dont 10% deux fois et 4% trois fois ou plus... (13) (5)

En 2015, environ 218 000 IVG ont été pratiquées en France avec un taux de recours de 14,4 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. (5)

### **Les données selon les âges**

Le nombre d'IVG est stable, mais on note une variation en observant les âges de recours à l'IVG.

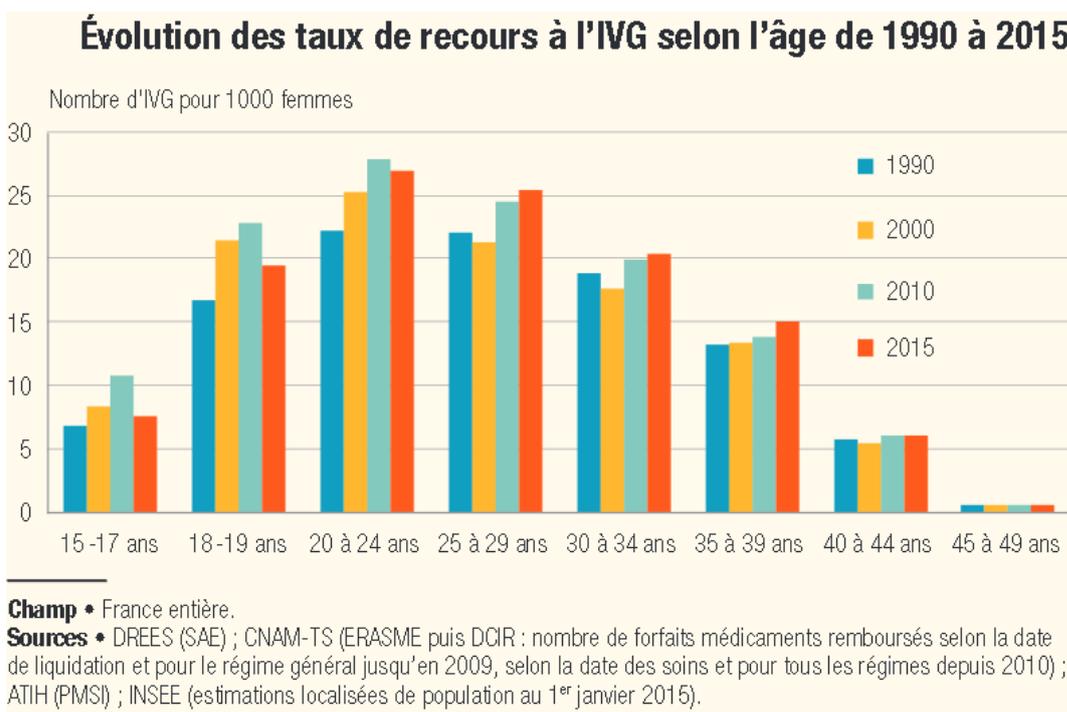


Figure 12: Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2015 (4)

La tranche d'âge des 20-24 ans reste la plus touchée : En 2015, le taux d'IVG est de 27 pour 1000 femmes, contre 7,6 pour 1000 femmes chez les 17-18 ans et 19,6 chez les 18-19 ans.(5)

### ***L'IVG suite à un échec de contraception***

La majorité des IVG ont lieu alors que la femme possède un moyen de contraception : En 2007, d'après l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), deux femmes sur trois qui ont eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné en raison d'un oubli de pilule ou d'un accident de préservatif.(5)

Face à ces situations à risques, la CHU aurait pu être utilisée. Si la mauvaise estimation du risque de grossesse est un facteur de non recours, une méconnaissance de ce moyen de rattrapage est également en cause

### **Connaissances des élèves**

#### ***Origines des connaissances sur la CHU***

Les élèves sont une grande majorité à avoir déjà entendu parler de la CHU (96,9%).Ce nombre semble légèrement surestimé par rapport aux autres études réalisées .L'école tient ici une place primordiale car c'est par l'information scolaire que 61,8% d'entre eux en ont entendu parler. La famille (35,1%) et les médias (29%) et les amis (23,7%) sont également des sources d'informations pour eux ; cependant il faut se méfier de possibles informations erronées.

Le médecin et le planning familial sont les moins cités : Nombre d'entre eux n'ont pas connaissance de l'existence de structures comme le planning familial ce qui explique ce faible pourcentage.

Ce thème est peu évoqué lors des consultations médicales : en effet l'enquête FECOND réalisée en 2010 montre que 36% des gynécologues et 11% des généralistes ont souvent recommandé cette méthode.(8)Pourtant les professionnels de santé sont des sources fiables d'information, Il faut donc insister sur l'importance de l'éducation à la sexualité et à la contraception, y compris pour les jeunes et les adolescents.

De manière plus globale, il semble exister chez les médecins généralistes un manque d'intérêt pour ce sujet : 35,9% des médecins généralistes estiment que la vie sexuelle et affective fait « tout à fait » partie de leur rôle de prévention, ce qui place ce domaine loin derrière les risques cardiovasculaires (90,1 %), le tabagisme (81,7 %) ou l'alimentation (70,8 %). C'est aussi un des thèmes les moins faciles à aborder en consultations d'après 58,7% d'entre eux par crainte d'être intrusif ou pas assez « outillé »pour la prise en

charge, au même titre que l'usage de drogues(57%) et la consommation d'alcool (60,4%)(14)

Enfin, même si une majorité des élèves en a entendu parler, leurs connaissances sont encore imprécises sur son utilisation et son obtention.

### ***Connaissances sur le délai entre le rapport à risque et la prise de la CHU***

On retrouve une méconnaissance générale sur délai d'utilisation de la CHU : Seule une élève connaît le délai maximal de cinq jours possible avec l'Ulipristal acétate.

Une majorité d'entre eux (43,5%) a répondu 1 jour : l'utilisation erronée du terme « pilule du lendemain » contribue à méconnaître le véritable délai de prise, que ce soit pour le Lévonorgestrel ou l'Ulipristal acétate (appelé pilule du « surlendemain » lors de sa sortie, terme là encore pourvoyeur de confusion). Une partie des utilisatrices potentielles minimisent le délai de prise, aboutissant à une sous-utilisation de ces contraceptifs d'urgence, d'autant qu'il n'existe pas une pilule du « lendemain » mais deux.

De plus, le terme « lendemain » induit une notion de temporalité avec un rapport qui a eu lieu la veille, pourtant bon nombre de jeunes ont des rapports sexuels dans la journée, en l'absence de leurs parents, et n'ont donc pas à attendre le lendemain pour prendre la contraception hormonale d'urgence, qui sera d'autant plus efficace qu'elle est prise rapidement.

Si le terme « pilule du lendemain » est entré dans les mœurs, il semble important de modifier cette expression en faisant la promotion de la « contraception d'urgence » afin d'en faciliter la compréhension.(15)

Presque un quart d'entre eux sous-estime encore plus ce délai : pour 24,4% d'entre eux, ils disposent de 12h après le rapport pour l'utiliser, et 15,3% pensent disposer de deux jours.

Ils sont seulement deux à surestimer le délai à une semaine, source d'échec de la CHU car hors délai.

Plusieurs études retrouvent cette méconnaissance du délai : en 2007, l'étude de l'INPES dans son travail portant sur les connaissances de la population française en matière de contraception ( spécialités à base de Lévonorgestrel pour la contraception hormonale d'urgence) a trouvé que sur l'ensemble des Français connaissant la contraception

d'urgence, seuls 5% connaissent le délai de 72h ( 15% chez les 15-20 ans), 67% sous-estimant ce délai.(16)

Dans son mémoire « Evaluation des connaissances de lycéens en classe de terminale en Haute-Vienne concernant la contraception d'urgence » Marchadier trouve que moins d'1% des élèves connaissent le délai de cinq jours de l'Ulipristal acétate.(16) Nous retrouvons des chiffres approchant chez les collégiens de notre étude (0,8%).

### ***Connaissance sur la durée d'efficacité***

Les connaissances sur la durée d'efficacité de la contraception d'urgence sont le reflet des connaissances sur le cycle menstruel, et le mécanisme d'action de la CHU. Ces notions sont abordées principalement en classe de 4eme avec l'enseignement des Sciences de la vie et de la terre (SVT) relatif à la reproduction sexuée des êtres vivants et de l'Homme, ré abordé en 3eme au travers d'une initiation à la génétique, posant les bases de la reproduction humaine. (18) Ce thème complexe est adapté à leur niveau et simplifié : l'inconvénient à cette simplification est que nombre d'entre eux minimisent le risque de grossesse en dehors du 14<sup>e</sup> jour du cycle, considéré comme l'unique jour de l'ovulation.

Plus de la moitié des élèves (55,7%) n'a pas la bonne réponse à cette question, malgré les enseignements de SVT qu'ils ont reçus, ce qui confirme la complexité du sujet.

Connaître la CHU est essentiel mais pas suffisant : le risque de grossesse doit être reconnu afin que les femmes s'orientent vers la CHU. La négligence de ce risque est surprenante. Plessis dans sa thèse sur la non utilisation de la CHU par les femmes ayant recours à une IVG(19) retrouve que pour 51% des femmes interrogées, le manque de connaissance sur le risque de grossesse est l'obstacle principal à l'utilisation de la CHU. De nombreuses études, françaises et internationales, retrouvent cette non identification d'un risque de grossesse.(9) Une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction et de la fécondation permettrait d'identifier plus clairement les situations à risques et donc d'augmenter le recours.

Après la prise de la CHU, les femmes doivent se protéger pendant les sept jours suivants avec des préservatifs, tout en reprenant leur contraception habituelle. Cette information étant peu connue des utilisatrices, il appartient aux personnes qui prescrivent ou qui délivrent cette contraception de les en informer. Le rôle des professionnels de santé est primordial, notamment celui des pharmaciens puisqu'ils sont les plus nombreux à en

assurer la délivrance (90% de délivrances en pharmacie sans ordonnance)(9), notamment chez les mineures. Un livret d'information « contraception d'urgence » doit d'ailleurs être remis à cette occasion.(20)

### ***Protection contre les IST***

On ne peut aborder la question de la contraception sans celle de la protection des IST. Ces deux thèmes sont d'ailleurs les plus abordés à l'école d'après une étude du Ministère de l'éducation nationale, la jeunesse et la vie associative menée sur l'année scolaire 2008-2009 : les élèves ont accès au moins une fois durant le second degré à des actions de formation sur les IST et la contraception (97% et 96%) ainsi que sur le VIH (95%).(18)

En effet, avec l'épidémie de l'infection à VIH en 1980, les mesures de prévention contre les IST ont été considérablement renforcées en France, et les générations les plus récentes sont familiarisées avec ces risques comme c'est le cas dans notre étude : ils savent à 81,7% que la CHU ne protège pas des IST.

Cependant, il existe parfois une confusion entre contraception et protection des IST comme le révèle Gros dans son mémoire « Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles »(21) : sur les 260 jeunes de 15 à 25 ans interrogés, un tiers ne sait pas que seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des IST (considérant le plus souvent le patch, l'anneau et la pilule comme moyen de protection).

Malgré les campagnes de prévention, les connaissances sont encore imparfaites : en 2010, une enquête réalisée auprès des 15-30 ans révèle qu'ils sont 63,8% à se sentir « bien » ou « très bien » informé sur les IST en dehors du SIDA, contre 88% pour le SIDA et 89,1% pour la contraception.(6)

Dans notre étude, 18,3% n'a pas correctement répondu à cette question, Il est donc fondamental de rappeler aux élèves les principes de protection contre les IST, au cours d'informations scolaires mais également auprès des professionnels de santé concernés, notamment dans les pharmacies où la délivrance de la CHU est majoritairement effectuée: lors de l'enquête réalisée à Nice en 2006 auprès de 53 pharmacies, aucune n'a fourni d'explication ni d'information sur la prévention des IST aux jeunes en demande d'une CHU.(22)

Il reste donc des efforts à faire en termes de prévention collective et individuelle.

### ***Modalités d'obtention***

Afin de réduire les freins à son utilisation, la France a mis en place une politique facilitant l'accès à la CHU, notamment chez les mineurs pour qui elle est disponible sans ordonnance, gratuitement, de façon anonyme, en pharmacie, mais également auprès des infirmières scolaires et des centres de planification.

Un accès sans ordonnance permet une rapidité dans l'obtention en s'affranchissant d'un délai supplémentaire en termes de rendez-vous médical.

Les modalités de délivrance ont évolué au cours du temps avec la mise en place de mesures facilitant son obtention : Le Norlevo® qui a obtenu l'AMM en avril 1999 est disponible sans prescription médicale avec la loi du 13 décembre 2000. En mars 2006, son générique le Lévonorgestrel obtient l'AMM.

En mai 2009, l'Ulipristal acétate, commercialisé en France sous le nom EllaOne®, obtient l'AMM, et jusqu'au 14 avril 2015, date de son exonération des substances dites vénéneuses, était soumis à prescription médicale rendant l'obtention plus difficile.(23) La disponibilité de l'Ulipristal acétate sans ordonnance est très importante : indiquée en première intention chez les femmes dont le BMI est supérieur ou égale à 25, il n'y a ainsi pas de perte de chance pour ces jeunes femmes.

Globalement les élèves sont informés de cette disponibilité car 75,6% d'entre eux ont correctement répondu.

Pour la gratuité, ils sont en revanche moins informés : 35,9% d'entre eux ignorent que l'obtention est gratuite.

Les plus jeunes auraient tendance à surestimer le prix, et même s'il reste modéré (6€03 pour le Lévonorgestrel) le frein financier est réel.(9)

Concernant la délivrance gratuite en pharmacie, il s'agit d'une obligation légale : « la minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance est justifiée par simple déclaration orale faite au pharmacien »(24), aucune pièce justificative ne peut être demandée, l'anonymat est garanti, le pharmacien facturant à la caisse d'assurance maladie selon une procédure anonyme.

Cependant, certaines pharmacies ne respectent pas la loi : dans l'étude réalisée à Nice en 2006 auprès de 53 pharmacies, le taux de refus de délivrance aux mineurs est de 37,7%,

en lien avec une exigence de paiement dans 85% des cas, 10% d'allégation de rupture de stock et 5% de refus de principe. Parmi les pharmacies l'ayant délivrée, un tiers a demandé la présentation d'une pièce d'identité et 45,5 % d'entre elles ont réclamé un règlement avant de se faire rappeler par les jeunes filles leur statut de mineure. (22) Il est donc important d'informer les mineurs du droit à une CHU gratuite.

Il faut rappeler que le coût n'est pas que financier : aller à la pharmacie avec la peur d'être jugée, parfois confrontée à une attitude moralisatrice, reste une épreuve. Celle-ci est parfois contournée en changeant de quartier, dans une pharmacie où elles ne sont pas connues.

Enfin, la question de la délivrance permet d'évaluer si les élèves connaissent les personnes-ressources pour se procurer la CHU le plus rapidement possible. La CHU peut être délivrée directement par l'infirmière scolaire, le pharmacien et le centre de planification, c'est donc par ces trois moyens qu'ils se procureront le plus rapidement la CHU.

Le mode d'obtention qu'ils connaissent le mieux est le pharmacien : cités à 87,7%, il est en pratique celui qui délivre le plus la CHU, assurant à 90% la délivrance sans ordonnance. Malgré les difficultés parfois rencontrées en termes d'anonymat et de gratuité, il reste un acteur majeur avec des avantages appréciables pour les adolescentes cherchant un médicament devant être pris dans un court délai : les pharmacies sont largement réparties sur le territoire, facilement repérables, ouvertes 6 jours sur 7, avec une amplitude horaire appréciable et un service de garde.

Les infirmières scolaires et les centres de planification sont très peu cités par les élèves avec respectivement 27,4% et 19,8%.

Leur rôle est important : les infirmières scolaires peuvent délivrer gratuitement la CHU dans les établissements de second degré, et assurer un conseil à ces jeunes, en les orientant notamment vers les centres de planification et d'éducation familiale. La possibilité de délivrance a d'ailleurs été assouplie par le décret du 26 mai 2016 qui supprime la condition de « détresse » des jeunes filles en faisant la demande, jusque là nécessaire. (25) Implantées directement dans les structures scolaires, l'accès semble le plus aisé. Pourtant en pratique, elles sont peu sollicitées par les élèves : La délivrance de la CHU par les infirmières scolaires représente une faible proportion de l'ensemble des

délivrances remboursées par l'assurance maladie à des mineurs (moins de 3% en 2009 et 2010).(9) Depuis 2002, la demande est restée stable alors qu'elle a été multipliée par cinq dans les pharmacies, et dans 20% des cas les jeunes filles qui relèvent bien d'une contraception d'urgence n'ont pu l'obtenir et ont été adressées vers des structures extérieures.(26) Les raisons sont diverses : tout d'abord il y a un manque de moyens humains car on compte moins de 8000 infirmières scolaires pour plus de 60000 établissements scolaires. De plus les moyens financiers sont faibles, et ne permettent pas toujours d'être en possession des médicaments.

Enfin, il existe un souci de confidentialité pour les élèves qui perçoivent l'infirmière d'abord comme un membre de l'établissement, la notion de secret professionnel étant mal connue des élèves.

Cela se ressent sur nos résultats : le collège de notre étude ne dispose pas d'infirmière scolaire, les élèves devant s'adresser en cas de besoin au principal de l'établissement, ce qui semble être un frein. Cela constitue un biais de sélection dans la méconnaissance du rôle que l'infirmière scolaire peut jouer, mais cet établissement n'est pas un cas isolé comme nous l'avons vu précédemment, car nombreux sont les établissements qui ne disposent pas d'une infirmière scolaire à temps plein ou même partiel.

Concernant les centres départementaux de planification et d'éducation familiale (CDPEF), ils sont peu connus des élèves, un grand nombre ignorant même leur existence, alors qu'ils peuvent délivrer gratuitement et anonymement tous types de contraceptifs. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation : tout d'abord, on retrouve une couverture inégale sur l'ensemble du territoire français (qui compte un peu plus de 1200 CDPEF) avec des difficultés d'accessibilité dans les zones rurales et périurbaines. De plus, les plages horaires sont restreintes, et peu adaptées aux disponibilités des jeunes (fermeture en fin d'après-midi et le week-end). Enfin le terme CDPEF est peu parlant pour les jeunes car éloigné de leurs références, avec une confusion entre les structures hospitalières, les associations comme le Planning familial, la Protection Maternelle et Infantile.(27) (12)

Les autres acteurs cités par les élèves ne constituent pas des « mauvaises » réponses car sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues peuvent apporter une réponse à

leur problématique et leur prescrire cette contraception, avec une perte de temps tout de même dans l'obtention.

L'anonymat est un point fondamental de la délivrance qui s'applique à l'ensemble des professionnels de santé. Le pharmacien n'a pas de justificatif à demander et est soumis au secret professionnel tout comme les membres des CDPEF et l'infirmière scolaire. Cette dernière a par ailleurs l'obligation de demander à l'élève s'il souhaite informer un titulaire de l'autorité parentale, ce qui peut entretenir la confusion et contribuer au faible recours des élèves à l'infirmière scolaire.(26) (4)

Les parents n'ont donc pas à être informé si l'adolescent ne le souhaite pas, et n'ont pas à donner d'autorisation. Les élèves sont 71,8% à le savoir, mais pour les 28,2% qui l'ignorent, cela peut constituer un frein supplémentaire. La notion d'anonymat a été exploré plus en détails dans le mémoire de Delmas, dans lequel 102 lycéennes de 15 à 18 ans ont été interrogées sur la CHU : 50% d'entre elles pensent à tort que la carte vitale est nécessaire pour l'obtenir, sachant qu'une partie d'entre elles est sur celle des parents, l'accès anonyme n'est donc pas une certitude pour ces jeunes filles.(28)

### ***Risque de stérilité***

Parmi les idées reçues circulant sur la contraception hormonale d'urgence, la crainte d'une stérilité future est fortement partagée, car estimée « plus forte » que la pilule classique. Aucun lien avec une baisse de la fécondité n'a été trouvé. Cette inquiétude d'une stérilité future est un frein important à son utilisation.(15)

Dans notre société où la maternité fait partie intégrante de l'identité féminine, les rumeurs de stérilité se diffusent rapidement. Les femmes estiment qu'il ne faut pas « trop » prendre la contraception d'urgence en raison d'un haut dosage hormonal sans préciser le « trop », faisant volontiers des équivalences avec un nombre important de pilules « classiques », ou comparant son action à un « mini-avortement ».(29)

Ces rumeurs sont principalement alimentées par les discussions entre pairs, les médias, internet et notamment les forums sur lesquels ils souhaitent s'informer, couverts par l'anonymat, mais peuvent y être mal conseillés, jugés et culpabilisés.

Dans notre étude, cette idée reçue est bien présente puisque 64,9% des élèves n'ont pas répondu correctement à la question d'un risque de stérilité.

Les rassurer sur les effets à long terme de la contraception d'urgence est primordial, et afin de pérenniser cette information, il semble intéressant de leur citer des sources d'informations fiables comme [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr), [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr) de l'INPES ou [www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org) afin qu'ils puissent les consulter en cas d'interrogations, sans se retrouver sur des sites chargés d'idées reçues et culpabilisantes.

### ***Utilisation quotidienne***

Une grande majorité des élèves (71,8 %) sait que la CHU n'est pas un moyen de contraception quotidien : l'accès facilité à la CHU n'a pas entraîné de confusion dans son utilisation, il s'agit bien d'un moyen de rattrapage.

En effet, son efficacité est inférieure aux autres moyens disponibles, elle doit donc intervenir en cas d'échec/d'oubli d'un des moyens.

Afin d'améliorer le recours à la CHU, la proposition d'une mise à disposition à l'avance a été évaluée par la HAS en avril 2013 en termes de risques et de bénéfices. Dans cette revue critique de la littérature, il apparaît qu'à l'échelle de la population cette stratégie n'est pas efficace pour diminuer le nombre de grossesses non prévues, mais qu'aucun effet négatif n'a été démontré sur l'utilisation de la contraception régulière, les rapports sexuels non protégés, ou sur les IST.

La HAS recommande d'envisager la prescription à l'avance au cas par cas dans certaines situations : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par exemple difficultés d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces. (9)

Ces situations sont fréquemment rencontrées chez les mineures, il peut être intéressant de leur proposer la prescription à l'avance.

Cette prescription devrait s'accompagner systématiquement d'une information personnalisée sur son utilisation, sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST.

Par ce moyen, les femmes pourraient donc bénéficier d'une information médicale, et ainsi améliorer leurs connaissances sur la CHU, le manque de connaissances étant un frein important à son utilisation.

## **Les informations scolaires d'éducation à la sexualité**

### ***Objectifs***

L'éducation à la sexualité a pour objectif une acquisition de connaissances, compétences et de savoir-être sur la sexualité sans jugement de valeur, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités.(4)

Il s'agit d'un enjeu majeur, constituant le premier stade de prévention dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, au carrefour de l'institution scolaire et des structures sanitaires et sociales.(2)

### ***Aspect légal***

En milieu scolaire, l'éducation à la sexualité est une obligation légale depuis la Loi du 4 juillet 2001 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. ».(30)

Les rares études réalisées en matière d'éducation à la sexualité montrent qu'en pratique seule une minorité d'élèves bénéficient des séances d'éducation à la sexualité tel que le prévoit la loi.(4)

En 2014-2015, il semble que 25% des écoles n'ont mis en place aucune action ou séance d'éducation à la sexualité. Quand elle a été mise en place, c'est de façon ciblée, principalement les classes CM1, CM2, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 2<sup>nd</sup>.(4)

### ***Organisation***

Différentes matières participent à l'éducation à la sexualité des élèves. Parmi elles, l'enseignement des SVT occupe une place importante en abordant la transmission de la vie chez l'homme, la génétique, la procréation, infections et défenses du système immunitaire, les mesures collectives de prévention.(31)

Les autres enseignements apportent des notions différentes participant de manière globale et intégrée à l'éducation à la sexualité.

Au collège et au lycée, le chef d'établissement est responsable de l'élaboration du projet d'éducation à la sexualité et d'application de la loi. Pour organiser ces séances, des réunions préparatoires sont organisées avec les personnels de l'établissement volontaires et formés ; il s'agit le plus souvent des enseignants des SVT, des conseillers principaux d'éducation, du médecin et de l'infirmière scolaire ainsi que de l'assistante de service social.

Il peut être fait appel à des intervenants extérieurs .Il est recommandé de privilégier les intervenants issus d'associations agréées par l'administration de l'Education nationale. Toutefois, les intervenants ayant une formation appropriée peuvent intervenir dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis.(31) (32)

Les séances ne doivent être ni un cours, ni un discours : il s'agit plutôt d'un moment d'échange, de dialogue avec les élèves. L'animateur a donc un rôle d'information, d'écoute tout en accompagnant la réflexion du groupe. Certaines règles sont fondamentales pour le fonctionnement du groupe : le respect de la parole de chacun, le respect de la sphère intime (on fait référence ici à la sexualité en générale et pas à leur vie intime), le respect de la confidentialité afin qu'il puisse s'exprimer librement.(31)

Le contenu est adapté au degré de maturité des élèves ainsi qu'à leurs attentes, en s'appuyant sur leurs interrogations, orales ou écrites pour assurer l'anonymat. Une intervention en binôme peut s'avérer intéressante, avec un intervenant extérieur et un intervenant appartenant à l'établissement qui sera ensuite perçu comme le référent dans cet établissement par les élèves. Les méthodes utilisées sont très variées : travail en petits groupes, mixtes ou non mixtes, discussions autour d'un film, post-it, jeux de rôle, groupes de parole, jeux, ... (4)

Enfin, organiser un retour d'expérience auprès des élèves et de l'équipe de l'établissement permet d'améliorer le contenu et l'organisation de futures interventions.(4)

### ***Perspectives d'évolution***

Cette thématique intéresse les jeunes : dans une étude réalisée auprès de 96 élèves de 3ème, 90% d'entre eux souhaitent que l'éducation sexuelle et affective fasse partie intégrante du programme scolaire. (33)

Si de nombreux rapports font la promotion de ces séances en matière de prévention, l'organisation reste très inégale sur le territoire ainsi que son contenu.

Le dernier rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) en date de juin 2016(4) préconise l'adoption urgente d'un plan d'action pour l'éducation à la sexualité. Une des priorités de ce projet est « d'organiser, financer, évaluer et renforcer la visibilité de l'action de l'Éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité », et ainsi aider les établissements scolaires dans leurs actions.

En pratique, il semble que les adolescents souhaitent des informations animées par un ou plusieurs intervenants, jeunes, avec des activités pratiques, des jeux. Une réalisation en binôme constitué d'un membre du personnel éducatif de l'établissement (enseignant, infirmière) et d'un membre extérieur est actuellement recommandée. Ainsi, les élèves repèrent les ressources existantes au sein et en dehors de l'établissement.

Des pistes sont ouvertes sur l'intervention d'étudiants formés préalablement (tel que le prévoit la loi), pour favoriser l'éducation par les pairs, propices aux échanges. Ce type d'initiative a été réalisé en Midi-Pyrénées avec le projet « on s'aime à deux, on se protège à deux » mis en œuvre dans les lycées sur l'année scolaire 2013-2014, prolongé par la suite : un étudiant formé, intervient auprès de l'enseignant dans chaque classe lors d'une séance de deux heures .Près de 15000 lycéens ont aussi pu expérimenter ce mode d'information: en 2014-2015, 89% d'entre eux jugent l'action utile. (4)

Il semble important de visiter au moins une fois une structure extérieure au collège comme les CDPEF, le planning familial, ou autre selon les lieux.

L'approche de la sexualité auprès des jeunes doit évoluer. Avant sous forme de cours, abordant la sexualité sous l'angle des risques (grossesses, infections, ...), elle doit s'orienter vers la vie affective, avec une approche globale, positive, synonyme d'épanouissement personnel, de respect, de manière égalitaire.

Un ensemble de recommandations encadre ces principes. Il appartient aux pouvoirs publics de les mettre en place, et aux différents intervenant d'y mettre la bonne volonté nécessaire, afin d'écouter, conseiller et préparer ces jeunes à une sexualité épanouie et maîtrisée.

## CONCLUSION

Notre travail a mis en évidence de nombreuses lacunes dans les connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence parmi lesquelles :

- La méconnaissance par la quasi-totalité des élèves répondants de la prise dans un délai maximal de cinq jours. Cette problématique a été soulevée par d'autres études, pouvant aboutir à une sous-utilisation de cette contraception de rattrapage.
- L'ignorance de la durée d'efficacité de la contraception hormonale d'urgence.
- La persistance de représentations erronées dont la crainte d'une stérilité après utilisation.
- Les conditions de délivrance qui méritent d'être clarifiées afin de réduire les freins dans l'accessibilité.

Une meilleure connaissance de la contraception hormonale d'urgence par les jeunes semble être le préalable à son recours en cas de nécessité. Les pouvoirs publics sont en première ligne pour mener cette action : les informations scolaires d'éducation à la sexualité sont l'une de ces modalités, pourtant, elles restent inégalement et partiellement réalisées sur le territoire.

Le médecin généraliste par sa position privilégiée a aussi un rôle à jouer dans cette prévention : en tant que premier recours, il peut informer et conseiller les adolescents lors des consultations, et s'il le souhaite, s'associer aux actions en milieu scolaire.

Il serait intéressant d'évaluer chez les adolescents l'impact d'une séance d'information scolaire d'éducation à la sexualité sur leurs connaissances de la contraception hormonale d'urgence.

*Vu, le président du jury*  
*le 23/5/2017*

**Professeur Olivier PARANT**  
Hôpital Paul de Viguié  
Service de Gynécologie-Obstétrique  
380, avenue de Grande Bretagne  
TSA 70084  
31088 TOULOUSE Cedex 9

*Toulouse, le*  
*23/05/2017*

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Group TC. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 5 janv 2003;18(5):994-9.
2. Aubin C, Menninger DJ. La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication. Inspection générale des Affaires sociales (IGAS). 2009; Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2009/104000048.pdf>
3. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo: Conception d'urgence. 2015. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
4. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité (Rapport n°2016-06-13-SAN-021). 2016 juin. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_2016\\_06\\_15-3.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-3.pdf)
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesses en 2015. 2016 juin. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
6. Les comportements de santé des jeunes - Baromètre Santé 2010 . Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
7. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):148-61.
8. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? - Population & Sociétés n°492. sept 2012; Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19160/pes492.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf)
9. Haute Autorité de santé - 2013 - Contraception d'urgence: Prescription et délivrance à l'avance. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception\\_durgence\\_-\\_argumentaire\\_2013-04-30\\_14-24-25\\_321.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf)
10. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) - 2015 - L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineurs. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2014-167R.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf)
11. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives: Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013 mars. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)

12. Centre d'analyse stratégique: La note d'analyse, N°226. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? Une comparaison internationale. 2011. Disponible sur:  
[https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/176/telechargement\\_fichier\\_fr\\_2011.06.09.contraception.na226\\_0.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf)
13. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Élodie Bari. Un recours moindre à l'ivg, mais plus souvent répété. Population & Sociétés n° 518. 2015 janvier. Disponible sur:  
[http://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf](http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf)
14. INPES: Baromètre santé médecins généralistes 2009. Disponible sur:  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
15. La Santé de l'homme n° 399 - Jeunes en insertion : la santé en question - Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. Disponible sur:  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/399/05.htm>
16. INPES : Les français et la contraception - présentation BVA. Disponible sur:  
[http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais\\_et\\_contraception.pdf](http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf)
17. Marchadier A. Evaluation des connaissances de lycéens en classe de terminale en Haute-Vienne concernant la contraception d'urgence. Limoges, France: S.C.D. de l'Université; 2013.
18. François Alluin, Chi-Lan Do. Note d'information - N°11.17: L'éducation à la sante dans les établissements du second degré (2008-2009). Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative; 2011. Disponible sur:  
[http://media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre\\_201744.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre_201744.pdf)
19. Plessis S. Pourquoi les femmes qui ont recours à l'IVG n'ont elles pas utilisé la contraception hormonale d'urgence (Lévonorgestrel) ? Nantes; 2004.
20. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence: dispensation en officine. 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/contraception\\_urgence\\_officine\\_maj\\_juillet2015.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/contraception_urgence_officine_maj_juillet2015.pdf)
21. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. 2010. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593819/document>
22. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/12979589/00360001/07005528/>. 30 janv 2008; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/69233/resultatrecherche/1>

23. Legifrance. Arrêté du 14 avril 2015 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. publiée au JO du 22/04/2015. 2015. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000030511647](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000030511647)
24. Legifrance: Décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence. 2002. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632081>
25. Legifrance: Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires. 2016. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/26/AFSP1608421D/jo/texte>
26. Aubin C, Menninger DJ. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales. 2009; Disponible sur: [http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/\\_20\\_56\\_2010-12-22\\_09-16-46\\_.pdf](http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf)
27. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse: État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
28. Delmas M. La contraception d'urgence et comportements à risque sexuel à l'adolescence: Abordons différemment la sexualité des adolescentes afin d'éviter des comportements à risque. Université de Lorraine École de sages-femmes de Metz; 2013.
29. Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. Université René Descartes-Paris V; 2007. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733/>
30. Legifrance: Code de l'éducation - Article L312-16. Code de l'éducation. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B3A166DEB0EBD3851D7DFAA0980DC4CF.tpdjo13v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006524777&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20101125](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B3A166DEB0EBD3851D7DFAA0980DC4CF.tpdjo13v_2?idArticle=LEGIARTI000006524777&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20101125)
31. Ministère de l'éducation nationale. L'éducation à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. 2008. Disponible sur:  
[http://media.eduscol.education.fr/file/Action\\_sanitaire\\_et\\_sociale/52/6/education\\_sexualite\\_intervention\\_114526.pdf](http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf)
32. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003. Disponible sur:  
<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
33. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. mars 2010 ;17(3):219-25.

34. Commission Européenne. Ellaone, ulipristal acetate - Résumé des caractéristiques du produit. Disponible sur:  
[http://www.ema.europa.eu/docs/fr\\_FR/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001027/WC500023670.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf)

## **ANNEXE 1 : Lévonorgestrel, Ulipristal acétate, délivrance de la CHU**

### **Le Lévonorgestrel**

#### ***Mode d'action :***

C'est un progestatif, le mode d'action principal est de bloquer et/ou de retarder l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH). Il pourrait également empêcher la fécondation en agissant sur la muqueuse cervicale et perturberait la mobilité des spermatozoïdes en épaississant la glaire cervicale.

#### ***Utilisation :***

Commercialisé sous le nom de Norlevo<sup>®</sup> ou son générique le Lévonorgestrel, il s'agit d'un comprimé dosé à 1,5mg en prise unique, à prendre le plus tôt possible dans un délai maximum de 72h après le rapport à risque.

#### ***Efficacité :***

Elle dépend du délai d'utilisation : plus la prise est précoce, plus c'est efficace. On estime à 95% son efficacité en cas d'utilisation dans les 24 heures, 85% entre la 24ème et la 48ème heure et 58% entre la 48ème et la 72ème heure.

Lors des études cliniques, l'effet contraceptif était réduit chez les femmes dont le poids était supérieur ou égal à 75 kg et le Lévonorgestrel n'était plus efficace chez les femmes dont le poids était supérieur à 80 kg.

#### ***Contre-indications et précautions d'emploi :***

Aucune en dehors d'une hypersensibilité au Lévonorgestrel ou aux excipients.

Son utilisation n'est pas recommandée en cas d'insuffisance hépatique sévère, de maladie de Crohn, d'intolérance au galactose, d'un déficit en lactase ou d'une malabsorption du glucose et du galactose.

Il existe des interactions médicamenteuses avec les inducteurs enzymatiques susceptibles de diminuer son efficacité. Il faudra donc éviter la prise simultanée du Lévonorgestrel avec les barbituriques (primidone comprise), la phénytoïne, la carbamazépine, les plantes médicinales contenant *Hypericum perforatum* (millepertuis), la rifampicine, le ritonavir, la rifabutine, la griséofulvine.

***Effets secondaires :***

Ils sont généralement modérés et de courte durée : métrorragies, spotting, céphalées, vertiges, asthénie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées.

***Prix :***

6€03 remboursé à 65%.

**EllaOne® (Ulipristal acétate)*****Mécanisme d'action :***

C'est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. C'est une méthode contraceptive agissant en retardant ou inhibant l'ovulation.

***Utilisation :***

Il s'agit d'un comprimé dosé à 30mg en une prise unique, à prendre dans un délai maximum de 120h (5 jours) après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

Il doit être pris le plus tôt possible.

***Efficacité :***

L'efficacité de l'Ulipristal acétate n'était pas inférieure à celle du Lévonorgestrel chez des femmes qui se sont présentées pour une contraception d'urgence entre 0 et 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive d'après les résultats d'une méta-analyse de deux essais contrôlés randomisés.

Le risque de grossesse était significativement inférieur avec l'Ulipristal acétate par rapport au Lévonorgestrel ( $p=0,046$ ).

Il est recommandé en premier choix chez les femmes ayant un IMC supérieur à 25kg /m<sup>2</sup>.

***Contre-indications :***

Aucune en dehors d'une hypersensibilité à l'Ulipristal acétate ou à l'un des excipients.(34)

***Effets secondaires :***

Ils sont généralement modérés et de courte durée, les plus fréquents sont : nausées, douleurs abdominales et pelviennes, vomissements, règles douloureuses, sensibilité des seins, maux de têtes, vertiges, saute d'humeur, crampes musculaires, douleur dans le dos, fatigue.

### **Prix**

19€62 remboursé à 65%.

### **Délivrance de la CHU (Lévonorgestrel et Ulipristal acétate) :**

#### ***Pharmacie :***

Elle peut se faire sans prescription médicale, de manière gratuite et anonyme pour les mineures, payante pour les majeures.

Après prescription par un médecin ou une sage-femme, elle est remboursée à 65%.

#### ***Centres de planification et d'éducation familiale :***

La délivrance est anonyme et gratuite pour les mineures ainsi que pour les majeures sans couverture sociale.

#### ***Infirmières scolaires :***

La délivrance se fait sans prescription médicale, anonyme et gratuite pour les élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures).

#### ***Services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé:***

La délivrance se fait sans prescription médicale, de manière anonyme et gratuite pour les étudiantes.

#### ***Evolution du mode de délivrance :***

Le Norlevo<sup>®</sup> a obtenu l'AMM en avril 1999. La loi du 13 décembre 2000 a permis son administration sans prescription médicale par les pharmaciens, infirmières scolaires et les centres de planification et d'éducation familiale.

En mars 2006, son générique le Lévonorgestrel obtient l'AMM.

En mai 2009, c'est un nouveau produit à base d'Ulipristal acétate commercialisé en France sous le nom EllaOne<sup>®</sup> qui obtient l'AMM.

A noter que jusqu'au 14 avril 2015, date de son exonération des substances dites vénéneuses, EllaOne<sup>®</sup> était soumise à prescription médicale rendant plus difficile son accès notamment pour les mineures.

## **ANNEXE 2 : Note d'information aux parents d'élèves**

Madame, Monsieur

Actuellement étudiante en 8<sup>e</sup> année de médecine générale, j'accompagnerai le Dr ROUJAS lors de son action d'information sur la sexualité qui aura lieu en mai.

A cette occasion et après accord du directeur de l'établissement, un questionnaire anonyme sera remis à tous les élèves de 3<sup>e</sup>. Il sera la base de mon travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale.

Je vous remercie par avance pour votre accord. Si toutefois vous ne souhaitez pas que votre enfant participe il suffit de le signaler au directeur.

Margaux Boyeldieu

### ANNEXE 3: Questionnaire

*Actuellement interne en 8<sup>e</sup> année de médecine générale, je réalise ma thèse sur les connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire.*

*Ce questionnaire vous est distribué dans le cadre de ce travail.*

*Vos réponses sont anonymes, merci d'y répondre sérieusement, sans copier, aucune note ne vous sera attribuée.*

1) Etes-vous de sexe :                    masculin                    féminin

2) Quel âge avez-vous ? .....

3) Avez-vous déjà entendu parler de la contraception hormonale d'urgence (plus communément appelée pilule du lendemain) ?                    Oui                    Non

Si oui comment : amis   famille   médecin   planning familial   médias   information scolaire  
autre :.....

4) Après un rapport sexuel non protégé, combien de temps a une femme pour prendre la contraception hormonale d'urgence :

12h                    Un jour                    Deux jours                    Cinq jours                    Une semaine                    Ne sait pas

5) La contraception hormonale d'urgence est efficace jusqu'à la survenue des prochaines règles :

Vrai                    Faux                    Ne sait pas

6) Constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ?

Oui                    Non                    Ne sait pas

7) Une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir :

Vrai                    Faux                    Ne sait pas

8) Elle peut être délivrée par : (plusieurs réponses possibles)

Un pharmacien    L'infirmière scolaire    Le centre de planification    Un médecin généraliste    Une sage femme

Un gynécologue    Ne sait pas

9) Un mineur doit avoir l'autorisation de ses parents pour l'obtenir :

Vrai    Faux    Ne sait pas

10) Une jeune fille mineure peut l'obtenir gratuitement en pharmacie :

Vrai    Faux    Ne sait pas

11) La prise de la contraception hormonale d'urgence expose la femme à un risque de stérilité (incapacité à avoir un enfant plus tard) :

Vrai    Faux    Ne sait pas

12) Peut-on l'utiliser après chaque rapport à la place de la pilule prise tous les jours ?

Oui    Non    Ne sait pas

## ANNEXE 4 : Avis de la Commission d'éthique

### Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*  
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – [dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

#### DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE

##### Renseignements concernant le demandeur :

Nom **BOYELDIEU Margaux**  
Qualité, Interne de Médecine Générale  
Adresse, 47 chemin de la bourdette, aptB18 31400 Toulouse  
Courriel [boyeldieu.margaux@laposte.net](mailto:boyeldieu.margaux@laposte.net)  
Numéro de téléphone

##### Renseignements concernant le promoteur :

Nom **DUMG , Dr Roujas Valérie**  
Qualité Maître de stage en gynéco-pédiatrie  
Adresse 4avenue jacques douzans 31600 Muret  
Courriel [v.roujas@gmail.com](mailto:v.roujas@gmail.com)  
Numéro de téléphone

##### **IDENTIFICATION E LA RECHERCHE**

##### Titre complet de la recherche :

Évaluation des connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité.

**AVIS DE LA COMMISSION** Avis favorable

Le 5 mai 2016

Dr Serge BISMUTH

## Évaluation des connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité

Toulouse, le 29 juin 2017

---

**Introduction :** La contraception hormonale d'urgence (CHU) est un moyen de prévention des grossesses non prévues après un rapport non protégé, pourtant elle semble sous-utilisée malgré un accès facilité. **Objectif :** Evaluer les connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la CHU avant une information scolaire d'éducation à la sexualité. **Matériels et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale à l'aide d'un questionnaire distribué en début de séance à tous les élèves de 3<sup>e</sup> du Collège Niel de Muret. **Résultats :** Il existe une méconnaissance du délai de prise de la CHU après un rapport à risque : seule une élève sait qu'elle dispose de 5 jours pour prendre une CHU. La durée d'efficacité après la prise de la CHU est également mal connue et la crainte erronée d'un risque de stérilité est réelle. **Discussion :** Une meilleure connaissance de la CHU est indispensable pour que le recours soit adapté. Les informations scolaires doivent être encouragées dans tous les établissements, le médecin peut informer et conseiller ses patients en consultations.

---

### Knowledge assessment of year 10 pupils about emergency contraception pills before a sex education session.

**Introduction :** Emergency contraception pills (ECP) is a mean of preventing unexpected pregnancy after an unprotected sex act, however it seems underused despite an easy access. **Objective :** Assess the knowledge of year 10 pupils about ECP before a sex education session. **Material and Methods:** We performed a transverse observational study using analysis of a questionnaire distributed at the beginning of the session to all the year 10 pupils of the Niel Middle school of Muret. **Results :** There is an ignorance of the time-limit for taking ECP after unprotected sex act: a single pupil knew that she had a 5 days frame to take ECP. The effectiveness duration after taking ECP is also poorly known and the fearfulness about a risk of infertility is real. **Discussion :** A better knowledge of ECP is essential to an appropriate remedy. Sex education session should be encouraged in all schools, the doctor could inform and advise his patients during consultation.

---

Mots clefs : connaissances, contraception hormonale d'urgence, éducation à la sexualité, collège

Key words : knowledge, emergency contraceptive pills (ECP), sex education, middle school

---

Discipline administrative : Médecin générale

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

Directrice de thèse : Dr Valérie ROUJAS BECQUART Co-directeur : Dr Thierry BRILLAC