

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

**LAPASSET (LAPASSET-HAFID) AURORE MAGALI
PIERRETTE**

Née le 13 Janvier 1985, à Vincennes.

Présentée et soutenue publiquement le :

Niveau d'information et acceptabilité du Pass Contraception par les lycéen(ne)s et les professionnels de santé en Ile de France : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Président de thèse : Professeur LUTON Dominique

Directeur de thèse : Docteur MIGNOTTE Katell

(D.E.S. MEDECINE GENERALE)

Remerciements

Au Pr Dominique Luton qui m'a fait l'honneur de présider ma thèse.

Aux membres du jury qui ont accepté de juger mon travail.

Au Dr Katell Mignotte qui a dirigé mes travaux avec patience, compréhension et disponibilité.

Au Dr Véronique Bourguignon qui a guidé mes premiers pas dans l'univers de la médecine générale avec gentillesse, attention et présence bienveillante.

Aux professionnels de santé qui m'ont reçue malgré leur emploi du temps chargé et accepté d'aborder le sujet de la contraception et de la sexualité des mineures.

Aux lycéens et lycéennes qui ont répondu avec sincérité lors de nos entretiens sur un sujet délicat à cet âge.

A toutes et tous, professionnels et patients, rencontrés lors de mes stages qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis.

A Isabelle et Laurie, fidèles en dépit de l'éloignement. A ma marraine à jamais dans mon cœur.

A ma famille : ma mère qui m'a portée quand je n'arrivais pas à avancer seule, mes sœurs Francine et Anouk pour leur amour inconditionnel, mes nièces Emmanuelle et Laëtitia qui embellissent notre vie.

Aux deux amours de ma vie : mon mari Fouad qui sait mieux que quiconque me donner ce dont j'ai besoin et notre fils Samuel, notre plus belle réussite.

A mon père, dont la disparition trop précoce a engendré ma vocation.

Que chacun trouve ici le témoignage de ma reconnaissance, de mon respect et de mon souvenir.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.....	5
2. Méthodes.....	7
2.1. Construction de la bibliographie.....	7
2.2. Choix de la méthode qualitative.....	7
2.3. Choix de la méthode du recueil des données.....	7
2.3.1. Professionnels.....	8
2.3.2. Lycéen(ne)s.....	8
2.4. Choix de la population : un échantillon raisonné diversifié.....	8
2.4.1. Professionnels.....	8
2.4.2. Lycéens.....	8
2.5. Conception du guide d'entretien.....	8
2.5.1. Professionnels.....	8
2.5.2. Lycéen(ne)s.....	8
2.6. Prise de contact : établissement du contrat de communication.....	9
2.6.1. Professionnels.....	9
2.6.2. Lycéen(ne)s.....	9
2.7. Enregistrement et retranscription des entretiens.....	9
2.7.1. Professionnels.....	9
2.7.2. Lycéen(ne)s.....	9
2.8. Nombre d'entretiens.....	9
2.9. Méthode d'analyse des données.....	9
3. Résultats.....	10
3.1. Populations étudiées.....	10
3.1.1. Professionnels.....	10
3.1.2. Lycéen(ne)s.....	10
3.2. Résultats des entretiens avec les professionnels.....	11
3.2.1. Niveau d'information ressenti concernant le Pass Contraception.....	11
3.2.2. Raisons d'acceptabilité du Pass Contraception.....	11
3.2.2.1. Pass accepté.....	11
3.2.2.2. Pass refusé.....	12
3.2.2.3. Pass accepté mais qui soulève quelques interrogations.....	12
3.2.3. Remarques concernant le Pass Contraception.....	13
3.2.3.1. Hypothèses sur le refus de sa distribution.....	13
3.2.3.2. Raisons du succès : une campagne d'information locale.....	14
3.2.4. Apport du Pass Contraception dans la prise en charge de la contraception des mineurs.....	15
3.3. Résultats des entretiens avec les lycéens.....	15
3.3.1. Niveau d'information ressenti concernant le Pass Contraception.....	15
3.3.2. Acceptabilité du Pass Contraception.....	16
3.3.3. Remarques à propos du Pass Contraception.....	16
3.3.4. Apport du Pass Contraception dans la prise en charge de la contraception des mineurs.....	17
4. Discussion.....	18
4.1. Forces et faiblesses de l'étude.....	18
4.1.1. Forces de l'étude.....	18
4.1.2. Faiblesses de l'étude.....	18

4.2. Discussion des résultats.....	19
4.2.1. Résultats attendus.....	19
4.2.1.1. Relation avec les parents.....	19
4.2.1.2. Causes d'interruption volontaire de grossesse : difficultés d'obtention d'une contraception adaptée et mauvaise compréhension de son mécanisme.....	20
4.2.1.3. Idées reçues sur la contraception.....	21
4.2.1.4. Dispositifs dans les autres régions françaises.....	22
4.2.1.5. IVG et dispositifs mis en place dans d'autres pays.....	23
4.2.2. Résultats inattendus.....	25
4.2.2.1. Age de distribution versus âge du premier rapport sexuel.....	25
4.2.2.2. Impact de la délivrance du Norlevo.....	25
4.2.2.2.1. Délivrance par les pharmacies, infirmières scolaires et centres de planification.....	26
4.2.2.2.2. Impact du Norlevo sur le taux d'interruption de grossesse	27
4.2.2.3. Sources d'informations sur la sexualité et la contraception...	27
5. Conclusion.....	29
6. Références.....	32
7. Annexes.....	36

1. Introduction

L'accès à la contraception pour les mineur(e)s est un élément primordial pour diminuer le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les jeunes. Si le nombre de grossesses non prévues diminuait, grâce à la diffusion de la contraception, le recours à l'interruption volontaire de grossesse était plus marqué : environ 4 grossesses imprévues sur 10 se terminaient par une IVG en 1975, la proportion était passée à 6 en 2000.¹ En 2009, il y avait 12000 IVG chez les 15-17 ans et 18000 chez les 17-19 ans.

En France en 2013, les voies d'accès à la contraception pour les mineur(e)s étaient le planning familial de façon anonyme et gratuite et le médecin traitant avec la sécurité sociale des parents ou sans, la consultation et la contraception à la pharmacie étant alors payantes. Les jeunes filles ont souvent eu des difficultés à se procurer une contraception : soit le planning était trop éloigné de chez elles ou de leur établissement scolaire, soit le dialogue avec les parents était difficile voire impossible et elles n'avaient pas les moyens de faire face aux dépenses.²

Bien que la loi du 4 juillet 2001 garantisse un accès à la contraception gratuit et anonyme aux mineures, ce droit restait appliqué de façon encore inégale en France. De nombreuses régions ont décidé de mettre en place des réseaux de professionnels pour faciliter l'accès des mineur(e)s à la contraception de leur choix.

En Ile de France, le Conseil Régional a choisi de distribuer un « Pass Contraception » aux mineur(e)s sur leur lieu de scolarisation : les lycées, les centres de formation des apprentis et en institut de formation sanitaire et sociale, 159 000 adolescents étaient concernés par cette mesure.

Il se présentait sous forme de chéquier composé de 6 coupons permettant de payer les professionnels pour la délivrance et le suivi de la contraception. La mineure se le procurait auprès de l'infirmière scolaire qui en expliquait les modalités, elle devait ensuite prendre rendez-vous avec un médecin (généraliste, gynécologue, planning familial) pour obtenir une prescription du contraceptif choisi, en échange du chèque approprié. Un second chèque permettait de faire une consultation de contrôle. Les autres étaient utilisés par l'infirmière, le pharmacien qui délivrait la contraception, et le laboratoire pour une analyse sanguine. La contraception obtenue était délivrée pour 6 mois. Le mineur pouvait bénéficier d'une consultation gratuite chez le médecin. Cette opération était menée pour les adolescents dans le but de favoriser un parcours d'autonomie, de les responsabiliser en matière de sexualité, de prévention de grossesse précoce non désirée en leur offrant un premier accès à la contraception.

Ces dispositifs instaurés en France ont fait suite à une volonté d'amélioration constante dans l'accès à la contraception pour mineur(e)s.

En décembre 1967, la loi Neuwirth, relative à la régulation des naissances, légalisait la contraception pour toutes les femmes, sur ordonnance médicale et avec autorisation parentale pour les mineures.

En 1972, ont été créés les centres de planification et des établissements d'information.

Les amendements de la loi du 4 décembre 1974 supprimaient le consentement parental à la délivrance d'une contraception de façon anonyme et gratuite pour les mineures par les centres de planification et d'éducation familiale et permettaient le remboursement de la contraception par la sécurité sociale.

Le 18 janvier 1975, la loi Veil sur la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 10 semaines de grossesse était adoptée.

La loi du 18 janvier 1991, relative à la santé publique et aux assurances sociales autorisait la publicité pour les préservatifs et la contraception.

En 1998, Michèle Uzan, chef du service de gynécologie-obstétrique de Bondy, remettait un rapport sur la « prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes » et proposait une campagne d'information sur la contraception au plan national et local, un « programme national minimal intégré dans le cursus scolaire » sur l'éducation sexuelle et une réflexion sur la notion de « majorité sanitaire » à l'âge de 16 ans.

En mars 1999, Le Pr Israel Nisand, chef du service de gynécologie obstétrique de Strasbourg, proposait la création d'un numéro vert IVG, l'assouplissement au cas par cas du délai légal, le développement de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse avec suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

En avril 1999, le Norlevo (lévonorgestrel) était autorisé sur le marché en tant que contraception d'urgence.

En 2000, le Ministère de la Santé diffusait une campagne d'information sur la contraception en général et les infirmières scolaires avaient l'autorisation de délivrer le lévonorgestrel de façon anonyme et gratuite après réforme de la loi de Neuwirth. Le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse était rallongé à 12 semaines de grossesse.

En juillet 2001, l'absence de la nécessité d'un accord parental était étendue à toute prescription et délivrance de contraceptifs aux mineurs qui en feraient la demande.

La loi du 21 juillet 2009 autorisait les sages-femmes à prescrire la pilule. Le décret d'application concernant le renouvellement de la pilule pour une durée de 6 mois par le pharmacien ou une infirmière diplômée d'état, sous réserve d'une ordonnance de moins d'un an était en attente.

D'autres études se sont intéressées à la contraception des mineures et aux interruptions volontaires de grossesses.

Les raisons d'interruptions volontaires de grossesse étaient un échec d'une contraception existante, une difficulté d'accès par manque de moyen financier ou encore une sorte de rite initiatique pour les grossesses précoces.³

Par ailleurs, une étude montrait que seulement 50% des médecins généralistes interrogés en Ile de France disaient rechercher une sexualité à risque chez les mineur(e)s.⁴

Le résultat des études concernant le dispositif Pass Contraception en Ile de France n'ont pas encore été rendues publiques.

Il est encore trop tôt pour analyser l'impact sur le taux de grossesse précoce et d'interruption volontaire de grossesse chez les mineures. L'objectif de cette thèse était de mesurer le niveau d'information ressenti à propos de la mise en place du Pass Contraception et son acceptabilité par les personnes concernées (lycéen(ne)s, infirmiers, médecins, laborantins, pharmaciens).

2. Méthode

2.1. Construction de la bibliographie

La bibliographie a été faite à l'aide des données épidémiologiques concernant les IVG en France et le taux d'utilisation donné par la région Ile de France. Elle a été constituée à l'aide des mots clés « contraception », « mineures », « sexualité des mineur(e)s », « relation parents-adolescents », « législation contraception mineurs », « législation éducation sexuelle », « taux interruption volontaire de grossesse », « taux grossesse précoce » recherchés sur pubmed et internet.

2.2. Choix de la méthode qualitative

L'étude des représentations et des problématiques nécessitait une étude de type qualitative. La recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigation qui explore, entre autres, le comportement et les perceptions. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de définir ou cerner les opinions liées à cette question.⁵

2.3. Choix de la méthode du recueil des données

Les données ont été collectées au cours d'entretiens semi-dirigés : l'investigateur travaillait avec un guide d'entretien élaboré selon le sujet et la cible de l'étude. Il a été modifié au cours de la réalisation des entretiens afin de permettre l'émergence de données inconnues. Lorsqu'un nouvel élément apparaissait comme pertinent, il a été ajouté au guide d'entretien pour les entretiens suivants.

L'utilisation de l'entretien est appropriée chaque fois que l'on cherche à appréhender et rendre compte d'un système de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture.⁶ L'investigation par questionnaire a été écartée car elle ne permettait d'aborder qu'un nombre limité de thèmes préformatés par le chercheur, et pouvait empêcher l'émergence de données inconnues.⁷

Le sujet délicat excluait le choix des discussions en groupe (focus group). L'opinion d'une personne aurait pu être influencée par le groupe, ou par une autre personne qui s'exprimait avec plus de facilité en groupe. Les participants bien informés auraient pu diminuer l'espace de parole de ceux qui le sont moins.

L'environnement influençait le rôle ressenti par chacun. La production verbale aurait été différente dans un bureau, un café ou au domicile. Le contenu de la pensée d'une personne fluctuait selon le moment de la journée. Il y a « contamination » de la pensée par les activités immédiatement précédentes. La place occupée par chacun comporte des significations associées qui interfèrent avec le déroulement de l'entretien.⁸

Ces éléments ont été volontairement maintenus constants au cours de l'étude.

2.3.1. Professionnels

Sur son lieu de travail, l'interviewé s'inscrivait davantage dans un rôle professionnel. Tous les professionnels ont donc été interrogés sur leur lieu de travail.

2.3.2. Lycéens

L'entretien individuel des lycéens était envisagé mais certains d'entre eux ont préféré participer en groupe.

Ils ont été interrogés à la sortie du lycée (lieu de délivrance du Pass), où ils étaient plus libres de s'exprimer et plus détendus à la fin de leur journée.

2.4. Choix de la population : un échantillon raisonné diversifié

2.4.1. Professionnels

Le Pass Contraception concernait les médecins généralistes, les gynécologues, les pharmaciens, les laborantins et les infirmières des lycées.

Les professionnels ont été choisis en fonction de leur lieu d'exercice, en région parisienne dans les zones plus ou moins aisées et les secteurs plus défavorisés, pour refléter au mieux la diversité des pensées et idées sur le thème exploré.

2.4.2. Lycéens

Les lycéens interrogés étaient en seconde ou de niveau équivalent. Les lycées choisis étaient situés dans diverses zones de la région parisienne tant aisées que d'éducation prioritaire.

2.5. Conception du guide d'entretien

Les entretiens étaient semi-dirigés pour orienter vers le thème choisi avec des questions ouvertes ou fermées, courtes et compréhensibles par tous.

Ce guide a été rédigé par l'auteur de cette thèse et un relecteur extérieur non médecin. Il a pu évoluer au long des entretiens si un thème apparaissait ou un autre se modifiait lors des entretiens précédents.

Le recueil de données a été réalisé d'octobre 2011 à novembre 2012.

2.5.1. Professionnels

Le guide d'entretien comportait quatre questions principales et trois questions pour relancer la discussion en cas de besoin.

2.5.2. Lycéens

Le guide d'entretien comportait quatre questions et une supplémentaire pour relancer le dialogue.

2.6. Prise de contact : établissement du contrat de communication

2.6.1. Professionnels

Les professionnels de santé tels que les médecins, les laborantins, les gynécologues et les infirmier(e)s des établissements ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous sur leur lieu de travail et les pharmaciens ont été rencontrés sans rendez-vous dans leur officine.

La raison de la recherche, les raisons du choix de cette personne, le thème de l'entretien étaient clairement énoncés lors de cette première prise de contact.

2.6.2. Lycéens

La question de la faisabilité d'un entretien avec un mineur s'est posée. Aucun précédent n'était spécifié dans les bases du Comité de Protection des Personnes. Il n'existe aucun obstacle légal à réaliser un entretien de recherche avec un mineur.

Les mineurs, filles et garçons, ont donc été abordés à la sortie des établissements scolaires.

2.7. Enregistrement et retranscription des entretiens

Les entretiens ont tous été enregistrés avec un téléphone de modèle Iphone 4 et intégralement retranscrits, dans les 48h suivantes, mot pour mot, sans chercher à améliorer ou à lisser le langage.

Les professionnels et les lycéens ont été avertis de la réalisation de cette investigation.

2.7.1. Professionnels

Deux professionnels n'ont pas accepté de répondre à un entretien enregistré, le recueil des données n'a pas eu lieu.

2.7.2. Lycéens

Tous les lycéens contactés ont accepté de répondre. Les entretiens ont été retranscrits le soir même en différenciant les paroles et idées de chacun.

2.8. Nombre d'entretiens

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce qu'aucun thème nouveau n'apparaisse, c'est-à-dire jusqu'à saturation des données.

2.9. Méthode d'analyse des données

Une première analyse transversale a été réalisée au cours des entretiens, lors de leur retranscription et de leur réécoute. Elle permettait de s'imprégner de la teneur générale du discours et de ce qui risquait de ne pas apparaître lors de l'étude de contenu. Une seconde analyse de contenu a ensuite été réalisée. Les entretiens ont été découpés par unités de sens rassemblées en différentes thématiques. Afin de s'assurer de la reproductibilité de la méthode, une double analyse a été faite, de façon indépendante, par l'étudiant et son directeur de thèse. Une compilation des résultats a été réalisée. Les différents thèmes ont été rassemblés en groupes afin d'être présentés.

3. Résultats

3.1. Populations étudiées

3.1.1. Professionnels

14 entretiens ont été réalisés avec des professionnels de santé.

Les professionnels exerçaient tous dans la région parisienne. Par souci d'anonymat, les lieux des entretiens ne sont pas communiqués.

Entretien	Age	Sexe	Profession
E1	51 ans	Femme	IDE lycée privé sous contrat, orientation confessionnelle
E2	55 ans	Femme	IDE lycée privé sous contrat, orientation confessionnelle
E3	53 ans	Femme	Gynécologue
E4	50 ans	Femme	Pharmacienne
E5	55 ans	Homme	Pharmacien
E6	48 ans	Homme	Médecin généraliste
E7	41 ans	Femme	Médecin généraliste
E8	30 et 50 ans	Femmes	Laborantines
E9	53 ans	Femme	Pharmacienne
E10	49 ans	Femme	Laborantine
E11	49 ans	Femme	Médecin généraliste
E12	54 ans	Femme	IDE lycée général et technologique
E13	52 ans	Femme	Laborantine
E14	37 ans	Femme	IDE lycée professionnel

3.1.2. Lycéens

11 entretiens ont été réalisés avec les lycéens.

	Age	Sexe	Nombre d'adolescents	Type de lycée
E1	16 ans	Féminin	1	Lycée général et professionnel
E2	15 ans	Féminin	1	Lycée général et professionnel
E3	15 ans	Féminin	1	Lycée général et professionnel
E4	15 ans	Féminin	3	Lycée privé sous contrat, orientation confessionnelle
E5	17 ans	Féminin	1	Lycée privé sous contrat, orientation confessionnelle
E6	15/16 ans	Féminin Masculin	2 1	Lycée privé sous contrat, orientation confessionnelle
E7	16 ans	Féminin	1	Lycée général
E8	16 ans	Féminin	2	Lycée général
E9	15 ans	Masculin	1	Lycée général
E10	15 ans	Féminin	1	Lycée général
E11	15/16 ans	Féminin Masculin	1 1	Lycée professionnel

3.2. Résultats des entretiens avec les professionnels

3.2.1. Niveau d'information ressenti concernant le Pass Contraception

Les professionnels de santé interrogés n'étaient, pour la plupart, pas informés de l'arrivée et de l'existence du Pass Contraception.

D'autres étaient au courant soit parce qu'ils adhéraient à un syndicat, qu'ils avaient une activité annexe dans un planning familial, qu'ils avaient reçu un courrier ou en avaient entendu parler dans les médias.

Quelques-uns avaient oublié de s'occuper de la lettre d'information.

« On a reçu par la poste euh et puis le syndicat aussi nous a envoyé leur documentation. » E5

« Il y a quand même une affiche dans le labo non ? donc on doit avoir le... j'crois qu'il y a une affiche en bas. On a eu ça. » E8

« Alors le pass contraception euh j'en ai pas officiellement entendu parler donc voilà, ça commence mal n'est-ce pas ? » E10

3.2.2. Raisons d'acceptabilité du Pass Contraception

3.2.2.1. Pass accepté

Les professionnels acceptaient d'utiliser le Pass Contraception comme moyen de paiement par les mineures tant que les modalités de fonctionnement et de remboursement étaient clairement énoncées sur le chéquier.

Ils le considéraient comme un élément nouveau et utile dans la prise en charge des mineures, arguant son anonymat et sa gratuité en complément des structures préexistantes telles que le planning familial. Ils soulignaient le bénéfice de pouvoir informer et éduquer l'adolescente à la contraception lors d'une consultation rendue possible par le Pass Contraception en opposition avec la délivrance pure et simple d'une contraception sans dialogue. Ils appréciaient l'élargissement de l'éventail de la prise en charge de la contraception des mineur(e)s.

Un professionnel de santé de sexe masculin disait se sentir mal à l'aise pour parler de ce thème. Il avait orienter les jeunes filles et femmes vers un gynécologue pour leur prise en charge contraceptive et dans le suivi. Cependant il était prêt à accepter une mineure avec le Pass Contraception.

« Donc il y a une communication entre le médecin et la jeune. Ça c'est INDISENSABLE. Et je pense que le pass a compris ça. C'est qu'il y a un contact avec un médecin. » E3

« Moi je trouve que la démarche est bonne parce que...j'veux dire ça permet aux jeunes d'avoir accès à la contraception, d'avoir accès à des soins médicaux, de voir un médecin ! » E10

« Donc en fait ça serait une manière d'élargir euh ce champ-là. » E 11

3.2.2.2. Pass refusé

Parmi tous les professionnels interrogés, certains refusaient le Pass.

Des questions de conviction religieuse empêchaient la délivrance du Pass Contraception dans des établissements confessionnels. La décision des établissements qui refusaient de le délivrer résultait d'un accord (quelques fois un peu forcé pour éviter le conflit) entre les directeurs et les infirmières diplômées d'état. Ils jugeaient pertinent de privilégier la décision des parents.

Le délai de remboursement par le conseil régional et les démarches administratives engendrées par l'utilisation du Pass rendaient plus difficile l'acceptation chez certains professionnels. Ils ne voulaient pas risquer de ne pas être payés ou devoir fournir de trop nombreux justificatifs.

La nouveauté du Pass impliquait la mise en place de nouvelles formalités pour la prise en charge des mineurs. Le fonctionnement du Pass semblait obscur pour certains professionnels qui ne l'avaient donc pas accepté la première fois.

« Euh, c'est pas notre travail de donner le pass ici à l'école. A titre d'éthique, euh, d'éthique catholique de l'école. » E2

« Euh oui, parce que moi je le fais pas ça hein...Ah ben on l'a pas reçu, c'est quoi, c'est quand, c'est qui ? Ben on sait pas....Je le fais pas. » E4

« Non parce que en fait on lui avait dit qu'on allait des renseigner et qu'on allait voir un petit peu comment ça se passait et euh...j'crois que la jeune fille on l'a jamais revue après (rires gênés). » E9

3.2.2.3. Pass accepté mais qui soulève quelques interrogations

Le Pass Contraception était perçu comme un moyen de recevoir des adolescentes en consultation et de les informer tout en essayant d'impliquer un des parents. Les professionnels pensaient que la présence d'un tiers (lui-même) dans la relation parents-enfants aiderait au dialogue, apaiserait les craintes et dédramatiserait les situations difficiles.

Un professionnel interrogé regrettait que la décision de l'instauration d'un Pass Contraception n'ait pas été soumise à l'avis des syndicats des professionnels concernés, ce dernier l'acceptait mais aurait préféré avoir été consulté avant son élaboration.

Certains laboratoires soulevaient la question de la délivrance des résultats des examens biologiques. Les mineurs seuls, quelques soient les analyses sanguines, ne pouvaient pas se rendre dans un laboratoire pour s'y faire prélever ni pour récupérer les résultats ; un majeur devait obligatoirement les accompagner.

Au vu des statistiques d'interruption volontaire de grossesse en France et malgré les informations et l'amélioration de l'accès à la contraception, certains professionnels de santé se demandaient si le Pass Contraception en Ile de France modifierait vraiment la prise en charge des mineur(e)s. Ils doutaient de l'efficacité de cette mesure devant l'ampleur des interruptions volontaires de grossesse et leur stagnation constante.

Pour d'autres, le Pass Contraception ne favorisait pas le dialogue intrafamilial et soulevait des questions de communication entre parents et adolescents. Certains avaient même reçu des parents mécontents, leur enfant ayant bénéficié du Pass Contraception. Ces parents-là ne souhaitaient pas que leur enfant puisse se procurer une contraception à cet âge, d'autant plus sans leur accord.

Certains pensaient se substituer à l'autorité parentale en distribuant le Pass Contraception et s'imaginaient à la place de ces parents mis devant le fait accompli. D'un point de vue

professionnel ils comprenaient l'utilité du Pass Contraception et des moyens mis en place pour la prise en charge de la contraception des mineur(e)s mais d'un point de vue personnel, ils pensaient qu'ils n'auraient pas été d'accord avec leur mise à l'écart de la sexualité de leurs propres enfants.

Le fait que le Pass Contraception soit sous forme de carnet de chèques faisait se questionner un professionnel. Les mineur(e)s devaient le garder à l'abri du regard des parents pour ne pas avoir à leur en parler, ce qui pouvait s'avérer difficile selon lui.

Une infirmière de lycée pensait que l'existence du Pass ne contrariait en rien la relation parents-enfant parce qu'elle n'existait de toute façon pas dans certaines familles. Ce qui n'empêchait pas les mineur(e)s de débiter une vie sexuelle en parallèle avec tous les risques que cela comportait (grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse, infections sexuellement transmissibles).

Un médecin généraliste, sceptique sur l'avenir du Pass Contraception, proposait la vente libre des contraceptifs arguant le fait que certains médicaments aux effets indésirables et secondaires plus importants que la pilule l'étaient déjà.

« Alors j'accepterais de prendre le chèque etc mais alors je ferai vraiment un boulot pour que euh... les parents quand même pour essayer de faire en sorte qu'il y ait une communication avec les parents et que...quand même tout le monde soit d'accord...au contraire c'est intéressant parce que ça peut ouvrir le dialogue ça peut vraiment décoincer les situations bloquées, il y en a très peu j'pense. » E11

« et puis ce chéquier ils vont le garder avec eux, est-ce qu'ils vont pas le laisser trainer est ce que les parents vont le voir ? C'est pas si simple ! » E 12

« Là ça empêche rien parce que il y a des jeunes filles pour qui ça n'est pas possible. J'veux dire et ça ne le sera pas euh on a beau dire euh (rires gênés). A partir du moment où elles ont débuté une vie sexuelle il faut absolument qu'elles soient protégées et euh... que les parents soient d'accord ou pas quoi» E 14

3.2.3. Remarques concernant le Pass Contraception

3.2.3.1. Hypothèses sur le refus de sa distribution

Plusieurs critiques ont été faites par les professionnels de santé à propos du Pass Contraception.

Le Pass Contraception n'était pas distribué dans certains établissements en raison de la proximité d'autres structures comme le Planning Familial ou de son inadéquation avec la population fréquentant ces lycées.

Certains professionnels jugeaient que la délivrance du Pass Contraception élargie aux jeunes majeurs serait plus adaptée à la réalité.

Une autre des raisons était que les jeunes n'anticipaient pas leur besoin, ils vivaient dans l'instantané. Prévoir une consultation en vue d'acquérir une contraception régulière semblait difficile à imaginer par certains professionnels. Le pass leur semblait inadéquat au fonctionnement psychologique des adolescents.

Un autre problème soulevé par les professionnels de santé était que l'utilisation du Pass Contraception rendait la démarche d'accès à la contraception trop solitaire pour les mineurs. En effet, il semblerait qu'ils préféreraient être accompagnés de leurs ami(e)s dans ces moments-là, ce que le planning rendait possible.

La liste des professionnels acceptant le Pass Contraception était restrictive, les IDE remettant aux lycéen(e)s leurs coordonnées. Cependant certains professionnels qui étaient sur la liste envoyée aux IDE n'étaient pas au courant de l'instauration du Pass Contraception et n'avaient donc pas donné leur accord.

Un médecin généraliste craignait une surcharge de travail liée à l'accueil des bénéficiaires du Pass Contraception.

« Je pense qu'il y a des régions, comme ici, où on a le planning à côté et c'est pas adapté. Il y a des régions où il y a pas de planning et là je pense que c'était peut-être plus judicieux de mener les pass... Mais je pense pas que forcément une élève de seconde sera prête à affronter ces démarches seules. Donc j'pense que c'est pas adapté quoi. Peut-être que les majeures oui, je pense... Je leur parle du pass, mais elles me disent c'est pas ça que je veux madame. Ben oui ! elles, c'est... l'ado c'est comme ça hein, c'est dans l'instantané ; là ici maintenant j'ai un problème faut me le régler. Donc elles ont du mal à se projeter, déjà. » E 12

« Après mon mari étant médecin généraliste, je lui en avais parlé, et il m'a dit olala, on a déjà pas beaucoup de place dans les cabinets, est-ce qu'ils vont trouver facilement ou aussi facilement un rendez-vous qu'elles peuvent en avoir à la PMI ? » E 13

3.2.3.2. Raisons du succès : une campagne d'information locale

Dans un des lycées visités, l'infirmière diplômée d'état avait distribué une trentaine de Pass Contraception pendant l'année scolaire 2011/2012. La présentation du Pass Contraception aux lycéens(nes) faisait suite à un processus d'éducation à la santé sexuelle et à la contraception. Le lycée organisait un théâtre forum sur les relations garçons/filles avec l'aide d'une association. Une deuxième étape permettait d'approfondir la discussion. Ensuite, l'infirmière passait dans les classes pour expliquer le fonctionnement du Pass : elle avait remarqué que la demande était plus grande après ces passages informatifs. Elle en déduisait que le fait d'en parler décomplexait les jeunes à ce sujet.

Cette même infirmière avait noté que certaines jeunes filles en demande n'avaient pas encore débuté une vie sexuelle active. Ces échanges scolaires leur avait permis de prévoir et d'anticiper une éventuelle relation pendant l'année en cours.

Elle disait aussi que les adolescents appréciaient la possibilité d'accéder à une contraception anonyme et gratuite ; qu'ils se rendaient compte que la société leur reconnaissait le droit de ne plus être seulement que des enfants, leur permettant de devenir autonomes en s'appuyant sur un parcours prédéfini pour eux.

« Les élèves participent à des situations, en fait on leur présente un scénario entre un garçon et une fille et à un moment ils arrêtent en disant « mais non là ça aurait pu se passer comme ça » et ils vont sur scène pour dire comment et les comédiens font la suite. Et là ça marche très bien, voilà ils sont ... donc ça c'est super ! Et puis voilà après c'est la deuxième étape on discute plus, c'est plus, moins dans le jeu quoi. Et après je passe dans les classes. Donc oui ça fait un cheminement, ça fait son chemin et puis... ouais ouais. » E14

« Ouais, c'est tout notre message hein, et les élèves qui viennent demander le pass contraception, il y en a qui ont déjà débuté une vie sexuelle mais il y en a qui ont pas donc ça a marché. C'est-à-dire ils viennent en préventif. Ils viennent en se disant « ben voilà, cette année je me sens bien prête, je vais euh... me mettre ma petite boîte de pilule sous le coude et je commencerai bientôt » E14

« Je trouve que même s'ils vont pas jusqu'au bout, c'est bien qu'ils comprennent qu'on leur offre quelque chose ; qu'on leur offre une possibilité d'être autonome, ça ils l'apprécient quoi. Et bon après ; ils l'utilisent ou l'utilisent pas, je crois que vraiment ils apprécient qu'on leur donne cette possibilité. C'est reconnaître quelque chose, c'est reconnaître qu'ils sont plus des enfants quoi, c'est reconnaître... je pense que ça ça les touche. » E 14

3.2.4. Apport du Pass Contraception dans la prise en charge de la contraception des mineurs

Les professionnels interrogés n'avaient pas perçu d'afflux majeur de bénéficiaires du Pass Contraception.

Le Pass Contraception était perçu par certains médecins comme un moyen d'entrer en contact plus facilement avec les mineures et de donner l'occasion de les informer et les éduquer au sujet de la sexualité dans son ensemble (incluant les infections sexuellement transmissibles...). Il n'était pas seulement considéré comme un chèque pour se faire payer mais comme une aide supplémentaire pouvant améliorer la prise en charge globale des mineures, les insérer dans le circuit médical et par conséquent diminuer le taux d'IVG dans la région Ile de France.

Par ailleurs, une infirmière de lycée profitait du moment de sa délivrance pour faire de l'éducation sexuelle. Cela lui permettait de dispenser une information complémentaire et plus personnalisée en matière de prévention et de sexualité.

Les professionnels soulignaient aussi le fait que la gratuité et l'anonymat du Pass pouvait inciter les mineures à consulter.

Le Pass Contraception avait été demandé seulement par des jeunes filles, pas de garçon. Une infirmière de lycée soulevait le problème que les garçons ne se sentaient pas concernés par la prise contraceptive de leur partenaire et que le fait de pouvoir leur en parler les rendrait peut être plus responsables.

« Disons que ça sensibilise peut être les jeunes initialement à la contraception et après faut qu'il y ait un travail derrière euh...qu'ils comprennent l'utilité et du coup qu'ils en parlent à leurs parents ou qu'ils se débrouillent pour aller eux même euh sans pass contraception. » E8

« Oui pour moi, oui, c'est éducatif, le jeune a vu le médecin, on lui a expliqué, il a discuté en consultation avec le médecin, il sait les méthodes de contraception qu'il peut avoir, comment ça se passe, le bilan quand on prend la pilule etc...on l'informe, et après il me semble qu'il doit se prendre en charge quand même. » E10

« C'est surtout des garçons et puis euh les garçons ils se disent euh...c'est pas mon problème tout à fait...Mais on arrive quand même à leur dire ! Moi je leur dis : c'est votre problème, c'est un problème de couple hein, c'est quelque chose dont on parle à deux. Mais euh, c'est souvent le garçon c'est le préservatif, la fille c'est la pilule chacun son truc, ne mélangeons pas tout ! » E 14

3.3. Résultats des entretiens avec les lycéens

3.3.1. Niveau d'information ressenti concernant le Pass Contraception

La plupart des mineur(e)s interrogé(e)s n'étaient pas au courant de l'existence du Pass Contraception depuis 2011, certains en avaient entendu parler à la radio mais ne s'en

souvenaient pas bien, ou alors ils ne savaient pas comment se le procurer ni à quoi ça leur donnait droit.

Leur lycée ne les avait pas informé, n'avait pas affiché les publicités envoyées par le Conseil Régional de manière visible ou alors dans l'infirmerie que les lycéen(ne)s ne côtoyaient pas forcément.

Dans un seul, le conseiller principal d'éducation était venu expliquer la démarche en classe. Ils étaient étonnés de ce manque d'information de la part des médias et de leur établissement.

« Euh, des affiches non mais euh... le CPE est venu nous prévenir que l'infirmière en avait. » E5

« Moi je sais pas ce que c'est...Moi je sais plus comment j'ai été au courant mais il y a aucune affiche pour le dire...même au lycée il y aucune affiche pour le dire euh... » E6

« Ouais j'connais on m'a déjà donné moi. C'est même il y a plusieurs feuilles c'est ça ? »E11

3.3.2. Acceptabilité du Pass Contraception

L'opportunité de consulter de manière anonyme et gratuite le médecin de leur choix était une raison de l'accueil très favorable du Pass Contraception par les mineur(e)s.

Le sentiment d'autonomie, d'indépendance et de discrétion par rapport aux parents augmentait leur demande d'information sur le fonctionnement du Pass et les rendait plus désireux de parler des infections sexuellement transmissibles. Le Pass Contraception répondait à leur désir d'être considérés comme de jeunes adultes. La possibilité de mener une vie sexuelle indépendamment de leurs parents, mais avec l'avis de professionnels les satisfaisait.

La démarche pour aller au planning familial leur semblait trop compliquée.

Le Pass Contraception leur permettait un accès facile à la contraception car ils ne voulaient pas se déplacer dans les structures préexistantes souvent éloignées de leur lycée ou de leur domicile.

« Ben bien sûr, oui ben oui. (hahaha), vous voulez que nos parents nous trashent ou quoi ? » E3

« Ça rend plus indépendant les gens vu que du coup ils vont pas forcément aller en parler à leurs parents, et leurs parents justement vont pas en parler avec eux et que euh faire des conneries. »E6

« Je pense bien ouais. Ça devrait aider certaines personnes à y aller plus euh, d'y aller sans se poser de question, au lieu de se cacher ouais, plus simplement. » E8

3.3.3. Remarques à propos du Pass Contraception

La durée du Pass Contraception était sujette à controverse. Le fait qu'il était délivré une fois par an et qu'il permettait de se procurer une contraception pendant 6 mois était jugé inadapté pour certains lycéens. Le Pass Contraception ne permettait pas de délivrer une contraception pendant toute l'année. Cela les obligeait à en parler à leurs parents ou de trouver un autre moyen d'accès à la contraception pour continuer à l'utiliser.

Ils estimaient, pour la plupart, que la délivrance du Pass Contraception en seconde était trop précoce par rapport à leur entrée dans la vie sexuelle. A cet âge la majorité des mineur(e)s interrogés n'avaient pas encore eu de rapports sexuels et n'y avaient même pas pensé.

« Ouais mais une fois que c'est fini après le pass il dure qu'une fois ? et après justement faut le dire aux parents, c'est bête...Faudrait plus pour voir sur l'année. J'pense »E6

« Non pas pour l'instant, je suis encore un peu trop jeune mais... plus tard oui pourquoi pas oui ; ça peut être intéressant. » E1

3.3.4. Apport du Pass Contraception dans la prise en charge de la contraception des mineurs

Tous les mineur(e)s interrogés considéraient le Pass Contraception comme une avancée importante dans la prise en charge de leur autonomie.

Les mineur(e)s considéraient que l'arrivée du Pass Contraception dans leur vie quotidienne et sa facilité d'accès les incitait à devenir responsables de leur sexualité.

Le Pass Contraception leur permettait de maintenir une discrétion au sujet de leur vie sexuelle qu'ils n'aimaient pas partager avec leurs parents.

Ils n'éprouvaient pas le besoin de s'en servir dans l'immédiat car ils n'avaient pas de rapports sexuels ou étaient déjà bénéficiaires d'une contraception (préservatifs ou pilule).

Certains avaient obtenu, par leurs parents, une contraception en prétextant de l'acné ou des cycles douloureux. Cette démarche évitait les discussions sur la sexualité et la contraception entre les adolescents et leurs parents.

« Euh oui parce que quand on sait pas où s'adresser tout ça je pense qu'on peut aller vers l'infirmière et il y a pas de soucis, elle est là pour nous entendre, fin, nous écouter »E5

« Euh moi non parce que j'ai déjà mon médecin qui s'en charge, parce que mes parents sont plutôt ouverts à ce niveau-là donc euh j'en ai parlé à ma mère et c'était aussi pour des problèmes de euh ben j'avais de l'acné voilà ! Et je voulais prendre la pilule pour euh parce que j'avais entendu parler que ça pouvait euh régler ce problème donc j'l'ai plus prise pour ça à la base donc au final c'était mieux pour euh... » E 6

4. Discussion

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1. Forces de l'étude

L'étude a un caractère original : c'est la première sur l'information et l'acceptabilité du Pass Contraception par les professionnels de santé et les lycéens dans la région Ile de France. Peu d'études interrogeaient les professionnels de santé sur la contraception des mineurs en Ile de France et sur leur expérience. Peu d'études permettaient une analyse de la prise en charge de la contraception des mineurs vue par les mineurs eux-mêmes.

Les entretiens semi-dirigés ont permis l'émergence d'idées variées et inattendues. Les professionnels ont pu s'ouvrir lors de la discussion sans avoir peur d'être jugé par leurs confrères.

L'enregistrement des entretiens a permis une retranscription fidèle de la pensée de chacun des professionnels et des lycéens interrogés qui oubliaient rapidement l'existence de l'enregistrement.

La retranscription des entretiens dans les 48 heures suivantes a permis d'adapter le guide d'entretien. Les sujets abordés étaient alors repris lors des suivants s'ils n'avaient pas été mentionnés.

Leur relecture par une tierce personne a permis de dégager les thèmes abordés et de comparer les analyses. Le double codage effectué par l'auteur de la thèse, d'une part, et son directeur, d'autre part, a fiabilisé l'interprétation et la finesse des résultats.

L'étude a été faite dans la première année de délivrance du Pass Contraception ce qui permettait d'avoir des réponses objectives et peu biaisées par les avis d'autres personnes ou des médias.

L'étude portait sur les professionnels concernés de manière élargie ainsi que la population ciblée par le Pass Contraception.

4.1.2. Faiblesses de l'étude

Les entretiens avec des parents n'ont pas pu être réalisés pour des raisons difficiles d'organisation et de recrutement. Ils auraient pu apporter d'autres idées notamment sur l'acceptation et leur sentiment face à cette exclusion de la vie sexuelle de leurs enfants.

La méthode idéale de recueil des données en sciences sociales est l'entretien libre. Il permet une analyse plus fine et un recueil d'informations beaucoup plus large et spontané. Cependant, il nécessite entraînement et expérience que l'investigateur a estimé ne pas avoir.

Quant à la généralisation des résultats, la prétention de la recherche qualitative à passer du singulier à l'universel est encore en discussion dans les hautes sphères épistémologiques, comme a pu le montrer la conférence de clôture du 3ème Colloque International Francophone sur les Méthodes Qualitatives.⁹ Ces résultats ont l'avantage de dépeindre une réalité, qui ne prétend pas exister dans le monde réel, mais dans un « monde possible ». L'essentiel de leur intérêt est de faire naître une réflexion, et non pas de faire force de loi. La réalisation d'une

étude quantitative par questionnaire basée sur les résultats de cette étude qualitative pourrait apporter des données complémentaires.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Résultats attendus

4.2.1.1. Relation avec les parents

La place des parents revenait souvent lors des entretiens aussi bien avec les lycéen(ne)s qu'avec les professionnels. L'éducation est une part primordiale dans la relation parents-enfants, notamment l'éducation et l'information sexuelle. Les entretiens faisaient ressortir une crainte de l'adolescent à initier le dialogue avec ses parents. Certains professionnels avaient le sentiment que ce dialogue était impossible avec quelques parents et donc le Pass n'empêchait pas cette relation.

L'adolescence était une période où la prise de risque faisait partie du processus de construction identitaire, la rupture avec l'état antérieur était une nécessité comme le suicide ou la grossesse adolescente. C'était l'âge de la découverte de nouvelles expériences et de l'apparition de nouveaux désirs comme de prendre ses distances avec les parents. Beaucoup de parents et d'adolescents ne parlaient pas de sujets sexuels avant leur début de l'activité sexuelle.¹⁰ La communication parents-adolescents sur ce sujet devait tenir compte des attentes exprimées, ainsi que des informations échangées.¹¹

Les adolescents peuvent avoir des réticences à avouer à leurs parents leur envie de relations sexuelles tandis que les parents peuvent rencontrer des difficultés à voir grandir leur enfant ou ont peur de cautionner leurs relations sexuelles en parlant de contraception et de sexualité avec eux.

Une étude américaine publiée en 2000, portait sur des questionnaires adressés à plus de 10 000 collégiennes et lycéennes entre les années 1985 et 1995 sur les relations avec leurs parents. Un an plus tard, un second questionnaire leur été adressé portant sur les relations sexuelles qu'ils avaient pu avoir et les moyens de contraception utilisés. Les résultats montraient que plus les mineurs en parlaient avec leurs parents, plus les rapports sexuels avaient lieu tôt mais mieux ils étaient protégés.¹²

Une deuxième étude montraient que plus les relations familiales étaient bonnes (notamment avec la mère) moins les adolescents commençaient leur vie sexuelle tôt.¹³

Ces études avaient tendance à mettre en évidence que les parents avaient tout intérêt à engager la discussion avec leurs enfants ne serait-ce que pour améliorer leur prise en charge contraceptive.

Le site « <http://www.choisirsacontraception.fr> » proposait aux parents différentes manières d'initier le dialogue avec leur adolescent, fille ou garçon. Il conseillait de ne pas en parler seulement à partir de l'adolescence mais plus tôt dans la vie pour que l'enfant sache que ses parents pouvaient répondre à différentes questions ou l'orienter vers une personne de confiance le cas échéant. « *La question de la sexualité peut s'amorcer dès l'âge de 4 ans à travers la question des différences entre garçons et filles ou les organes sexuels par exemple. Les enfants manifestent généralement une certaine curiosité face à ces questions. S'ils ne le font pas, c'est qu'ils ressentent une gêne chez leurs parents. Cette gêne semble émaner du fait que les parents sont persuadés que leurs enfants ne s'intéressent à la sexualité qu'à partir de l'adolescence.* »¹⁴

Le dialogue parent-enfant résultait d'une relation de confiance établie tout au cours de la vie de l'enfant, lui permettant de s'épanouir et de s'interroger avec ses parents sur des questions diverses dont la sexualité. Alors l'enfant se forgerait sa propre opinion et ferait ses propres choix. « *Les parents peuvent répondre à certaines questions, mais les adolescents doivent trouver certaines réponses eux-mêmes.* » Quoiqu'il en soit, « *Le couple parental représente le premier modèle de couple pour l'adolescent* ». ¹⁵

4.2.1.2. Causes d'interruption volontaire de grossesse : difficultés d'obtention d'une contraception adaptée et mauvaise compréhension de son mécanisme

Les professionnels apparaissaient sceptiques sur le possible effet de la mise en place du Pass Contraception sur le taux d'interruption volontaire de grossesse et de grossesse précoce. Plusieurs dispositifs avaient déjà été mis en place en France pour améliorer l'accès à la contraception par les mineur(e)s. La stagnation de ces taux chez les mineures devait amener à s'interroger sur ce sujet : la problématique et la solution n'étaient pas les mêmes en cas de difficultés d'accès ou en cas de difficultés d'observance de la contraception.

En 2005, 85,1 % des personnes âgées de 15 à 24 ans sexuellement actives déclaraient « faire quelque chose pour éviter une grossesse ». ¹⁶

En 2007, 66 % des femmes de 16 à 25 ans utilisaient une méthode contraceptive au cours du mois précédent l'interruption volontaire de grossesse dont plus de 42% une contraception orale. ¹⁷ 90% des premiers rapports sexuels étaient déclarés protégés chez les 15/24 ans notamment par le préservatif. ¹⁸ Une grossesse sur trois était qualifiée de « non prévue » (contre près d'une sur deux en 1975) tout âge confondu, qui donnerait lieu, dans 60% des cas, à une IVG. ¹⁹ Dans un tiers des cas, les femmes ne prenaient aucune contraception, les autres déclaraient utiliser une contraception au moment de la survenue de cette grossesse : 44% avaient oublié leur contraception et 32% avaient fait une erreur (déchirure du préservatif, date de reprise de la pilule...). ²⁰ Cette couverture contraceptive reposait dans près de la moitié des cas sur une méthode de contraception médicalisée présentant une efficacité théorique très élevée (pilule ou stérilet). ²¹ Même les contraceptions les plus efficaces théoriquement n'étaient pas infaillibles en pratique probablement à cause d'une mauvaise utilisation.

Le taux d'interruption volontaire de grossesse semblait plus en rapport avec une mauvaise utilisation ou une mauvaise compréhension de la contraception par les femmes et a fortiori les mineur(e)s plutôt qu'à une absence de contraception. 88 % des femmes de moins 20 ans déclaraient avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (contre 54 % de l'ensemble des femmes). ²² En 2010, 78.9% des 15/19 ans utilisaient la pilule hormonale comme contraception et 2.8% une contraception hormonale telle que patches, anneaux vaginaux et implants (contre 0.8% en 2005.) ²³ Pour être efficace la pilule contraceptive doit se prendre régulièrement tous les jours à horaire fixe, en cas d'oubli la patiente doit savoir quoi faire quel que soit le jour du cycle de l'oubli. Le maniement de cette contraception pouvait donc apparaître difficile pour une mineure surtout dans le cas d'une contraception cachée à la famille.

En théorie les méthodes remboursées étaient les plus fiables (indice de Pearl), dans la vie pratique il s'avérait que la pilule contraceptive n'avait pas l'efficacité pratique la plus élevée en rapport probablement à la facilité d'erreur dans les prises (oubli de prise, d'horaire, trouble du transit, oubli de recommencer une plaquette...). ²⁴

Certaines contraceptions dont la galénique était sans doute plus adaptée aux mineur(e)s et jeunes majeures (patch, anneau) n'étaient pas remboursées par l'assurance maladie ce qui pouvait être un frein à leur utilisation. L'anneau coûte 16 euros chaque mois et le patch 15 en moyenne. Les dispositifs intra-utérins étaient remboursés par l'Assurance Maladie, ils avaient une durée de vie de 5ans, cependant il était possible que ce dispositif fasse peur aux jeunes.²⁵

Au moment de l'adolescence les couples étaient peu stables et les rapports sexuels n'étaient pas réguliers dans le temps. Une contraception telle que la pilule qui se devait d'être prise de façon régulière quelle que soit la fréquence des rapports ne semblait pas adaptée au mode de vie des mineur(e)s et à leur sexualité. Une contraception moins contraignante telle que le patch ou l'anneau serait peut-être plus simple à gérer pour ce genre de relation.

Pour un couple stable, l'abandon du préservatif était suivi dans près de 90% des cas par la prise d'une contraception hormonale ou mécanique. Les 10% restants n'envisageaient aucun autre moyen de contraception, même en l'absence de désir de grossesse.²⁶

C'était moins à un problème d'accès à la contraception qu'étaient confrontées les femmes qu'à une inadéquation entre les méthodes contraceptives qui leur étaient prescrites et leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités de celles-ci, avec dans certains cas la persistance d'idées reçues.²⁷

4.2.1.3. Idées reçues sur la contraception

Pour éviter de parler contraception avec leurs enfants, certains parents utilisaient des motifs médicaux, telle que l'acné, afin de leur proposer une consultation chez le médecin qui prescrivait alors une contraception hormonale agissant sur la maladie. Cette manière d'obtenir une contraception biaisait la véritable indication de la contraception, pouvant engendrer des idées fausses et poser problème dans l'observance du traitement.

Certains adolescents n'imaginaient pas pouvoir parler de contraception avec leurs parents. Ils devaient donc s'informer autrement.

Les jeunes de 15 à 20 ans, interrogés sur la prise d'une pilule contraceptive, craignaient qu'elle ne les rende stériles (34 %), qu'elle ne les fasse systématiquement grossir (24 %), 20% n'avaient pas conscience qu'elle ne protégeait pas du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ni des infections sexuellement transmissibles.²⁸ Comme le souligne le professeur Nisand « *les jeunes filles surestiment largement certains risques, en particulier les risques-de stérilité ultérieure ou de cancer et sont peu nombreuses à connaître les effets positifs sur la santé de la contraception orale. Il y a un rejet de la pilule sur la base de connaissances imprécises voire erronées qui accroît le risque de grossesse non désirée, en particulier par l'utilisation de moyens peu efficaces de contraception* ». ²⁹ En 2007 : 50% des personnes interrogées à propos du dispositif intra-utérin pensaient qu'il pouvait être utilisé seulement si la femme a déjà eu un enfant et 28% pensaient encore que cette contraception était réservée aux femmes ne désirant plus d'enfant. Sur les 47% qui avaient déjà utilisé l'implant contraceptif, seulement 23% en connaissaient la durée d'efficacité de (3 ans). La plupart des français interrogés sous-estimaient sa durée d'efficacité. Une rumeur, évoquée devant Mme Bérengère Poletti, députée, par le Conseil Départemental des pharmaciens des Ardennes et par divers professionnels de santé rencontrés lors de son déplacement en Guadeloupe, tendait à discréditer l'usage de l'implant contraceptif sous le prétexte qu'une fois introduit sous la peau, on ne l'enlevait que très difficilement parce qu'il se perdait dans l'avant-bras...³⁰ 22% évaluaient bien la durée d'effet du patch contraceptif à une semaine, les autres la surestimant.

9% connaissaient la durée d'efficacité de l'anneau vaginal (3 à 4 semaines), les autres la surestimant.

De nombreuses jeunes filles avaient entendu dire que la première prescription d'une contraception était associée de façon systématique à un examen gynécologique, ce que faisaient encore certains professionnels, tant généralistes que gynécologues. Cependant, la Haute Autorité de Santé avait déclaré qu'il « *n'est pas nécessaire lors de la première consultation* ». On pouvait comprendre la réticence des jeunes filles venant pour une contraception à se faire examiner pour la première fois alors que la plupart étaient encore vierges.

Les centres de planification d'interruption volontaire de grossesse notaient de plus en plus une absence de contraception hormonale de la part des jeunes femmes dans un souhait écologique et de méthode naturelle.³¹

Les femmes et les hommes, mineurs ou pas, ne connaissaient donc pas toutes les contraceptions disponibles sur le marché ou ignoraient leur durée d'efficacité. Les principales sources d'information n'étant pas les professionnels de la santé on comprend bien que les idées fausses se transmettent dans la population.

4.2.1.4. Dispositifs dans les autres régions françaises

Les professionnels et les lycéen(e)s interrogés ne se sentaient pas assez informés de la mise en place du Pass Contraception. La plupart n'en avaient jamais entendu parler, ce qui expliquerait sa faible utilisation et une incidence moindre sur le taux de grossesse précoce et d'interruption volontaire de grossesse. Certains professionnels se demandaient si le Pass Contraception marchait, eux ne l'ayant jamais vu. Il était encore trop tôt pour évaluer son effet ou son degré d'utilisation en Ile de France. L'Ile de France n'était pas la première région à mettre en place un dispositif pour améliorer l'accès de ses mineur(e)s à une contraception.

Des régions avaient aussi élaboré des Pass ou structures permettant l'accès à une contraception et à une information en matière de sexualité pour les mineur(e)s avec succès. En Alsace, en 2002, dans le département du Haut-Rhin un réseau de 24 médecins rattaché à la PMI (protection maternelle et infantile) délivrait les tests de grossesse et les traitements. 5 à 30 adolescentes étaient reçues par an.

Dans le Bas-Rhin, le réseau « info ado » initié par le Pr Nisand composé de médecins, pharmaciens et laboratoires sur la base du volontariat existait depuis 1998. C'était un réseau préétabli; les médecins prescrivaient sur une ordonnance tamponnée « info ado » qui permettait la délivrance gratuite et anonyme de la contraception. Les pilules "spécial ado" et les préservatifs étaient donnés gratuitement et sans limite de nombre à chaque adolescent qui le demandait. Un examen clinique ou des tests de dépistages gratuits étaient possibles. « Info ado » intervenait aussi en milieu scolaire. Le site internet permettait aux adolescents et aux adultes de poser des questions en rapport avec la sexualité, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la contraception, les réponses étaient données par un médecin gynécologue.³² Il n'y avait pas d'évaluation précise de ce réseau mais le taux d'IVG avait été divisé par deux en 5 ans dans cette région.

Dans d'autres régions, l'estimation des taux d'interruptions volontaires de grossesse et de grossesse précoce n'était pas encore disponible, ces dispositifs étant récents. En Poitou-Charentes, un Pass Contraception existait depuis 2009 mais sa délivrance a été interdite jusqu'en avril 2011 par le rectorat. Les infirmières des lycées avaient distribué 24 Pass par

mois aux jeunes mineures pendant l'année scolaire 2011/2012.³³ En Rhône-Alpes, un Pass Contraception-Prévention existait depuis novembre 2011 pour les 16/25 ans détenteurs de la carte M'RA, anonyme, gratuite, obtenue sur demande via internet. Il concernait la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Depuis son lancement, 2100 avaient été demandés.³⁴ Depuis janvier 2012, en Champagne-Ardenne, dans l'académie de Reims, un Pass Contraception était délivré aux lycéens mineurs. A la rentrée scolaire 2012/2013, les pays de Loire avaient instauré un Pass prévention-contraception délivré par les infirmières scolaires aux mineurs ou jeunes majeurs. La recherche d'infections sexuellement transmissibles était aussi possible dans un deuxième temps. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui se distinguait par son taux d'avortement record en France métropolitaine, avait lancé en mars 2013 un "Pass Santé + Prévention-Contraception", obtenu sur demande internet, pour les jeunes de 16 à 25 ans. Une politique qui visait la prévention et l'accès à l'information sur la sexualité, la contraception, l'IVG et les IST (infections sexuellement transmissibles), et permettait d'acheter gratuitement et anonymement des contraceptifs pendant un an, de bénéficier de consultations médicales, dont une portant sur la prévention, et d'analyses biologiques.

Les autres régions n'avaient pas de dispositifs ou ces derniers n'avaient pas modifié les taux d'interruption volontaire de grossesse et de grossesse précoce. Dans le Limousin, en zone rurale, un partenariat entre 17 médecins, pharmaciens et laboratoires avait été créé pour améliorer la prise en charge de la contraception des mineures.³⁵ En Languedoc-Roussillon, dans l'Hérault, une permanence de planification en milieu rural était gérée par des professionnels pré-implantés sur le territoire. Elle permettait une information sur la sexualité avec un rôle pédagogique du médecin et un accès à la contraception.

Les régions françaises se sentaient donc concernées par la sexualité et la contraception des mineur(e)s, ou des jeunes majeurs, population autant à risque de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse. Tous ces dispositifs n'avaient pas été formellement évalués. Leur multiplicité tendait à montrer leur acceptabilité par la population. On ne connaissait pas leur impact sur le taux de grossesses adolescentes non désirées. Un plan national accompagné d'une campagne d'information améliorerait probablement la prise en charge et l'accès aux soins pour les mineurs de manière équitable, toutes les régions ne pouvant pas financièrement ou logistiquement supporter ces dispositifs.

4.2.1.5. IVG et dispositifs mis en place dans d'autres pays

Le problème des grossesses précoces n'était pas spécifique à la France. Devant l'interrogation des professionnels sur l'effet de la mise en place du Pass Contraception sur ce taux et celui d'interruption volontaire de grossesse et devant la proposition d'un professionnel de vente libre de la contraception orale, il était intéressant de voir ce que faisaient les autres pays.

En France, y compris les DOM, en 2009, le taux de grossesse des 15/19 ans était de 22.6‰ et celui d'interruption volontaire de grossesse était de 15.6‰.³⁶

En Suisse, où l'on observait les taux les plus bas, en 2009 le taux de grossesse précoce était de 9.1‰, celui d'interruption volontaire de grossesse de 5‰.³⁷ En Suisse romande des intervenants associatifs rémunérés s'adressaient aux écoles une fois par an, engageaient le dialogue avec les parents des adolescents et collaboraient avec les enseignants, sensibilisés à la sexualité des mineurs. Il existait aussi des centres d'éducation sexuelle.

Aux Pays Bas, le taux de grossesse précoce (12.3‰ en 2009) et d'interruption volontaire de grossesse (7‰ en 2009) était moitié moins élevé que celui de la France.³⁸ Il existait une "culture de la planification familiale" très développée : chacune, chacun était très conscient qu'une grossesse non désirée devait être évitée dans tous les cas.³⁹ Le nombre de grossesses non désirées était très restreint : 95% des naissances d'un premier enfant étaient planifiées. Environ 2% seulement étaient entièrement non désirées. L'interruption volontaire de grossesse n'était pas une méthode de régulation des naissances, mais résultait dans la plupart des cas d'un échec de la méthode de contraception. Les différentes méthodes de contraception y étaient gratuites pour les mineures. Chaque année avait lieu « la semaine du papillon de printemps » qui abordait ces thèmes de manière ludique avec les enfants de 4 à 12 ans et leurs parents. Des publicités incitaient les adolescents à une double protection (préservatif associé à une autre contraception) lors des rapports sexuels appelée le « double dutch ». 71% des 15/19 ans l'utilisaient contre 33.2% des jeunes français.⁴⁰ S'inspirer de ces modèles serait peut-être un moyen de diminuer les taux de grossesse précoce et d'interruption volontaire de grossesse en France.

En Espagne en 2009, le taux de grossesse précoce était de 24.8‰ et celui d'interruption volontaire de grossesse de 12.7‰.⁴¹ A partir des années 1990, la campagne "Póntelo, pónselo" ("mets-le et mets-le lui") avait permis d'augmenter l'usage du préservatif chez les jeunes (plus de 70 % des 15-19 ans y avaient recours régulièrement comme moyen de contraception). Une autre campagne était prévue pour inciter le « double dutch ».⁴²

Au Québec, en 2008, le taux de grossesse précoce était de 13.4‰, celui d'interruption volontaire de grossesse de 10‰.⁴³ Une délivrance de la contraception plus souple qu'en France avait été permise grâce à une ordonnance collective. Elle permettait d'obtenir gratuitement via une liste de questions posées par l'infirmière des lycées et les pharmacies une contraception hormonale pour une période maximale de 6 mois.

En Grande Bretagne en 2009, le taux de grossesse précoce était de 57.3‰ et celui d'interruption volontaire de grossesse de 24‰.⁴⁴ Depuis 2009, à Londres les pharmaciens pouvaient délivrer directement une contraception orale. Au Royaume-Uni, des « brook centres » avaient été créés pour les moins de 25 ans où les consultations médicales étaient gratuites et anonymes. L'abstinence restait dans les cours d'éducation sexuelle le principal moyen de contraception enseigné.⁴⁵

Aux Etats-Unis, en 2009, le taux de grossesse précoce était de 58.4‰, celui d'interruption volontaire de grossesse de 19.3‰.⁴⁶ Le principal moyen de contraception prôné par système éducatif était l'abstinence que les états étaient encouragés à recommander par l'obtention de subventions.⁴⁷ En 1989 le taux de grossesse précoce était de 61,8‰.⁴⁸ En 2012, la tendance était comparable.⁴⁹ Prôner l'abstinence en 1978 avait fait diminuer les taux américains de grossesse précoce pendant les dix années suivantes. Les données ultérieures montraient la stagnation de ces taux signifiant que cette méthode contraceptive ne semblait donc plus acceptable ni suivie par les jeunes américains. Si l'abstinence ne semblait pas être une mesure adaptée il apparaissait que les états, au lieu de limiter les rapports sexuels, devaient les encadrer.

4.2.2. Résultats inattendus

4.2.2.1. Age de distribution versus âge du premier rapport sexuel

La plupart des lycéens interrogés n'avaient pas besoin du Pass Contraception dans l'immédiat car ils n'avaient pas encore de relations sexuelles et ne pensaient pas en avoir durant l'année scolaire en cours, mais dans 2 ou 3 ans, c'est-à-dire aux alentours de leur majorité. Certains professionnels auraient apprécié l'élargissement de sa distribution aux jeunes majeurs.

Un des freins à l'utilisation du Pass Contraception pourrait donc être l'âge de délivrance. Au départ, il ne devait être donné qu'aux jeunes filles de 15 ans. Ensuite, son obtention a été élargie à tou(te)s les mineur(e)s; en 2006, l'âge médian du premier rapport sexuel en France était de 17,2 ans pour les hommes et de 17,6 ans pour les femmes.⁵⁰

On pourrait donc penser que l'âge des patient(e)s ayant droit au Pass Contraception n'était pas celui où ils en auraient réellement besoin. En effet, les jeunes majeurs étaient souvent dans le même cas que les mineur(e)s lorsqu'ils ne travaillaient pas, étaient affiliés à la sécurité sociale de leurs parents et ne pouvaient ou n'osaient pas en parler avec eux.

En témoigne le taux d'interruption volontaire de grossesse en métropole stable depuis 2006.⁵¹

- chez les mineures 11‰ en 2006, 10.6‰ en 2010.

- chez les 15/49 ans 14.8‰ en 2006, 14.7‰ en 2010.

- chez les 18/19 ans 22.9‰ en 2006, 22.1‰ en 2010.

Le taux chez les mineures est plus bas que la moyenne tout âge confondu alors que chez les jeunes majeures, bien que stable aussi, il reste beaucoup plus élevé.

Les jeunes majeur(e)s sont plus exposé(e)s à une grossesse non désirée et donc à une interruption volontaire de grossesse. Un élargissement aux jeunes majeur(e)s du Pass Contraception aiderait à une meilleure prise en charge de la sexualité des jeunes, mineurs ou non.

4.2.2.2. Impact de la délivrance du Norlevo

Utiliser une contraception au quotidien signifiait devoir anticiper ses besoins, ses envies et accepter une contraception même en l'absence d'activité sexuelle. Une professionnelle de santé pensait que les mineurs n'avaient pas le désir ni la capacité d'anticipation ce qui réduisait le succès du Pass Contraception. Cette idée pouvait expliquer en partie le recours constant à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception d'urgence telle que le lévonorgestrel délivré gratuitement et anonymement aux mineures en pharmacie ou par les infirmières scolaires.

Pour y remédier, le parlement a fait voter une loi en 2000 pour la gratuité et l'anonymat de la pilule dite « du lendemain » : « *Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de*

l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »⁵²

4.2.2.2.1. Délivrance par les pharmacies, les infirmières scolaires et les centres de planification

Selon les termes du décret du 9 janvier 2002 « *la délivrance par le pharmacien est précédée par un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical* ». Le décret prévoyait que le pharmacien devait remettre à la jeune fille une documentation et lui indiquer les coordonnées du centre de planification le plus proche.⁵³ Cela supposait un entretien dans un endroit calme et à l'abri des regards indiscrets. Cette délivrance était gratuite sur simple déclaration de minorité et anonyme. Il y avait de nombreuses pharmacies (22386 officines en métropole) assez bien réparties sur le territoire, toutes pouvant la délivrer. Un programme d'accompagnement de la délivrance aux mineures en officine a été élaboré en partenariat entre la CNAMTS et le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) afin d'informer les pharmaciens sur le dispositif et de les aider à remplir ce rôle.

En 2002, un an après la mise en place de la gratuité et de l'anonymat de la « pilule du lendemain », 50476 boîtes ont été délivrées par les pharmacies et en 2009 le chiffre est passé à 339045 ce qui montre bien l'efficacité de ce processus. Le nombre de brochures diffusées en 2005 était de 57000 contre 28000 en 2006 soit une diminution de 51% pendant que le nombre de boîtes délivrées passait de 195 901 à 254 414 soit une augmentation de 30%^{54,55}. Une information claire et précise des modalités et des autres dispositifs contraceptifs à long terme pourrait aider les mineur(e)s à prendre conscience des conséquences d'un rapport non ou mal protégé et donc à anticiper leurs besoins. Les brochures étaient de moins en moins délivrées d'une année sur l'autre (baisse de moitié) alors que la délivrance de la pilule du lendemain augmentait ce qui tendait à banaliser son utilisation.

Les articles D. 5134-5 et suivants du code de la santé autorisaient les infirmières des établissements scolaires à délivrer la contraception d'urgence seulement si « *aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée* ».⁵⁶

Cela induisait donc que l'infirmière ne devait pas donner de façon systématique la pilule à la mineure mais devait l'inciter à être prise en charge par un médecin ou le centre de planification.

Ce moyen d'obtenir une contraception d'urgence était plus difficile car la jeune fille pouvait être réorientée afin de bénéficier d'une prise en charge plus globale ce qui était un peu contradictoire avec le caractère urgent de la situation. 5826 contraceptions d'urgence avaient été délivrées pendant l'année scolaire 2001/2002 contre 12000 en 2009/2010. En 2001/2002, 3902 mineures avaient été réorientées contre 2271 en 2006/2007.⁵⁷ De plus en plus cette voie était utilisée pour accéder à une contraception dans l'urgence.

Les chiffres étaient ceux de la délivrance et non pas de la prise effective de la contraception d'urgence, et on ne connaissait pas le délai entre le rapport possiblement fécondant et la prise médicamenteuse.

4.2.2.2. Impact du Norlevo sur le taux d'interruption de grossesse

En 2004, 14 % des femmes sexuellement actives de 15 à 54 ans avaient déjà utilisé la contraception d'urgence au moins une fois contre seulement 8 % en 2000. Un tiers des 15/24 ans y avaient déjà eu recours en 2004 ce qui témoignait d'une augmentation plus marquée chez les jeunes.⁵⁸ Les chiffres d'interruption volontaire de grossesse indiquaient une stabilité du taux plutôt qu'une diminution.

4.2.2.3. Sources d'informations sur la sexualité et la contraception

Le taux de délivrance du Pass Contraception semblait être corrélé au niveau d'information dispensé aux lycéen(e)s. Les lycées ayant informé les jeunes de son existence par un passage de l'infirmière scolaire dans les classes après des ateliers concernant la sexualité et les relations hommes-femmes en distribuaient plus que les lycées ayant simplement affiché la publicité. Il apparaissait que peut être le Pass Contraception n'était pas beaucoup demandé par manque d'information. Le fait d'en parler en classe décomplexait les lycéen(e)s en plus de les informer et leur permettait d'en faire la demande sans honte. Parler sexualité était pour certains difficile d'autant plus dans le cadre strict des établissements scolaires qui devaient pourtant dispenser obligatoirement une éducation sexuelle.

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et la contraception, complétée par la circulaire du 17 février 2003 obligeait les établissements scolaires à dispenser des cours concernant la sexualité : cours de découverte du monde dans le primaire et de sciences et vie de la Terre dans le secondaire. Selon l'article L312-16 du code de l'éducation précisé dans la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003, une information et une éducation à la sexualité devait obligatoirement être menée « *dans les écoles, collèges et lycée à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène* ». Dans le primaire, le maître pouvait être aidé par l'infirmière ou le médecin scolaire sur un temps global de formation. Dans le secondaire, 3 séances devaient être programmées avec des professeurs volontaires, des intervenants extérieurs éventuellement. Les chefs d'établissements portaient la responsabilité de la mise en œuvre de cette matière ce qui rendait sa dispensation disparate. Les résultats sur le comportement des élèves paraissaient peu probants, corroborés par la stabilité du taux d'interruption volontaire de grossesse au plan national. Ils amenaient à se questionner sur le bon suivi de cette loi dans les établissements scolaires.

Plusieurs campagnes de publicité ont été menées par l'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et le ministère de la santé comme par exemple en 2007 « *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* », en 2008 « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous* », en 2009 « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* » et en 2010 « *Lova § Lova* » (mini-série) avaient bénéficié de bons scores auprès des jeunes de 15 à 19 ans en termes de reconnaissance et d'incitation à modifier leurs comportements.

Les campagnes successives d'information en 2007, 2008, 2009 avaient augmenté l'intérêt des jeunes pour leur contraception et les avaient incités à parler de sexualité avec leurs médecins ou leurs parents. En 2010 la campagne avait convaincu 60% des jeunes de 15 à 19 ans à utiliser le préservatif lors des rapports sexuels. L'efficacité de ces campagnes n'était évaluée qu'à court terme et le taux d'interruption volontaire de grossesse n'a pas diminué depuis.⁵⁹

Des structures d'accueil et des lieux de discussion et d'information existaient aussi tels que le planning familial (150 répartis sur 71 départements), la maison des adolescents où les parents pouvaient venir s'informer et réagir tout comme les mineurs. Des sites internet, faits par les régions, les villes ou les associations permettaient un accès rapide, gratuit et anonyme à l'information pour les mineurs.

En France, il existait donc de nombreuses voies très différentes pour que chacun (mineur ou jeune majeur), trouve, accompagné ou en toute discrétion, les renseignements qu'il jugeait utiles concernant la sexualité et la contraception.

5. Conclusion

L'accessibilité à la contraception pour les mineur(e)s est un problème de santé publique. En témoigne le taux d'interruption volontaire de grossesse qui ne diminue pas dans cette tranche d'âge malgré la mise en place de la pilule dite du lendemain. En Ile de France, a été instauré en avril 2011 le Pass Contraception, délivré sous forme de chéquier par les infirmières scolaires, permettant aux mineur(e)s de se procurer de façon anonyme et gratuite la contraception hormonale de leur choix.

L'objectif de cette thèse qualitative était de connaître l'avis des principaux intéressés : les professionnels de santé (médecins, infirmières scolaires, pharmaciens et laborantins) et les lycéen(ne)s de la région Ile de France. Le niveau d'information et l'acceptabilité étaient les thèmes des entretiens s'étalant de novembre 2011 à novembre 2012.

Les professionnels de santé considéraient pour la plupart ne pas avoir été suffisamment informés de ce dispositif, malgré l'envoi par le Conseil Général de prospectus explicatifs. La majorité l'acceptait cependant notamment à cause de la stagnation du taux d'IVG en France depuis quelques années. Ceux qui le refusaient, évoquaient des raisons religieuses ou des problèmes de remboursement.

Le Pass Contraception soulevait quelques interrogations concernant entre autres la place inexistante des parents dans ce dispositif : pour certains, il empêchait le dialogue familial, pour d'autres, ce dialogue n'existant de toute façon pas, le Pass Contraception était un moyen très efficace de palier à ce manque. Les adolescents anticipaient difficilement leurs besoins et se retrouvaient seuls face à leur contraception malgré un parcours bien tracé. Les structures préexistantes au Pass Contraception comme le planning, pouvaient être un frein à son utilisation, cependant toutes les villes de la région Ile de France n'en disposaient pas.

Le moyen d'informer les adolescent(e)s de l'existence du Pass Contraception semblait un facteur prépondérant de sa demande et de son utilisation. Dans les lycées où la publicité était affichée il n'y avait que peu ou pas de demande. Dans le lycée où il y avait eu une réflexion dirigée sur la sexualité et la contraception, elle était importante. Les mineur(e)s prenaient alors connaissance des dispositifs mis en œuvre par la société pour leur permettre d'acquérir une autonomie en matière de sexualité.

Les professionnels s'accordaient à dire que le moment de délivrance ou de consultation grâce au Pass Contraception permettait une prise de contact avec le mineur favorisant ainsi l'abord de thèmes tels que les infections sexuellement transmissibles, la prévention dans la sexualité, essayant d'amorcer par ce biais un dialogue intrafamilial.

Les lycéen(ne)s n'étaient pas tous au courant de la mise en place du Pass Contraception. Il était bien accepté du fait de la garantie d'anonymat et de la gratuité. Ils appréciaient tous d'avoir un moyen d'accès supplémentaire à une contraception adaptée en toute discrétion.

Ils faisaient cependant quelques remarques :

Le Pass permettait d'obtenir une contraception gratuite pendant six mois seulement. C'était une mise en route et une solution de dépannage. Ils auraient aimé que ce soit sur le long terme.

La plupart n'avait pas encore eu de rapport sexuel (l'âge moyen en France est de 17 ans), et ne prévoyaient pas d'en avoir à court terme.

D'autres régions françaises et d'autres pays dans le monde ont décidé d'améliorer la prise en charge contraceptive des mineur(e)s par différents moyens. Certains n'ont pas encore été évalués et la plupart sont instaurés depuis peu de temps, donc les taux d'interruption volontaire de grossesse et de grossesse précoce n'ont pas encore été rendus publics.

Ce n'était pas seulement la non accessibilité à une contraception qui était en cause mais plus une mauvaise utilisation ou compréhension de la contraception prescrite, pas toujours la mieux adaptée à une mineure. Les idées reçues sur la contraception nuisaient à sa bonne utilisation. L'âge médian du premier rapport sexuel en 2006 était de 17,6 ans chez les femmes et le taux d'interruption volontaire de grossesse de la tranche d'âge 18/19 ans était plus élevé que chez les 15/49 ans. Le Pass Contraception, dispensé seulement aux mineur(e)s, était trop réducteur et oubliait donc les jeunes majeur(e)s. Un élargissement de l'âge de délivrance serait une solution pour améliorer la couverture contraceptive des jeunes.

Cette étude qualitative n'avait pas recensé le sentiment et la pensée des parents face à l'instauration du Pass Contraception permettant à leurs enfants de se procurer d'une nouvelle manière une contraception sans leur consentement. Il serait intéressant de savoir s'ils en connaissaient l'existence et s'ils adhéraient à ce dispositif.

La mise en place du Pass Contraception avait amené des remarques pouvant être constructives en vue d'améliorer la prise en charge contraceptive des mineur(e)s et des femmes en général. Plusieurs régions françaises mettaient au point des dispositifs de diverses envergures. Certaines évaluations ne montraient pas de réel impact sur les grossesses précoces et les interruptions volontaires de grossesse chez la population concernée. Le coût expliquait que l'offre de soin était différente selon les régions. Une action nationale visant à régler ce problème serait peut-être préférable en permettant un accès équivalent à tous.

Les études avaient montré que trop souvent le schéma contraceptif des femmes était identique, fonction de leur âge et non de leur quotidien : au début de la vie sexuelle, les médecins prescrivaient plutôt une pilule contraceptive, puis un implant et enfin un dispositif intra-utérin après des grossesses.⁶⁰

Or, la pilule est une des contraceptions la plus contraignante, tant par les horaires de prise à respecter que par le moyen de cacher la plaquette sans l'oublier en cas d'ignorance des parents. Le dispositif intra-utérin était trop souvent encore réservé aux femmes ayant déjà eu une grossesse alors que la HAS en avait rectifié les indications en l'autorisant pour les nullipares. La méconnaissance par les patientes et certains médecins du large éventail de contraceptifs disponibles sur le marché freinait l'adaptation de la contraception au quotidien. Améliorer l'information permettrait d'obtenir une meilleure adéquation entre le quotidien des femmes et leur contraception. Une partie non négligeable de la population française (y compris les personnes concernées) interrogée dans l'étude BVA 2008 ne connaissait pas les caractéristiques de durée d'efficacité ni la conduite à tenir en cas d'oubli contraceptif. Renforcer la compréhension du mécanisme et au besoin réexpliquer à chaque patiente les modalités de prise à chaque renouvellement d'ordonnance seraient des moyens d'améliorer l'utilisation contraceptive. L'information sur le bon usage de la contraception était cruciale.

Le Professeur Nisand trouvait regrettable que le recours à l'interruption volontaire de grossesse par les plannings ou les consultations de ville soient plus simple d'accès qu'une contraception pour le long terme. Pour lui, il était urgent de travailler sur la qualité de l'accès à la contraception et une formation adaptée à l'école, avant qu'Internet ne s'en charge. Israël Nisand et Laurent Toulemon regrettaient que la contraception d'urgence soit, avec l'IVG, la seule voie totalement confidentielle et gratuite pour une mineure d'éviter une grossesse non désirée (sauf à se rendre dans un centre de planification familiale dont l'accessibilité n'était pas toujours aisée).⁶¹

Pendant l'année scolaire 2011-2012, 1500 Pass Contraception avaient été délivrés en Ile de France, on ne connaissait pas le pourcentage réel d'utilisation. Il était encore trop tôt pour

mesurer l'impact de sa mise en place sur le taux d'interruption volontaire de grossesse et de grossesse précoce.

Lors de sa campagne électorale présidentielle en 2010, Monsieur Hollande avait annoncé la création d'un forfait mineur contraception permettant un accès gratuit et anonyme à un médecin en vue d'une prescription contraceptive, sur tout le territoire français ; ce qu'il avait confirmé en mars 2012. Madame Bougrab, alors Secrétaire d'Etat chargée de la jeunesse, avait reçu du Professeur Nisand, en février 2012, un rapport relatif à la contraception chez les jeunes contenant 18 propositions concrètes. L'Assemblée nationale avait voté en octobre 2012 le remboursement à 100% des contraceptifs, comme la pilule, pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, gratuité effective depuis le 1^{er} avril 2013.

Le sujet est essentiel, il touche à la santé physique mais aussi morale des jeunes filles, à une implication des garçons, afin de promouvoir le respect de soi, des autres et l'égalité entre les sexes comme le prévoit la loi de 2001.

6. Références

1. BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N. La contraception en France dans les années 2000. *Population*, 2004, 59 (3-4).
2. CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). CNGOF [En ligne]. Levallois-Perret [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_13.htm>
3. Boumahdi, N. *Les raisons des grossesses chez les mineures avec décision d'interruption volontaire de grossesse*. Thèse d'exercice de médecine. Reims, 2007. 137p.
4. Derbanne, V. *Information sexuelle des adolescents français : enquête auprès de 65 médecins généralistes et revue de la littérature*. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université de Paris 7, 2000.
5. ROCARE : *Extraits de guides pour la Recherche Qualitative* [Internet]. [cité 2011 août 31]; Available from: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php>
ET
AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L., LEHR-DRYLEWICZ A-M., IMBERT P., LETRILLIART L. et LE GROUPE DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE QUALITATIVE MEDICALE FRANCOPHONE : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008; 84:142-5.
6. Robert A-D., Bouillaguet A. *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France
7. Ghiglione R. *L'analyse automatique des contenus*. Paris: Dunod; 1998.
8. Blanchet A. *Dire et faire dire : l'entretien*. Armand Colin. 2003.
9. RIFREQ, juin 2011, Montpellier
10. BECKETT MK, ELLIOTT MN, MARTINO S, KANOUSE DE, CORONA R, KLEIN DJ, MA SCHUSTER. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors. *Pediatrics*, Jan 2010, 125(1):34-42.
11. MOLLBORN S., EVERETT B. Correlates and consequences of parent-teen incongruence in reports of teens' sexual experience. *Res Sex*, Jul 2010; 47 (4):314-29. 10.1080/00224490902954315.
12. Sexual and Fertility Behaviors of American Females Aged 15–19 Years :1985, 1990, and 1995. *American Journal of Public Health*, September 2000, Vol. 90, No. 9, 1421-1425.
13. JACCARD J., J. DITTUS P. Adolescent Perceptions of Maternal Approval of Birth Control and Sexual Risk Behavior. *American Journal of Public Health*, September 2000, Vol. 90, No. 9; 1426-1430.
14. MAREAU C., SAHUC C., *La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*. 1^{ère} éd. Studyparents, 2005.-227p. (Collection éclairages)

15. MAREAU C., SAHUC C., *La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*. 1^{ère} éd. Studyparents, 2005.-227p. (Collection éclairages)
16. BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. *Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Baromètre santé 2005. INPES, coll. Baromètres santé, 2007.574p.
17. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.
18. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.
19. BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*, 2004, n° 407. 4p.
20. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.
21. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.
- ET
- AUBENY E., CASTOT A. et al. *Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Paris : Anaes-Afssaps-Inpes-Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, Décembre 2004, 47p.
22. MARIE P., CHAMPOLLION S., OURABAH R. *Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ?*, Exercer n° 80, 2008, 4p.
23. INPES. *Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?* Dossier de presse, Octobre 2011. 18p.
24. AUBENY E., CASTOT A. et al. *Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Paris : Anaes-Afssaps-Inpes-Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, Décembre 2004, 47p.
25. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *Rapport Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*-Paris : IGAS, Octobre 2009. 99p.
26. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *Rapport Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*-Paris : IGAS, Octobre 2009. 99p.
27. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *Rapport Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*-Paris : IGAS, Octobre 2009. 99p.

28. INPES. *La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit*, Dossier de presse, 2007. 17p.
29. NISAND I. ET TOULEMON L. et al. *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*- Nancy : Haut conseil de la population et de la famille, 2006. 26 p.
30. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures*- Paris, mai 2011. 62p.
31. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures*- Paris, mai 2011. 62p.
32. Direction des Usages du Numérique, Université de Strasbourg. Info-Ado [En ligne]. Strasbourg : Info-Ado [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://info-ado.u-strasbg.fr/> >
33. FULACHIER JL. Bienvenue sur le site de la région Poitou-Charentes [En ligne]. Poitiers [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet <<http://www.poitou-charentes.fr/actus-region/breves/-/breves/6a096419-5407-11e1-a97a-13359386336a> >
34. RRA - RÉGION RHÔNE-ALPES. Espace M'RA [En ligne]. Lyon [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet <<http://www.rhonealpes.fr/675-accueil-mra.htm> >
35. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures*- Paris, mai 2011. 62p.
36. NAVES MC., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *La note d'analyse*, 2011, n°226, 12p.
37. OFFICE FEDERAL DES STATISTIQUES [En ligne]. Neuchâtel [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html> >
38. CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK [En ligne]. Den Haag [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet <<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>>
39. KETTING E. *Courrier usps* no 45, juin 1998. 1p.
40. NAVES MC., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *La note d'analyse*, 2011, n°226, 12p.
41. NAVES MC., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *La note d'analyse*, 2011, n°226, 12p.
42. NAVES MC., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *La note d'analyse*, 2011, n°226, 12p.

43. Fichier des services rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)
44. OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. [En ligne]. Newport [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://www.ons.gov.uk/ons/index.html> >
45. NAVES MC., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *La note d'analyse*, 2011, n°226, 12p.
46. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. [En ligne]. Washington [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://www.ons.gov.uk/ons/index.html> >
47. SOLOMON C. *Reducing Teen Pregnancy: Adolescent Family Life and Abstinence Education Programs, Order Code RS20873-*: CRS Report for Congress: Updated October 4, 2004, 6p.
48. National Center for Health Statistics. [En ligne]. Hyattsville [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>>
49. National Center for Health Statistics. [En ligne]. Hyattsville [consulté le 19 avril 2013]. Disponible sur Internet < <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>>
50. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.
51. VILAIN A., MOUQUETDREES MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *Études et Résultats* n° 804, Juin 2012. 6p.
52. Code de la santé publique - Article L5134-1.
53. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.
54. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures-* Paris, mai 2011. 62p.
55. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures-* Paris, mai 2011. 62p.
56. Articles D. 5134-5 et suivants du code de la santé.
57. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures-* Paris, Mai 2011. 62p.
58. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D. *Rapport Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*-Paris : IGAS, Octobre 2009. 99p.

ET

GUILBERT P., GAUTIER A., BAUDIER F., TRUGEON A. *Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux. Vol. 3.1.*- Saint-Denis, 2001. 216p.

59. POLETTI B. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures*- Paris, mai 2011. 62p.

60. DANET S., BROCA A. et al. *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009–2010* - Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010. 338 p.

61. NISAND I. ET TOULEMON L. et al. *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*- Nancy : Haut conseil de la population et de la famille, 2006. 26 p.

7. Annexes

Guide d'entretien :

Pour les professionnels :

1. Connaissez-vous le Pass Contraception ?
2. Comment en avez-vous entendu parler ?
3. Qu'en pensez-vous ?
4. Accepteriez-vous de l'utiliser ? Pourquoi ?
5. Pensez-vous que ce soit une avancée dans la prise en charge de la contraception des mineures ?
6. Avez-vous beaucoup de mineures parmi vos patients ?
7. Que pensez-vous des taux d'interruption volontaire de grossesse ?

Pour les lycéen(ne)s :

1. Connaissez-vous le Pass Contraception ?
2. Y a-t-il des affiches dans votre lycée ?
3. En avez-vous l'utilité ? Maintenant ou plus tard ?
4. Est-ce une avancée dans la prise en charge contraceptive des mineur(e)s ?

Résumé :

Les taux d'interruption volontaire de grossesse et de grossesse précoce chez les adolescentes stagnaient en France. En 2011, le Pass Contraception a été mis en place en Ile de France. Il permettait la gratuité de consultation d'un médecin, d'obtention du contraceptif dans une pharmacie ou un centre de planification familiale et d'une prise de sang.

Objectif : évaluer le niveau d'information ressenti et l'acceptabilité par les professionnels de santé concernés : médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, infirmières scolaires, laborantins et par les mineur(e)s en Ile de France.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données d'octobre 2011 à novembre 2012 auprès de 14 professionnels et 11 lycéen(ne)s, échantillon raisonné diversifié, analyse thématique, double codage.

Résultats : Les professionnels et les lycéen(ne)s ne s'estimaient pas assez informés de l'arrivée du Pass Contraception. Des professionnels y voyaient une occasion d'améliorer l'information sur la sexualité et les relations parents-enfants. D'autres le refusaient pour des motifs religieux, culturels ou financiers. Quelques professionnels mettaient en question l'efficacité du dispositif sur les taux de grossesse précoce et d'IVG en Ile de France. Tous les lycéen(ne)s acceptaient le Pass Contraception.

Conclusion : Le Pass Contraception ne paraissait pas suffisamment adapté à la demande et à l'attente des professionnels et des lycéens. Une action nationale serait à envisager, les pistes d'amélioration sont connues : une plus grande mobilisation de l'état et de l'assurance maladie, un meilleur accompagnement des jeunes avec une plus forte implication des services de santé scolaires.

Mots-clés :

Pass contraception

Contraception

Mineure

Interruption volontaire de grossesse

Sexualité

Relation parents-enfants