

UNIVERSITÉ DE LILLE  
ÉCOLE DE SAGE – FEMME DU CHRU DE LILLE

**LA CONTRACEPTION CHEZ LES ÉTUDIANTES EN ÉTUDES  
SUPÉRIEURES : CONNAISSANCES, SATISFACTION ET CHANGEMENT**

Étude réalisée auprès de 504 étudiantes, nullipares entre 18 et 25 ans

Mémoire rédigé et soutenu par ARCHACKI Agathe  
Sous la direction du Dr FOUGAS Jean – Léonard

Promotion Anna Roy  
Année 2021

## Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements,

Tout d'abord, au Docteur Jean – Léonard FOU GAS, médecin directeur du Centre de Planification et d'Éducation Familiale départemental du Pas – de – Calais, pour avoir accepté de diriger ce mémoire de fin d'études. Merci à vous pour le temps et l'aide accordés à l'élaboration de ce travail merci pour vos conseils avisés, votre bienveillance, votre rigueur, votre soutien et votre réactivité tout au long de ce parcours.

À l'équipe des sages – femmes enseignantes pour leurs enseignements tout au long de ces 5 années passées ensemble, et plus particulièrement, à madame Virginie PHILIPPE qui m'a notamment accompagnée lors de la mise en place de ce travail.

Aux étudiantes de divers horizons ayant pris de leur temps pour répondre à ce questionnaire. Sans elles, ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour.

Aux professionnels de santé rencontrés durant les différents stages. Merci pour leur temps, leur pédagogie ainsi que leur conseils qui m'ont permis de me former.

À ma famille, pour leur soutien indéfectible et leur présence solide à chaque épreuve, pour leurs encouragements, leur écoute et leur amour. Merci d'avoir fait tout ce que vous pouviez pour rendre ces années un peu plus légères. Merci pour toutes les fois où j'ai pu compter sur vous.

Pour terminer, un grand merci à mes amies. Merci pour votre présence, votre bienveillance, votre réconfort, pour toutes les fois où vous m'avez fait sourire et pour ces moments inoubliables partagés ensemble. Merci d'avoir été là lors de mes peines, mes doutes, mes joies et mes rires.

Merci à tous d'avoir fait de moi, celle que je suis aujourd'hui.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## PREMIÈRE PARTIE : Généralités en terme de contraception

I. <u>La contraception en France</u> .....	2
1. Historique et législation.....	2
2. Les différentes méthodes de contraception.....	4
2.1 <i>Méthodes hormonales</i> .....	4
2.1.1 <i>La pilule</i> .....	4
2.1.2 <i>L'implant sous cutané</i> .....	4
2.1.3 <i>L'anneau vaginal</i> .....	4
2.1.4 <i>Le patch</i> .....	5
2.2 <i>Méthodes barrières</i> .....	5
2.2.1 <i>Les préservatifs masculins et féminins</i> .....	5
2.2.2 <i>La cape et le diaphragme</i> .....	5
2.2.3 <i>Les spermicides</i> .....	5
2.3 <i>Le dispositif intra - utérin</i> .....	5
2.4 <i>Méthodes naturelles</i> .....	6
2.5 <i>Méthodes de stérilisation</i> .....	6
3. Échecs de contraception.....	6
II. <u>Les françaises et la contraception</u> .....	7
1. État des lieux quant aux méthodes contraceptives.....	7
2. Connaissances des françaises.....	8
III. <u>Les vecteurs de connaissances et d'informations en terme de contraception</u> .....	9
1. Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF).....	9
2. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS).....	9
3. Les campagnes de prévention.....	9
4. Le milieu scolaire.....	11
5. L'entourage.....	11
6. Les professionnels auxquels il est possible de s'adresser.....	12
7. La place de la sage femme.....	12
IV. <u>Les enseignements en gynécologie des étudiants en études supérieures</u> .....	12
1. Les études de sage femme.....	12
2. Les enseignements des étudiants en médecine.....	13
3. Les étudiants en santé ou en soins.....	14
3.1 <i>Pharmaciens</i> .....	14
3.2 <i>Kinésithérapeutes</i> .....	14
3.3 <i>Infirmiers</i> .....	15
4. Le service sanitaire.....	15

## DEUXIÈME PARTIE : méthodologie et résultats

I.	<u>Matériel</u> .....	16
	1. Objectifs et hypothèses.....	16
	2. Type d'étude.....	17
	3. Population.....	17
	3.1 Critères d'inclusion.....	17
	3.2 Critères d'exclusion.....	17
II.	<u>Méthode</u> .....	17
	1. Outils de l'enquête.....	17
	2. Recueil des données.....	18
	3. Analyse.....	18
III.	<u>Résultats de la recherche</u> .....	18
	1. Population étudiée.....	19
	2. Informations et cours reçus selon les différentes filières d'études.....	19
	2.1 Les séances d'animations.....	19
	2.1.1 Les étudiantes sages – femmes.....	20
	2.1.2 Les étudiantes en médecine.....	20
	2.1.3 Les autres filières d'études.....	21
	2.2 Les cours.....	22
	2.2.1 Les étudiantes sages – femmes.....	22
	2.2.2 Les étudiantes en médecine.....	23
	2.2.3 Les « autres » filières d'étude.....	25
	3. Connaissances des participantes selon leur filière d'étude.....	26
	4. Et la contraception des participantes ? .....	33

## TROISIÈME PARTIE : analyse et discussion

I.	<u>Points forts de l'étude</u> .....	39
II.	<u>Limites et biais de l'étude</u> .....	39
III.	<u>Analyse et discussion</u> .....	40
	1. Profil des participantes de l'échantillon.....	40
	2. Interventions et cours reçus au cours de la scolarité.....	41
	2.1 Les séances d'animations.....	41
	2.2 Les cours concernant la contraception.....	42
	3. Niveau de connaissances à propos de la contraception.....	43
	3.1 Généralités.....	43
	3.2 Analyse des réponses au questionnaire.....	44
	3.2.1 Généralités.....	44
	3.2.2 La pilule.....	45
	3.2.3 Le dispositif intra utérin (DIU) .....	45
	3.2.4 L'implant.....	45
	3.2.5 La contraception d'urgence.....	46

3.3	<i>Score réel obtenu</i> .....	46
4.	La contraception actuelle des participantes.....	47
4.1	<i>Généralités</i> .....	47
4.2	<i>Satisfaction et changement</i> .....	49
4.3	<i>Le recours à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse</i> .....	50
IV.	<u>Axes d'amélioration et ouvertures</u> .....	51
	<b>CONCLUSION</b> .....	53
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	55
	<b>ANNEXES</b> .....	60

## INTRODUCTION

À plusieurs reprises, j'ai été interpellée par les remarques des étudiantes de mon entourage à propos de leur contraception, et ce, peu importe la filière dans laquelle elles étudient : « *Penses – tu que je pourrais adopter le dispositif intra utérin ?* » « *J'oublie ma pilule régulièrement, je ne sais pas quelle conduite adopter face à ces oublis* », « *J'aimerais essayer le système intra – utérin mais j'ai peur que ça me fasse prendre du poids* ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception et il apparaît comme essentiel de prendre en compte le choix des femmes dans leur contraceptif afin d'en améliorer l'efficacité (1). Je me suis demandé si ces femmes sont réellement en capacité de faire un choix en connaissance de cause au vu de leur savoir sur le sujet.

Les étudiantes sages – femmes reçoivent de nombreux enseignements en gynécologie et en santé génésique. De plus, elles effectuent des stages cliniques avec les professionnels de santé qui leur permettent ainsi d'approfondir leurs compétences sur la contraception.

Surprise par l'importance du nombre de changement de moyen de contraception chez mes camarades de promotion, j'ai souhaité me pencher sur le sujet. Un mémoire de fin d'études sur « la contraception des étudiantes sages – femmes » nous montre que 55% d'entre elles ont changé de moyen de contraception au cours de leurs études (2). Je me suis alors interrogée sur le changement de contraception chez les étudiantes de manière plus globale. Observons nous les mêmes chiffres chez les étudiantes qui ne reçoivent pas autant, voir pas du tout d'enseignements en contraception ?

Selon un autre mémoire sur « les connaissances de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'université de Limoges » qui compare les connaissances dans deux filières (PACES et 1<sup>ère</sup> année de licence de droit), il y aurait une insuffisance de connaissances sur le sujet dans 75% des cas ainsi qu'un niveau de connaissances hétérogène chez ces deux filières (3).

Les informations et connaissances des étudiantes sont – elles conditionnées par leur filière d'étude ?

C'est dans ce cadre que j'ai souhaité en savoir plus sur la contraception des étudiantes en études supérieures et plus particulièrement, sur leurs connaissances ainsi que leur satisfaction à propos de leur mode de contraception. Pour aborder cette réflexion, il m'a semblé judicieux d'étudier 3 catégories d'étudiantes : les sages – femmes, les médecins et les étudiantes d'autres filières.

Pour se faire, la première partie de ce travail sera dédiée à des généralités sur la contraception avec un historique de celles – ci, une présentation des divers moyens de contraception, un état des lieux de la contraception de la population française ainsi que les différents vecteurs de connaissances et d'informations. Dans un second temps, nous présenterons l'enquête menée, sa méthodologie et les résultats obtenus. Enfin, nous analyserons, détaillerons, discuterons et comparerons les résultats obtenus au travers de l'étude. Cette troisième et dernière partie sera conclue par la proposition de différents axes d'amélioration.

## **PREMIÈRE PARTIE : Généralités en terme de contraception**

### **I. La contraception en France**

#### **1. Historique et législation**

De tout temps et dans toutes les sociétés, des mesures visant à limiter le nombre d'enfants par famille existent. Si le retrait partiel ou les mouvements visant à expulser la semence (tels que l'éternuement ou la marche directement après l'acte) préconisés par Soranos d'Éphèse nous laissent sceptiques, l'application d'un petit linge sur l'organe masculin nous semble plus adéquate puisqu'elle constitue les prémices du préservatif. Les premiers préservatifs en boyaux de mouton ou vessie de poisson laisseront place à l'utilisation du caoutchouc dans les années 1900 (4).

C'est également lors de cette période que Richard Richter conçoit les premiers dispositifs intra - utérins. D'abord composés d'intestins de vers à soie puis de fer, d'argent ou d'or, ils sont aujourd'hui constitués de polyéthylène ou de cuivre. L'identification de la structure de certaines hormones naturelles (estrone, progestérone puis oestradiol) permettra l'élaboration de la première « pilule contraceptive » par Gregory Pincus dans les années 1940 (5).

La France, adopte une baisse considérable et durable de sa fécondité. Le nombre de naissances chute et la France passe alors du deuxième au quatrième rang des grandes puissances en 1871. Les préoccupations natalistes prennent alors une importance considérable aux yeux des politiques, confortées par les traditions catholiques (6). Au sortir de la Première Guerre Mondiale, la France est dans une politique d'incitation à la natalité ; il faut repeupler le pays. C'est dans ce sens que la loi du 31 juillet 1920 « réprime la provocation à l'avortement et la propagande anti - conceptionnelle ». En 1939, les peines sanctionnant l'avortement s'alourdissent, considérés comme un assassinat, ceux - ci sont alors pratiqués clandestinement, mettant en péril la vie des femmes (7).

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, la natalité explose et les idées commencent à évoluer à l'étranger et notamment aux États - Unis où l'on voit l'émergence du Birth Control (régulation des naissances). En 1955, se met en place le mouvement de la Maternité Heureuse qui revendique le droit de contrôler les naissances et lutte pour le droit à la contraception ainsi qu'à l'avortement. Ce mouvement prend de l'ampleur et donnera naissance au Planning Familial en 1960 (6) (7).

En 1967, la contraception en France sort de la clandestinité grâce à la loi Neuwirth. Il n'est cependant pas question d'abroger la loi de 1920 et l'avortement reste alors réprimé. De plus, une autorisation parentale est nécessaire pour l'accès à la contraception chez les mineures et aucun remboursement n'est prévu par la Sécurité Sociale. Ce n'est qu'en 1974 que le remboursement des contraceptifs ainsi que la prescription sans autorisation parentale pour les mineures verront le jour.

En 1973, la question de la légalisation de l'avortement conduira au vote de la loi préparée par Simone Veil en 1975. Cette loi, votée à titre expérimental, sera définitivement adoptée en 1979 et permettra alors la dépénalisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse en France. Après des années de luttes, cette loi permettra alors la disparition des conséquences dramatiques des avortements clandestins. Cependant, cette victoire restera limitée puisque de nombreuses

limites existent : nécessité de l'autorisation parentale pour les mineures, non remboursement par la Sécurité Sociale, clause de conscience utilisée malhonnêtement par certains médecins ou encore conditions de terme trop sévères. Lors de cette même année, les Centres d'Éducation et de Planification Familiale disposeront de l'autorisation de délivrer gratuitement et anonymement la contraception aux mineures (5) (6) (7) (8).

Les interruptions volontaires de grossesse qui, jusqu'alors, étaient réalisées chirurgicalement, verront naître une autre alternative en 1980. En effet, l'Autorisation de Mise sur le Marché de la Mifépristone RU 486 (Mifégyne) permettra la réalisation des IVG de façon médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

En 1982, François Mitterrand permettra l'accès au remboursement de l'IVG. Par ailleurs, les services de gynécologie - obstétrique intègrent peu à peu les interruptions volontaires de grossesse à leurs activités et en permettent le développement (6).

Certaines modifications concernant la loi sur l'IVG seront apportées par la loi Aubry de 2001. La prise en charge passe alors de 10 à 12 semaines d'aménorrhée. Les mineures sont désormais prises en charge de façon anonyme et gratuite, sans autorisation parentale, elles doivent seulement être accompagnées par une personne majeure lors de l'entretien préalable (5).

En 2009, les sages femmes accèdent au droit de prescription de la contraception hormonale, à la pose de DIU et à la réalisation des IVG médicamenteuses.

Depuis 2015, la contraception, qu'elle quelle soit, devient gratuite pour les mineures de 15 à 18 ans.

Par ailleurs, depuis une vingtaine d'années, le développement de nouvelles méthodes de contraception comme l'implant, le patch, l'anneau ou de nombreuses pilules au dosage variable, permettent de proposer un large éventail de moyens contraceptifs.

Le 16 septembre 2020, plusieurs propositions de loi concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse ont été soumises par l'Assemblée Nationale. Parmi celles - ci, on relève : « autoriser la pratique de l'IVG chirurgicale sous anesthésie locale par les sages - femmes, dans les établissements et les centres de santé habilités, sur la base du volontariat » et ce, jusqu'à la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse. De plus, il a été proposé d'allonger le délai de l'IVG chirurgicale de deux semaines, permettant de passer de douze à quatorze semaines de grossesse (9). Le 21 janvier 2021, la proposition de loi a été rejetée par le Sénat (10).

Les pratiques concernant la contraception et l'avortement ont évolué au cours du temps. Contraintes, il y a plusieurs centaines d'années, elles sont aujourd'hui devenues une liberté de choix.



## 2. Les différentes méthodes de contraception (11) (12) (13) (14)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est définie comme « l'utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. »

L'Indice de Pearl est une méthode standard qui nous permet de mesurer l'efficacité des méthodes contraceptives. Il est mesuré en observant le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes qui utilisent, ou dont le partenaire utilise, une contraception donnée sur une durée d'un an. Plus l'indice est bas, plus la contraception est efficace (15).

### 2.1 Méthodes hormonales

Les méthodes hormonales contiennent des hormones synthétiques comme les œstrogènes ou la progestérone et agissent sur le cycle menstruel. Dans le cas des contraceptifs œstroprogestatifs, l'efficacité résulte de 3 axes principaux : l'inhibition de l'ovulation, la modification de la glaire cervicale qui s'épaissit et devient imperméable au passage des spermatozoïdes et la modification de l'endomètre qui ne permet alors plus la nidation. Les microprogestatifs ont, quant à eux, une action surtout basée sur la prolifération de l'endomètre et sur l'épaississement de la glaire cervicale.

#### 2.1.1 La pilule

Il en existe deux sortes : la pilule œstroprogestative (ou combinée) qui contient des œstrogènes et de la progestérone ainsi que la pilule progestative qui contient uniquement de la progestérone. Cette contraception orale repose sur la prise d'un comprimé quotidien à heure fixe. Certaines pilules se prennent de façon continue, c'est à dire pendant 28 jours (dont 7 jours de comprimés placebos) alors que d'autres ne se prennent que pendant 21 jours avec un arrêt de 7 jours entre les plaquettes.

#### 2.1.2 L'implant sous cutané

Le Nexplanon® est actuellement la seule spécialité d'implant contraceptif sous cutané dont l'efficacité repose principalement sur une inhibition de l'ovulation ainsi qu'une modification de la glaire cervicale. Inséré en sous cutané dans le bras non dominant pour une durée de 3 ans, c'est le moyen contraceptif qui possède la meilleure efficacité avec un Indice de Pearl de 0,0. De plus, l'utilisation de l'implant sous cutané permet de se décharger des contraintes liées à l'observance de la prise.

#### 2.1.3 L'anneau vaginal

Anneau en plastique souple contenant des œstrogènes et de la progestérone, son action principale repose sur l'inhibition de l'ovulation. Placé au fond du vagin à la manière d'un tampon périodique, il reste efficace durant 21 jours. Enlevé après 3 semaines consécutives, l'anneau ne sera remplacé qu'une semaine plus tard. L'anneau vaginal Nuvaring® n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. Deux génériques du Nuvaring® existent, il s'agit de l'Étoring® et de l'Étonogestrel / Éthinylestradiol Mylan®. Ils ne sont, au même titre, pas remboursés (16) (17).

#### 2.1.4 Le patch

Le patch diffuse deux hormones : l'œstrogène et la progestérone. Il doit être appliqué et changé chaque semaine pendant trois semaines successives, suivies d'une semaine sans patch. Il fait partie des méthodes contraceptives les plus coûteuses puisqu'il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

### 2.2 *Méthodes barrières*

Ces méthodes de contraception font obstacle au passage des spermatozoïdes et empêchent alors la rencontre entre spermatozoïdes et ovocytes.

#### 2.2.1 Les préservatifs masculins et féminins

Classées parmi les méthodes les moins efficaces selon l'OMS et l'ANAES, ils constituent un risque d'échec contraceptif important lorsqu'ils sont utilisés en emploi courant. L'indice de Pearl du préservatif masculin est de 2 et celui du féminin de 5. Ils restent cependant la seule méthode permettant de se protéger des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Dans ce sens, il est recommandé d'utiliser un préservatif lorsque les rapports sexuels exposent au risque d'IST, en cas de partenaires multiples ou de relations instables. Leur remboursement par la Sécurité Sociale ne concerne qu'une seule marque : EDEN®, depuis 2018 (18). Il reste toutefois possible de se procurer des préservatifs gratuitement dans les infirmeries des établissements scolaires ou les centres de planification et d'éducation familiale.

#### 2.2.2 La cape et le diaphragme

Tous deux glissés au fond du vagin soit au moment du rapport sexuel, soit jusqu'à deux heures avant le rapport. Ils doivent être laissés en place 8 heures après le rapport sexuel. Sous condition d'être lavés, ils peuvent être réutilisés. La cape et le diaphragme sont en théorie relativement efficaces mais cette efficacité diminue en utilisation courante du fait du manque d'habitude ou encore de certaines erreurs de manipulation. Il est alors conseillé de les utiliser en association avec les spermicides.

#### 2.2.3 Les spermicides

Substances qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. On les retrouve sous plusieurs formes : ovules, crèmes ou gel qui sont insérés au fond du vagin. Présentant une efficacité aléatoire, il est recommandé de les utiliser en association avec des méthodes barrières.

### 2.3 *Le dispositif intra - utérin*

Le dispositif intra - utérin (DIU) autrefois appelé « stérilet » est inséré dans l'utérus par le professionnel de santé. Il en existe deux types : un non hormonal au cuivre et un hormonal qui contient des progestatifs.

Le DIU au cuivre agit mécaniquement en entraînant une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation de l'ovocyte fécondé et l'effet cytotoxique du cuivre induit une

altération des spermatozoïdes. Il est efficace pendant 4 à 10 ans selon les dispositifs. Parmi ses effets indésirables, on relève généralement une augmentation de l'abondance et de la durée des menstruations.

Il existe actuellement trois types de systèmes intra - utérin (SIU) hormonaux : Jaydess®, Mirena® et Kyleena®. Ils contiennent un progestatif, le Lévonorgestrel et agissent selon deux axes : épaissement de la glaire cervicale handicapant le passage des spermatozoïdes et préviennent la prolifération de l'endomètre. Placés dans l'utérus pour une durée de 3 à 5 ans, ils contiennent également certains effets indésirables comme des spotting ou une aménorrhée.

Malgré de nombreuses idées reçues, le DIU peut être utilisé chez toutes les femmes et notamment chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant.

Ce moyen de contraception est très efficace car il ne dépend pas de l'utilisatrice. De surcroît, il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre le DIU au cuivre et le SIU au Lévonorgestrel.

#### 2.4 *Les méthodes naturelles*

Les méthodes naturelles regroupent deux moyens principaux : les méthodes basées sur l'étude des cycles dans le but d'éviter les rapports sexuels durant les jours les plus féconds comme la méthode Ogino ou abstinence périodique, la méthode des températures ou encore la méthode Billings (étude de la glaire cervicale). Il existe aussi la méthode du retrait ou du coït interrompu par laquelle l'homme s'efforce d'éviter la pénétration du sperme dans le vagin.

Ces méthodes nécessitent d'avoir des cycles réguliers mais ceux - ci peuvent cependant varier selon de nombreux facteurs extérieurs. Peu préconisées ces méthodes présentent un taux d'échec allant jusque 25%.

#### 2.5 *Les méthodes de stérilisation*

La stérilisation correspond à la suppression de la fécondité de manière définitive, sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines. Elles concernent aussi bien les femmes grâce à la ligature des trompes que les hommes de par la vasectomie. Ces méthodes sont autorisées en France selon certaines conditions et après un délai de réflexion de 4 mois. Elles doivent être considérées comme définitives car, même s'il existe certaines techniques de rétablissement, la fécondité n'est souvent rétablie que partiellement.

### 3. Les échecs de contraception (12) (14)

Malgré l'utilisation d'une contraception, le rapport sexuel aboutit parfois à une grossesse et deux tiers des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont liés à des échecs de contraception. La majeure partie des femmes attribue cette grossesse à une mauvaise utilisation du moyen de contraception (19).

Lorsqu'un rapport est non ou mal protégé, l'utilisation d'une contraception d'urgence est possible dans le but d'éviter une grossesse. Il en existe deux types : la contraception d'urgence hormonale et le dispositif intra utérin au cuivre (mécanique).

La contraception d'urgence hormonale agit principalement en retardant l'ovulation. Il existe deux types de pilule du lendemain qui se présentent sous forme d'un comprimé unique : Norlevo® (au lévonorgestrel) que l'on peut prendre jusqu'à 72 heures (3 jours) après le rapport à risque et EllaOne® (à l'ulipristal acétate) à prendre sous 120 heures, c'est à dire jusqu'à 5 jours. Il est tout de même recommandé de prendre la contraception d'urgence le plus rapidement possible après le rapport à risque.

Il est possible d'obtenir la contraception d'urgence Norlevo® en pharmacie de manière anonyme et gratuite, sans ordonnance pour les mineures. EllaOne® nécessite quant à elle, une prescription médicale. Il est également possible de se procurer la contraception d'urgence auprès des services universitaires de médecine préventive ou dans un centre de planification, que l'on soit mineure ou majeure.

Il est également possible d'utiliser le dispositif intra - utérin au cuivre qui doit être posé dans les 5 jours suivants le rapport à risque. Considéré comme la méthode la plus efficace, ce n'est cependant pas la méthode la plus utilisée car elle est moins connue et nécessite une consultation médicale.

## II. Les françaises et la contraception

La France est l'un des pays où le recours et la diffusion de la contraception sont les plus élevés d'Europe puisque depuis 1995, plus de 95% des femmes utilisent un contraceptif (20). En effet, la contraception concerne 32 millions d'hommes et de femmes âgés de 18 à 45 ans (21). Malgré cette large couverture contraceptive, deux tiers des grossesses non désirées surviennent sous contraceptif. Ce phénomène s'explique notamment par un modèle contraceptif peu flexible qui ne laisse pas le choix d'une contraception adaptée et individualisée. Les professionnels de santé prescrivent davantage une contraception qu'ils jugent efficace au détriment des attentes et du mode de vie des femmes et des couples (20).

### 1. État des lieux quant aux méthodes contraceptives

La France répond à un parcours contraceptif relativement figé : l'entrée dans la sexualité reste marquée par l'utilisation de préservatifs, seuls ou en accompagnement d'une pilule contraceptive. La pilule sera ensuite utilisée seule et se verra progressivement remplacée par le dispositif intra - utérin un peu plus tardivement dans la vie des femmes.

La pilule reste très largement utilisée chez les jeunes et 78,9% des femmes de 15 à 29 ans, en couple ou dans une situation stable, déclarent utiliser la pilule contraceptive afin de se protéger d'une éventuelle grossesse (20). C'est en effet la méthode de contraception la plus utilisée en France. Et pourtant, de nombreuses femmes ne savent pas quelle conduite adopter face à un oubli de celle - ci (22).

À partir d'une trentaine d'années et généralement après avoir eu un enfant, la majorité des françaises change de contraception au profit du dispositif intra utérin. En effet, l'utilisation du DIU passe de 3,7% chez les 20 - 24 ans à 10,9% chez les 25 - 29 ans (20). Son utilisation ne concerne que 2,4% des femmes sans enfant et reste marginale chez les femmes de moins de 30 ans (23). Pourtant, la Haute Autorité de Santé souligne le fait que les DIU puissent être proposés à toutes les femmes, quelle que soit leur parité (13).

Depuis les années 2000, on observe une sensible évolution de la dynamique d'usage des contraceptifs avec une majoration de l'utilisation des « nouvelles méthodes de contraception ». L'utilisation des implants, patchs ou anneaux contraceptifs passe ainsi de 1,3% en 2005 à 5,7% en 2010 chez les 15 – 29 ans (20).

Le Baromètre Santé 2005 permet de relever une utilisation croissante des contraceptifs lors du premier rapport sexuel. Seules 8,9% des femmes n'ont pas eu recours à un moyen de contraception lors du premier rapport entre 2002 et 2007 alors qu'elles étaient plus de 30% avant 2000. Parallèlement entre 2000 et 2005, 85% des jeunes ont protégé leur premier rapport sexuel par le préservatif.

L'usage de la contraception d'urgence augmente en France et en 2005, 13,7% des femmes y avaient eu recours au cours de leur vie. Cependant, les connaissances concernant la contraception de rattrapage restent très hétérogènes et les femmes sans emploi ou avec un niveau d'étude bas sont moins bien informées sur le sujet. En effet, en 2005, un quart des français entre 15 et 54 ans pensait qu'il était nécessaire de détenir une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence (23).

## 2. Les connaissances des françaises

D'après les résultats de l'étude INPES « Les Français et la contraception », les français estiment connaître de nombreuses méthodes contraceptives. Sans grand étonnement, la pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97% de la population, 93% disent connaître le stérilet. Néanmoins, de nombreuses idées reçues persistent puisque 50% des français pensent qu'il n'est pas possible d'utiliser le dispositif intra utérin chez les nullipares et 34% des jeunes entre 15 et 20 ans considèrent que la pilule peut rendre stérile (23). D'après une étude menée au SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) de Nantes 76,9% des étudiantes interrogées ignorent qu'un risque de grossesse est présent si des vomissements surviennent deux heures après la prise de la pilule (22).

Le préservatif féminin et le diaphragme sont connus par les trois quarts des personnes interrogées.

Les connaissances des autres méthodes de contraception sont moindres puisque les spermicides sont connus à 52%, le patch à 48% et l'anneau vaginal ainsi que l'implant, 44%.

En ce qui concerne le cycle féminin et donc, l'utilisation des contraceptifs, 53% des français pensent à tort qu'« une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel à lieu pendant ses règles ». Même si le recours aux « nouvelles méthodes de contraception » croît depuis ces dernières années, la durée d'efficacité du patch (une semaine) ou de l'anneau vaginal (trois semaines) restent méconnues pour la majorité de la population.

Un quart des français n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence (23).

Ainsi, les fausses croyances sont indéniablement liées à un manque d'informations concernant la contraception et elles pourraient constituer un frein à l'utilisation de certains contraceptifs.

### III. Les vecteurs de connaissances et d'informations en terme de contraception

Les sources de connaissances et d'informations en terme de contraception sont multiples et enrichiront les populations tout au long de leur vie.

#### 1. Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) (24)(25)

Les Centres de Planification et d'Éducation à la Sexualité (CPEF) dépendent du Conseil Départemental et sont ouverts à tous. Ils accueillent surtout les mineures qui souhaitent bénéficier d'une consultation anonyme et gratuite ainsi que les femmes majeures qui ne bénéficient pas du régime de sécurité sociale mais peuvent cependant accueillir toute femme qui le désire. La part de la sécurité sociale sera récupérée chez les femmes non – anonymes.

Ces lieux abordent la gynécologie et la sexualité au sens large. En effet, ils assurent l'accueil, l'écoute, les conseils, ils proposent des consultations médicales, des entretiens pré – IVG et un accompagnement de l'interruption volontaire de grossesse. Il est également possible de rencontrer une conseillère conjugale pour les problèmes de couple ou familiaux. Ils jouent un rôle important en terme de contraception puisqu'ils délivrent à titre gratuit des contraceptifs aux mineures désirant garder le secret, effectuent des consultations de contraception et la prescrivent. Les médecins et sages – femmes qui y exercent sont également autorisés à effectuer la pose de contraception réversible de longue durée d'action (LARC) (*DIU, implant*).

Depuis 2009 et d'après le décret n° 2009 – 516 du Code de la Santé publique, les médecins des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA (26).

Enfin, les CPEF effectuent des actions de prévention collective en milieu scolaire ainsi que des formations thématiques pour les professionnels du monde médico – social.

#### 2. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)

Présents dans chaque université, les SUMPPS sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'information en santé.

Composés d'une équipe pluridisciplinaire dont un médecin ou un gynécologue, il est possible pour les étudiants de se faire dépister ainsi que de traiter les maladies sexuellement transmissibles, de se faire prescrire un contraceptif ou encore d'effectuer son suivi gynécologique au sein d'un SUMPPS.

Ces structures mènent également des actions de sensibilisation et campagnes d'informations sur les thèmes du sida, du tabac ou encore de la contraception sur le campus, qui permettent d'apporter un premier niveau d'informations aux étudiants (27).

#### 3. Les campagnes de prévention

La stratégie nationale de santé sexuelle développe une volonté d'information, d'éducation à la santé et de communication, priorisant la santé des jeunes. Ainsi, les campagnes de communication sur la contraception visant le grand public ainsi que les professionnels de santé se développent largement depuis ces 20 dernières années.

Lors d'une intervention sur le lancement d'une campagne sur la contraception en septembre 2007, Roselyne Bachelot - Narquin, ministre de la Santé, a souhaité des campagnes de prévention sur ce thème pour satisfaire deux missions essentielles : informer et éduquer. En effet, le choix du moyen contraceptif n'est pas toujours éclairé et ces campagnes de prévention visent deux publics : ceux qui ne savent pas ainsi que ceux qui pensent savoir.

Suite à cette intervention, l'INPES donnera naissance en 2008, au lancement d'une campagne visant à favoriser le dialogue sur la contraception chez les jeunes, à promouvoir la diversité de l'offre contraceptive auprès du grand public, ainsi qu'à mobiliser et accompagner les professionnels de santé auprès des publics en situation vulnérable.

Pour favoriser la parole autour de la sexualité et de la contraception, différents dispositifs ont été mis en place.

- Une campagne TV et radio qui concluait par « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez - en avec nous* » et renvoyait vers le numéro de téléphone Fil Santé Jeunes (0 800 235 236)
- Une campagne sur les téléphones mobiles via l'envoi de SMS et de bannières afin de faire connaître aux adolescents tous les lieux dédiés à la contraception ainsi que quelques informations sur la contraception. Ces bannières renvoyaient vers des structures d'écoute et de consultation.
- La diffusion du guide « Questions d'Ados » dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, maisons des jeunes et de la culture, maisons de quartier, infirmeries scolaires et centres de documentation dans les lycées qui répond à toutes les questions que se posent les jeunes et fournit des numéros de téléphone utiles.

Ces campagnes renvoyaient également les jeunes vers le site [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) qui offre une information large sur la diversité des méthodes contraceptives (28).

Une campagne digitale de sensibilisation à la contraception d'urgence a été mise en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé et de Santé publique France en 2019 et renvoie vers le site de référence et d'information : [onsexprime.fr](http://onsexprime.fr) (29).

Des supports d'information tels que la brochure et l'affiche « *Choisir sa contraception* » (ANNEXE I) ou la carte « *Que faire en cas d'oubli ?* » sont mis à disposition des professionnels de santé. Ils peuvent être exposés dans les cabinets médicaux, campus étudiants ou encore les CPEF par exemple (14).

En 2010, une nouvelle campagne de communication sur la contraception voit le jour : « Contraception : filles et garçons, tous concernés ». Celle - ci est destinée aux adolescents de 13 à 19 ans et vise à sensibiliser sur les risques et les conséquences d'une grossesse non désirée survenue trop tôt. La campagne se compose de 4 petits films qui renvoient les jeunes vers une page internet « trop tôt pour avoir un bébé » qu'héberge le site [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) (30).

Nous pouvons admettre que ces campagnes délivrent les informations de manière ludique et attractive et permettent alors aux adolescents d'avoir une entrée positive dans la sexualité grâce aux connaissances apportées ainsi qu'aux questionnements qu'elles incitent à se poser. De plus,

elles offrent plusieurs moyens de ressources concernant la santé sexuelle : sites Internet, numéros de téléphone et lieux spécialisés.

#### 4. Le milieu scolaire

L'éducation Nationale a un rôle primordial dans l'éducation à la sexualité ; elle vise notamment à apporter aux élèves des informations et connaissances en terme de contraception et prévention des grossesses précoces non prévues.

À l'école primaire, les temps consacrés à l'éducation à la sexualité doivent être intégrés à l'enseignement et mis en place en fonction des opportunités de la vie de la classe.

À l'école, au collège et au lycée, au moins 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être mises en place. La durée des séances et la taille des groupes sont variables et ces séances sont organisées par des professeurs, conseillers d'éducation, infirmiers ou avec des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique (31).

Lors du projet de proposition de loi concernant l'accès à l'IVG de septembre 2020, il a été proposé de réserver un volume horaire ainsi qu'un budget dédiés à l'organisation de trois séances annuelles d'éducation à la sexualité et à l'égalité du CP à la terminale. De plus, le souhait d'une diffusion plus large des outils pédagogiques ainsi que la promotion de campagnes nationales d'information sur l'IVG ont été évoquées (9).

Au collège, les cours de Sciences et Vie de la Terre sont divisés selon trois grandes thématiques dont l'une d'elles concerne le corps humain et la santé. Dans ce module, les enseignants apportent des connaissances sur le fonctionnement de l'organisme humain et des appareils reproducteurs, sur la puberté (organes reproducteurs, production de cellules reproductrices, contrôles hormonaux) ainsi que sur les principes de la maîtrise de la reproduction. Lors de ces enseignements, sont également abordés les comportements responsables en terme de sexualité : fertilité, grossesse, respect de l'autre, choix raisonné de la procréation, contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles (32).

Enfin, les établissements d'enseignement du second degré peuvent administrer la contraception d'urgence aux adolescentes dans la nécessité. Cela donnera alors l'opportunité de discuter avec l'élève d'une méthode de contraception régulière adaptée à chaque cas.

#### 5. L'entourage

L'entourage joue un rôle important en terme d'éducation à la sexualité auprès des jeunes. Il existe une certaine complémentarité entre le milieu scolaire et l'entourage des adolescents puisque les réflexions amorcées à l'école peuvent être poursuivies par les parents.

L'apport de connaissances en sexualité et notamment en terme de contraception se fait via diverses sources. Les pairs et notamment les figures familiales féminines ; mère, tante, sœur, cousine, en font partie. Ce sont des interlocutrices privilégiées qui représentent des modèles et influencent bien souvent les attitudes et conduites des plus jeunes (33). Il est donc primordial



pour ceux – ci de pouvoir trouver les informations nécessaires à leurs besoins ainsi que les réponses aux questions suscitées auprès de leur entourage.

#### 6. Les professionnels auxquels il est possible de s'adresser

Tout médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste est apte à fournir des informations en terme de contraception ou d'accès à celle – ci. Les sages – femmes ainsi que les pharmaciens contribuent également à la diffusion de ces informations. Enfin, il est possible de recueillir bon nombre d'informations auprès des Centres d'Éducation et de Planification Familiale ou des infirmeries scolaires (34).

#### 7. La place de la sage – femme

Depuis la loi HSPT de 2009, les sages femmes ont l'autorisation de mener des consultations de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes qui ne présentent pas de pathologie. La sage femme peut effectuer l'ensemble des actes nécessaires au suivi gynécologique et notamment la réalisation du frottis cervico vaginal de prévention ainsi que la prescription des examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (35). Elles ont donc un rôle actif en terme de contraception et de prévention des grossesses non désirées.

#### IV. Les enseignements en gynécologie des étudiants en études supérieures

Les connaissances en terme de contraception peuvent être enrichies lors des études supérieures et notamment grâce aux enseignements reçus, plus particulièrement dans le domaine médical.

##### 1. Les études de sage – femme

L'évolution des compétences des sages – femmes décrite dans la loi HPST (*Hôpital, Patient, Santé, Territoire*) du 21 juillet 2009 a nécessité une adaptation de la formation initiale de celles – ci.

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage - femme fixe le programme de gynécologie, santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation.

Les études de sage – femme et donc, les enseignements de gynécologie se divisent selon deux cycles. Ils représentent 4 à 8 ECTS (système européen de transfert et d'accumulation de crédits) selon les écoles, ce qui correspond à 40 à 80 heures d'enseignements théoriques (36). Lors du premier cycle, sont abordées les notions suivantes : anatomie et physiologie de la reproduction, cycle menstruel, appareil génital féminin et masculin, fécondation ou encore les méthodes ainsi que la surveillance des moyens de contraception féminins et masculins. Lors de la deuxième phase, les étudiants en maïeutique se voient enseigner différentes pathologies, certaines notions de sexologie qui leur permettent de prescrire le contraceptif le plus adapté à la patiente ainsi que la pharmacologie des contraceptifs, leurs contre – indications et leurs interactions médicamenteuses (37).

De plus, les étudiants en maïeutique bénéficient d'un enseignement clinique qui représente 8 à 14 ECTS, soit 240 à 420 heures de stage (36). Qu'il s'agisse de stages en suite de naissance, cabinet de sage – femme libérale ou encore Centres de Planification et d'Éducation Familiale

(CPEF), les stages permettent aux élèves de découvrir la gynécologie ainsi que de participer à des consultations de contraception, d'apporter des informations aux patientes selon leurs attentes et de prescrire le contraceptif le plus en adéquation avec les attentes et le contexte clinique des femmes et des couples (37).

## 2. Les enseignements des étudiants en médecine

Les études de médecine sont divisées en trois cycles :

- Le premier cycle comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens et permet de valider le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (*DFGSM*). La première année commune aux études de santé (*PACES*) correspond aux deux premiers semestres.
- L'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques nécessaires à la pratique future ainsi que les capacités d'adaptation seront acquises au cours du deuxième cycle, aussi appelé « externat ». L'externat permet l'obtention du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (*DFASM*) qui comporte 12 UE théoriques et une UE clinique.
- L'« internat » ou, troisième cycle, correspond à la spécialisation dans un domaine particulier après validation de l'Examen National Classant (*ECN*).

Ce n'est qu'à partir de la quatrième année (première année du deuxième cycle) que les enseignements de gynécologie sont véritablement débutés. Ces enseignements théoriques ne concernent que 6 items sur les 362 items enseignés et l'unité d'enseignement 2 « *De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent* » contient l'item 35 qui est spécifiquement dédié à la contraception. L'étudiant en médecine doit ainsi être capable de prescrire et expliquer une contraception, de discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée mais encore échanger sur les indications de la stérilisation masculine et féminine (38).

Les étudiants en médecine réalisent beaucoup de travail personnel et ne bénéficient véritablement que d'une heure de cours sur la contraception en 4<sup>ème</sup> année. Ils se voient également dispenser un Enseignement Dirigé (ED) de 4 heures durant lequel ils abordent, entre autre, la contraception. Lors de la 6<sup>ème</sup> année, les notions sont revues pour l'ECN mais aucun cours ne leur est véritablement enseigné.

Les études de médecine comportent aussi un aspect clinique avec les stages ainsi que les gardes. Lors de leur externat, les étudiants réalisent environ 25 gardes, la gynécologie en constitue un grand nombre et ils peuvent ainsi acquérir davantage de compétences et connaissances sur ces terrains de stage (39).

L'internat comporte 44 spécialités dont l'une d'elle concerne la gynécologie – obstétrique. Les étudiants ayant opté pour cette spécialité réaliseront, en plus des cours théoriques, de nombreux stages qui leur permettront d'acquérir des connaissances optimales et complètes dans ce domaine (38).

La spécialité de médecin généraliste offre également l'occasion d'approfondir ses connaissances en gynécologie puisqu'elle aborde, les thèmes de la contraception, du dépistage et de la prévention des cancers. Ces enseignements ne sont pas prépondérants dans la formation mais ils permettent de compléter les connaissances acquises lors des premier et deuxième cycles. Selon la thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine sur « *L'état des lieux du suivi*

*gynécologique en médecine générale*», 4% des consultations en médecine générale correspondraient à un motif gynécologique. Il est possible de s'y former grâce à l'obtention d'un diplôme universitaire complémentaire à orientation gynécologique (Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Gynécologie Obstétrique pour les médecins généralistes, Diplôme Universitaire (DU) de régulation des naissances, DIU de contraception et orthogénie (qui représente 50h d'enseignement théorique)... (40).

Il reste primordial pour l'ensemble des professionnels de santé de recourir au développement professionnel continu et notamment pour perfectionner ses connaissances ainsi qu'améliorer la qualité et la sécurité des soins (41).

### 3. Les étudiants en santé ou en soins

Ces étudiants bénéficient de quelques enseignements de base relatifs à la gynécologie – obstétrique mais il est évident que les cours sont adaptés au champ de compétences de chaque filière et qu'ils ne sont pas aussi pointus que dans les filières de la gynécologie – obstétrique.

#### 3.1 Pharmaciens

Les études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie comprennent 3 cycles qui incluent certains enseignements de gynécologie voir même d'obstétrique comme l'endométriase, l'aménorrhée, les fibromes, la grossesse et accouchement normaux, les pathologies de la grossesse... Les étudiants en pharmacie se voient également enseigner un module sur les « *matières premières et principes actifs des médicaments d'origine synthétique ou biologique d'utilisation actuelle* » et particulièrement, sur les contraceptifs. D'après la faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg, les étudiants reçoivent en tout 20h de cours sur la contraception et la grossesse et 8h de travaux dirigés sur le même sujet (42).

Les étudiants en pharmacie bénéficient également de quelques connaissances acquises lors de la première année commune aux études de santé (PACES) (43).

Leurs connaissances sont primordiales puisque le décret n°2012 - 883 de juillet 2012 permet aux pharmaciens de dispenser, les contraceptifs oraux figurant sur une ordonnance datant de moins d'un an (dont la durée de validité a expiré) pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois (44).

#### 3.2 Kinésithérapeutes

De même, lors de la PACES, les étudiants en kinésithérapie ont également pu bénéficier de quelques informations concernant la gynécologie. Le masseur – kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation abdominale (y compris du post - partum à compter de l'examen postnatal) et de rééducation périnéo – sphinctérienne. Sont alors enseignées quelques notions de base en gynécologie – obstétrique mais ils ne bénéficient pas de cours théoriques concernant la contraception (45).

### 3.3 *Infirmiers* (46) (47)

Les étudiants infirmiers bénéficient d'un module d'enseignement intitulé « cycle de la vie et grande fonctions » (40 heures) qui s'intéresse notamment aux appareils reproducteurs ainsi qu'à la grossesse et à l'accouchement. Une unité d'enseignement sur les « soins éducatifs et préventifs » leur est aussi dispensée. Ces enseignements leur permettent d'acquérir quelques bases en gynécologie même s'il n'y a pas de cours spécifiquement dédiés à la contraception. Il existe cependant des formations de développement professionnel continu axées sur la contraception, ces formations durent environ 7 heures et abordent les méthodes de contraception, leur prescription, renouvellement et délivrance (48).

En effet, l'infirmier scolaire accueille tout élève ou étudiant qui le sollicite pour quelque motif que ce soit. Il donne notamment de nombreuses informations sur la contraception et sur les différents lieux d'accès à celle-ci. Pour se faire, les infirmiers scolaires ont la possibilité de recourir à une formation initiale et continue qui s'inscrit comme l'une des composantes permettant le pilotage de l'éducation à la sexualité des élèves (49).

Enfin, ils sont en capacité de délivrer la contraception d'urgence et autorisés à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'un an.

#### 4. Le service sanitaire

Depuis la rentrée 2018, les étudiants en santé initient les jeunes à la prévention et à la promotion de la santé grâce au service sanitaire. Ils interviennent auprès de publics identifiés comme prioritaires (établissements scolaires, lieux de vie, entreprises) et tentent de lutter contre les inégalités sociales en santé. Différents thèmes de santé publique sont abordés dont celui sur « la vie sexuelle et affective » qui en fait partie. Les étudiants, et notamment les étudiants sages – femmes pourraient ainsi délivrer des informations sur la contraception auprès des publics les plus en demande (50). Ce service sanitaire effectué par les étudiants en santé pourrait être l'occasion de renforcer l'abord du sujet dans les filières les moins informées et d'espérer pallier aux lacunes dues au manque d'enseignement.

## DEUXIÈME PARTIE : méthodologie et résultats

### I. Matériel

#### 1. Objectifs et hypothèses

Selon les recommandations ANAES de 2004, les méthodes contraceptives de première intention chez l'adolescente sont le préservatif masculin ainsi que la contraception hormonale (51).

Parallèlement, le mémoire de fin d'étude sur « la contraception des étudiantes sages – femmes » nous montre que 55% d'entre elles ont changé de moyen de contraception au cours de leurs études pour se tourner principalement vers une contraception de longue durée d'action comme le dispositif intra utérin. Ces changements sont expliqués par l'acquisition de nouvelles connaissances gynécologiques pour 70% des étudiantes et par des changements du rythme de vie pour 60% des étudiantes. D'autres facteurs tels que l'influence du partenaire, la tolérance ou le coût sont également à prendre en compte (2).

La finalité de cette étude est de mettre en évidence un lien entre l'acquisition de nouvelles connaissances (lors des études supérieures) et la modification des pratiques en terme de contraception chez les étudiantes de différentes filières, qu'elles soient médicales ou non.

La problématique est la suivante : **« Les informations et connaissances en terme de contraception apportées lors des études supérieures sont – elles suffisantes pour permettre aux étudiantes d'effectuer un choix de manière éclairée concernant leur méthode de contraception ? Lorsque leur satisfaction à propos de la contraception n'est pas optimale, en effectuent – elles un changement ? »**

Les hypothèses principales consistent à penser que le changement de contraception est fortement lié à l'apport de connaissances théoriques lors des études supérieures et que les étudiantes les mieux informées sont davantage satisfaites de leur moyen de contraception. En effet, celui – ci est alors choisi et adapté en fonction des souhaits et besoins de chacune.

Les connaissances des étudiantes sont évaluées via diverses questions afin d'obtenir le niveau de connaissance de chacune des participantes en fonction de sa filière ainsi que de son niveau d'étude. Les populations les moins informées et en demande pourront alors être ciblées. En réponse à cela, les informations apportées durant le cursus scolaire pourraient alors être revues à la hausse et il serait possible d'envisager des interventions par le Centre de Planification Familiale, le SUMPPS ou les étudiants du Service Sanitaire auprès de ces populations.

Si les objectifs ne sont pas atteints : c'est à dire que les connaissances des étudiantes en terme de contraception sont suffisantes dans toutes les filières et que ces jeunes femmes sont globalement satisfaites de leur moyen de contraception, il serait alors intéressant de se demander quelles sont les raisons de l'échec contraceptif car, selon la HAS, deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception (52).

## 2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et transversale ayant eu lieu d'octobre à décembre 2020.

## 3. Population

### 3.1 Critères d'inclusion

Cette étude est destinée aux **nullipares** entre **18 et 25 ans**, réalisant des **études supérieures** après le baccalauréat.

Ces choix ont été faits pour diverses raisons. D'une part, le fait d'avoir un enfant permet généralement aux femmes d'entrer dans un système de soins qui pourrait les amener à rencontrer différents professionnels de santé et notamment lors de leur séjour en suite de naissance, lors de la consultation post natale ou encore lors des séances de rééducation périnéale. Ces professionnels constitueraient alors l'opportunité de discuter de leur méthode de contraception ce qui engendrerait un potentiel changement.

D'autre part, le début du dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 25 ans (53) incite les femmes à avoir un suivi gynécologique régulier et donc, un contact avec des professionnels de santé. Celui - ci leur donnerait l'occasion de discuter de leur choix et des différentes possibilités contraceptives. C'est ce qui justifie alors le choix de n'inclure que les femmes de moins de 25 ans.

### 3.2 Critères d'exclusion

Les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel sont exclues de l'étude car malgré leurs connaissances théoriques potentielles, ces femmes pourraient se sentir moins concernées par la nécessité de recourir à un contraceptif ou présenter une implication moindre quant au choix de leur méthode de contraception.

## II. Méthode

### 1. Outils de l'enquête

Cette enquête a été menée grâce à un auto - questionnaire anonyme (ANNEXE II), sécurisé et informatisé via LimeSurvey pour être diffusé sur les réseaux sociaux. Ce questionnaire comprend 42 questions majoritairement fermées et classées selon 4 catégories nous permettant d'obtenir le profil des participantes ainsi que leurs connaissances sur la contraception en fonction de leurs filières d'études.

Pour avoir l'autorisation de diffuser le questionnaire sur les réseaux sociaux, une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée et acceptée (ANNEXE III).

Avant de commencer la diffusion du questionnaire, ce dernier a été testé auprès de proches ne faisant pas partie du milieu médical ou paramédical, afin de s'assurer de sa bonne compréhension.

## 2. Recueil des données

La diffusion du questionnaire s'est faite via les réseaux sociaux « Facebook » ainsi qu'« Instagram » sur une période allant de septembre 2020 à janvier 2021. Il a été relayé par des groupes d'étudiants de divers horizons mais aussi des groupes plus fermés d'étudiantes sages – femmes et en médecine.

Il m'a paru plus judicieux de diffuser le questionnaire de cette manière plutôt que physiquement sous format papier. En effet, l'utilisation d'Internet nous a permis de le rendre accessible à de plus nombreuses filières et d'obtenir un nombre conséquent de réponses rapidement.

Cette diffusion a permis d'obtenir 773 questionnaires. Les participantes ont été classées selon 3 catégories en fonction de leur filière d'études :

- 1<sup>ère</sup> catégorie : les étudiantes sages – femmes ayant reçu de nombreux enseignements sur la contraception au cours de leur cursus
- 2<sup>ème</sup> catégorie : les étudiantes en études de médecine qui reçoivent certains enseignements en terme de contraception
- 3<sup>ème</sup> catégories : les étudiantes de filières « autres », n'ayant pas reçu d'enseignement sur la contraception mais qui se sont possiblement vus dispenser des enseignements dans le domaine de la prévention ou de la santé publique (*droit, professorat des écoles, tourisme, communication, ...*)

Les réponses relatives aux connaissances sur la contraception étaient disponibles à la fin du questionnaire, permettant ainsi une action d'information en santé publique (ANNEXE IV).

## 3. Analyse

Les questionnaires ne correspondant pas aux critères d'inclusion n'ont pas été intégrés dans l'analyse statistique.

Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Excel®. Un diagramme circulaire ou en barre a permis de représenter les paramètres décrits en terme de pourcentage.

Le test du Chi <sup>2</sup> a été utilisé pour les comparaisons de fréquence. Ce test bilatéral a été réalisé avec un niveau de significativité de 5%. Une différence significative est alors affirmée lorsque la probabilité est inférieure à 0,05.

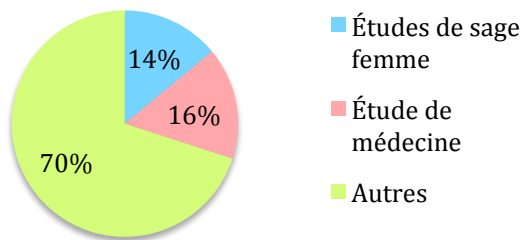
### III. Résultats de la recherche

Sur 773 questionnaires obtenus, 504 sont revenus complets et donc, exploitables.

## 1. Population étudiée

Pour rappel, notre étude inclut les jeunes femmes de 18 à 25 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, n'ayant jamais eu d'enfant et réalisant des études supérieures après le baccalauréat.

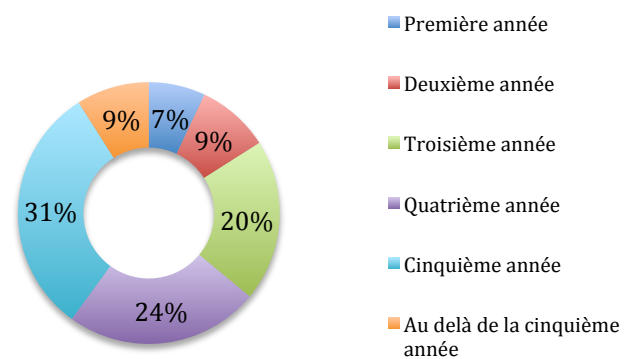
**Figure 1 : Répartition de la population de l'étude**



La population est assez inégale puisque presque 70% (N = 349) des participantes font partie d'une filière « autre », 16% (N = 82) font des études de médecine et 14% (N = 73) étudient dans le but de devenir sage – femme.

Dans cette étude, la majorité de la population est en 3<sup>ème</sup> (20%), 4<sup>ème</sup> (24%) ou 5<sup>ème</sup> (31%) année d'étude.

**Figure 2 : Répartition de la population selon leur année d'étude**



## 2. Informations et cours reçus selon les différentes filières d'études

### 2.1 Les séances d'animations

**Tableau 1 : Séances d'informations reçues au cours des différents moments de la scolarité**

	0	1 à 2	3 à 4	5 à 6	Plus de 7	Total
<u>Informations collège</u>	12%	72%	14%	1%	1%	100%
<u>Informations lycée</u>	38%	53%	7%	1%	1%	100%
<u>Informations études supérieures</u>	76%	11%	6%	2%	5%	100%



### 2.1.1 Les étudiantes sages – femmes

Figure 3 : Estimation des connaissances des étudiantes sages – femmes sur une échelle de 1 à 5 après informations reçues au cours de la scolarité (en pourcentage)

1 : aucune, 2 : insuffisantes, 3 : bonnes, 4 : très bonnes, 5 : excellentes

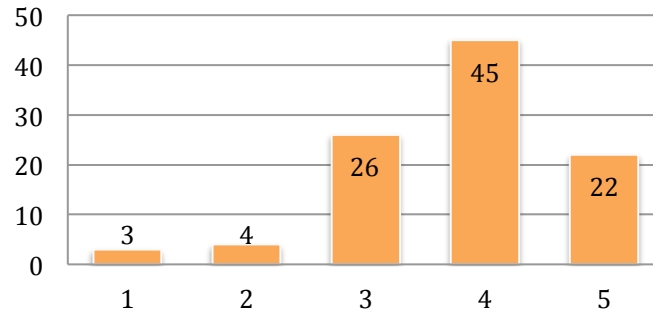
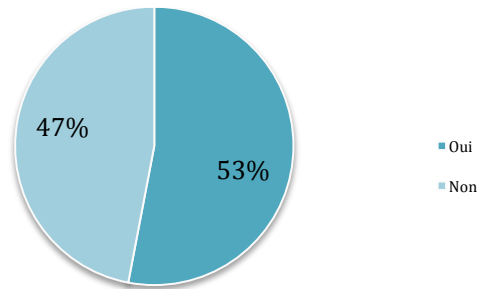


Figure 4 : Souhait des étudiantes sages – femmes d'avoir d'autres informations après celles reçues au cours des différentes séances de la scolarité



La moitié des étudiantes sages – femmes ne souhaite pas recevoir d'informations supplémentaires après les animations sur la contraception reçues et presque la moitié (45%) des participantes estime avoir de très bonnes connaissances ( curseur à 4 sur 5) sur ce sujet.

### 2.1.2 Les étudiantes en médecine

Figure 5 : Estimation des connaissances des étudiantes en médecine sur une échelle de 1 à 5 après informations reçues au cours de la scolarité (en pourcentage)

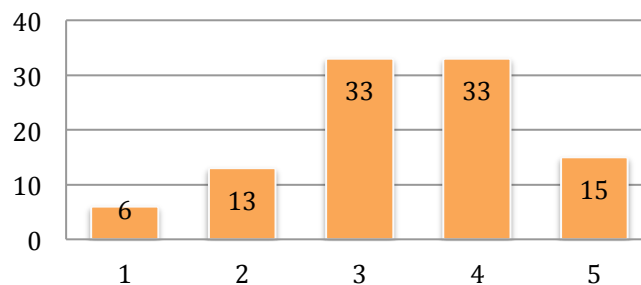
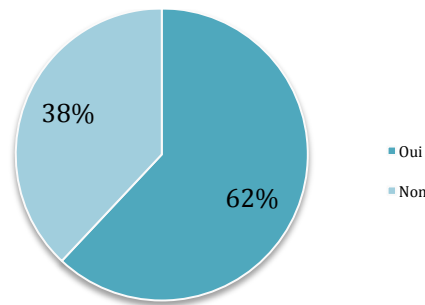


Figure 6 : Souhait des étudiantes en médecine d'avoir d'autres informations après celles reçues au cours des différentes séances de la scolarité



Chez les étudiantes en médecine, un tiers des femmes interrogées estime avoir de bonnes connaissances (3 sur l'échelle) et un tiers de très bonnes connaissances (4 sur 5) en terme de contraception après les animations reçues. Deux tiers des participantes souhaiterait tout de même bénéficier d'autres informations.

### 2.1.3 Les autres filières d'études

Figure 7 : Estimation des connaissances des étudiantes des « autres » filières sur une échelle de 1 à 5 après informations reçues au cours de la scolarité (en pourcentage)

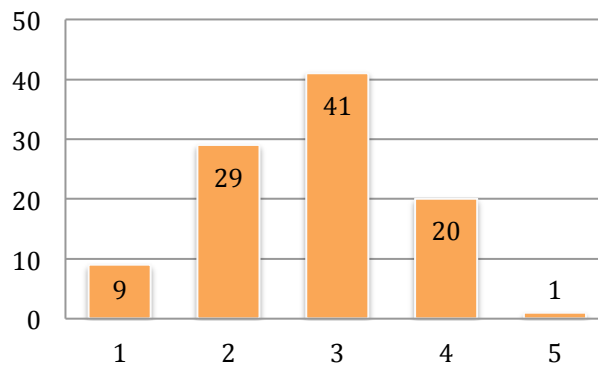
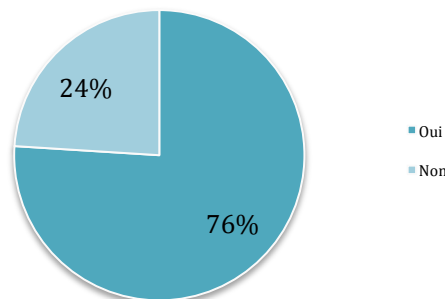


Figure 8 : Souhait des étudiantes des « autres » filières d'avoir d'autres informations après celles reçues au cours des différentes séances de la scolarité



Presque 80% des étudiantes des autres filières estiment avoir des connaissances allant de « aucune » à « bonnes » (1 à 3 sur l'échelle de 5) en terme de contraception suite aux animations reçues au cours de la scolarité. Les trois quarts de celles - ci aimeraient recevoir d'autres informations.

## 2.2 Les cours

Tableau 2 : Nombre d'heures de cours reçues au cours des études supérieures dans les différentes filières							
	Sage – femme		Médecine		Autres filières		Total
	N	%	N	%	N	%	
0	5	7	7	8	278	<b>80</b>	290
1 à 2	0	0	21	26	27	8	48
3 à 4	4	6	32	<b>39</b>	29	8	65
5 à 6	9	12	12	15	10	3	31
Plus de 7	55	<b>75</b>	10	<b>12</b>	5	1	70
Total	73	100	82	100	349	100	504

Nous pouvons constater que 80% des étudiantes en filière « autre » n'ont reçu aucun cours relatif à la contraception et que 1% d'entre elles ont reçu plus de 7 heures de cours concernant ce sujet. Quant aux étudiantes sages – femmes, les deux tiers d'entre elles ont reçu plus de 7 heures de cours concernant la contraception contre 12% des étudiantes en médecine.

### 2.2.1 Les étudiantes sages – femmes

Tableau 3 : Nombre d'heures de cours reçues au travers du cursus des études de sage – femme												
	1 <sup>ère</sup> année		2 <sup>ème</sup> année		3 <sup>ème</sup> année		4 <sup>ème</sup> année		5 <sup>ème</sup> année		Au delà	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	5	83	0	0	0	0	0	0	0	0
1 à 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 à 4	0	0	1	17	0	0	2	7	1	4,5	0	0
5 à 6	0	0	0	0	3	25	5	18	1	4,5	4	100
Plus de 7	0	0	0	0	9	<b>75</b>	21	<b>75</b>	21	<b>91</b>	0	0
Total	0	0	6	100	12	100	28	100	23	100	4	100

75% des étudiantes sages – femmes de 3<sup>ème</sup> année disent avoir reçu plus de 7 heures de cours concernant la contraception, les mêmes chiffres ont été donnés pour les étudiantes de 4<sup>ème</sup> année et 91% des étudiantes de 5<sup>ème</sup> année disent avoir reçu plus de 7 heures de cours.

Figure 9 : Estimation des connaissances des étudiantes sages – femmes en terme de contraception après avoir reçu des cours durant leurs études supérieures (en pourcentage)

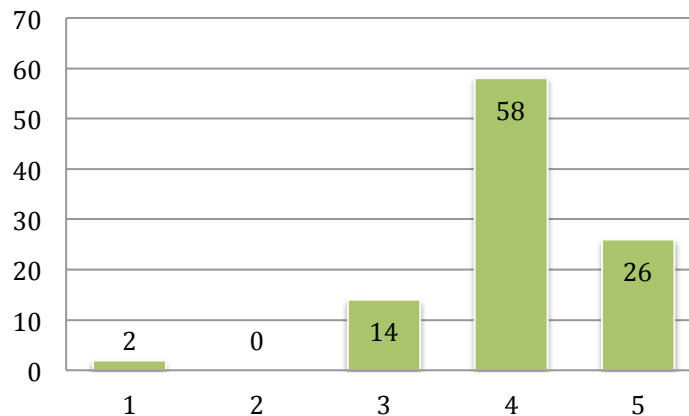
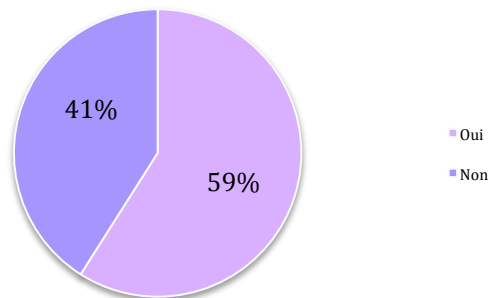


Figure 10 : Souhait des étudiantes sages – femmes de bénéficier d'autres informations au terme de ces cours



Les étudiantes ayant choisi les études de sage – femme estiment avoir de très bonnes connaissances en terme de contraception dans 58% (4 sur 5) des cas et d'excellentes connaissances (5 sur 5) dans plus d'un quart des cas après avoir bénéficié de cours tout au long de leurs études supérieures. On relève tout de même le fait que 59% d'entre elles souhaiteraient recevoir davantage d'informations, dont 43% en cinquième année, c'est à dire au terme de leur formation.

### 2.2.2 Les étudiantes en médecine

Tableau 4 : Nombre d'heures de cours reçues au travers du cursus des études de médecine												
	1 <sup>ère</sup> année		2 <sup>ème</sup> année		3 <sup>ème</sup> année		4 <sup>ème</sup> année		5 <sup>ème</sup> année		Au delà	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	5	83	0	00	0	0	0	0	1	3	1	6
1 à 2	1	17	1	100	5	71	5	39	6	17	3	16
3 à 4	0	0	0	0	2	29	4	31	21	<b>58</b>	5	<b>26</b>
5 à 6	0	0	0	0	0	0	2	15	5	14	5	<b>26</b>
Plus de 7	0	0	0	0	0	0	2	<b>15</b>	3	<b>8</b>	5	<b>26</b>
Total	6	100	1	100	7	100	13	100	36	100	19	100

Seuls 15% des étudiantes en médecine de 4<sup>ème</sup> année ont reçu plus de 7 heures de cours, elles sont 8% en 5<sup>ème</sup> année. 58% des étudiantes de 5<sup>ème</sup> année ont reçu entre 3 et 4 heures de cours sur la contraception. Les étudiantes ayant réalisé plus de 5 années d'études ont bénéficié pour 26% de 3 à 4 heures de cours, pour 26% de 5 à 6 heures de cours et de plus de 7 heures de cours pour 26%.

Figure 11 : Estimation des connaissances des étudiantes en médecine en terme de contraception après avoir reçu des cours durant leurs études supérieures (en pourcentage)

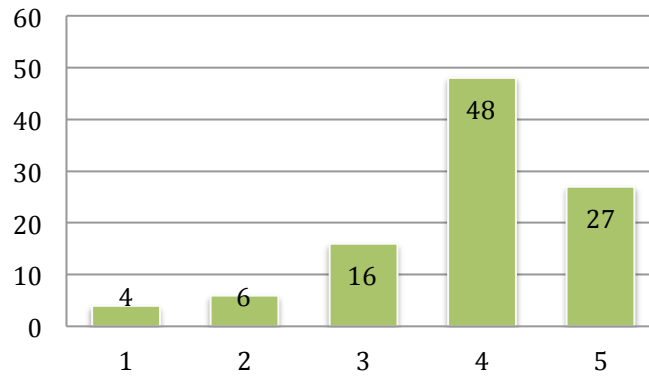
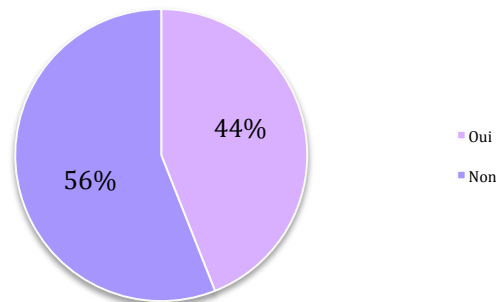


Figure 12 : Souhait des étudiantes en médecine de bénéficier d'autres informations suite aux cours reçus



Les étudiantes de médecine estiment que leurs connaissances sont très bonnes (4 sur 5) (48%) à excellentes (5 sur 5) (27%) et elles ne désirent pas recevoir d'autres enseignements dans 56% des cas.

### 2.2.3 Les « autres » filières d'étude

Figure 13 : Estimation des connaissances en terme de contraception des étudiantes dans les filières « autres » après les cours reçus durant leurs études (en pourcentage)

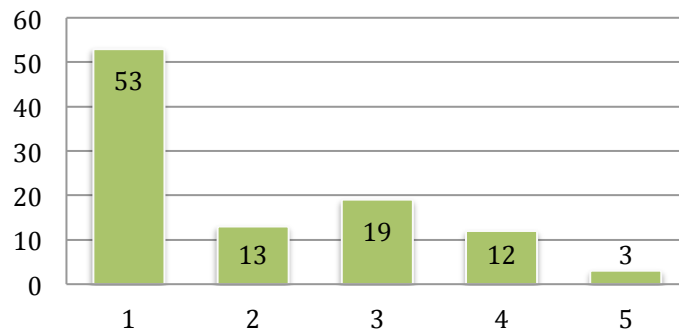
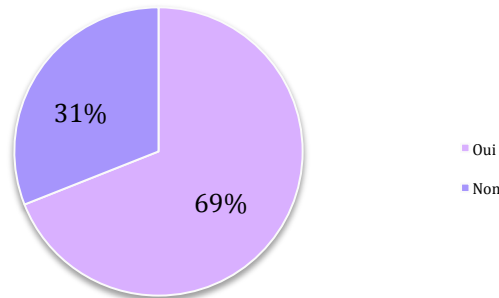


Figure 14 : Souhait des étudiantes en filière « autre » de bénéficier de davantage d'informations suite aux cours reçus



53% des étudiantes en en filière supérieure « autre » estiment n'avoir aucune connaissance en terme de contraception, 19% estiment avoir de bonnes connaissances et 13%, de très bonnes connaissances. Parmi celles - ci, plus des deux tiers (69%) aimeraient bénéficier d'informations complémentaires.

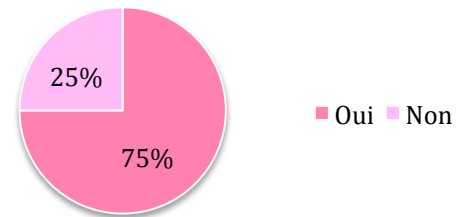
Tableau 5 : Résumé de l'estimation des connaissances des étudiantes selon les différentes filières d'études sur une échelle de 1 à 5 suite aux cours							
	Sage – femme		Médecine		Autres filières		Total
	N	%	N	%	N	%	
<u>1 (aucune)</u>	2	<b>3</b>	3	4	186	<b>53</b>	191
<u>2 (insuffisantes)</u>	0	<b>0</b>	5	6	46	13	51
<u>3 (bonnes)</u>	10	14	13	16	67	19	90
<u>4 (très bonnes)</u>	42	<b>58</b>	39	<b>48</b>	41	12	122
<u>5 (excellentes)</u>	19	25	22	<b>26</b>	9	3	50
<u>Total</u>	73	100	82	100	349	100	504

Selon le test du Chi<sup>2</sup>,  $X^2 = 220,22$

Ainsi, une différence significative (niveau de significativité de 5%) est mise en évidence et il y a un lien direct entre les différentes filières d'études des étudiantes et l'estimation de leur niveau de connaissances.

Figure 15 : Souhait de bénéficier d'autres interventions pour les participantes estimant n'avoir aucune connaissance jusqu'à de bonnes connaissances en terme de contraception (de 1 à 3 sur l'échelle)

Trois quarts des participantes estimant avoir des connaissances inférieures ou égales à 3 sur l'échelle (de 5) souhaitent bénéficier de plus d'informations.



### 3. Connaissances des participantes selon leur filière d'étude

Tableau 6 : Estimation des propres connaissances des méthodes de contraception selon les différentes filières d'étude (en pourcentage)

	Sage femme		Médecine		« Autres » filières		Total
	%	N	%	N	%	N	
Préservatif masculin	92	67	100	82	95	332	481
Préservatif féminin	51	37	44	36	32	113	186
Cape cervicale ou diaphragme	34	25	15	12	4	15	52
Pilule micro progestative	81	59	80	66	59	205	330
Pilule oestro progestative	88	64	93	77	68	237	378
Implant contraceptif	88	64	78	64	52	182	310
Dispositif intra utérin hormonal	84	61	80	66	38	136	263
Dispositif intra utérin au cuivre	85	62	75	62	42	148	272
Patchs	64	47	54	44	30	105	196
Anneau	62	45	39	32	15	53	130
Spermicide	19	14	22	18	12	41	73
Retrait	33	24	57	47	33	116	187
Calcul des cycles avec abstinence périodique	23	17	32	26	23	81	124
Auto observation de la glaire	22	16	17	14	10	36	66
Méthode MAMA	49	36	33	27	6	22	85
Méthode des températures	25	18	28	23	11	37	78
Stérilisation définitive	67	49	65	53	20	70	172
Aucune	3	2	1	1	1	4	7

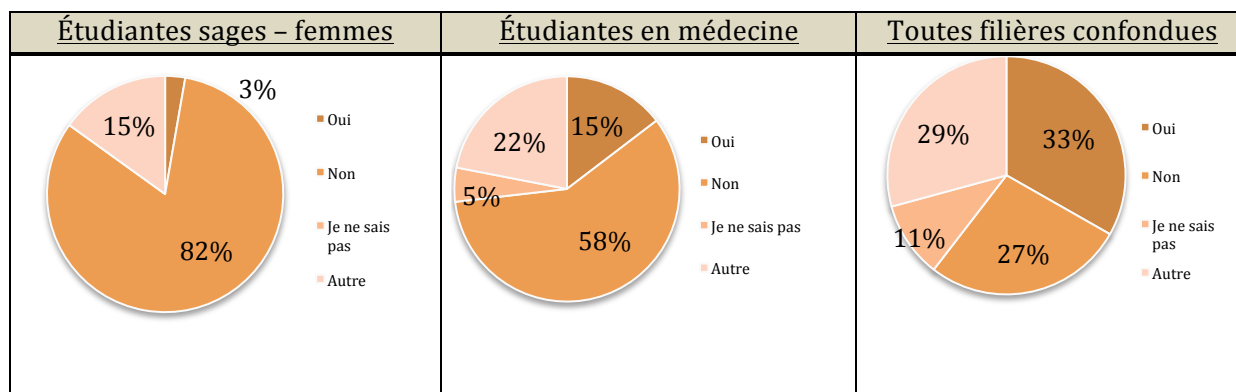
De manière générale, les étudiantes sages – femmes ont de meilleures connaissances à propos de toutes les méthodes de contraception que les étudiantes en médecine et que les étudiantes de toutes les filières confondues. Les étudiantes en médecine ont elles, de meilleures connaissances à propos de toutes les méthodes de contraception par rapport aux étudiantes en filière « autre ».

Tableau 7 : Quels professionnels de santé peuvent prescrire la contraception :

	Étudiantes sages – femmes		Étudiantes médecine		« Autres » filières		Total
	N	%	N	%	N	%	
La sage – femme	73	100	79	96	321	92	473
Le médecin traitant	73	100	82	100	342	98	497
Le gynécologue	73	<b>100</b>	68	<b>83</b>	218	<b>62</b>	359
Ne sait pas	0	0	0	0	3	0,9	3

Seules les étudiantes sages – femmes savent pour l'ensemble des participantes qu'il est possible de se voir prescrire une contraception par la sage – femme, le médecin traitant ou encore le gynécologue. 17% des étudiantes en médecine ne savent pas que le gynécologue peut prescrire la contraception.

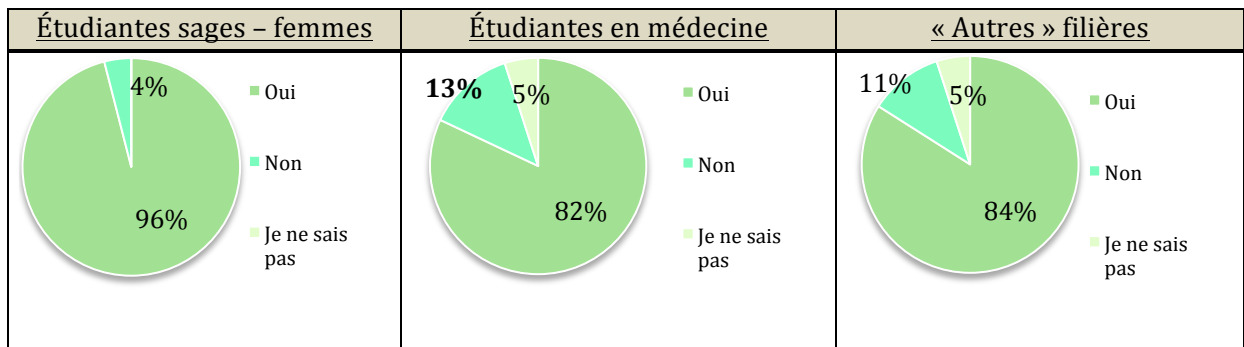
Figure 16 : La pilule fait grossir :



82% des étudiantes sages – femmes ont la bonne réponse contre 58% des étudiantes en médecine et 33% des étudiantes des autres filières

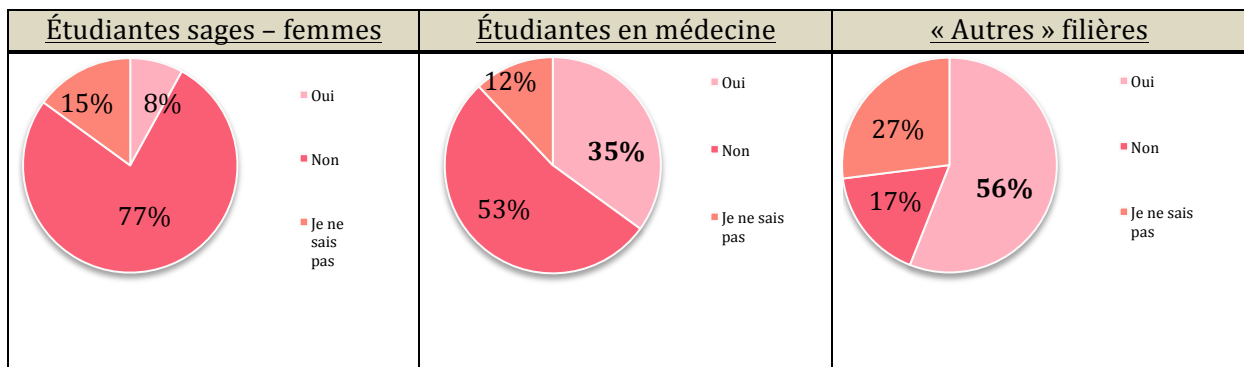


Figure 17 : Lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation, existe - t - il un risque de grossesse :



96% des étudiantes sages – femmes savent qu'il y a un risque de grossesse même lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation, 82% des étudiantes en médecine et 84% dans les études de filières confondues.

Figure 18 : Si la contraception d'urgence est prise trop souvent, cela peut avoir un impact sur la fertilité :



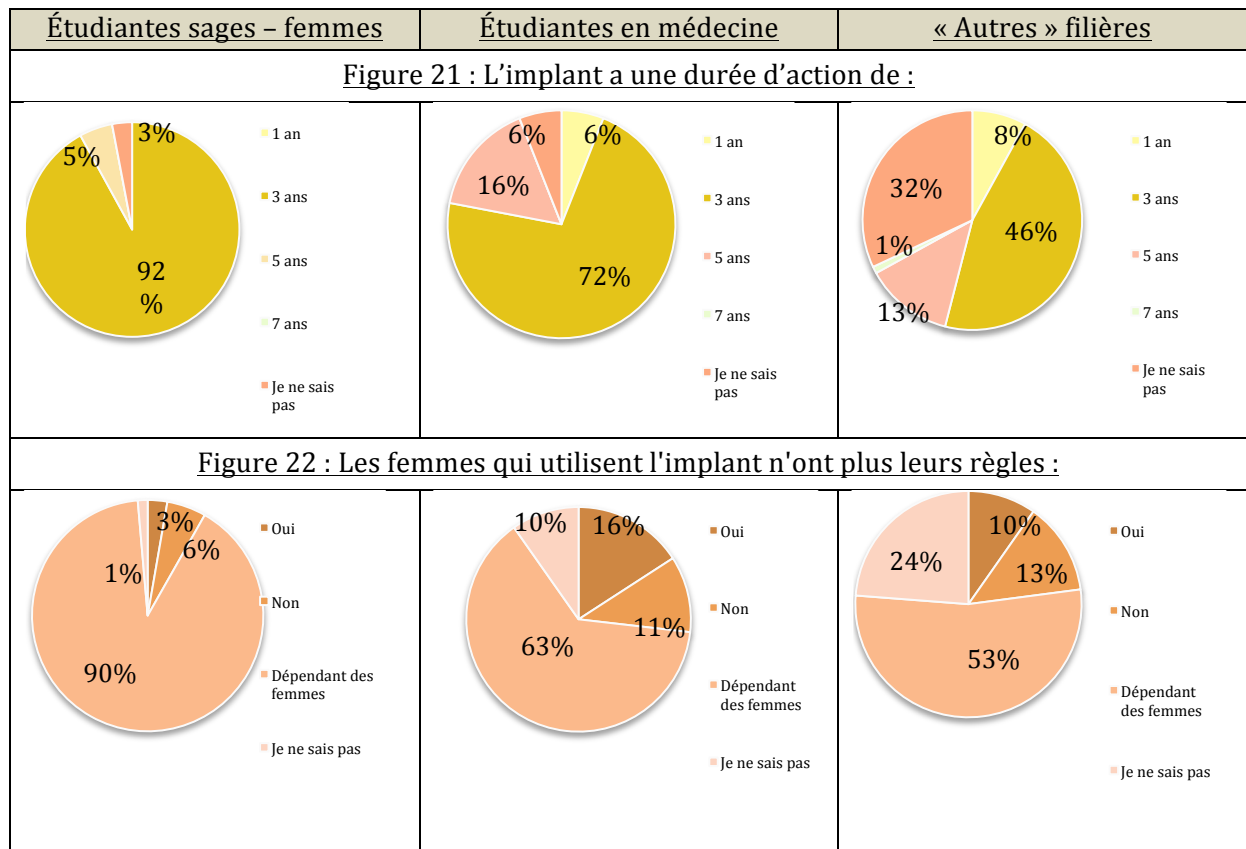
8% des étudiantes sages – femmes, 35% des étudiantes en médecine et 56% des étudiantes des « autres » filières pensent, à tort, que la prise répétée de la contraception d'urgence peut avoir un impact sur la fertilité.

Le dispositif intra utérin :

Étudiantes sages – femmes	Étudiantes en médecine	« Autres filières »
<b>Figure 19 : Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut utiliser le dispositif intra utérin :</b>		
<p>1% 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oui</li> <li>Non</li> <li>Je ne sais pas</li> </ul>	<p>1% 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oui</li> <li>Non</li> <li>Je ne sais pas</li> </ul>	<p>12% 5% 83%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oui</li> <li>Non</li> <li>Je ne sais pas</li> </ul>
<b>Figure 20 : Le dispositif intra utérin (stérilet) hormonal à une durée d'action de :</b>		
<p>1% 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 an</li> <li>3 à 5 ans</li> <li>7 ans</li> <li>10 ans</li> </ul>	<p>3% 1% 96%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 an</li> <li>3 à 5 ans</li> <li>7 ans</li> <li>10 ans</li> </ul>	<p>4% 5% 2% 89%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 an</li> <li>3 à 5 ans</li> <li>7 ans</li> <li>10 ans</li> </ul>

99% des étudiantes sages – femmes et des étudiantes en médecine savent qu’une nullipare peut utiliser le dispositif intra utérin comme moyen de contraception contre 83% chez les étudiantes dans les autres filières. Le dispositif intra utérin hormonal a une durée d’action de 3 à 5 ans : cette réponse à été donnée chez 99% des étudiantes sages – femmes, chez 96% des étudiantes en médecine et dans 89% des cas chez les étudiantes de filières « autres ».

L'implant contraceptif :

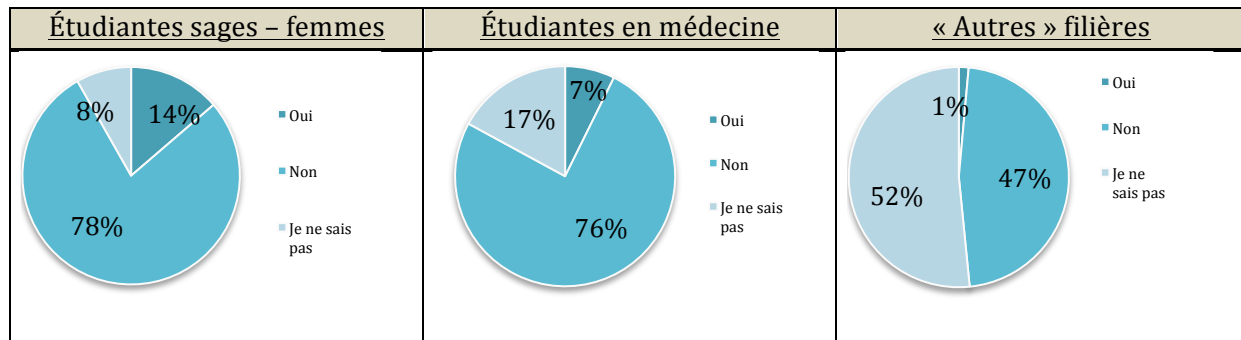


Seules 46% des étudiantes des autres filières et 72% des étudiantes en médecine savent que l'implant contraceptif a une durée d'action de 3 ans. Elles sont 53% à savoir que les menstruations fluctuent d'une femme à l'autre contre 63% des étudiantes en médecine. Quant aux étudiantes sages – femmes, elles connaissent pour la quasi totalité la durée d'action de l'implant (92%) et l'influence de celui ci sur les saignements (90%).

Contraception oestroprogestative transdermique :

Le patch contraceptif se change chaque semaine pendant 3 semaines puis s'arrête pendant une semaine. Cette réponse a été citée par 82% des étudiantes sages – femmes, 60% des étudiantes en médecine et 57% des étudiantes des autres filières. Une fois de plus, on remarque des chiffres presque identiques entre les étudiantes en médecine et celles de filières « autres ». Presque la moitié des étudiantes des autres filières « ne savent pas » quel est le mode d'utilisation du patch.

Figure 23 : L'anneau vaginal doit être enlevé lors des rapports sexuels :



14% des étudiantes sages – femmes pensent qu’il faut enlever l’anneau vaginal lors des rapports sexuels et plus de la moitié des étudiantes des autres filières « ne savent pas ».

#### Score des participantes :

Afin de pouvoir évaluer les connaissances des étudiantes en matière de contraception, nous avons décidé d’établir un « score » à partir des 13 questions portant sur leurs connaissances.

Il a été établi de la façon suivante :

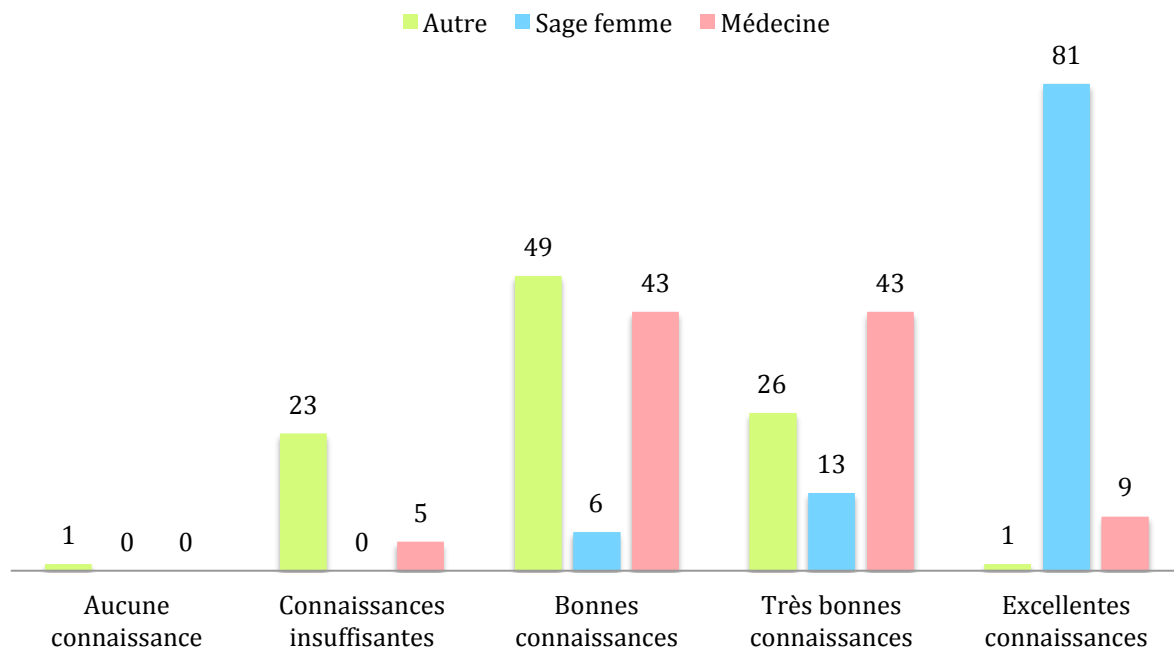
- Pour les QCM à réponses multiples (questions 14) :
  - Chaque bonne réponse : 1 point
  - Réponse incorrecte : 0 point
  - Si « je ne sais pas » : - 1
- Pour les QCM à réponse unique
  - Réponse correcte : 1 point
  - Réponse incorrecte : 0 point

Ce score a donc été évalué sur 15 au total puis classé selon 5 catégories :

- Entre 0 et 3 : aucune connaissance
- Entre 4 et 6 : connaissances insuffisantes
- Entre 7 et 9 : bonnes connaissances
- Entre 10 et 12 : très bonnes connaissances
- Entre 13 et 15 : connaissances excellentes

Nous avons ensuite calculé le pourcentage de chaque sous groupe de connaissances pour les diverses filières d’études. Nous avons également comparé les connaissances estimées (questions précédentes) avec le score obtenu des étudiantes.

Figure 24 : Score obtenu selon les diverses filières d'études (*en pourcentage*)



La moyenne obtenue est de 13 sur 15 pour les étudiantes sages – femmes, 10 pour les étudiantes médecins et 8 pour les étudiantes d'autres filières. La médiane est respectivement de 14, 10 et 8 pour les différents sous groupes étudiés.

Figure 25 : Comparaison score obtenu et connaissances estimées des étudiantes **sages – femmes** (*en pourcentage*)

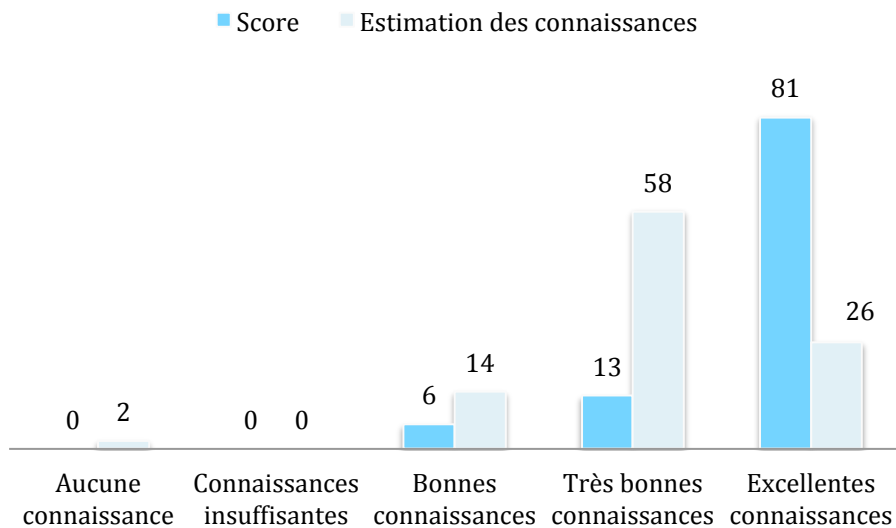


Figure 26 : Comparaison score obtenu et connaissances estimées des étudiantes **médecines** (en pourcentage)

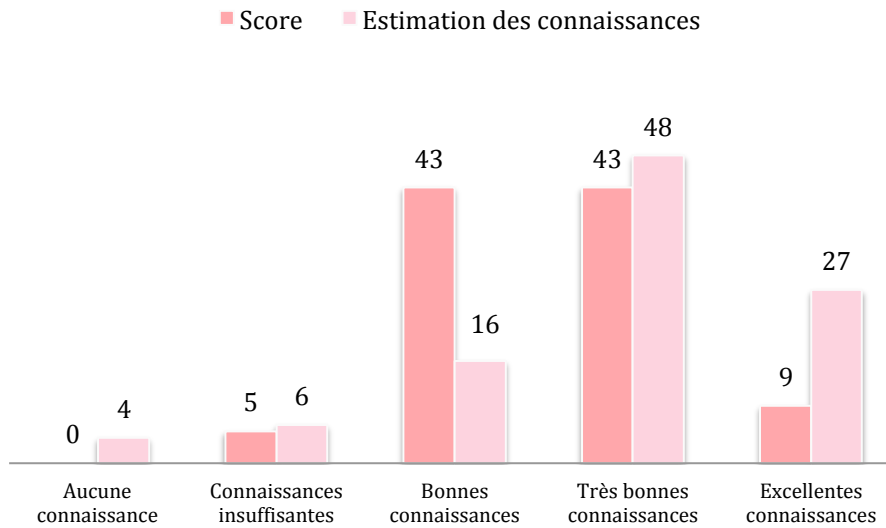
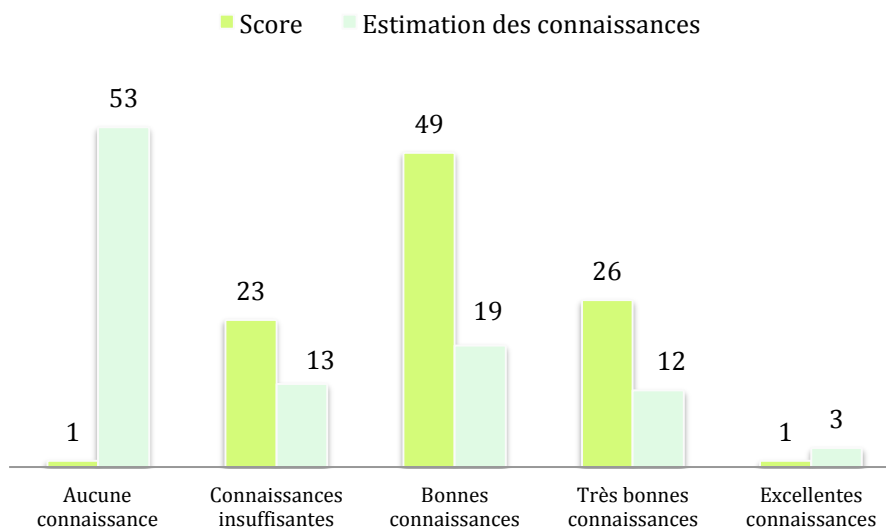


Figure 27 : Comparaison score obtenu et connaissances estimées des étudiantes des **autres filières** (en pourcentage)



#### 4. Et la contraception des participantes ?

Tableau 8 : L'utilisation d'une contraception selon les études supérieures

	Étudiantes sages – femmes		Étudiantes en médecine		« Autres » filières		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Utilisation d'une contraception	61	84	70	85	286	82	417
Absence de contraception	12	16	12	15	63	18	87
Total	73	100	82	100	349	100	504

Selon le test du Chi 2,  $X^2 = 0,627$

Ainsi, aucune différence significative (niveau de significativité de 5%) n'est mise en évidence et il n'y a donc probablement pas de corrélation entre la filière d'études supérieures et le fait d'avoir ou non une contraception.

Tableau 9 : Moyen(s) de contraception actuel(s) selon les filières d'études (en pourcentage)

	Sage femme	Médecine	« Autres »
Préservatif masculin	7	12	15
Préservatif féminin	0	0	0
Capot cervicale ou diaphragme	0	0	0
Pilule micro progestative	7	7	33
Pilule oestro progestative	31	58	35
Implant contraceptif	7	5	6
Système intra utérin (hormonal)	29	7	1
Dispositif intra utérin au cuivre	7	7	7
Patchs	2	0	0
Anneau	2	3	1
Spermicide	0	0	0
Retrait	0	1	2
Calcul des cycles avec abstinence périodique	0	0	0
Auto observation de la glaire	0	0	0
Méthode MAMA	0	0	0
Méthode des températures	0	0	0
Stérilisation définitive	0	0	0

On remarque une différence significative de l'utilisation du préservatif masculin, de la pilule oestroprogestative et du système intra utérin hormonal entre les différentes filières d'études.

Tableau 10 : IVG

		Sages - femmes		Médecines		« Autres filières		Total
		N	%	N	%	N	%	
Au cours de votre vie, avez vous déjà eu recours à l'IVG :	Oui	0	0	1	1	18	5	19
	Non	73	100	81	99	331	95	485
Total		73	100	82	100	349	100	504
Utilisez - vous une contraception lorsque la grossesse a débuté	Oui	0	0	0	0	8	44	8
	Non	0	0	1	100	10	56	11
Total		0	100	1	100	18	100	19

Près de la moitié des étudiantes en filière « autre » utilisaient une contraception lorsqu'elles ont eu recours à l'interruption volontaire de grossesse.

Tableau 11 : L'utilisation de la contraception d'urgence :

		Étudiantes sages – femmes		Étudiantes en médecine		« Autres » filières		Total
		N	%	N	%	N	%	
Avez – vous déjà eu recours à la contraception d'urgence :	Oui	24	33	44	54	172	49	240
	Non	49	67	38	46	177	51	264
Total		73	100	82	100	349	100	504
Utilisez – vous une contraception lorsque que vous y avez eu recours :	Oui	16	67	26	59	102	59	144
	Non	8	33	18	41	70	41	96
Total		24	100	44	100	172	100	240

Environ la moitié des étudiantes de médecine et des filières « autres » ont déjà eu recours à la contraception d'urgence contre un tiers des étudiantes sages – femmes.

Selon le test du Chi<sup>2</sup>, X<sup>2</sup> = 7,95

Ainsi, une différence significative (niveau de significativité de 5%) est mise en évidence et il y a une corrélation entre la filière d'études supérieures et le fait d'avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence.

Les deux tiers des étudiantes sages – femmes utilisaient une contraception lorsqu'elles ont eu recours à l'utilisation de la contraception d'urgence contre 59% des étudiantes en médecine et de filière « autre ».

Tableau 12 : Niveau de satisfaction de la méthode de contraception des participantes sur une échelle de 1 à 5							
	Sage – femme		Médecine		« Autres » filières		Total
	N	%	N	%	N	%	
1 (aucune)	0	0	3	4	33	9	36
2 (insuffisante)	3	4	8	10	48	14	59
3 (satisfaite)	15	21	19	23	88	26	122
4 (très satisfaite)	25	34	28	34	109	31	162
5 (extrêmement satisfaite)	30	41	24	29	71	20	125
Total	73	100	82	100	349	100	504

Selon le test du Chi<sup>2</sup>, X<sup>2</sup> = 26,49

Ainsi, une différence significative (niveau de significativité de 5%) est mise en évidence et il y a une corrélation entre la filière d'études supérieures et le niveau de satisfaction de la contraception des étudiantes.



Tableau 13 : Aimeriez vous utiliser un autre moyen de contraception :

	Étudiantes sages – femmes		Étudiantes en médecine		« Autres » filières		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Changement souhaité	24	33	27	33	161	<b>46</b>	212
Changement non souhaité	49	67	55	67	188	54	292
Total	73	100	82	100	349	100	504

Deux tiers des étudiantes sages – femmes ou médecine ne souhaitent pas changer de moyen de contraception tandis que près la moitié des étudiantes d'autres filières souhaiteraient un changement.

Selon le test du Chi<sup>2</sup>,  $X^2 = 7,707$

Ainsi, une différence significative (niveau de significativité de 5%) est mise en évidence et il y a une corrélation entre la filière d'études supérieures et le souhait de changer de contraception.

Tableau 14 : Raisons de l'absence de changement de contraception parmi celles qui souhaitent changer de moyen de contraception

	Sages – femmes		Médecines		« Autres » filières		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Appréhensions effets indésirables	8	11	12	15	104	36	124
Manque de connaissances	0	<b>0</b>	6	<b>7</b>	68	<b>23</b>	74
Ne sait pas vers qui s'adresser	0	0	3	4	15	5	18
Le changement s'avère compliqué	5	7	6	7	46	16	57
Pas la nécessité	4	5	5	6	20	7	29
Peur du jugement du professionnel de santé	0	0	3	4	10	3	13
Autre	10	14	6	7	30	10	46

Parmi les étudiantes souhaitant un changement de la contraception dans toutes les filières confondues, la principale raison de l'absence de changement de contraception est l'appréhension des effets indésirables potentiels. Cependant, le manque de connaissance constitue presque un quart des raisons pour lesquelles les « autres » filières ne changent pas de contraception alors qu'elle n'a été citée chez aucune étudiante sage – femme.

Selon le test du Chi<sup>2</sup>,  $X^2 = 11,763$

Ce test nous permet d'affirmer qu'il n'y a pas de lien entre la filière d'études supérieures et les raisons de l'absence de changement de contraception parmi celles qui souhaitent en changer.

Le changement de contraception au cours des études supérieures :

Tableau 15 : Changement de contraception durant les études supérieures							
	Étudiantes sages – femmes		Étudiantes en médecine		« Autres » filières		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<u>Changement</u>	35	<b>48</b>	30	37	103	<b>30</b>	168
<u>Pas de changement</u>	38	52	52	63	246	70	336
<u>Total</u>	73	100	82	100	349	100	504

Près de la moitié des étudiantes sages – femmes ont changé de contraception au cours de leurs études contre environ un tiers des étudiantes en médecine ou dans les « autres » filières.

Selon le test du Chi<sup>2</sup>, X<sup>2</sup> = 9,696

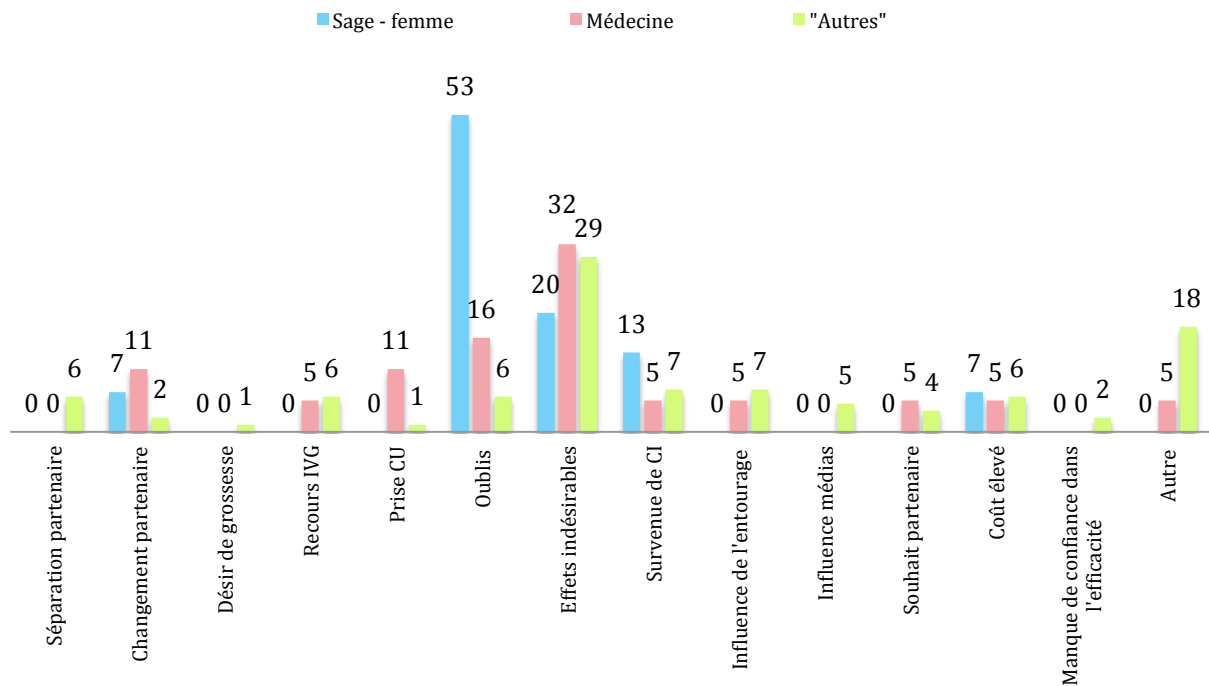
Ainsi, une différence significative (niveau de significativité de 5%) est mise en évidence et il y a une corrélation entre la filière d'études supérieures et le fait d'avoir changé de contraception durant les études.

Tableau 16 : Versant(s) des études sur le changement							
	Étudiantes sages – femmes		Étudiantes en médecine		« Autres » filières		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<u>Changement du rythme de vie</u>	31	89	8	27	14	34	53
<u>Discussion avec des professionnels de santé</u>	19	54	5	17	12	29	36
<u>Acquisition de nouvelles connaissances</u>	31	<b>89</b>	14	<b>47</b>	11	<b>27</b>	56
<u>Autres</u>	0	0	2	6	4	10	6

L'acquisition de nouvelles connaissances a été donnée comme (une des) raison(s) chez 89% des étudiantes sages – femmes contre 47% des étudiantes en médecine et seulement un quart des étudiantes des « autres » filières.

Parmi les « autres » réponses, ont été citées le fait d'avoir discuté avec des copines, l'oubli de la pilule du fait de la charge de travail importante, la réalisation de voyage de longue durée à l'étranger ou les horaires de travail variables.

Figure 28 : Pour quelle(s) raison(s) avez – vous eu ce désir de changement de contraception (en pourcentage) :



Les principales raisons du changement dans toutes les filières d'études confondues sont les oublis de la contraception ainsi que la survenue d'effets indésirables ou de contre indications.

Parmi les « autres » réponses, ont été citées: la prise de poids, l'apparition d'une hypercholestérolémie, le souhait d'utiliser une méthode non hormonale, la lutte contre l'acné ou l'endométriose, une réduction des dysménorrhées ou encore la praticité de la méthode.

## TROISIÈME PARTIE : analyse et discussion

### I. Points forts de l'étude

La diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux nous a permis de toucher des populations de diverses régions et de ne pas se focaliser uniquement sur un seul centre de santé.

De plus, l'utilisation d'Internet a constitué la garantie de l'anonymat des participantes, favorisant ainsi des réponses sincères et l'absence de culpabilité.

Ce mode de recueil a donné lieu à la collecte 504 questionnaires exploitables en peu de temps. La taille importante de l'échantillon permet alors la réalisation de certains tests statistiques avec un seuil de significativité élevé.

Le questionnaire étant composé principalement de questions fermées à choix unique ou multiples, il a été possible d'y répondre relativement rapidement et facilement.

Enfin, en mettant à disposition la « fiche réponse au questionnaire » (ANNEXE IV) nous avons permis aux participantes d'obtenir des informations claires sur les questions de santé sexuelle évoquées réalisant alors une action de santé publique de prévention primaire.

### II. Limites et biais de l'étude

L'échantillon étudié qui comporte 504 réponses est divisé en trois sous catégories. Les étudiantes sages – femmes qui représentent 14% de l'échantillon, les étudiantes en médecine qui constituent 16% de l'échantillon étudié et les étudiantes d'« autres » filières qui en constituent les 70% restants (*figure 1*). Les sous catégories étudiées sont donc inégales mais corrélées à la population générale puisque les étudiantes sages – femmes et les étudiantes en médecine sont moins nombreuses que le regroupement des étudiantes de filières « autres ». En effet, il n'existe que 35 écoles de sages – femmes (4000 étudiantes au total) et 38 facultés de médecine en France (près de 9000 étudiants par année d'étude) alors que les lieux d'études dans d'autres domaines sont conséquents, d'où un nombre d'étudiantes bien plus important.

Sur 773 questionnaires récoltés, seuls 504 (65%) questionnaires étaient complets et donc, exploitables. 35% des étudiantes ayant commencé le questionnaire ne sont pas allées jusqu'au bout de celui – ci.

Notre étude se base sur les réponses déclaratives des étudiantes faisant intervenir leur mémorisation et notamment à propos des informations et cours reçus tout au long de leur scolarité. Il est également possible que certaines des participantes aient fourni des réponses déguisées par honte, culpabilité ou déshonneur.

Il aurait pu être intéressant de tenir compte de l'âge des participantes.

Enfin, il existe ici un biais de sélection puisque les participantes ont répondu au questionnaire sur la base du volontariat. De plus, celles – ci devaient répondre à un certain nombre de critères : avoir déjà eu des relations sexuelles, ne pas encore avoir eu d'enfant, avoir entre 18 ans et 25 ans et faire des études supérieures.

### III. Analyse et discussion

Le but de cette étude est de mettre en relation les informations et cours reçus au sein des différentes filières d'études supérieures et les connaissances des étudiantes. Nous nous sommes demandés si les connaissances apportées étaient suffisantes pour permettre à ces étudiantes de faire un choix éclairé en terme de contraception et nous avons souhaité en apprécier leur satisfaction et leur changement au cours de leur cursus d'études.

Les hypothèses principales nous laissent penser que le changement de la contraception est lié à l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques et que les étudiantes les mieux informées sont davantage satisfaites de la contraception qu'elles utilisent. Le mode de contraception étant adapté selon les besoins de chacune grâce à leurs connaissances.

#### 1. Profil des participantes de l'échantillon

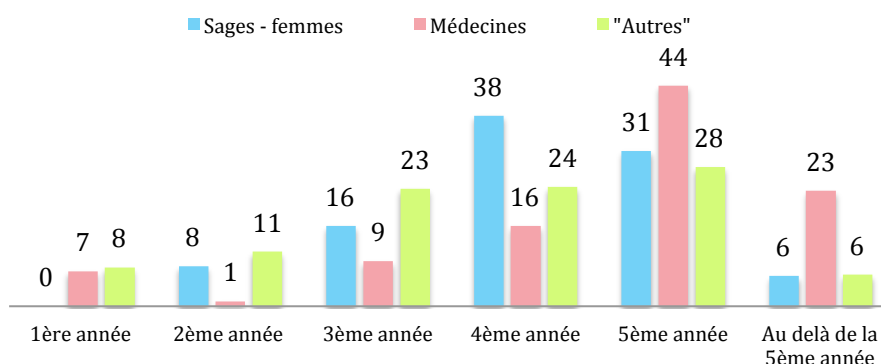
L'échantillon étudié est constitué de 504 étudiantes ayant entre 18 et 25 ans réparties en 3 sous – groupes inhomogènes :

- 72 étudiantes sages – femmes
- 83 étudiantes en médecine
- 349 étudiantes de filières « autres », très variées et notamment des étudiantes en : kinésithérapie, droit, management, commerce, pharmacie, puériculture, professorat des écoles, sciences politiques, biologie, orthophonie, psychologie, communication, sciences et ingénierie énergétiques, sciences sanitaires et sociales, langues étrangères...

Les effectifs des 3 catégories étant repartis inégalement, ils pourraient constituer un biais dans les comparaisons effectuées.

La majorité des étudiantes ont un niveau d'étude correspondant à la 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année d'étude puisqu'elles représentent 75% de l'échantillon.

Répartition des différentes filières selon leur niveau d'étude



Le niveau d'étude est relativement homogène entre les 3 sous catégories ce qui permet de réaliser des comparaisons fiables et rigoureuses.

Les deux tiers des étudiantes se déclarent « en couple » et 73% des participantes « ont des rapports sexuels réguliers ». Il aurait peut être été judicieux de préciser ce que nous entendions par « régulier » en ce qui concerne les rapports sexuels.

## 2. Interventions et cours reçus au cours de la scolarité

### 2.1 Les séances d'animations

D'après les réponses obtenues, 72% des étudiantes de toutes filières confondues ont reçu 1 à 2 séances d'informations concernant la contraception au collège, 1 à 2 séances d'informations au lycée pour 53% d'entre elles et 76% des participantes n'ont reçu aucune séance d'informations au cours des études supérieures. 38% des étudiantes déclarent n'avoir reçu aucune séance d'informations au lycée (*tableau 1*). Pourtant, d'après le Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports et depuis la loi n°2001 - 588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, les collégiens et lycéens doivent bénéficier d'au moins 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité (31) (1). Ces séances de durée et de contenu adaptés au niveau ainsi qu'à la taille des groupes, sont dispensées par des équipes formées ou des partenaires extérieurs. En effet, cette règle est peu appliquée, ou du moins très inégalement, D'après une étude menée au cours de l'année scolaire 2014 - 2015, 25% des écoles élémentaires, 4% des collèges et 11,3% des lycées déclarent n'avoir rien mis en place. Les chiffres sont inquiétants puisque seuls 47% des CM2, 10% des 6<sup>ème</sup> et 21% des 4<sup>ème</sup> ont reçu au moins trois séances d'éducation à la sexualité (54).

Nous rappelons que ces séances relatives à l'éducation à la santé et à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées sont essentielles puisque les principales sources d'informations citées par les étudiantes sont l'école (collège et lycée) ainsi que les professionnels de santé (55).

En résumé, plus la population estudiantine vieillit, moins elle reçoit d'informations alors qu'il s'agirait justement du moment où elle en aurait le plus besoin.

Suite aux animations reçues, les étudiantes sages - femmes sont 45% à qualifier leurs connaissances de « très bonnes » (4 sur 5) (*figure 3*), un tiers des étudiantes en médecine les qualifient de « bonnes » (3 sur 5) et un tiers de « très bonnes » (4 sur 5) (*figure 5*) alors qu'un tiers des filières « autres » pensent que leurs connaissances sont « insuffisantes » (2 sur 5) et 41% « bonnes » (3 sur 5) (*figure 7*). La moitié des étudiantes sages - femmes souhaite recevoir d'autres informations contre 62% des étudiantes en médecine et 76% des étudiantes des autres filières (*figures 4, 6, 8*). On observe ainsi une contradiction entre le souhait des étudiantes en médecine de recevoir d'autres informations et l'estimation de leurs connaissances. Nous verrons par la suite ce qui pourrait l'expliquer.

On relève une différence entre les 3 sous catégories dans l'estimation des connaissances et le désir d'avoir davantage d'informations. Celle - ci peut s'expliquer, en partie par le fait que 65% des étudiantes sages - femmes disent avoir reçu de 3 à plus de 7 séances d'informations au cours des études supérieures contre 14% des étudiantes en études de médecine et 3% des étudiantes de filières « autres ».

Il y a déjà un contraste considérable entre les séances d'informations chez les 3 sous groupes étudiés. Certains freins à la mise en place de ces séances obligatoires sont évoqués : des problèmes d'emploi du temps ou d'organisation matérielle, des difficultés entre l'articulation des intervenants et les établissements, un financement des interventions incomplet. On relève ainsi une qualité et une mobilisation inégale des établissements scolaires en ce qui concerne les séances d'informations et d'éducation à la sexualité alors qu'elles devraient être obligatoires (1).

## 2.2 Les cours concernant la contraception

Au cours de leurs études supérieures, les étudiantes des diverses filières se voient, ou non, dispenser des enseignements gynécologiques dont certains concernent la contraception. Ainsi, 80% des étudiantes des filières « autres » déclarent n'avoir reçu aucun cours à propos de la contraception, elles sont 65% à avoir reçu entre 1 et 4 heures en médecine et presque 90% des étudiantes sages – femmes disent avoir reçu au mois 5 heures de cours sur ce sujet (*tableau 2*).

Au terme de la 5<sup>ème</sup> année, c'est à dire à la fin du cursus d'études, la totalité des étudiantes sages – femmes ont reçu au moins 3 à 4 heures de cours concernant la contraception et pour 91% d'entre elles, plus de 7 heures (*tableau 3*). Ces données sont en accord avec l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage – femme. Ce dernier fixe un quota d'au moins 40 heures d'enseignement gynécologique théorique parmi lesquelles sont abordés les moyens de contraception féminins et masculins (36) (37). Les étudiantes en maïeutique s'estiment en grande majorité « très bien informées » puisque presque 84% d'entre elles évaluent leurs connaissances à 4 (*très bonnes connaissances*) ou 5 (*excellentes connaissances*) sur une échelle de 5 (*figure 9*).

Et pourtant, 59% d'entre elles expriment le souhait de recevoir davantage d'informations (*figure 10*). Cette contradiction, déjà observée précédemment avec les étudiantes en médecine trouverait diverses explications. Notre hypothèse principale serait un besoin de plus de mise en pratique et notamment par des cas cliniques, jeux de rôles ou lors des différents stages. Nous évoquons en second lieu un éventuel manque de confiance des étudiantes en leurs capacités ; il pourrait être intéressant d'évaluer ce niveau de confiance lors d'une étude ultérieure.

Seuls 8% des étudiantes en médecine de notre population ont reçu plus de 8 heures de cours relatifs à la contraception, elles sont un peu plus de la moitié à avoir bénéficié de 3 à 4 heures de cours. Les étudiantes ayant un niveau d'études équivalent à plus de 5 années, sont cependant, plus de deux tiers à avoir bénéficié d'au moins 3 à 4 heures de cours (*tableau 4*).

Nous pouvons justifier ce résultat par le fait que les enseignements de gynécologie ne soient véritablement débutés qu'à partir de la 4<sup>ème</sup> année avec l'unité d'enseignement 2 « *De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent* » qui contient un item dédié à la contraception (38). Malgré ces chiffres, 75% de ces étudiantes estiment leurs connaissances à 4 (*très bonnes connaissances*) ou 5 (*excellentes connaissances*) sur une échelle de 5 (*figure 11*) et seulement 44% d'entre elles souhaiteraient bénéficier d'autres informations suite aux cours reçus (*figure 12*). En parallèle avec le manque de confiance évoqué chez les étudiantes sages – femmes, y aurait – il un « excès » de confiance des étudiantes médecins en leurs compétences ?

En accord avec le fait que 80% des étudiantes d'« autres » filières n'aient reçu aucun cours, plus de la moitié d'entre elles estiment n'avoir aucune connaissance et souhaitent bénéficier d'autres informations pour plus des deux tiers (*figures 13 et 14*).

10% des filières « autres » affirment avoir reçu au moins 3 heures de ces enseignements et ceci s'explique par la présence d'enseignements en gynécologie dans certaines filières d'études comme la pharmacie, la profession de masseur – kinésithérapeute ou encore celle préparant encore le diplôme d'État d'infirmier.

En effet, parmi les enseignements théoriques des modules obligatoires à la préparation du diplôme d'État infirmier, celui intitulé « *soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques* » représente 40 heures. Les infirmiers ont notamment un rôle dans l'éducation à la sexualité et participent à des actions de santé publique (46) (56).

Il en est de même pour les docteurs en pharmacie. Ceux – ci bénéficient d'un module « *matières premières et principes actifs des médicaments d'origine synthétique ou biologique d'utilisation actuelle* » qui concerne notamment les contraceptifs, ainsi que de certains enseignements de gynécologie et d'obstétrique (43) (57).

Enfin, le masseur – kinésithérapeute est habilité à pratiquer la « rééducation abdominale, y compris du post – partum à compter de l'examen postnatal » et la « rééducation périnéo – sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique » sur prescription médicale. De ce fait, des enseignements gynécologiques ont pu être abordés au long de leur formation (45).

Les cours de gynécologie dispensés sont adaptés au champ de compétences de chacune de ces filières et sont moins explicites que dans les filières spécialisées en gynécologie cependant, ils permettent d'expliquer que certaines des filières faisant partie du sous groupe « autres » aient reçu des cours concernant la contraception.

Nous relevons ainsi une différence significative de l'estimation des connaissances des étudiantes (sur une échelle de 1 à 5) selon la filière dans laquelle elles étudient : les étudiantes sages – femmes et médecine estiment avoir de meilleures connaissances à propos de la contraception que les étudiantes ayant choisi d'autres domaines d'études, conscientes de leurs lacunes à ce sujet.

### 3. Niveau de connaissances à propos de la contraception

#### 3.1 Généralités

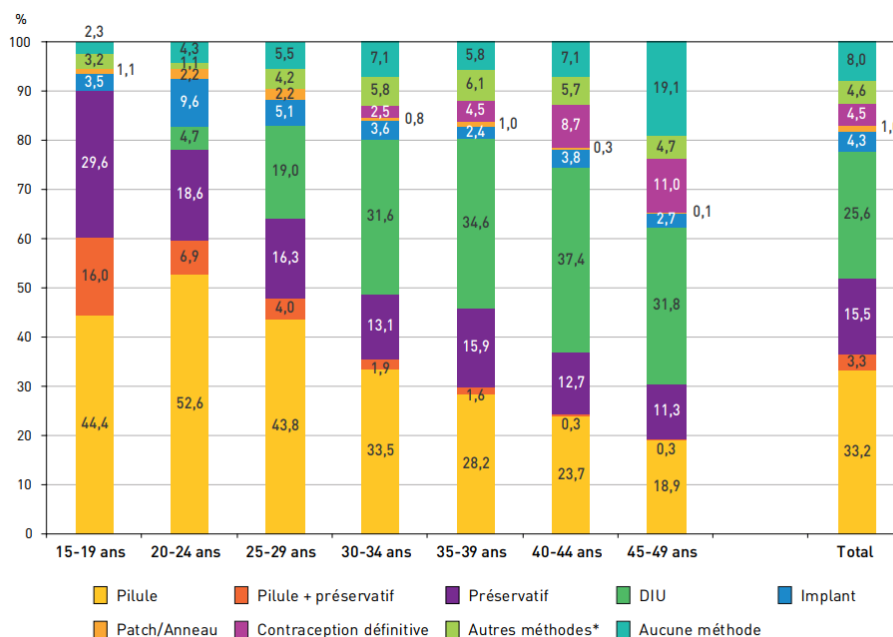
Lorsque l'on a demandé aux étudiantes de notre échantillon « *à propos de quelle(s) méthode(s) de contraception estimez – vous avoir des connaissances suffisantes ?* », la réponse la plus représentée par les 3 sous catégories a été, sans grande surprise ; le préservatif masculin (plus de 90% dans chaque groupe). Arrivent ensuite les pilules : oestro – progestative et progestative (*tableau 6*).

Nous retrouvons des déclarations similaires dans le mémoire de Laura Cortellari qui a proposé un « *état des lieux des pratiques contraceptives des étudiantes de l'Université de Bretagne Occidentale* » dans lequel les étudiantes de l'UBO (Université de Bretagne Occidentale) se disent être le plus informées sur la pilule et le préservatif masculin (55).



Ces chiffres sont corrélés à l'utilisation des méthodes de contraception puisque 13% de notre échantillon déclarent utiliser le préservatif masculin et 62% la pilule. Les données recueillies sont en accord avec celles de la population générale : les données du Baromètre Santé de 2016 montrent que la pilule reste le contraceptif le plus utilisé chez les femmes de moins de 25 ans et ce, malgré des polémiques récentes. Le préservatif masculin arrive quant à lui en deuxième position pour cette population âgée de 15 à 24 ans (58).

Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge, Santé Publique France, 2017 :



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.  
\* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.  
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Il nous paraît évident que les étudiantes estiment le mieux connaître les méthodes de contraception qu'elles utilisent le plus.

Globalement, les étudiantes sages – femmes estiment avoir de meilleures connaissances à propos de toutes les méthodes de contraception.

### 3.2 Analyse des réponses au questionnaire

#### 3.2.1 Généralités

4% des étudiantes médecine et 8% des étudiantes « autres » ne savent pas que les sages – femmes peuvent prescrire la contraception (tableau 7). Pourtant et conformément à la loi HSPT de juillet 2009, celles – ci peuvent proposer et prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs (35).

13% des étudiantes en médecine ne savent pas que le gynécologue peut prescrire la contraception. Ce chiffre nous paraît énorme tandis qu'il s'agit de l'une des spécialités les concernant.

13% des étudiantes en médecine et 11% des participantes se trouvant dans les « autres » filières persistent à penser qu'il n'y a pas de risque de grossesse lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation (*figure 17*). Ces résultats, quasiment identiques sont inquiétants : les étudiantes en médecine et celles des « autres » filières auraient le même niveau de connaissances ?

Ces résultats nous permettent de constater une méconnaissance en matière de santé sexuelle qui peut mener à la survenue de rapports sexuels à risque et donc, de grossesses non désirées.

### 3.2.2 La pilule

Selon les données précédentes, les étudiantes en médecine estiment avoir des connaissances équivalentes aux étudiantes sages – femmes en ce qui concerne la pilule progestative et supérieures lorsqu'il s'agit de la pilule œstro – progestative (*tableau 6*).

Cependant, on observe des lacunes dans cette partie de l'échantillon. En effet, 15% des étudiantes en médecine pensent que « la pilule fait systématiquement grossir ». On observe de meilleures connaissances chez les étudiantes sages – femmes qui sont 3% à le penser (*figure 16*). D'après les résultats de l'étude « Les Français et la contraception » menée en 2007, près d'un quart (24 %) des jeunes de 15 – 20 ans interrogés pensent que la pilule fait systématiquement grossir (23). On soulève alors un défaut d'information chez les étudiantes des « autres » filières puisqu'un tiers de celles – ci répondent positivement à la question « *la pilule fait grossir ?* ». Il aurait peut être été judicieux d'ajouter le terme « systématique » dans l'énoncé de notre question afin d'être plus précis.

1% des étudiantes sages – femmes, 4% des étudiantes en médecine et 6% des étudiantes d'autres filières présument qu'il n'est pas possible de prendre la pilule lorsque l'on est fumeuse.

Ces « fausses vérités » constituent un frein à l'utilisation des contraceptifs.

### 3.2.3 Le dispositif intra utérin (DIU)

Les connaissances concernant le dispositif intra utérin évoluent. Seuls 1% des étudiantes sages – femmes et médecins ne savent pas que le DIU peut être utilisé chez les nullipares. Elles sont 5% chez les étudiantes des « autres » filières (*figure 19*).

En 2007, 50 % des Français pensaient que l'on ne pouvait pas utiliser de stérilet lorsque l'on n'avait pas encore eu d'enfant (23).

La durée d'action du dispositif intra utérin hormonal n'est pas encore connue de tous puisque 1%, 4% et 11% des étudiantes sages – femmes, médecins et « autres » ne donnent pas de réponse juste (3 à 5 ans) (*figure 20*).

### 3.2.4 L'implant

L'utilisation de l'implant contraceptif s'est vue croître ces dernières années. Il constitue le troisième contraceptif après la pilule et le préservatif chez les 20 – 24 ans (59). Nous pourrions alors penser que les connaissances à propos de cette méthode contraceptive soient en adéquation avec ce phénomène.

Pourtant, 8% des étudiantes sages – femmes, 28% des étudiantes en médecine et 54% des étudiantes de filières « autres » n'en connaissent pas la durée d'action (*figure 21*).

Sous implant contraceptif, on observera une aménorrhée chez 1 femme sur 5, des saignements fréquents et, ou prolongés chez 1 femme sur 5 et des saignements abondants sont également rapportés (60). 90% des étudiantes sages – femmes, 63% des étudiantes en médecine et seulement la moitié (53%) des étudiantes des autres filières sont au courant que le profil du saignement est variable selon la femme qui utilise l'implant (*figure 22*).

L'utilisation d'une contraception ne signifie donc pas que les utilisatrices en ont une connaissance optimale et les connaissances à propos de l'implant sont inférieures à celles concernant le dispositif intra utérin.

Nous constatons ainsi des lacunes, encore trop importantes sur le mode d'action, l'efficacité ou les modalités d'utilisation des différents modes de contraception.

Les idées reçues ou le manque de connaissances participent à une inadéquation des choix contraceptifs des étudiantes. En effet, il nous paraît difficile de choisir une méthode contraceptive adaptée sans bien en connaître les spécificités.

### 3.2.5 La contraception d'urgence

Alors que près de la moitié des étudiantes en médecine et des autres filières et un tiers des étudiantes sages – femmes ont déjà eu recours à l'utilisation de la contraception d'urgence, un tiers (35%) (*tableau 11*) des participantes en médecine et plus de la moitié (56%) des étudiantes en « autres » filières persistent à penser que « *si la contraception d'urgence est prise trop souvent, cela peut avoir un impact sur la fertilité* ». Elles sont 8% à le penser chez les étudiantes sages – femmes (*figure 18*).

Dans son mémoire sur « *l'état des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse* », Camille Belleville indique qu'un tiers des femmes interrogées dans son étude émettent des craintes sur leur santé suite à l'utilisation de la pilule d'urgence. De plus, d'après une étude Australienne, moins de la moitié des femmes la considère comme une méthode sûre pour la santé (61).

Or, la contraception d'urgence constitue un outil essentiel pour réduire le risque de grossesse après un échec contraceptif ou un rapport non protégé. Afin que ces méthodes de rattrapage soient bien utilisées, il est nécessaire que les connaissances à ce sujet soient justes.

Le dispositif intra – utérin est davantage utilisé chez les étudiantes sages – femmes et nous pourrions alors établir un lien entre ce phénomène et le fait que ces participantes aient eu moins recours à la contraception d'urgence. En effet, grâce à cette contraception de longue durée d'action, il y a moins d'échecs liés à l'observance et donc moins de rapports sexuels à risque de grossesse non désirée.

### 3.3 Score réel obtenu

Le score obtenu nous permet d'évaluer les connaissances des patientes en matière de contraception et plusieurs constats sont établis.

D'une part, les moyennes obtenues sont distinctes entre les différentes filières puisque les étudiantes sages – femmes obtiennent une moyenne de 13 sur 15 pour, 10 pour les étudiantes en médecine et 8 pour les étudiantes des autres filières.

De plus, elles obtiennent une note supérieure ou égale à 14 pour 50 % des étudiantes sages – femmes, à 10 pour 50% des étudiantes en médecine et à 8 pour 50% des étudiantes de filière autre. Ceci les classe donc respectivement dans l'item « *connaissances excellentes* », « *très bonnes connaissances* » et « *bonnes connaissances* » pour la moitié des étudiantes de chaque catégorie (*figure 24*).

D'autre part, on observe une disparité variable entre l'autoévaluation des connaissances et les connaissances réelles pour chacun des groupes de participantes. Alors que la majorité des étudiantes sages – femmes qualifient leurs connaissances de « *très bonnes* », 81% d'entre elles obtiennent en réalité un score correspondant à d'excellentes connaissances (*figure 25*). On s'aperçoit alors qu'il existe une sous estimation des connaissances chez les étudiantes de ce sous groupe.

On établit le même constat chez les étudiantes d'autres filières puisqu'elles sont 53% à estimer n'avoir « aucune connaissance » et que seul 1% ont un score qui correspond à cette classe de connaissances. 19% estiment avoir de « bonnes connaissances » alors qu'elles sont en réalité 49% à faire partie de cette catégorie (*figure 27*).

On observe une tendance inverse chez les étudiantes en médecine. Alors qu'elles pensent pour 27% d'entre elles avoir des connaissances « excellentes », le score réel obtenu les classe pour 9% seulement dans cette catégorie. Il en va de même pour la catégorie « très bonnes connaissances » pour laquelle elles étaient 48% à penser être dans cette catégorie, elles ne sont que 43% à obtenir un score les plaçant dans cette rubrique (*figure 26*). Ces réponses nous montrent ainsi que les étudiantes en médecine pensent avoir un niveau de connaissances plus élevé que celui qu'elles n'ont en réalité.

Ces conclusions nous inquiètent. En effet, ces « fausses » assurances pourraient avoir des conséquences dramatiques sur la patientèle des futurs professionnels en médecine. Pour pouvoir assurer des soins de qualité, il est nécessaire que les connaissances relatives soient conformes à la réalité. Si tel n'est pas le cas, il faut pouvoir en prendre conscience pour y remédier.

#### 4. La contraception actuelle des participantes

##### 4.1 Généralités

Nous avons ici étudié l'utilisation de la contraception ainsi que la méthode choisie par les participantes.

Dans notre échantillon, 83% des étudiantes en études supérieures utilisent une contraception. Ce taux est supérieur à celui de la population générale puisque sept femmes sur dix (71,8 %) de 15 à 49 ans, déclarent faire quelque chose pour éviter une grossesse selon le Baromètre Santé de 2016 (59). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population de notre échantillon soit plus jeune que celle de la population de l'enquête du Baromètre.

Dans notre étude, nous n'observons pas de différence significative entre l'utilisation de la contraception et la filière d'étude choisie. La proportion de femmes sans contraception est similaire dans les 3 catégories ; jalonnant les 15 à 18% (*tableau 8*).

Cette absence contraceptive peut soulever certaines interrogations et il est important de rappeler qu'il existe divers dispositifs pour aider les jeunes femmes à effectuer un choix libre et éclairé en terme de contraception. Cela passe par des brochures d'informations sur la contraception comme celle proposée par Santé Publique France en 2019 « *Choisir sa contraception* » (ANNEXE 1). Nous évoquons également les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) accessibles à tous (25) ainsi que les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) présents dans les universités. Ces organisations sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'information, notamment en terme de contraception (27).

Si les principales sources d'informations citées par les jeunes de 18 à 25 ans sont : les parents (91%), le milieu scolaire (80%) et les professionnels de santé (61%), les CPEF restent cependant peu mentionnés (62).

Parmi les réponses récoltées, les moyens de contraception les plus utilisés sont : les pilules micro progestative (24%) ou oestro - progestative (37%), le préservatif masculin (13%), le dispositif intra utérin hormonal (7%) ou au cuivre (7%) et l'implant (5%). Nos résultats pour cet item rejoignent ceux du baromètre santé publique de 2016 puisque la pilule est la méthode la plus représentée avec 36,5% chez les 15 - 49 ans et sa fréquence d'utilisation augmente jusqu'à 59,5% chez les 20 - 24 ans. Elle est suivie par le dispositif intra utérin et le préservatif masculin. Lors de ces dernières années, on observe une augmentation de l'utilisation du DIU qui remplace peu à peu la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans et en représente 4,7% (59).

Un mémoire de 2018 portant sur les pratiques contraceptives des étudiantes de l'Université de Bretagne Occidentale vient renforcer ces constats : 80% des étudiantes ont déclaré avoir une contraception, la pilule étant la méthode de contraception la plus adoptée (53%), le DIU au cuivre est adopté par 7%, puis l'implant par 5% et enfin le SIU hormonal pour 2% des étudiantes (55).

Toutefois, on relève certaines différences significatives en terme d'utilisation de la contraception au sein des différentes filières d'études. Alors que le préservatif est respectivement utilisé par 12% des médecines et 15% des « autres », seules 7% des sages - femmes l'utilisent. Quant au SIU hormonal, il est utilisé par presque un tiers des étudiantes sages - femmes contre 7% des médecines et 1% des « autres » filières (*tableau 9*).

On émet plusieurs suppositions pour expliquer cette différence. Premièrement, l'inégalité des sous groupes de filières constitue un biais dans l'analyse des réponses. Deuxièmement, nous pouvons supposer que les étudiantes sages - femmes ont des connaissances sur l'indice de Pearl (*indice qui permet de mesurer l'efficacité des méthodes contraceptives, plus l'indice est bas, plus la contraception est efficace*) suite aux cours reçus. En effet, le dispositif intra utérin présente un indice de Pearl faible (*0,2 à 0,6 en utilisation courante*) et constitue alors une méthode de contraception efficace alors que la fiabilité du préservatif masculin (*15 en utilisation courante*) est inférieure du fait de l'indice élevé (63). Qui plus est, contrairement à une partie de la population générale, les étudiantes sages - femmes ont conscience que le DIU est accessible aux nullipares. Les étudiantes adapteraient alors leur choix en fonction de ces données sans suivre la « norme contraceptive française ». Enfin, certains facteurs comme la multiplicité des stages et le rythme horaire pourraient induire les étudiantes sages - femmes à adopter un contraceptif de

longue durée d'action tel que le dispositif intra utérin au détriment de la pilule qui nécessite une observance rigoureuse avec une prise tous les jours à heure fixe.

Nous ouvrons la discussion sur le fait qu'une diversification contraceptive ait vu le jour entre 2010 et 2013 chez les 20 – 24 ans avec une hausse de l'utilisation de l'implant ainsi que du dispositif intra – utérin. Depuis 2016, celle – ci ne s'est toutefois pas poursuivie d'après le Baromètre de la Santé 2016 (59).

#### 4.2 Satisfaction et changement

Après avoir étudié le niveau de satisfaction des étudiantes vis à vis de leur contraception, nous avons mis en évidence une corrélation entre ce paramètre et la filière dans laquelle elles étudient. En effet, les étudiantes sages – femmes se disent « extrêmement satisfaites » à 41% contre 29% des étudiantes médecines et 20% des étudiantes des « autres filières ». À l'inverse, elles sont 14% des étudiantes des filières autres à exprimer une satisfaction insuffisante, 10% des étudiantes en médecine et seulement 4% des étudiantes sages – femmes (*tableau 12*).

De plus, nous avons pu relever un lien entre le souhait de changer de contraception et la filière d'études (*tableau 13*). Cependant, malgré un désir de changement, la moitié des étudiantes sages femmes, deux tiers des étudiantes en médecine et 70% des étudiantes d'autres filières n'ont pas changé de moyen de contraception au cours de leurs études supérieures (*tableau 15*).

À l'inverse, cette étude ne nous a pas permis d'établir un lien entre les étudiantes n'effectuant **pas** de changement du moyen de contraception (même lorsqu'elles en expriment le souhait) et la filière d'étude dans laquelle elles étudient ; leur filière n'aurait pas d'impact sur l'absence de changement.

Les principales causes de l'absence de changement sont : l'appréhension des effets indésirables, le fait que le changement s'avère compliqué et le manque de connaissances. Ce dernier point est cité chez près d'un quart des participantes des autres filières alors qu'aucune étudiante sage – femme n'a évoqué cette raison (*tableau 14*).

Ces chiffres nous permettent de soulever, une fois de plus, l'écart qui se creuse entre les différentes filières quant à leurs connaissances en terme de contraception. Lacunes, qui sont susceptibles de constituer un frein au changement.

Il faut toutefois être prudent quant à l'association entre la satisfaction et le changement du moyen de contraception. Effectivement, Lorraine Rougemont indique dans son mémoire que 55% des étudiantes ont changé de moyen de contraception au cours de leur formation alors que seules 27,3% en exprimaient une mauvaise satisfaction. Ces données lui permettent ainsi de conclure que l'insatisfaction n'est pas la seule origine du changement (2).

Puisque nous avons pu établir un lien entre le souhait de changer de contraception et la filière d'études choisie (*tableaux 13 et 15*), nous avons voulu étudier quel(s) versant(s) des études avaient une influence sur le changement. Parmi les résultats, **89%** des étudiantes sages – femmes citent « l'acquisition de nouvelles connaissances » alors que cette même raison est évoquée chez 47% des étudiantes en médecine et 27% des filières « autres ». Le changement du rythme de vie est respectivement cité chez 89%, 27% et 34% des 3 catégories (*tableau 16*).

Parmi les participantes interviewées, celles qui souhaitent changer de moyen de contraception évoquent principalement les « oublis », les « effets indésirables » ou la « survenue de contre – indications » (*figure 28*).

On constate une meilleure maîtrise du sujet par les sages – femmes et donc une plus grande souplesse dans le changement de contraception si cette dernière est mal supportée ou mal maîtrisée. Les autres n’osent pas, probablement par méconnaissance.

#### 4.3 *Le recours à la contraception d’urgence et à l’interruption volontaire de grossesse*

24,4% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir utilisé au moins une fois la contraception d’urgence. Cette incidence varie selon la tranche d’âge puisque 39% des 15 à 19 ans affirment y avoir eu recours et que près d’une jeune femme de 20 à 24 ans sur deux (46,6 %) a déjà utilisé la contraception d’urgence (64).

Cette utilisation est probablement liée au mode de vie étudiant : consommation de toxiques (tabac, cannabis, alcool), comportements sexuels à risque, les problèmes financiers ou certaines fragilités psychologiques (stress, épuisement, problème de sommeil). Facteurs qui rendent la bonne observance de la contraception difficile engendrant ainsi des échecs contraceptifs (2).

Nous soulignons une cohérence des résultats puisque 48% de notre échantillon dont 33% des étudiantes sages – femmes, 54% des étudiantes en médecine et 49% des étudiantes d’autres filières ont répondu positivement lorsque nous leur avons demandé « *avez – vous déjà eu recours à la contraception d’urgence ?* » (*tableau 11*).

Cette homogénéité est une nouvelle fois établie grâce aux résultats obtenus dans le mémoire de Lorraine Rougemont qui indiquait que 35% des étudiantes sages – femmes interrogées affirmaient avoir déjà eu recours à la contraception d’urgence (2).

Nous rappelons que le recours à la contraception d’urgence fait partie des stratégies de rattrapage pour pallier un risque de grossesse non désirée, quelle qu’en soit la cause. Son utilisation est le signe de difficultés rencontrées par les femmes vis à vis de leurs pratiques contraceptives.

Plusieurs raisons sont évoquées pour en expliquer l’utilisation et près de la moitié des 20 – 25 ans la justifient par un « oubli de pilule » (65).

Les femmes de 20 à 24 ans demeurent les plus concernées par l’IVG, avec un recours moyen de 2,7 femmes pour 100 contre 1,49 pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015 (64).

Parmi les étudiantes de notre échantillon, 3,7 femmes pour 100 affirment avoir déjà eu recours à l’IVG dont aucune étudiante sage – femme et 1 pour 100 des étudiantes en médecine (*tableau 10*).

Cette discordance pourrait être expliquée par plusieurs facteurs. Tout d’abord nous pourrions l’expliquer par un biais de déclaration.

Il pourrait également être considéré que les étudiantes sages – femmes ou médecines aient de meilleures connaissances en terme de contraception. Celles – ci leur permettraient alors une

capacité d'adaptation du contraceptif utilisé en accord avec leur mode de vie engendrant ainsi une diminution des échecs contraceptifs.

De plus, la connaissance de la contraception d'urgence et de son utilisation par ces filières justifierait la diminution du recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse.

Enfin, le fait d'être en cours d'étude pourrait influencer la décision d'interrompre la grossesse. Cette hypothèse est d'ailleurs soutenue par un article sur la diversité des profils des femmes ayant recours à l'IVG qui s'appuie sur une enquête de la DREES (25).

#### IV. Axes d'amélioration et ouvertures

Nous pouvons nous demander **comment nous pourrions pallier aux lacunes dues au manque d'enseignement concernant la contraception dans les différentes filières d'études.**

Tout d'abord, et en accord avec la loi du 4 juillet 2001 (31), nous pourrions inciter les établissements à mettre en place les séances obligatoires d'informations et d'éducation à la sexualité. En effet, les chiffres parlent d'eux mêmes et ces séances restent encore trop peu appliquées, créant alors, un manque de connaissances évident. Nous sommes conscients qu'il existe des freins à l'application de ces séances et nous espérons y pallier de diverses manières. Premièrement nous pourrions revenir sur la formation des enseignants, des intervenants et leur proposer éventuellement des formations en ligne. Nous évoquons également le fait de retravailler le format et le contenu des séances afin de les adapter aux souhaits des étudiants. Enfin, il pourrait être judicieux de s'appuyer sur les personnels sociaux de santé (infirmiers – ères scolaires, conseillers – ères conjugaux – ales, rôle des CPEF, assistants – es sociaux – ales) qui sont probablement plus à – mêmes de répondre aux besoins des populations.

Obligatoires jusqu'au lycée, ces séances d'éducation à la sexualité pourraient éventuellement être poursuivies lors des études supérieures. En effet, il nous paraît adapté de continuer à recevoir des informations en terme de sexualité et plus précisément, en terme de contraception tandis que la sexualité se développe et évolue avec l'âge.

Pour continuer dans cette idée, nous avons pensé à mettre en place différents forums obligatoires au sein des structures d'études supérieures. En effet, les chiffres de notre étude nous montrent que les participantes sont désireuses de bénéficier de connaissances supplémentaires et l'expriment pour 70% d'entre elles.

Ces forums constitueraient alors une excellente alternative permettant aux étudiants de recevoir des informations sans que ceux – ci ne se sentent honteux ou coupables d'aller chercher d'eux – mêmes les renseignements, la sexualité restant encore aujourd'hui, taboue.

Lancé depuis la rentrée 2018, le service sanitaire des étudiants en santé constitue une autre possibilité permettant la diffusion des informations en santé sexuelle. En pratique, 6 semaines sont consacrées à celui – ci selon : un temps de formation, un temps d'action auprès des populations cibles et un temps d'évaluation de l'action (50).

Dans l'idée, la prévention et la promotion de la santé sont cruciales et pourraient être mieux accueillies par les jeunes en étant dispensées par d'autres jeunes.

Pourtant, plusieurs problèmes se posent. D'une part, quelle formation dispenser aux étudiants qui interviennent et par qui ? De plus, nous observons une inégalité et une insuffisance de



formation qui pourrait alors mettre les étudiants en difficulté face aux différents publics. D'autre part, ces interventions sont pour l'instant réservées aux jeunes les plus fragiles et une interrogation nous apparaît alors : les autres adolescents n'ont-ils pas besoin d'informations en santé, en terme de contraception ?

Par ailleurs, nous avons observé des lacunes et, ou un manque de confiance des étudiantes malgré les informations reçues. Nous supposons que les enseignements ne sont pas adéquats et nous proposons alors d'instaurer davantage de mise en pratique. Celle-ci pourrait se faire via des travaux pratiques, des situations cliniques ou des jeux de rôles. Nous présumons que l'acquisition et l'assimilation des connaissances en seraient ainsi meilleures.

Les CPEF et les SUMPPS ont un rôle primaire auprès des populations de jeunes (25) (27). En effet, ces lieux d'écoute et d'informations pourraient être des supports élémentaires dans la diffusion des connaissances en sexualité et plus particulièrement, en contraception. Cependant, l'investissement des professionnels qui les composent n'est parfois pas optimal et les impacts positifs qu'ils pourraient avoir se voient alors diminués.

Pour terminer, qu'en est-il des femmes qui ne font pas d'études supérieures ? Comment pourrions-nous leur proposer des informations complémentaires en terme de contraception ? Nous avons pensé à faire intervenir des acteurs sociaux en santé au sein des structures professionnelles ou encore à renforcer la communication et l'utilisation des nouveaux moyens disponibles. Entre autres et depuis peu, Santé Publique France propose un nouvel outil pour choisir une contraception personnalisée et efficace. Après avoir répondu à quelques questions, les utilisatrices se voient proposer différents contraceptifs selon trois catégories : « les plus adaptés », « les possibles » ou « les contre-indiqués probables ». De plus, des informations et explications sont fournies. Disponible sur le site [choisirsacontraception.fr](http://choisirsacontraception.fr), cet outil paraît adapté aux femmes puisque 95% des utilisatrices se sentent concernées par celui-ci (58). Il serait intéressant de mener une enquête plus approfondie auprès des jeunes femmes ne réalisant pas d'études supérieures. Nous pourrions ainsi évaluer, par exemple, leur niveau de connaissances, leur intérêt pour le sujet ou encore la contraception qu'elles utilisent, ou non.

## CONCLUSION

Notre étude porte sur la contraception des jeunes femmes réalisant des études supérieures dans différentes filières et nous émettions plusieurs hypothèses : le changement de contraception serait lié à l'apport de connaissances théoriques lors des études supérieures et les étudiantes les mieux informées seraient davantage satisfaites de leur moyen de contraception puisque, grâce à leurs connaissances, elles seraient capables de l'adapter selon leurs souhaits et besoins.

Cette étude nous permet de mettre en évidence une différence significative entre la filière d'études supérieures et le fait d'avoir changé de contraception durant les études. Effectivement, les étudiantes sages – femmes ont un apport de connaissances important et elles effectuent, en conséquence, un changement de contraception pour près de la moitié d'entre elles. Abandonnant alors la pilule pour se tourner majoritairement vers une contraception de longue durée et de meilleure observance et persistance (DIU, implant, anneau) dont elles sont majoritairement très satisfaites (85%). Elles associent le changement « à l'acquisition de nouvelles connaissances » chez 90% d'entre elles.

Si le fait d'utiliser une contraception n'est pas lié à la filière d'étude choisie, le mode de contraception y est significativement dépendant. Les étudiantes en médecine ou des « autres » filières utilisent en grande majorité le préservatif masculin ainsi que la pilule et leur satisfaction est globalement inférieure à celles des sages – femmes. En effet, en ayant des connaissances moins importantes, leurs choix ne peuvent pas être faits de façon optimale et elles n'ont pas les ressources nécessaires pour adopter le contraceptif qui leur correspondrait le mieux.

De plus, parmi les étudiantes de filières « autres » n'ayant pas changé de moyen de contraception mais en exprimant le souhait, elles évoquent le « manque de connaissances » comme raison pour un quart d'entre elles.

Au total, les étudiantes qui reçoivent moins d'enseignements en terme de contraception ont des connaissances inférieures sur le sujet et se voient alors présenter une satisfaction moindre quant à leur choix contraceptif.

Nos résultats nous permettent de tirer d'autres conclusions et, en toute logique, nous observons une large différence quant au niveau de connaissances des 3 catégories étudiées.

Les connaissances des étudiantes sages – femmes en matière de contraception sont globalement excellentes alors que celles des étudiantes en médecine et des étudiantes des autres filières sont nettement moins bonnes. Il existe des lacunes considérables chez ces populations et sur certains points, les connaissances des étudiantes en médecine sont même comparables voir inférieures à celles des autres filières.

De plus, nous remarquons que les étudiantes sages – femmes et celles étudiant dans les filières « autres » sous estiment leur connaissances alors que les étudiantes en médecine les sur – estiment largement traduisant un manque ou un excès de confiance en leurs compétences.

Ces constats pourraient avoir des conséquences désastreuses, en effet, au delà de l'impact que ces fausses croyances peuvent avoir pour eux – mêmes, les futurs professionnels de santé ne semblent pas à – mêmes de prodiguer des conseils et informations de qualité aux vues des faiblesses observées.

Le champ d'action des sages – femmes s'élargit progressivement et elles sont désormais dotées de compétences en matière de suivi gynécologique et notamment, de contraception. Les

connaissances dont elles font preuve constituent alors des éléments d'excellent pronostic quant à l'exercice professionnel de celles – ci. Elles pourraient se rendre indispensables à un suivi gynécologique de qualité et devenir des collaboratrices nécessaires au sein des Centres de Planification et d'Éducation Familiale.

Quoi qu'il en soit, nous mettons alors en lumière l'urgence et la nécessité d'agir pour que ces jeunes femmes puissent devenir actrices et pleinement satisfaites de leur santé sexuelle et plus particulièrement de leur contraception grâce à des connaissances suffisantes et adaptées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2013 [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: [https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
2. Rougemont L. La contraception des étudiantes sages - femmes : enquête 2018 [Internet] [Mémoire sage - femme]. Grenoble - Alpes; 2018 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908584/document>
3. Lamboley C. Connaissance de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'université de Limoges [Internet]. Limoges; 2012 [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10150>
4. Van de Walle É. Comment prévenait - on les naissances avant la contraception moderne ? Populations et sociétés [Internet]. déc 2005 [cité 17 sept 2020];(418). Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18730/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_418.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18730/pop_et_soc_francais_418.fr.pdf)
5. Bodet A. Histoire de la contraception [Internet] [Thèse diplôme d'état de docteur en pharmacie]. 2014 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf>
6. Hassoun D. Histoire de la législation de la contraception et de l'avortement en France [Internet]. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC). [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>
7. Leridon H. La seconde révolution contraceptive, la régulation des naissances en France de 1950 à 1985 [Internet]. Service de la diffusion de l'INED. [cité 10 sept 2020]. (Travaux et documents). Disponible sur: <file:///Users/agathearchacki/Desktop/La%20Seconde%20révolution%20contraceptive%20la%20régulation%20des%20naissances%20en%20France.webarchive>
8. Dubesset M. Bibia Pavard, si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956 - 1979). Presses universitaires de Rennes [Internet]. 2015 [cité 18 sept 2020];358. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/clio/12638>
9. Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. 3343 sept 16, 2020. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343\\_rapport-information](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information)
10. Proposition de loi n° 3793 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. 3793 janv 21, 2021. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3793\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3793_proposition-loi)
11. Planification familiale, contraception [Internet]. OMS - Organisation Mondiale de la Santé. 2020 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
12. À chacun sa contraception [Internet]. La Mutuelle des Étudiants (LMDE). [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lmde.fr/prevention/vie-affective/contraception>
13. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
14. Choisir sa contraception [Internet]. choisirsacontraception.fr. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.choisirsacontraception.fr/?&clid=CjwKCAjwwab7BRBAEiwAapqpTHn022FvCQzemQERUCxxEfZjXQQqFtR-3rrsi\\_ogAp92BpdYpd7KyxoCVZgQAvD\\_BwE](https://www.choisirsacontraception.fr/?&clid=CjwKCAjwwab7BRBAEiwAapqpTHn022FvCQzemQERUCxxEfZjXQQqFtR-3rrsi_ogAp92BpdYpd7KyxoCVZgQAvD_BwE)

15. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. In. (Chapitre 4; vol. Contraception). Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-11.html>
16. ETONOGESTREL/ETHINYLESTRADIOL MYLAN [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp6647-ETONOGESTREL-ETHINYLESTRADIOL-MYLAN.html>
17. Étoring [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp6531-ETORING.html>
18. Cochois I. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden\\_premier\\_preservatif\\_masculin\\_rembourse\\_a\\_compter\\_du\\_10\\_decembre\\_2018/](https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_decembre_2018/)
19. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. CIRCONSTANCES DES ÉCHECS ET PRESCRIPTION CONTRACEPTIVE POST - IVG : ANALYSE DES TRAJECTOIRES CONTRACEPTIVES AUTOUR DE L'IVG. Cairn [Internet]. 2011;(1):148 à 161. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>
20. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010 [Internet]. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013 [cité 30 sept 2020]. (Baromètre Santé). Disponible sur: <http://inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
21. LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT. INPES [Internet]. 11 sept 2007 [cité 30 sept 2020]; Disponible sur: [http://colloque.mfpf.mp.free.fr/docs%20a%20telecharger/dossier\\_de\\_presse\\_INPES.pdf](http://colloque.mfpf.mp.free.fr/docs%20a%20telecharger/dossier_de_presse_INPES.pdf)
22. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles [Internet] [Mémoire sage - femme]. [Baudelocque]: Paris Descartes; 2010 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593819/document>
23. Contraception, que savent les français? INPES [Internet]. 5 juin 2007 [cité 30 sept 2020]; Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_contraception\\_que\\_savent\\_les\\_francais.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf)
24. Planning familial et centre de planification [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/planning-familial-et-centre-de-planification-5772>
25. Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) [Internet]. data.gouv.fr. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/centres-de-planification-et-deduction-familiale-cpef/>
26. Décret n° 2009 - 516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [Internet]. Légifrance. 2009 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020592043/2020-10-27/>
27. La santé sur les campus [Internet]. étudiant.gouv.fr. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.etudiant.gouv.fr/cid96662/la-sante-sur-les-campus.html>
28. Favoriser le dialogue sur la contraception [Internet]. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE; 2008 avr [cité 12 oct 2020]. (INPES). Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_favoriser\\_le\\_dialogue\\_sur\\_la\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_favoriser_le_dialogue_sur_la_contraception.pdf)
29. Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier [Internet]. Santé Publique France. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/contraception-d-urgence-les-delais-meconnus-par->

les-jeunes-une-campagne-d-information-pour-y-remedier

30. Contraception : filles et garçons, tous concernés [Internet]. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <http://docireps971.canalblog.com/archives/2010/04/18/17610647.html>
31. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. 2020. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
32. Bulletin officiel spécial n° 11 du 26 novembre 2015 [Internet]. [cité 13 oct 2020] p. 349-50. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/sti/sites/eduscol.education.fr/sti/files/textes/formations-college-transversal/7529-programme-26-novembre-2015.pdf>
33. Rôles de l'école et de la famille [Internet]. Éducation et enseignement supérieur Québec. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.qc.ca/enseignants/dossiers/education-a-la-sexualite/roles-de-lecole-et-de-la-famille/>
34. STRATEGIE D' ACTIONS EN MATIERE DE CONTRACEPTION [Internet]. 2007 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie\\_d\\_actions\\_en\\_matiere\\_de\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf)
35. SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET CONTRACEPTION [Internet]. Ordre des sages femmes. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
36. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage - femme [Internet]. 2013 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/2020-10-05/>
37. Bousendorfer M. Évaluation de la formation initiale des sages femmes en contraception [Internet] [Mémoire sage - femme]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2018 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881385/document>
38. Bulletin officiel numéro 20 [Internet]. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2013 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: [https://medecine.univ-rennes1.fr/sites/medecine.univ-rennes1.fr/files/asset/document/bulletin\\_officiel\\_ndeg20\\_du\\_16\\_mai\\_2013\\_dfasm.pdf](https://medecine.univ-rennes1.fr/sites/medecine.univ-rennes1.fr/files/asset/document/bulletin_officiel_ndeg20_du_16_mai_2013_dfasm.pdf)
39. L'EXTERNAT [Internet]. Association Nationale des Étudiants en Médecine de France. Disponible sur: <https://www.anemf.org/externat/>
40. Guyomard H. ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE : REVUE DE LITTERATURE [Internet] [Thèse diplôme d'état de docteur en médecine]. Université d'Angers; 2018 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
41. LA FORMATION CONTINUE : LE DPC [Internet]. Ordre des sages femmes. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
42. Contraception et grossesse [Internet]. Université de Strasbourg. 2020 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://pharmacie.unistra.fr/formation/offre-de-formation-des-etudes-de-pharmacie/dfgsp/rof/FH3/FRUAI0673021VCOEN4173/>
43. Arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie [Internet]. Légifrance. 2015 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000657132/2010-10-14/>
44. Darres A. LE RÔLE ET LA CONNAISSANCE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE CONSEIL ET LA DÉLIVRANCE DE LA CONTRACEPTION [Internet] [THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE]. Université de Limoges; 2013 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur:

<http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-42403>

45. Décret numéro 96 - 879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur - kinésithérapeute [Internet]. Légifrance. 1996 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000195448/>
46. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier [Internet]. Légifrance. 2009 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/2020-10-08/>
47. Missions des infirmiers - ières de l'éducation nationale [Internet]. éducation.gouv.fr. 2015 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517121C.htm>
48. Santé sexuelle et reproductive des femmes : accompagner le choix de la contraception [Internet]. Fédéforma. 2020 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.fedeforma.org/nos-formations/formation-infirmiere/contraception.html>
49. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées [Internet]. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. 2003 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
50. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. ARS. 2019 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
51. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2019 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)
52. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2011. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/note\\_cadrage\\_cu\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf)
53. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV - HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2020 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)
54. BOUSQUET D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin [cité 13 mars 2021]. Report No.: n°2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_2016\\_06\\_15-4.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf)
55. Cortellari L. État des lieux des pratiques contraceptives des étudiantes de l'Université de Bretagne Occidentale en lien avec leur information et leur intérêt pour les méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action. Étude épidémiologique descriptive auprès de 2977 étudiantes de l'UBO [Internet]. Brest; 2018 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844258/document>
56. Section 1 : Actes professionnels - Article R4311 - 15 [Internet]. Légifrance. 2020 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/2020-12-28/>
57. BULLETIN OFFICIEL N°20 DU 16 MAI 2013 - Annexe II - Troisième cycle [Internet]. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2013 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid\\_bo=71555&cbo=1](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71555&cbo=1)
58. CONTRACEPTION : Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. Santé Publique France. 2020 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive>

59. Baromètre santé 2016 - Contraception [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
60. Gamme de médicament Nexplanon [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/nexplanon-46630.html#37701>
61. Belleville C. État des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'IVG [Mémoire sage - femme]. Lille; 2010.
62. Solinhac A. La contraception des jeunes adultes : information, utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. [cité 4 mars 2021];78. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01004106/document>
63. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
64. Santé de la reproduction et périnatalité - Contraception – Contraception d'urgence – IVG [Internet]. DRESS. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Sante%20de%20la%20reproduction%20et%20périnatalité.pdf>
65. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? :18.
66. Vilain A. LES FEMMES AYANT RECOURS À L'IVG : DIVERSITÉ DES PROFILS DES FEMMES ET DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE. Cairn. 2011.



## ANNEXES

**ANNEXE I :** Extrait de la brochure d'information « Choisir sa contraception » de Santé Publique France, octobre 2019

<p>La mienne est dans mon bras</p> 	<p>La mienne est au cuivre</p> 	<p>La mienne est en latex</p> 	<p>La mienne est sans ordonnance</p> 	<p>La mienne dure 3 ans</p> 
<p>La mienne n'est pas contraignante</p> 	<p>La mienne est hebdomadaire</p> 	<p>La mienne est en comprimés</p> 	<p>La mienne est sur ma peau</p> 	<p>La mienne est discrète</p> 
<p>La mienne est définitive</p> 	<p>La mienne est pratique</p> 	<p><b>→ CHOISIR SA CONTRACEPTION</b></p>		
<p>Découvrez tous les modes de contraception et trouvez celui qui vous convient le plus.</p>				

Brochure "Choisir sa contraception" INPES - 2015. 12p

## ANNEXE II : Autorisation Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)



### RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : La contraception chez les étudiantes en études supérieures
<b>Référence Registre DPO</b> : 2020-192
<b>Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s)</b> : Mme Agathe ARCHACKI
<b>Spécificités</b> : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020

Délégué à la Protection des Données

## ANNEXE III : Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Agathe Archacki et je suis actuellement étudiante sage femme en 5<sup>ème</sup> année au CHRU de Lille. En vue de l'obtention de mon diplôme, je réalise mon mémoire de fin d'études sur « la contraception chez les étudiantes en études supérieures ». Ce mémoire s'appuiera notamment sur les réponses à un questionnaire anonyme. C'est pourquoi votre implication et le temps que vous prendrez pour répondre au questionnaire sont précieux pour moi. Ce questionnaire est réservé aux femmes de **plus de 18 ans** et de **moins de 25 ans** qui **réalisent des études supérieures** et n'ont **jamais eu d'enfant**. Je vous remercie d'avance pour votre participation.

## Questionnaire

### Informations générales

1. Dans quelle filière faites vous vos études supérieures ?
  - Études de sage femme
  - Études de médecine
  - Études dans une autre filière : laquelle ?
2. En quelle année d'étude êtes vous ?
  - 1<sup>ère</sup> année
  - 2<sup>ème</sup> année
  - 3<sup>ème</sup> année
  - 4<sup>ème</sup> année
  - 5<sup>ème</sup> année
  - Au delà de la 5<sup>ème</sup> année d'études
3. Quel est votre statut marital ?
  - Célibataire
  - En couple
4. Avez – vous des rapports sexuels réguliers ?
  - Oui
  - Non

### Informations et cours sur la contraception

5. Avez vous eu des séances d'information concernant la contraception au collège ?
  - 0
  - 1 à 2
  - 3 à 4
  - 5 à 6
  - Plus de 7
6. Avez vous eu des séances d'information concernant la contraception au lycée ?
  - 0
  - 1 à 2
  - 3 à 4
  - 5 à 6
  - Plus de 7
7. Avez vous eu des **séances d'information** concernant la contraception au cours des études supérieures ?
  - 0
  - 1 à 2
  - 3 à 4
  - 5 à 6
  - Plus de 7
8. Sur une échelle de 1 à 5, comment estimez vous vos connaissances et informations concernant la contraception suite à ces animations ? (1 : aucune connaissance ; 5 : expert)

9. Aimerez vous avoir d'autres informations en terme de contraception suite à ces animations ?
- Oui
  - Non
10. Combien d'heures de **cours sur la contraception** concernant la contraception avez vous au cours des études supérieures ?
- 0
  - 1 à 4
  - 5 à 10
  - Plus de 10
11. Sur une échelle de 1 à 5, comment estimez vous vos connaissances et informations concernant la contraception suite à ces cours ? (1 : aucune connaissance ; 5 : expert)
12. Aimerez vous avoir d'autres informations en terme de contraception suite à ces cours ?
- Oui
  - Non

### **Quiz sur vos connaissances actuelles en terme de contraception**

13. À propos de quelles méthodes de contraception estimez vous avoir des connaissances suffisantes ?
- Préservatif masculin
  - Préservatif féminin
  - Cape cervicale ou diaphragme
  - Pilule micro progestative
  - Pilule œstro progestative
  - Implant contraceptif
  - Dispositif intra utérin (DIU) hormonal
  - Dispositif intra utérin (DIU) au cuivre
  - Patch
  - Anneau
  - Spermicides
  - Retrait (coïtus interrompus)
  - Calcul des cycles avec abstinence périodique
  - Auto observation de la glaire cervicale
  - Méthode MAMA (*Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée*)
  - Méthode des températures
  - Stérilisation définitive à visée contraceptive
  - Aucune
14. Quel(s) professionnel(s) de santé peuvent prescrire la contraception ?
- Le médecin traitant
  - Le gynécologue
  - La sage femme
  - Je ne sais pas
15. La pilule fait grossir ?
- Vrai
  - Faux
  - Réponse libre
  - Je ne sais pas
16. Lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation, existe – il un risque de grossesse ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
17. Lorsque l'on est fumeuse, est – il possible de prendre la pilule ?
- Oui
  - Non
  - Cela dépend des pilules
  - Je ne sais pas

18. En cas de troubles digestifs (vomissements, diarrhées) la pilule peut ne pas être efficace ?
- Vrai
  - Faux
  - Je ne sais pas
19. Si la contraception d'urgence est prise trop souvent (pilule du lendemain), cela peut avoir un impact négatif sur la fertilité (augmenter la difficulté d'avoir des enfants) ?
- Vrai
  - Faux
  - Je ne sais pas
20. Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut utiliser le dispositif intra utérin (stérilet) ?
- Vrai
  - Faux
  - Je ne sais pas
21. Le dispositif intra utérin (stérilet) hormonal a une durée d'action de :
- 1 an
  - 3 à 5 ans
  - 7 ans
  - 10 ans
  - Je ne sais pas
22. L'implant contraceptif à une durée d'action de :
- 1 an
  - 3 ans
  - 5 ans
  - 7 ans
  - Je ne sais pas
23. Les femmes qui utilisent l'implant contraceptif n'ont plus leurs menstruations (règles)
- Vrai
  - Faux
  - Cela dépend des femmes
  - Je ne sais pas
24. Le patch contraceptif se change :
- Tous les jours pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Au bout de 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Je ne sais pas
25. Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels ?
- Vrai
  - Faux
  - Je ne sais pas
26. L'anneau vaginal se change :
- Tous les jours pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Au bout de 3 semaines puis une semaine d'arrêt
  - Je ne sais pas

### **Votre contraception actuelle**

27. Utilisez – vous un moyen de contraception actuellement ?
- Oui
  - Non
28. *Si oui*, quel est votre moyen de contraception actuel ?
- Préservatif masculin
  - Préservatif féminin

- Cape cervicale ou diaphragme
  - Pilule micro progestative
  - Pilule œstro progestative
  - Implant contraceptif
  - Système intra utérin (SIU) hormonal
  - Dispositif intra utérin (DIU) au cuivre
  - Patch
  - Anneau
  - Spermicides
  - Retrait (coïtus interrompus)
  - Calcul des cycles avec abstinence périodique
  - Auto observation de la glaire cervicale
  - Méthode MAMMA (*Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée*)
  - Méthode des températures
  - Stérilisation définitive à visée contraceptive
29. Au cours de votre vie, avez vous déjà eu recours à une (ou plusieurs) Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?
- Oui
  - Non
30. *Si la réponse est oui à la question 30, utilisiez vous une contraception lorsque la grossesse a débuté ?*
- Oui
  - Non
31. *Si la réponse est oui à la question 31, quelle méthode de contraception utilisiez vous ?*
32. Au cours de votre vie, avez vous déjà eu recours à l'utilisation de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?
- Oui
  - Non
33. *Si la réponse est oui à la question 33, utilisiez vous une contraception lors de la prise de la pilule d'urgence ?*
- Oui
  - Non
34. *Si la réponse est oui à la question 34, quelle méthode de contraception utilisiez vous ?*
35. Sur une échelle de 1 à 5, vous estimez vous satisfaite de votre moyen de contraception actuel ? (1 : aucune satisfaction ; 5 : extrêmement satisfaite)
36. Aimerez vous utiliser un autre moyen de contraception ?
- Oui
  - Non
37. *Si la réponse est **oui** à la question 37, pour quelle(s) raison(s) n'avez vous pas encore changé de contraception ?*
- Vous avez des appréhensions sur les effets indésirables potentiels
  - Par manque de connaissances sur les différentes méthodes de contraception
  - Vous ne savez pas vers qui vous adresser
  - Vous pensez que le changement de contraception s'avère compliqué
  - Vous pensez que vous n'en n'avez pas la nécessité
  - Vous avez peur du jugement de la part du professionnel de santé
  - Autre :
38. Lors de vos **études supérieures** avez vous changé de contraception ?
- Oui
  - Non

Si la réponse est **non** à la question 39, le restant des questions ne vous concerne pas et le questionnaire est terminé

39. *Si la réponse est oui à la question 39*, sur une échelle de 1 à 5 quelle est votre satisfaction par rapport à ce changement de contraception? (1 : aucune satisfaction ; 5 : extrêmement satisfaite)
40. Considérez vous que vos études ont eu un impact sur le changement de votre méthode de contraception
- Oui
  - Non
41. *Si la réponse est **oui** à la question 41*, quel(s) versant(s) de vos études vous ont influencé lors du désir de changement de contraception
- Changement du rythme de vie (par exemple gardes de nuit ou gardes de 12h, postes du matin, de l'après midi, etc)
  - Discussion avec des professionnels de santé
  - Acquisition de nouvelles connaissances en terme de contraception
  - Autre
42. *Si la réponse est **non** à la question 41*, pour quelle(s) raison(s) avez vous eu ce désir de changement de contraception
- Séparation avec votre partenaire
  - Changement de partenaire
  - Désir de grossesse
  - Recours à une IVG (interruption volontaire de grossesse)
  - Prise d'une contraception d'urgence
  - Oublis fréquents
  - Effet(s) indésirable(s) dû(s) au contraceptif
  - Survenue de contre indications
  - Influence de l'entourage
  - Influence des médias
  - Souhait du partenaire
  - Coût trop élevé
  - Manque de confiance dans l'efficacité du moyen de contraception
  - Autre

## ANNEXE IV : Fiche réponse au questionnaire

### **FICHE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE**

#### **Je vous remercie pour votre implication et vous donne les réponses du quizz sur la contraception**

*Question 14* : Quel(s) professionnel(s) de santé peuvent prescrire la contraception ?

Le **médecin généraliste**, le **gynécologue** et la **sage femme** peuvent prescrire la contraception

*Question 15* : La pilule fait grossir ?

**FAUX** : Selon la Haute Autorité de Santé, il n'y a pas de preuve de prise de poids sous pilule œstroprogestative. Cependant, elle peut ouvrir l'appétit et pousser au grignotage ou provoquer de la rétention d'eau, c'est cela qui fait prendre du poids.

*Question 16* : Lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation, existe-t-il un risque de grossesse ?

**OUI** : Il y a tout de même un risque car le liquide pré - séminal contient des spermatozoïdes

*Question 17* : Lorsque l'on est fumeuse, est-il possible de prendre la pilule ?

**OUI** : Une femme qui fume peu a la possibilité de prendre la pilule oestroprogestative selon ses antécédents et autres facteurs de risques. De plus, il existe des pilules progestatives qui n'augmentent pas le risque thrombo - embolique et peuvent donc être prescrites.

*Question 18* : En cas de troubles digestifs (vomissements, diarrhées) la pilule peut ne pas être efficace ?

**VRAI** : En cas de vomissement ou de diarrhée dans les 4 heures suivant la prise du comprimé, on considère que la pilule n'a pas été prise. Il est alors nécessaire de reprendre un comprimé.

*Question 19* : La contraception d'urgence est prise trop souvent (pilule du lendemain), cela peut avoir un impact sur la fertilité (empêcher d'avoir des enfants) ?

**FAUX** : la contraception d'urgence n'a pas d'impact négatif sur la fertilité, en effet, elle n'augmente pas le risque de faire une fausse couche spontanée ou une grossesse extra utérine ultérieurement

*Question 20* : Une femme n'ayant jamais eu d'enfant peut utiliser le dispositif intra utérin (stérilet) ?

**OUI** : Ce moyen de contraception n'est pas utilisé en première intention mais il peut tout de même être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant

*Question 21* : Le dispositif intra utérin (stérilet) hormonal a une durée d'action de : **3 à 5 ans**

*Question 22* : L'implant contraceptif à une durée d'action de : **3 ans**

*Question 23* : Les femmes qui utilisent l'implant contraceptif n'ont plus leurs menstruations (règles)

**Cela dépend des femmes** : L'implant influe sur le flux des règles : certaines utilisatrices n'auront pas de règles pendant tout ou une partie des 3 années d'utilisation. D'autres, auront des règles moins régulières ou moins fréquentes, parfois plus courtes ou parfois plus longues.

*Question 24* : Le patch contraceptif se change : **Toutes les semaines pendant 3 semaines puis une semaine d'arrêt**

*Question 25* : Il faut enlever l'anneau vaginal lors des rapports sexuels ?

**FAUX** : L'anneau vaginal ne doit pas être enlevé lors des rapports et il ne doit théoriquement pas occasionner de gêne

*Question 26* : L'anneau vaginal se change : **Au bout de 3 semaines, puis une semaine d'arrêt**



**Titre :** La contraception chez les étudiantes en études supérieures : connaissances, satisfaction et changement

**Résumé :**

Objectifs : Évaluer l'apport d'informations à propos de la contraception dont bénéficient les étudiantes selon leur filière d'études supérieures (reparties en 3 sous - groupes : étudiantes « sages - femmes », « médecines » et « autres filières ») ainsi que leur niveau de connaissances. Mettre en évidence un lien entre l'acquisition de ces nouvelles connaissances et la modification des pratiques en terme de contraception chez ces étudiantes.

Méthodologie : Enquête auprès de 504 femmes de 18 à 25 ans à l'aide d'un questionnaire anonyme diffusé sur les réseaux sociaux sur une durée de cinq mois.

Résultats : On relève un défaut de connaissances évident chez les étudiantes en médecine ainsi que celles des filières autres. Il est alors difficile pour ces étudiantes de faire un choix adapté en terme de contraceptif. Une insatisfaction de leur méthode contraceptive n'entraîne pas nécessairement un changement de celle - ci du fait de ces nombreuses lacunes sur le sujet.

Conclusion : Il semble important d'augmenter les informations auprès de tous sur ce sujet afin d'en optimiser le choix, l'utilisation et la satisfaction.

Mots clefs : contraception - éducation à la sexualité - connaissances - changement - satisfaction - étudiantes

**Abstract :**

Objectives : Evaluate the information about contraception that students benefit from, according to their courses of study (divided into 3 sub - groups : "midwives", "medicine" and "other streams" students) and as their level of knowledge. Highlight a link between the acquisition of this new knowledge and the modification of contraceptive practices among these students.

Methodology : Survey nearby 504 women from 18 to 25 using an anonymous quiz distributed on social networks during a period of five months.

Results : There is an obvious lack of knowledge among medical students and other streams students. It's difficult for them to make an appropriate choice in their contraception. Moreover, dissatisfaction with their contraceptive method does not necessarily lead to change it because of the many shortcomings on the subject.

Conclusion : It seems important to increase the information to everyone on this subject in order to optimize choice, use and satisfaction about it.

Keywords : contraception - sex education - knowledge - change - satisfaction - students