

Juin 2011

# La sexualité des jeunes en Bretagne : état des lieux

Etude réalisée avec le soutien du Conseil Régional de  
Bretagne dans le cadre de la convention additionnelle  
au contrat de projets Etat-Région





# **La sexualité des jeunes en Bretagne : état des lieux**

Etude réalisée avec le soutien du Conseil Régional de  
Bretagne dans le cadre de la convention additionnelle  
au contrat de projets Etat-Région

Camélia LOUACHENI, Chargée d'études  
Léna PENNOGNON, Chargée d'études  
Isabelle TRON, Directrice

Juin 2011

Vertical line

## Sommaire

	Pages
<b>Contexte, objectifs et méthode</b>	<b>5</b>
Contexte	5
Objectifs	5
Méthode	6
<b>Cadrage quantitatif</b>	<b>7</b>
<b>Principales données étudiées</b>	<b>9</b>
Les enquêtes en population	9
Les recueils régionaux et nationaux	15
<b>Principaux résultats</b>	<b>23</b>
<b>Contraception</b>	<b>25</b>
Définition et cadre réglementaire	25
Cadrage épidémiologique général	25
Situation en Bretagne	30
<b>Interruption volontaire de grossesse</b>	<b>37</b>
Définition et cadre réglementaire	37
Cadrage général	38
Situation en Bretagne	39
<b>Grossesses précoces</b>	<b>49</b>
Définition	49
Cadrage général	49
Situation en Bretagne	51
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<b>59</b>
Définition et cadre réglementaire	59
Cadrage général	60
Situation en Bretagne	62

	<b>Pages</b>
<b>Approche qualitative</b>	<b>73</b>
Méthodologie	75
Résultats	77
<b>Analyse, préconisations et propositions</b>	<b>89</b>
Analyse croisée des résultats	91
Préconisations et propositions	99
<b>Annexe : liste des personnes interviewées</b>	<b>107</b>

# Contexte, objectifs et méthode

## Contexte

Dans le prolongement des différentes enquêtes mises en œuvre auprès des jeunes, le Conseil Régional de Bretagne, dans un objectif d'adaptation des actions de prévention engagées auprès de cette population, a sollicité l'ORS Bretagne afin que soient approfondies les problématiques en relation avec la sexualité des jeunes.

La démarche est envisagée selon deux phases successives. La première revêt un caractère exploratoire et consiste à réaliser un état des lieux des connaissances et données disponibles à l'échelon régional en lien avec la thématique.

Trois axes d'analyse structurent cette approche. Le premier s'intéresse aux pratiques contraceptives des jeunes en portant une attention particulière aux recours à la contraception d'urgence. Le deuxième axe est centré sur les données relatives à la grossesse : interruption volontaire de grossesse (IVG) et grossesses précoces. Le troisième et dernier axe est consacré aux infections sexuellement transmissibles (IST).

Dans un second temps, en s'appuyant sur les résultats mis en exergue à partir de l'état des lieux, il s'agira d'approfondir l'une ou l'autre des problématiques étudiées en réalisant une enquête quantitative et/ou qualitative auprès des jeunes, permettant d'analyser leurs connaissances, pratiques, comportements, besoins et ressources utilisées...

## Objectifs

Au-delà de l'objectif principal qui consiste à étudier les données disponibles relatives à la sexualité des jeunes en Bretagne, il s'agit dans le cadre de l'état des lieux :

- d'identifier les systèmes d'information existants et d'en faire une analyse critique ;
- d'étudier la faisabilité de mise en œuvre d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi de la problématique ;

- d'explorer, en termes d'information, de suivi des indicateurs et de thématiques prioritaires, les besoins des professionnels qui prennent en charge les jeunes concernés ;
- de préciser à partir de l'analyse des résultats des données exploitées et des points de vue exprimés par les personnes ressources, les contours de l'enquête à réaliser auprès des jeunes.

## **Méthode**

### **■ Principes**

L'état des lieux s'appuie sur :

- un cadrage quantitatif établi à la fois en s'appuyant sur les résultats des enquêtes en population et sur les données obtenues auprès des différentes institutions et/ou organismes concernés au niveau régional ;
- une approche qualitative basée sur un recueil d'informations par entretien auprès de personnes ressources, en contact avec les jeunes pris en charge (Education nationale, services de PMI, planning familial, CDAG ....) mais également impliquées dans la politique de santé publique régionale (Etat), la mise en œuvre et le financement des actions de prévention (IREPS-CODES, collectivités ...).

### **■ Population cible**

Dans les précédentes enquêtes régionales réalisées auprès des jeunes bretons, la population cible faisait référence au niveau de scolarité : les collégiens de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> et les lycéens de première et terminale soit des tranches d'âge allant des moins de 14 ans au 18 ans et plus et les étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université d'âge moyen de près de 20 ans.

Dans la présente étude exploratoire, afin d'appréhender les problématiques de manière ciblée, les analyses concerneront plus spécifiquement les jeunes de moins de 20 ans, cependant certaines données justifieront, en raison de la faiblesse des effectifs, d'étendre la tranche d'âge.

Selon les possibilités d'exploiter les données recueillies, les résultats seront analysés par année d'âge inférieure à 20 ans ou par tranches d'âge regroupées.



# Cadrage quantitatif

Vertical line

# Principales données étudiées

L'objectif de l'état des lieux exploratoire est de centrer l'analyse sur l'échelon régional en s'appuyant sur des données locales. Cependant, sont également prises en compte, en raison de leur intérêt et de leur apport dans l'approche générale de la problématique, des études qui font référence en la matière. Il s'agit d'une part d'enquêtes en population, qui si elles ne permettent pas de caractériser spécifiquement la population cible (exemple : enquête « contexte de la sexualité en France ») ou l'échelon régional (exemple : baromètre santé INPES), offrent des éléments d'analyse complémentaires sur la thématique et/ou la population cible étudiée, ou d'autre part de recueils systématisés nationaux (exemple : les systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles).

Dans ce contexte, deux catégories de sources de données ont été identifiées et font l'objet d'une présentation détaillée dans la suite de ce chapitre :

- les enquêtes en population ;
- les recueils régionaux et/ou nationaux.

## ***Les enquêtes en population***

Les problématiques en lien avec la sexualité des jeunes sont abordées au travers de différentes enquêtes. Elles peuvent être ciblées sur la thématique mais non spécifiques à la tranche d'âge étudiée ou à l'inverse, lorsqu'elles concernent les jeunes, elles sont le plus souvent multi-thématiques, les aspects relatifs à la sexualité étant envisagés de manière plus ou moins approfondie. Enfin ces enquêtes sont soit régionales, soit nationales avec selon les cas des analyses régionales.

## ■ Au niveau régional

### ■ *Des enquêtes multithématiques qui concernent la population cible*

#### ● Santé des jeunes scolarisés en Bretagne<sup>1</sup>

Enquête multithématique réalisée en milieu scolaire, initiée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne (DRASS) et le Conseil Régional en partenariat avec le rectorat d'Académie de Rennes, elle a été mise en œuvre en 2001 et en 2007 auprès d'établissements scolaires du premier et du second degré.

L'objectif de l'enquête s'inscrit dans une démarche qui vise à promouvoir la compréhension des comportements des jeunes afin d'envisager le suivi de leur santé et d'engager avec eux des actions ciblées.

Cette enquête déclarative s'est appuyée sur un questionnaire auto-administré.

**Population cible** : moins de 14 ans, 14-15 ans, 16-17 ans et 18 ans et plus.

#### **Thématiques abordées en lien avec la sexualité :**

- informations sur la pilule du lendemain ;
- opinions sur la grossesse et l'IVG ;
- opinions et informations sur l'utilisation du préservatif ;
- perception des risques des rapports sexuels non protégés.

**Intérêts** : L'enquête étudie les représentations des jeunes vis-à-vis de ces thématiques, sa reconduction permet d'en mesurer l'évolution dans le temps à l'échelon de la Bretagne.

**Limites** : L'approche par opinions et représentations des problématiques liées à la sexualité ne permet pas de mesure de la prévalence des comportements.

#### ● Santé des étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne<sup>2</sup>

Cette première enquête multithématique réalisée auprès des étudiants bretons, initiée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne (DRASS) en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2, s'est déroulée en 2006 en lien direct avec les services de médecine préventive universitaire.

Elle a été inscrite dans la même démarche que les enquêtes réalisées auprès des jeunes scolarisés.

Cette enquête déclarative s'est appuyée sur un questionnaire anonyme structuré en deux parties dont la première reposait sur un questionnaire auto-administré et la seconde sur un entretien réalisé par l'infirmière puis le médecin lors de la visite médicale.

<sup>1</sup> Observatoire régional de santé de Bretagne, la santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007 : principaux constats, 2008.

<sup>2</sup> Observatoire régional de santé de Bretagne, la santé des jeunes de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne, 2007.

**Population cible :** les jeunes de 18 ans ou moins, les jeunes de 19 ans, 20 ans et 21 ans et plus.

**Thématiques abordées en lien avec la sexualité :**

- vie sexuelle ;
- contraception : méthodes et contraception d'urgence ;
- IST et VIH.

**Intérêts :** l'enquête permet d'appréhender les pratiques et les comportements d'un échantillon représentatif des jeunes étudiants en 1<sup>re</sup> année d'université à Brest et à Rennes.

**Limites :**

- l'enquête est ciblée sur une tranche d'âge relativement resserrée ;
- elle a un caractère ponctuel.

## ■ Au niveau national

### ■ *Une enquête de référence multithématique et multipopulationnelle*

#### ● Le Baromètre santé (Inpes) 2005<sup>3</sup>

Enquête quinquennale multithématique réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), elle a pour objectif d'étudier les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé. Elle est menée par entretien téléphonique auprès d'un échantillon national de la population des 12-75 ans vivant en France.

Des suréchantillons régionaux, complémentaires au Baromètre santé France, ont permis d'étudier les jeunes de 12 à 25 ans dans le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, les Pays de la Loire, la Champagne-Ardenne, la Lorraine, le Poitou-Charentes et l'Île-de-France.

**Population cible :** elle est plus ou moins détaillée selon les indicateurs : 15-19 ans ou 15 ans et moins, 16-17 ans, 18-19 ans, 20 ans et plus.

**Thématiques abordées en lien avec la sexualité :**

- vie sexuelle ;
- contraception : méthodes et contraception d'urgence ;
- IST ;
- IVG.

**Intérêts :** le caractère quinquennal permet de suivre l'évolution dans le temps des indicateurs étudiés.

**Limites :** la Bretagne ne faisant pas partie des régions inscrites dans le baromètre, la population bretonne interrogée dans le cadre du baromètre santé général ne constitue pas un échantillon représentatif permettant une exploitation des données à l'échelle régionale.

<sup>3</sup> BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. Baromètre santé 2005. St Denis : 2007.

## ■ **Des enquêtes multithématiques qui concernent la population cible avec extension régionale**

### ● **Enquête de La Mutuelle des Etudiants : LMDE<sup>4</sup>**

En 2005, une enquête nationale sur la santé des étudiants a été réalisée par la LMDE dans le cadre de l'observatoire Expertise et Prévention pour la Santé des Etudiants (EPSE) en partenariat avec l'Ifop. L'objectif de l'enquête consistait à établir un état des lieux de la santé (au sens large) des étudiants, en France et pour chaque région.

L'échantillon final redressé en fonction des variables de sexe, d'âge et d'académie d'études a permis de mettre en œuvre quelques analyses régionales.

**Population cible :** 19 ans et moins (25,8%), 20-22 ans (40,1%), 23-25 ans (17,7%), 26 ans et plus (16,4%).

#### **Thématiques abordées en lien avec la sexualité :**

- vie sexuelle ;
- IVG ;
- contraception : méthodes et contraception d'urgence ;
- VIH et IST.

**Intérêts :** les thématiques relatives à la vie affective et sexuelle sont abordées de manière détaillée.

**Limites :** l'Académie de Rennes représente 5,8% de l'échantillon, soit 539 individus, la taille de l'échantillon ne permet pas de réaliser des analyses régionales selon les tranches d'âge.

### ● **Enquête de l'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales : USEM<sup>5</sup>**

L'USEM réalise tous les deux ans depuis 1999 une enquête nationale sur l'état de santé des étudiants. « La santé des étudiants en 2009 » est la 6<sup>e</sup> enquête nationale mise en oeuvre par l'USEM avec le soutien du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

L'objectif de l'enquête vise à mieux connaître l'état de santé des étudiants, leur accès aux soins et leurs comportements à risque. Cette dernière édition a, par ailleurs, élargi le champ de la recherche aux habitudes alimentaires, à la contraception et aux IST.

Les résultats de l'enquête sont analysés à l'échelon national et au niveau de plusieurs mutuelles régionales dont la SMEBA qui regroupe la région ouest Bretagne et Pays de Loire.

**Population cible :** moins de 21 ans (39,9%), 21-22 ans (37,8%), 23 ans et plus (22,3%).

<sup>4</sup> LMDE (2006). La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales. Ed. la vie universitaire.

<sup>5</sup> La santé des étudiants en 2009. SMEBA - N°801187- juin 2009.

**Thématiques abordées en lien avec la sexualité :**

- contraception : méthodes et contraception d'urgence ;
- IVG ;
- VIH-IST.

**Intérêts :** apport de données de cadrage relatives à la population étudiante.

**Limites :** les étudiants enquêtés pour la région ouest représentent 16,7% de l'échantillon redressé soit 2 016 individus parmi lesquels il n'est pas possible de distinguer les bretons des ligériens. Les résultats n'ont pas été analysés selon les tranches d'âge.

### **■ Des enquêtes de référence sur la problématique mais non spécifiques à la population cible**

#### **● Enquête COhorte sur la CONtraception (COCON)<sup>6</sup>**

Cette enquête socio-épidémiologique réalisée par l'Institut national d'études démographiques (Ined), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) porte sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France (2000-2004). Elle s'appuie sur un échantillon représentatif de 2 800 femmes âgées de 18 à 44 ans avec un suivi annuel sur cinq ans.

Les objectifs de l'enquête visent à étudier l'évolution des pratiques contraceptives, les circonstances des échecs de contraception et la mesure de son efficacité, les effets sur la santé...

L'étude des biographies contraceptives permet de mettre en lumière les déterminants marquants des pratiques contraceptives. Cependant la déperdition de l'échantillon qui s'élève à un tiers de l'échantillon initial occasionne une perte de précision dans les résultats liée à la baisse des effectifs.

#### **● Enquête sur le « Contexte de la Sexualité en France » (enquête CSF)<sup>7</sup>**

Elle a été réalisée en 2006 par l'Inserm et l'Ined par entretien téléphonique auprès de 12 364 personnes, femmes et hommes, âgées de 18 à 69 ans.

Elle intègre une approche de type « Santé et Sexualité » au travers de l'étude de l'infection à VIH, la contraception, les IVG, les IST. Elle comprend également une extension épidémiologique visant à étudier, pour la première fois en France, la prévalence de l'infection à Chlamydiae Trachomatis et les facteurs de risque de la contamination.

<sup>6</sup> Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête COCON. Population 2004: 59 (3-4); 409-418.

<sup>7</sup> Bajos N., Bozon M., « Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé », Paris, La Découverte, 2008.

## ■ Des enquêtes complémentaires monothématiques

### ● Enquête Drees<sup>8</sup> 2007 sur le recours à l'IVG

Afin d'avoir une meilleure connaissance des profils et des parcours des femmes ayant eu recours à l'IVG, ainsi que des modalités de prise en charge, la Drees a réalisé en 2007 une enquête au sein d'établissements pratiquant l'IVG. Au total 1 206 structures ont été échantillonnées et un questionnaire a été proposé à 1 260 praticiens intervenant dans la prise en charge de l'IVG (incluant les médecins pratiquant uniquement des IVG médicamenteuses). Huit régions (Guadeloupe, Réunion, Corse, Centre, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Midi-Pyrénées) et un département (Rhône) ont souhaité étendre le champ de l'enquête de façon à avoir une représentativité régionale ou départementale de leurs résultats.

Quatre questionnaires ont été utilisés pour le recueil de données :

- un questionnaire auprès de chaque structure ;
- un questionnaire par praticien.

Les deux autres questionnaires ont pour objectif de caractériser chacune des IVG réalisées pendant la période de l'enquête à partir d' :

- un questionnaire médical rempli par le médecin ;
- un questionnaire auto-administré proposé aux femmes juste après l'intervention, permettant de recueillir des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur parcours de soins, avec un volet spécifique pour les femmes mineures.

Actuellement, les résultats publiés ne concernent que les volets établissements et professionnels de santé.

### ● Enquête nationale périnatale<sup>9</sup>

Les enquêtes nationales périnatales font partie des plans « Périnatalité », et ont lieu à intervalle régulier tous les trois à cinq ans depuis 1995. Elles permettent le recueil de données relatives à l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

La réalisation de l'Enquête Périnatale Nationale est confiée à l'Inserm (unité 953), en lien avec la Drees. Elle permet d'analyser plus spécifiquement les caractéristiques sociodémographiques des parents, les modalités et délai de survenue de la grossesse, la surveillance prénatale et les dépistages réalisés, l'accessibilité de la maternité, l'accouchement, l'état de santé des enfants et les transferts<sup>10</sup>.

La dernière enquête a été mise en œuvre en 2010, les résultats devant être publiés au second semestre 2011.

<sup>8</sup> Vilain A. « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG » Études et résultats, Drees, n° 712, décembre 2009.

<sup>9</sup> Rapport « Enquête nationale périnatale 2003, Compléments de cadrage : disparités sociales et apports d'autres sources », disponible sur le site Internet de la Drees.

<sup>10</sup> La situation périnatale en France en 2003 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et Résultats, n°383, mars 2003.



## ***Les recueils régionaux et nationaux***

Ils permettent d'appréhender à l'échelon régional, de manière directe (pour les IVG par exemple) ou indirecte (par le biais des prescriptions pour le recours à la contraception d'urgence ou des certificats du 8<sup>e</sup> jour pour les grossesses précoces ...) certains aspects de la problématique étudiée.

### **■ Le recours à la contraception d'urgence**

Trois sources de données ont été explorées pour mesurer le recours à la contraception d'urgence :

#### **■ *Les données recueillies par l'éducation nationale***

Le protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire fixe les modalités d'administration de la contraception d'urgence non soumise à prescription obligatoire ni à autorisation parentale, et définit les dispositions à respecter, notamment concernant le respect de la confidentialité, la conduite d'un entretien avec l'élève, l'accompagnement et le suivi de l'élève. Ce protocole prévoit également le suivi annuel de certains indicateurs transmis à l'infirmier ou infirmière conseiller(e) technique auprès de l'inspecteur d'académie et du rectorat.

#### **Indicateurs :**

- nombre de demandes d'élèves ;
- nombre d'élèves auxquelles le Norlevo® a été délivré ;
- nombre d'élèves auxquelles le Norlevo® a été délivré par l'infirmier(ère) ;
- nombre d'élèves orientées vers le centre de planification et d'éducation familiale.

Ces indicateurs sont répartis par Collèges, Lycées, Lycées professionnels et EREA (Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté).

**Intérêts :** ce relevé permet d'analyser l'évolution dans le temps, du recours à la contraception d'urgence.

#### **Limites :**

- problème de fiabilité concernant les données relatives au nombre d'élèves auxquelles le Norlevo® a été délivré, lié à la difficulté de distinguer les délivrances internes et externes ;
- données non disponibles par âges détaillés, seule la distinction entre les mineures et les majeures est possible ;
- les données médicales pour l'année 2009-2010 issues de l'enseignement public ne sont pas représentatives de l'activité des infirmières en raison de la survenue d'évènements intercurrents (pandémie grippale) ;
- en l'absence d'infirmier(ère) dans la majorité des établissements de l'enseignement privé et agricole, les délivrances de contraception d'urgence aux élèves ne sont pas identifiables. Les indicateurs ne concernent que l'enseignement public.

### ■ *Les données provenant des services de médecine préventive interuniversitaires*

Les données transmises par la médecine préventive interuniversitaire ont été obtenues par le biais du dépouillement des dossiers gynécologiques des étudiantes, il ne s'agit pas d'un recueil d'indicateurs systématiques informatisés et directement exploitables. Ce dépouillement couvre les deux années universitaires 2008-2009 et 2009-2010 pour les étudiants de Rennes 2 et 2009-2010 pour celui de Rennes 1.

De même qu'à Rennes, à Brest, le service de médecine préventive universitaire n'enregistre pas de manière systématisée les données relatives aux demandes de contraception d'urgence.

**Indicateurs :** nombre de demandes de contraception d'urgence, motif de la demande.

**Intérêts :** l'ensemble des problématiques liées à la sexualité (contraception, contraception d'urgence, grossesses, IVG, IST) sont prises en charge dans les consultations proposées aux étudiants.

**Limites :**

- les données ne sont pas représentatives de l'ensemble des étudiants mais uniquement de ceux qui sollicitent les services de la médecine préventive ;
- les données ne concernent que les étudiants de Rennes ;
- les dossiers gynécologiques ne concernent que les étudiantes qui sont venues consulter.

### ■ *Les données issues des caisses primaires d'assurance maladie*

Les données relatives à la contraception d'urgence ont fait l'objet d'une demande auprès des quatre Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la région Bretagne. Ces dernières disposent de l'information concernant le nombre de boîtes de Norlévo® et de Lévonorgestrel biogaran délivrées de manière anonyme et gratuite à des mineures. Ces données couvrent les années 2009 et 2010.

**Indicateurs :** nombre de boîtes de Norlévo® et Lévonorgestrel délivrées par âge.

**Intérêts :** données départementales.

**Limites :**

- la répartition par âge n'est pas détaillée pour les mineures ;
- les données ne concernent que le régime général ;
- les données ayant été extraites au niveau départemental, les agrégations régionales se sont révélées complexes (modalités d'extraction propres à chaque caisse).

## ■ Interruptions volontaires de grossesse

Différentes sources de données permettent de suivre l'évolution des IVG : les Bulletins d'Interruption Volontaire de Grossesse (BIVG), la Statistique de l'Activité des Etablissements (SAE), le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et les données de CNAMTS pour les IVG médicamenteuses.

### ■ *Les Bulletins d'Interruption Volontaire de Grossesse (BIVG)*

Créés par la loi de 1975, les praticiens ont l'obligation de remplir un bulletin pour chaque IVG pratiquée en établissement et en cabinet de ville. Ils sont traités et exploités par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm). Ces bulletins renseignent sur les caractéristiques sociodémographiques de la femme, la nature de l'établissement de prise en charge, et sur l'IVG en elle-même.

#### **Indicateurs :**

- sociodémographiques : âge, domicile, situation familiale et professionnelle ;
- établissement : statut, lieu de l'acte ;
- IVG : durée de gestation, caractère volontaire ou médical de l'interruption, antécédents de grossesses et d'IVG.

#### **Intérêts :**

- informations détaillées sur le profil des femmes ayant recours à l'IVG et les antécédents qui permettent notamment d'évaluer le nombre d'IVG itératives ;
- données départementales.

#### **Limites :**

- lourdeur des circuits de remontée des données et décalage de l'exploitation dans le temps, les dernières données de l'Ined datent de 2006 ;
- les données traitées au niveau régional (DRASS puis ARS) ne concernent que les années 2005 et 2009, ce qui ne permet pas de réaliser un suivi évolutif ;
- les bulletins IVG relatifs aux IVG villes n'apparaissent pas exhaustifs en comparaison des données CPAM ;
- les analyses détaillées par tranches d'âge de moins de 18 ans sont limitées au regard des effectifs.

### ■ *La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE)*

Ces données sont transmises à la Drees par les établissements de santé. Elles permettent de décrire et de dénombrer par type d'établissements, entre autres indicateurs, les activités de soins pratiquées parmi lesquelles sont identifiées les interruptions volontaires de grossesse.

**Indicateurs :** au-delà du comptage annuel et du suivi dans le temps des IVG, la SAE fournit des informations sur le mode opératoire (médicamenteux /chirurgical), le statut de l'établissement (public/ privé), le délai moyen de prise en charge, les effectifs en personnel, les IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés et un comptage des interruptions médicales de grossesse (IMG).

**Intérêts :** les données issues de la SAE sont considérées comme exhaustives depuis 2002 par l'Ined et comme étant les plus fiables pour l'estimation globale du nombre annuel d'IVG. Elles permettent des comparaisons interrégionales.

**Limites :**

- les informations restent limitées et ne renseignent pas sur les caractéristiques des femmes qui ont recours à l'IVG ;
- la SAE identifie les IVG selon le lieu de l'acte et non selon le lieu de domicile de la femme.

### ■ *Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI)*

Le PMSI a pour but de répertorier les séjours selon le diagnostic principal, le diagnostic associé et relié et les actes médicaux réalisés dans l'ensemble des établissements hospitaliers (publics ou privés). Les données du PMSI permettent de comptabiliser les séjours relatifs aux interruptions de grossesse.

Pour identifier spécifiquement les interruptions volontaires de grossesse, il est nécessaire de prendre en compte le diagnostic principal « O04 : Avortement médical » complété par le diagnostic associé « Z640 : difficulté liée à une grossesse non désirée ».

**Indicateurs :** informations concernant l'établissement, l'âge précis de la patiente lors de la prise en charge et son lieu de résidence.

**Intérêts :**

- possibilité d'analyses infrarégionales ;
- analyse des données par âge.

**Limites :**

- jusqu'en 2000, les consignes de codage n'étaient pas suffisamment précises pour distinguer les IVG des IMG ;
- peu de variables permettent de caractériser les IVG.

### ■ *Les données issues des caisses primaires d'assurance maladie*

Depuis 2006, les données de la CNAMTS sont utilisées pour l'estimation des IVG « en ville » à partir des bases de remboursement<sup>11</sup>.

**Indicateurs :** le nombre de remboursements de forfaits IVG (consultation et ou médicaments) correspond à des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire (dites IVG « de ville »). Deux codes « actes » permettent ce dénombrement : FHV (Forfait Honoraires de Ville) pour les quatre consultations et FMV (Forfait Médicaments de Ville) pour les médicaments.

<sup>11</sup> Encadré méthodologique dans : Vilain A., 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 » Études et résultats, Drees, n° 713, décembre.

**Intérêts :** ces données permettent de mesurer le poids des IVG réalisées en ambulatoire.

**Limites :**

- la répartition par âge n'est pas détaillée pour les mineures ;
- les données ne concernent que le régime général ;
- les données ayant été extraites au niveau départemental, les agrégations régionales se sont révélées complexes (modalités d'extraction propres à chaque caisse).

## ■ Grossesses précoces

### ■ *Le certificat du 8<sup>e</sup> jour (CS8)*

Obligatoire pour toutes les naissances vivantes ce certificat doit être renseigné entre le 8<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour suivant la naissance. Il est adressé au médecin de la protection maternelle et infantile (PMI) du département de naissance. Le CS8 renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques des parents, la prise en charge médicale pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que sur l'état de santé de l'enfant à la naissance. Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) sont en charge du recueil et du traitement des données ainsi que de leur transmission annuelle à la Drees.

**Indicateurs :**

- caractéristiques sociodémographiques de la mère ;
- distribution de l'âge maternel au moment de la conception et de l'accouchement ;
- prématurité et hypotrophie (naissance avant 27 semaines, poids inférieur à 2 500 g) ;
- parité ;
- suivi de la grossesse (nombre d'échographies, date de première consultation).

**Intérêts :** les CS8 constituent une base importante de données épidémiologiques.

**Limites :**

- la qualité des données et leur exhaustivité sont variables d'un département à l'autre en raison de modalités de transmission diversifiées ;
- le taux de complétude des certificats est hétérogène selon les variables, notamment celles concernant la surveillance de la grossesse ;
- les analyses détaillées par tranche d'âge de moins de 20 ans sont limitées au regard des effectifs.

## ■ Infections sexuellement transmissibles

### ■ *VIH-SIDA*

La surveillance du VIH et du SIDA est mise en œuvre par l'Institut de veille sanitaire.

#### ● **Surveillance de l'activité de dépistage VIH**

La surveillance de l'activité de dépistage repose sur l'enquête LaboVIH réalisée depuis 2001, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers.

**Indicateurs :**

- nombre de personnes testées pour le VIH (y compris par les CDAG, mais à l'exclusion des donneurs de sang) ;
- nombre de personnes confirmées positives.

**● Surveillance de l'infection au VIH**

La surveillance de l'infection VIH-SIDA relève de la notification obligatoire des diagnostics d'infection au VIH depuis 2003. La déclaration, initiée par les biologistes, de toute personne dont la sérologie au VIH s'est avérée positive est complétée par le médecin prescripteur. Elle permet de caractériser, grâce aux informations cliniques et épidémiologiques fournies par le clinicien, les personnes découvrant leur séropositivité au VIH, d'en suivre l'évolution et d'estimer l'incidence du VIH.

**Indicateurs :**

- modes de contamination ;
- nationalité ;
- stade clinique ;
- motif de dépistage,

Entre 1989 et 2008, le dépistage du VIH a fait l'objet d'une enquête régionale auprès des laboratoires bretons, mise en œuvre par l'ORS Bretagne en lien avec les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS.

A partir de 2003, les données recueillies en Bretagne ont été transmises à l'InVS afin d'être intégrées au dispositif de surveillance nationale. L'enquête régionale a été interrompue en 2009.

**● Surveillance du SIDA**

La notification obligatoire des cas de sida mise en place en 1986 repose sur une déclaration initiée par les cliniciens de tout patient présentant une pathologie inaugurale de sida. Elle permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de l'infection à VIH, qui sont soit en échec thérapeutique, soit n'ont pas eu accès à un dépistage du VIH ou à un traitement antirétroviral.

**Indicateurs :**

- nationalité ;
- connaissance de la séropositivité ;
- modes de contamination ;
- pathologies inaugurales ;
- traitement anti-rétroviral.

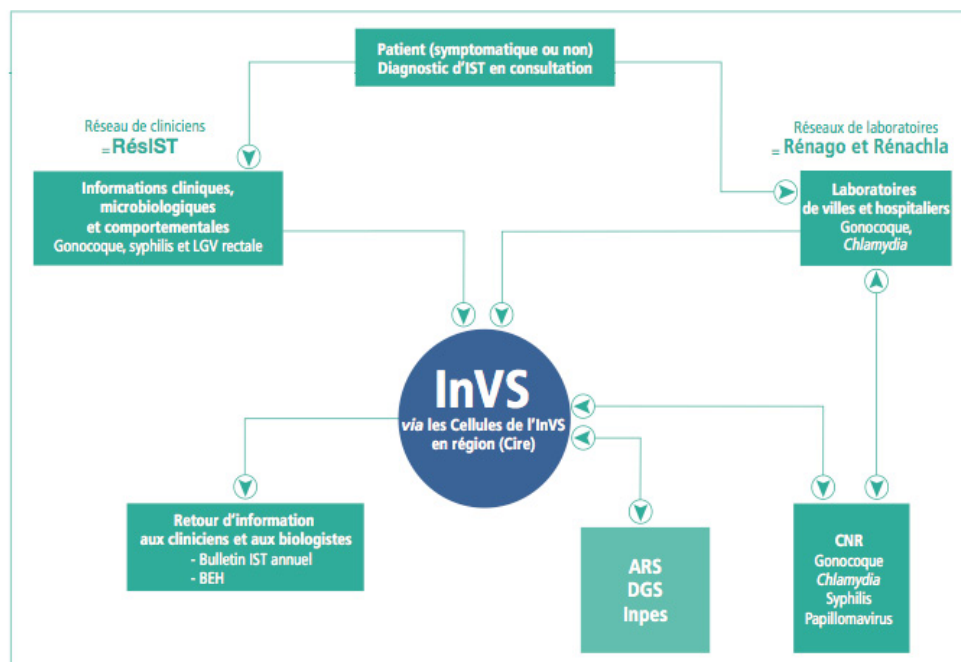
**Intérêts des différents recueils :** dispositif mis en œuvre au niveau national qui couvre l'ensemble du territoire et permet, au niveau régional, un suivi de l'évolution dans le temps de l'épidémie.

**Limites :** les analyses relatives aux populations jeunes sont limitées en raison du faible nombre de cas observés en Bretagne.

## • Les infections sexuellement transmissibles non VIH

La syphilis, les infections génitales à gonocoques, à chlamydiae ou à herpès ne sont pas soumises à déclaration obligatoire, ces infections sexuellement transmissibles (IST) font l'objet d'une surveillance épidémiologique qui repose sur des réseaux de laboratoires volontaires (Renago, Renachla) et/ou sur des réseaux de cliniciens (Resist). Ils permettent de suivre les tendances évolutives nationales des IST.

### ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



Source : INVS Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) – Renago, Renachla et RésIST – Données au 31 décembre 2009 Maladies

#### • Le réseau Renachla

Les laboratoires volontaires qui participent au réseau, communiquent chaque mois à l'InVS le nombre de recherches directes de *C. trachomatis*. Pour chaque cas diagnostiqué sont précisés : l'âge et le sexe du patient, les signes cliniques observés, les microorganismes associés, les motifs de prescription ainsi que le site de prélèvement.

#### • Le réseau Renago

Instauré en 1986, le réseau Renago repose sur un réseau de laboratoires de microbiologie volontaires répartis dans toute la France métropolitaine. L'objectif de ce réseau est d'estimer les tendances évolutives des gonococcies en France et d'étudier la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) à six classes d'antibiotiques.

Chaque laboratoire participant envoie, à l'InVS, une fiche épidémiologique incluant des informations concernant le sexe, l'âge, le site de prélèvement et le code postal du laboratoire pour chaque patient.

• **La surveillance de la syphilis**

Elle repose sur un réseau de cliniciens volontaires exerçant dans différents lieux de diagnostic : CIDDIST, CDAG, consultations hospitalières de dermatologie, maladies infectieuses ou médecine interne, cabinets de médecine libérale.

Après consentement du patient, sont recueillis par le médecin, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, la présence ou non de signes cliniques, les résultats biologiques, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST), le statut sérologique du patient vis-à-vis du VIH.

En Bretagne, entre 2003 et 2008, un suivi du dépistage de la syphilis a été mis en œuvre conjointement à celui du VIH.

**Intérêts de ces dispositifs :** ils permettent de suivre de manière tendancielle l'évolution dans le temps des IST au niveau national.

Les données recueillies en Bretagne apportent des éléments d'analyse régionaux sur le dépistage de la syphilis.

**Limites :**

- les réseaux nationaux ne permettent pas d'analyses régionales ;
- le dispositif de recueil régional de suivi du dépistage de la syphilis a été interrompu en 2008.



# Principaux résultats

Les résultats sont abordés par thématiques :

- contraception ;
- interruption volontaire de grossesse ;
- grossesses précoces ;
- infections sexuellement transmissibles.

Pour chacune d'elles sont envisagées successivement :

- les éléments de définition et le cadrage réglementaire (quand il existe) ;
- le cadrage épidémiologique général ;
- la situation en Bretagne à partir des éléments chiffrés, qui lorsque les données peuvent être comparées, sera mise en perspective avec la situation nationale.

Vertical line

# Contraception

## **Définition et cadre réglementaire**

Parmi l'ensemble des méthodes regroupées sous le terme « contraception », la contraception d'urgence revêt un caractère particulier en raison de ses modalités de délivrance auprès des jeunes.

La contraception d'urgence (CU) correspond à une méthode de contraception utilisable après un rapport sexuel non ou mal protégé. Elle consiste en une prise d'un comprimé au plus tard dans les 72 heures suivant ce rapport. Cette pilule hormonale est composée soit d'une association d'œstrogène et de progestatif, soit de progestatif seul. En France, la CU est vendue sans ordonnance dans les pharmacies depuis 1999.

La loi du 13 décembre 2000 autorise les infirmiers « à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, à administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence, dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible ». Cette loi autorise également les pharmacies à délivrer la CU aux mineures de façon gratuite et anonyme.

## **Cadrage épidémiologique général**

### **■ Méthodes contraceptives**

Suite à la légalisation de la contraception (loi Neuwirth, 1967), la contraception médicale a connu une diffusion massive en France<sup>12</sup>. Ces dernières années ont également été marquées par une diversification des méthodes contraceptives avec l'apparition de l'implant, du patch... etc. et la commercialisation de la contraception d'urgence.

<sup>12</sup> ROSSIER C., LERIDON H. - Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 - 2000, pp. 449 - 478.

Les résultats du dernier<sup>13</sup> baromètre santé exploité (2005<sup>14 15</sup>) révèlent que 71 % des personnes âgées de 15 à 54 ans, ayant été sexuellement actifs durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, ont déclaré « faire quelque chose pour éviter une grossesse », soit une proportion stable par rapport à 1999 (69,5 %).

De même l'âge au premier rapport sexuel n'a pas évolué et se situe à 17,5 ans. En revanche, des changements relatifs à l'âge moyen des mères à la première maternité ont été observés. Ce dernier est passé de 26,5 ans en 1977 à 30 ans en 2009<sup>16</sup>.

### ■ **La pilule, pratique contraceptive la plus utilisée chez les jeunes de 15 à 19 ans devant le préservatif**

La pilule est de loin la méthode contraceptive la plus utilisée en France (57,4 % en 2005), et ce quel que soit l'âge (sauf pour les femmes âgées de 45 à 54 ans, plus nombreuses à utiliser un dispositif intra utérin (stérilet)). L'usage de la pilule est particulièrement important chez les jeunes. En 2005, 78,8 % des femmes de 15 à 19 ans et 87,8 % de celles de 20 à 24 ans l'utilisaient (figure 1). Son usage baisse à partir de 35 ans au profit du stérilet qui arrive au deuxième rang des méthodes contraceptives les plus utilisées.

L'usage du stérilet est plus répandu chez les femmes plus âgées et ayant déjà eu des enfants. Il est marginal chez les moins de 30 ans (4,3 %) et les femmes sans enfants (2,4 %).

Le recours aux méthodes non médicales est nettement moins important puisque seules 14,2 % des femmes sont concernées, qu'il s'agisse du préservatif (qui représente 80,5 % de ces méthodes) ou d'autres méthodes locales ou naturelles. La fréquence maximale de recours au préservatif est enregistrée parmi les 15-19 ans (20,1 % des femmes et 43,2 % des hommes l'utilisent).

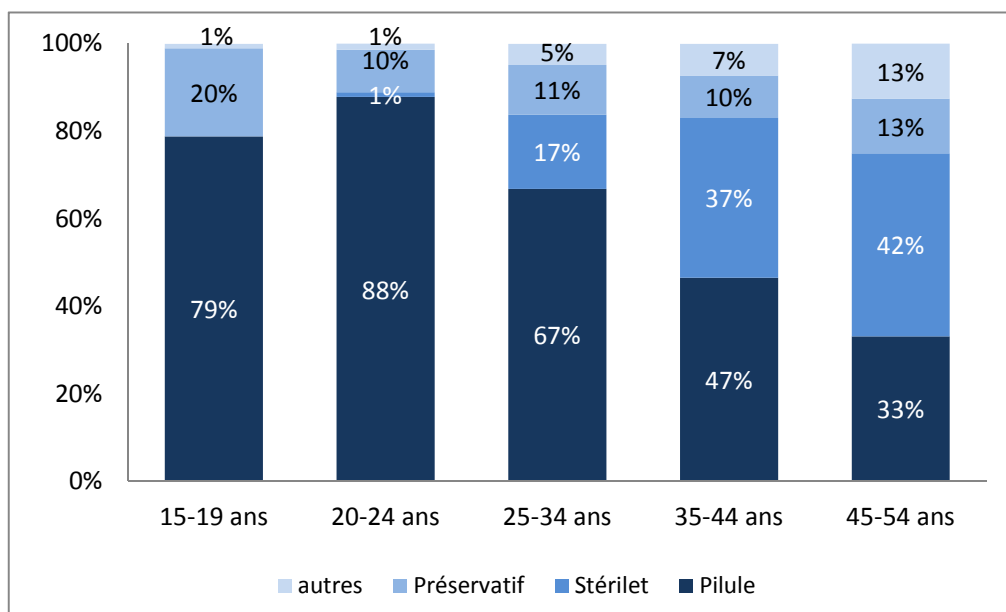
<sup>13</sup> Un nouveau baromètre santé a été mis en œuvre en 2010, les résultats sont en cours d'analyse.

<sup>14</sup> Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. In Guilbert. P ; Gautier. A Baromètre santé 2005. Premiers résultats: p 103-108.

<sup>15</sup> Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception. Baromètre santé 2005.

<sup>16</sup> Pison G., « France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans » INED, Populations et sociétés n°465, mars 2010.

**Figure 1 : Pratiques contraceptives en 2005 parmi les femmes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon l'âge**



Source : Baromètre santé 2005

Exploitation : ORS Bretagne

### ■ Des idées reçues qui perdurent

L'enquête Inpes BVA<sup>17</sup> révèle que les Français ont une bonne connaissance des méthodes contraceptives existantes. Cela étant, identifier les méthodes contraceptives existantes ne préjuge pas de leur connaissance réelle. En effet, si plus de 97 % des personnes interrogées connaissent la pilule et 93 % le stérilet, il n'en demeure pas moins que 22 % (34 % des jeunes de 15-20 ans) des répondants pensent que la pilule peut rendre stérile.

De même, certains pensent qu'il n'est pas possible de poser un stérilet à une femme n'ayant jamais eu d'enfants. De plus, 4 % des personnes interrogées (11 % des jeunes âgés de 15 à 20 ans) déclarent que la pilule protège des maladies et des infections sexuellement transmissibles.

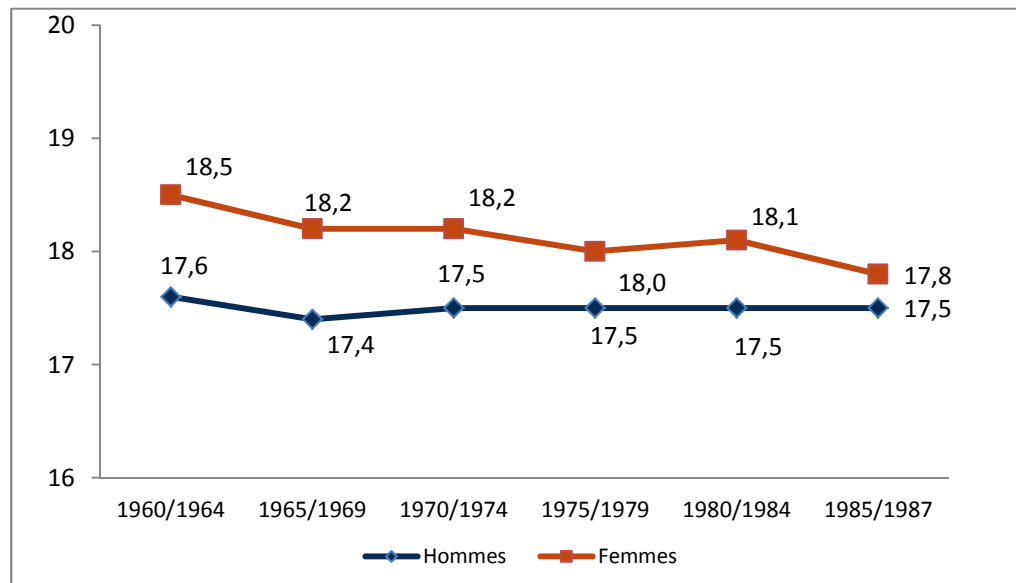
<sup>17</sup> « Contraception que savent les Français ? », 2007. Enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007 (échantillon construit selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille après stratification par région et catégorie d'agglomération).

## ■ Le préservatif : moyen contraceptif le plus utilisé pour les premiers rapports sexuels

L'entrée dans la sexualité est un rite de passage important chez les jeunes, cet événement biographique est en effet révélateur du déroulement de la sexualité future<sup>18</sup>. Selon M. Bozon, « la précocité des premiers rapports ou leur caractère tardif sont liés à des attitudes et à des comportements fondamentalement différents chez les individus ».

Les derniers résultats du baromètre santé ne révèlent pas de changements significatifs concernant l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des individus a eu son premier rapport. Cependant si ce dernier est resté stable pour les hommes nés après 1965, une tendance au rajeunissement est observée chez les femmes (figure 2).

**Figure 2 : Age médian des hommes et des femmes au premier rapport sexuel, selon la génération**



Source : Baromètre santé 2005

Exploitation : ORS Bretagne

Parallèlement, on observe une nette augmentation de l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel, plus particulièrement entre 1988 et 1995 puis une stabilisation à un niveau élevé après cette date. Ainsi, selon les données du baromètre santé de 2005, 86 % des jeunes de 16 à 25 ans ont utilisé le préservatif lors du premier rapport. Plus précisément, la part des hommes, tous âges confondus, ayant eu recours au préservatif lors du premier rapport est passée de 18,1 % lorsque le rapport a eu lieu avant 1988 à 84,2 % pour des rapports ayant eu lieu entre 2000 et 2005 et de, respectivement 12,1 % à 87,6 %, chez les femmes.

<sup>18</sup> Bozon Michel. L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. In: Population, 48e année, n°5, 1993.

## ■ Contraception d'urgence

### ■ *Un recours supérieur chez les plus jeunes*

Les données du Baromètre santé 2005, révèlent que si une grande majorité des personnes interrogées identifient la contraception d'urgence, parmi celles-ci, plus d'un tiers n'a pas connaissance de ses modalités d'utilisation. Les femmes de moins de 20 ans sont en proportion les plus nombreuses à connaître le délai maximum d'efficacité de 72 heures : 23,6 % entre 15 et 19 ans.

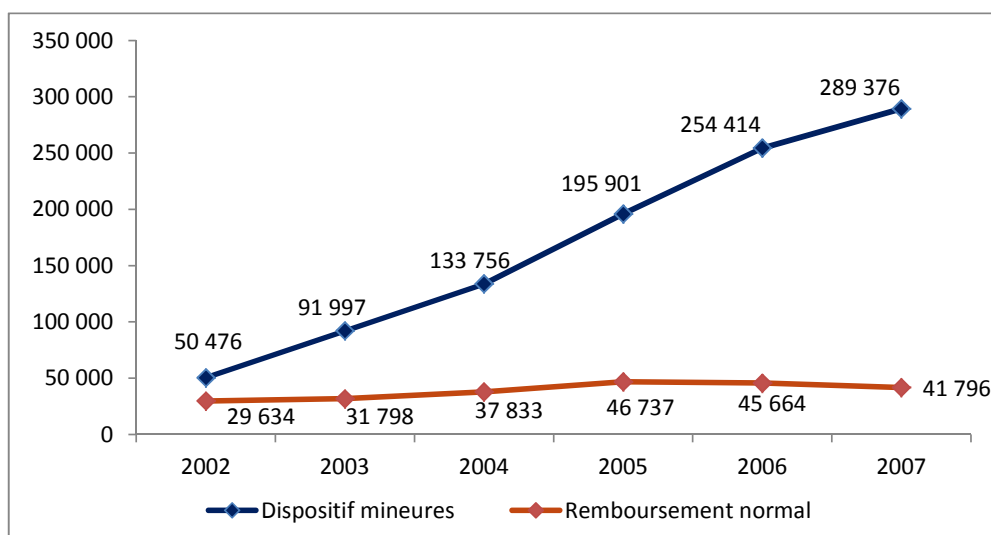
La comparaison des résultats entre 2000 et 2005 montre une nette augmentation du recours à la contraception d'urgence.

Il est le plus fréquent chez les plus jeunes : 30,3 % des 15-19 ans déclarent avoir utilisé cette méthode au moins une fois en 2005, pour 12,2% en 2000. Si la majorité des femmes concernées y ont eu recours une seule fois (67,3 %), les plus jeunes (moins de 20 ans) sont plus nombreuses à déclarer deux recours à la contraception d'urgence (29,8% pour 21,7% sur l'ensemble des tranches d'âge)

Trois circonstances principales sont à l'origine de l'utilisation de la méthode : un oubli de pilule (30,1 %), un accident de préservatif (30,7 %) et un rapport sans contraception (22,7%). Chez les 15-19 ans, ces taux sont respectivement de 28,9 %, 40,0 % et 22,3 %.

La progression de ce recours à la contraception d'urgence se traduit également au niveau national par l'augmentation de la délivrance de contraception d'urgence chez les plus jeunes. Selon les données de l'assurance maladie, en 2007, près de 90 % des boîtes de Norlévo® délivrées concernaient des mineures. La délivrance gratuite aux mineures a ainsi été multipliée par 5,7 sur la période 2002-2007 (figure 3).

**Figure 3 : Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées**



Source : CNAMTS

Exploitation : ORS Bretagne

## Situation en Bretagne

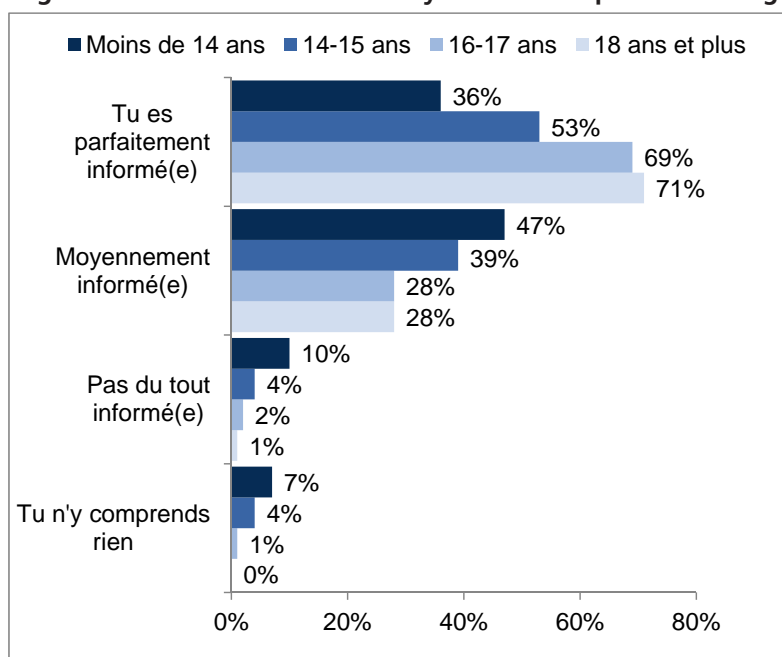
### ■ L'opinion des jeunes scolarisés

#### ■ Des jeunes informés sur les moyens de contraception

En 2007, quel que soit leur âge, 6 jeunes scolarisés en collège et lycée sur 10 (58%) se déclarent parfaitement informés sur les moyens contraceptifs, davantage qu'en 2001 où ils étaient 51%.

Cependant, cette perception varie selon l'âge. Avant 14 ans, un peu plus du tiers des jeunes (36%) se déclarent parfaitement informés contre le double (71%) à 18 ans ou plus. A l'inverse, la méconnaissance et l'incompréhension face aux moyens contraceptifs sont plus fréquents chez les moins de 14 ans où près d'un jeune sur 5 (17%) déclare « ne pas être informé du tout » ou « n'y rien comprendre » contre seulement 1 jeune sur 100 à partir de 18 ans (figure 4).

Figure 4 : Information sur les moyens contraceptifs selon l'âge



Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007



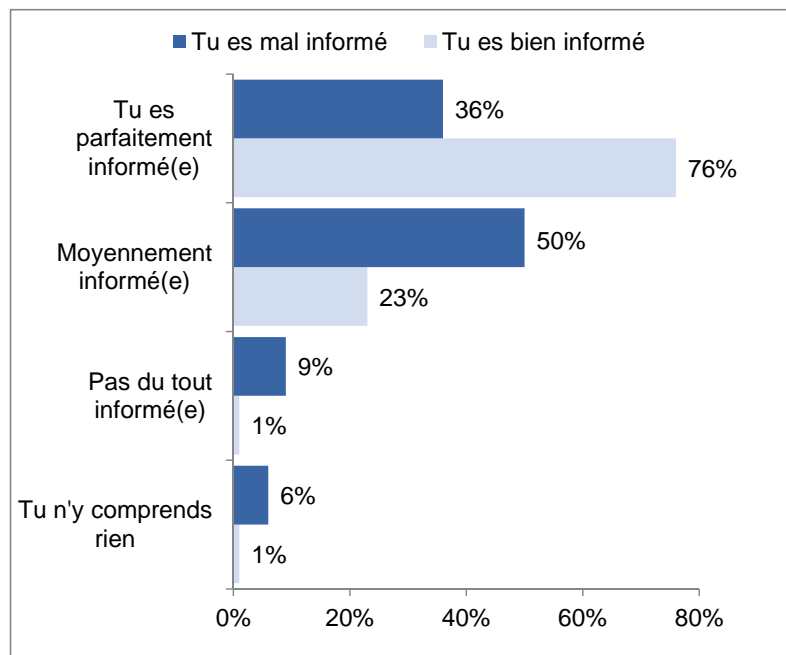
## ■ La contraception d'urgence : méthode et utilisation mieux connues des filles

En 2007, les deux tiers (65%) des filles et la moitié des garçons (51%) se déclarent bien informés sur la contraception d'urgence, et ce sentiment augmente avec l'âge accentuant les différences entre les deux sexes au profit d'une meilleure connaissance des filles.

Le niveau d'information progresse chez les filles passant de 38% se déclarant « bien informées » avant 14 ans à 82% à partir de 18 ans, en revanche, chez les garçons, pour un niveau d'information comparable à celui des filles avant 14 ans, à partir de 18 ans ils ne sont que 60% à se déclarer « bien informés ». Par ailleurs les filles apparaissent mieux averties que les garçons sur la manière de s'en procurer et de l'utiliser.

Le niveau d'information général sur les moyens contraceptifs et la connaissance de la pilule du lendemain sont liés. Ainsi, plus l'information ou la connaissance de la contraception d'urgence est restreinte, plus le niveau d'information sur les moyens contraceptifs est limité voir inexistant (figure 5).

**Figure 5 : Niveau d'information des jeunes sur la contraception d'urgence selon le niveau d'information sur les moyens contraceptifs**



Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

Lecture : 76% des jeunes bien informés sur les moyens contraceptifs se déclarent parfaitement informés sur la contraception d'urgence.

## ■ La délivrance de la contraception d'urgence en collèges et lycées

Les données issues du rectorat permettent de dresser un bilan de la délivrance de la contraception d'urgence (Norlévo®) aux élèves par les infirmières scolaires au sein des collèges, lycées, lycées d'enseignement professionnel et EREA (Etablissement Régionaux d'enseignement adapté).

558 élèves ont demandé une contraception d'urgence durant l'année scolaire 2008-2009 et 561 élèves en 2009-2010, dans les infirmeries de l'ensemble des établissements (tableau 1). La plupart des demandes émanaient de lycéennes mineures : pour les deux périodes 83 %.

**Tableau 1 : Nombre de demandes d'élèves selon le type d'établissement**

	Collèges		EREA		Lycées		LEP		Total	
	mineures	majeures	mineures	majeures	mineures	majeures	mineures	majeures	mineures	majeures
2008-2009	99%	1%	100%	0%	76%	24%	70%	30%	83%	17%
Elèves reçues	176	1	8	0	213	67	65	28	462	96
2009-2010	99%	1%	100%	0%	75%	25%	79%	21%	83%	17%
Elèves reçues	163	1	7	0	208	68	90	24	468	93

Source : Rectorat

Pour l'année 2009 - 2010 le Norlévo® a été délivré à 82,2% des élèves qui l'ont demandé, soit un taux proche de celui relevé au niveau national (79 % en 2006-2007<sup>19</sup>). Dans la majorité (96%) des cas, la contraception d'urgence a été délivrée directement par l'infirmier(ère). 255 élèves ont été orientées vers un centre de planification ou d'éducation familiale.

Le suivi des élèves auxquelles le Norlévo® a été délivré peut être assuré par un(e) infirmier(ère), un (e) médecin, un(e) assistant(e) de service social ou un centre de planification et d'éducation familiale.

De manière générale, les données confirment une prise en charge essentiellement assurée par le personnel infirmier (48 %) et les centres de planification (45 %). Les médecins et les assistants de service social sont peu nombreux à prendre en charge ce suivi, ils représentent respectivement 5 % et 2 %.

Ces données confirment le rôle des infirmiers(ères) de l'éducation nationale dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées. Ainsi que le souligne le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales)<sup>20</sup> en 2009, «*L'ouverture d'une possibilité d'accès à la contraception d'urgence via les infirmières scolaires s'explique par la priorité donnée à l'objectif de prévention et par la prise en considération des faits : une jeune fille scolarisée est limitée dans ses mouvements. Elle correspond à un réel besoin : les acteurs de terrain racontent comment ils sont confrontés à la détresse et à l'angoisse de la jeune fille qui vient les voir lundi matin à la suite d'un rapport de week-end non ou mal protégé, alors qu'elles n'ont pas l'autorisation de quitter l'école si elles sont mineures et que les centres de planification familiale sont fermés ainsi que de nombreuses pharmacies*».

<sup>19</sup> IGAS, La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, 2009.

<sup>20</sup> Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. IGAS, 2009.

## ■ Les pratiques contraceptives des étudiants

### ■ Les méthodes contraceptives

#### ● Une utilisation des moyens contraceptifs répandue...

En 2006, selon l'enquête de l'Observatoire régional de santé de Bretagne<sup>21</sup>, 73% des étudiants déclarent utiliser une méthode contraceptive, davantage les garçons (81% contre 68% des filles).

En 2009, selon le volet de l'enquête de l'USEM portant sur les étudiants affiliés à la SMEBA (Bretagne et Pays-de-la-Loire), les deux tiers des étudiants déclarent utiliser systématiquement un moyen contraceptif, cette proportion est légèrement supérieure à celle relevée dans l'ensemble des mutuelles. En effet, en France, 63% des étudiants utilisent un moyen contraceptif, les filles plus fréquemment que leurs homologues masculins, 68% contre 58%.

#### ●...étroitement lié à la vie sexuelle

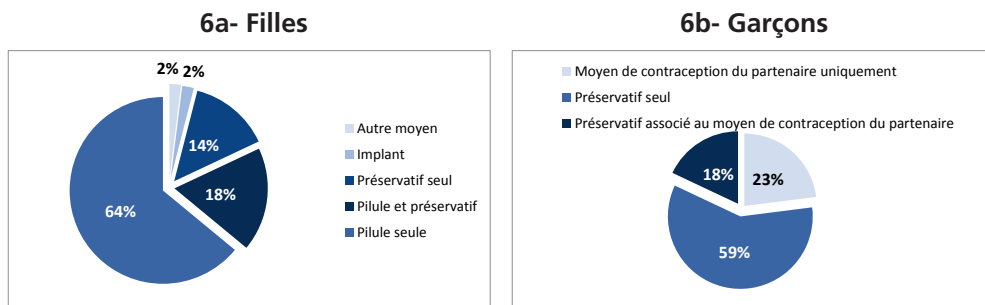
Lorsque les étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université sont sexuellement actifs, l'essentiel d'entre eux (95%) déclarent utiliser un moyen de contraception, sans différence selon le sexe.

#### ● Pilule et préservatif masculin : les deux méthodes les plus diffusées quel que soit le sexe

En Bretagne, en 2006, 77% des garçons utilisent le préservatif masculin comme moyen de contraception, seul ou associé au moyen contraceptif de leur partenaire (figure 6b). Comparativement en 2009, selon l'enquête de l'USEM, ils sont 71% au niveau national à privilégier le préservatif masculin.

En Bretagne, en 2006, parmi les étudiantes qui déclarent un moyen contraceptif (figure 6a), quelle que soit leur activité sexuelle, la pilule est le moyen le plus utilisé puisqu'elles sont 82% à la citer (64% citent la pilule seule et 18% citent la pilule associée au préservatif ou à un autre moyen). Le préservatif seul arrive au deuxième rang des moyens contraceptifs utilisés (14%). En 2009, selon l'enquête de l'USEM, 77% des étudiantes privilégient la pilule (seule ou associée à une autre méthode) et 43% le préservatif masculin (seul ou associé à une autre méthode).

**Figure 6 : Utilisation d'un moyen de contraception chez les étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne en 2006**



Source : ORS Bretagne, La santé des étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne – 2006

<sup>21</sup> Observatoire régional de santé de Bretagne, la santé des jeunes de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne, 2007.

### ● Des méthodes contraceptives fortement influencées par le statut de la relation, chez les garçons

Le choix de la méthode contraceptive utilisée dépend de l'engagement vis-à-vis du partenaire. Ainsi en Bretagne chez les étudiants, les garçons privilégient le préservatif associé ou non au moyen contraceptif de leur partenaire lorsque cette relation est occasionnelle (98% contre 48% pour les partenaires régulières) tandis que plus de la moitié des garçons font confiance uniquement au moyen de contraception de leur partenaire lorsque la relation est régulière (52% contre 2% seulement lorsqu'elle est occasionnelle).

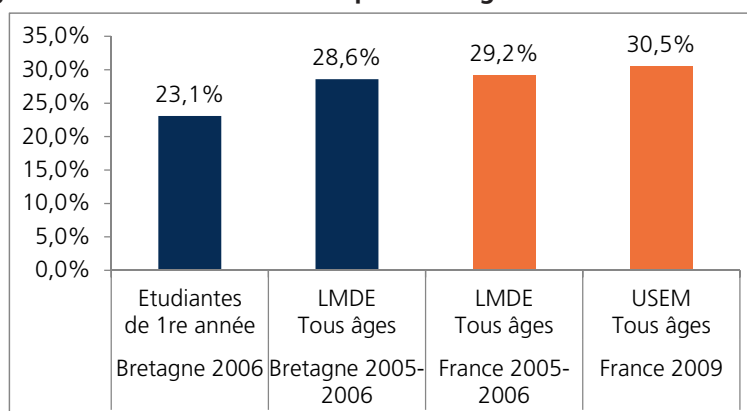
### ● La contraception d'urgence : une utilisation variable selon l'activité sexuelle et le statut de la relation avec le partenaire

En Bretagne en 2006, un quart des étudiantes ont déjà eu recours à la pilule du lendemain, son utilisation variant avec l'activité sexuelle : les filles déclarant une sexualité active sont deux fois plus nombreuses que les autres à avoir pris la pilule du lendemain (38% vs 19%). Elles sont également plus nombreuses à l'utiliser lorsqu'elles ont des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels plutôt que réguliers (61% vs 39%).

D'après les enquêtes réalisées par les mutuelles étudiantes, la part des étudiantes qui ont utilisé la pilule du lendemain est selon l'enquête de la LMDE de 28,6% (figure 7) en Bretagne (pour une moyenne nationale de 29,2%) et selon l'enquête USEM de 30,7% des étudiantes affiliées à la SMEBA (pour 30,5% sur l'échantillon global).

La population cible étant plus âgée dans les enquêtes nationales que dans l'enquête auprès des étudiants de 1ère année d'université, les tendances observées apparaissent cohérentes. Par ailleurs, en 2009, l'enquête nationale de l'USEM renseigne sur les motifs ayant conduit au recours à la contraception d'urgence. Il s'agit, au niveau national comme dans l'extension régionale SMEBA, en premier lieu d'un accident de préservatif pour respectivement 49% et 47% des étudiantes ayant eu recours à la contraception d'urgence suivi ensuite pour 42% et 37% par l'oubli de la pilule. Par ailleurs, il est à souligner qu'un peu moins du tiers des étudiantes (30% et 31%) y ont eu recours pour palier l'absence de contraception, les autres motifs étant marginaux (moins d'1% dans l'extension régionale SMEBA comme au niveau national).

Figure 7 : Recours à la contraception d'urgence chez les étudiantes



Sources : ORS Bretagne, LMDE, USEM

## **■ La délivrance de la contraception d'urgence par les services interuniversitaires de médecine préventive de Rennes 1 et Rennes 2**

Les données issues des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, bien que non exhaustives et non représentatives des étudiants bretons, permettent néanmoins de disposer d'une estimation du recours à la contraception d'urgence chez les étudiantes consultantes.

Pour l'année universitaire 2008-2009, et sur l'ensemble des dossiers gynécologiques (301), la médecine préventive rapporte un total de 9 demandes de contraception d'urgence, soit 3,0 % de l'effectif total.

Ce taux apparaît très faible au regard des résultats issus des enquêtes SMEBA (30,7 %) et LMDE (28,6 %).

Il en va de même pour les motifs de recours à la contraception d'urgence qui sont sous-représentés comparativement aux enquêtes en population. En 2009, la part des étudiantes ayant eu recours à la contraception d'urgence pour le motif d' « accident de préservatif », relevée par la médecine préventive universitaire était de 14,9 %, alors qu'il atteint 48,9 % dans l'enquête SMEBA.

Ces écarts s'expliquent par le biais de sélection précédemment souligné (cf. chapitre relatif à la description des données). En effet, ces résultats ne concernent que les étudiantes qui viennent consulter et ne couvrent que la ville de Rennes. Toutefois ce taux de recours particulièrement bas, laisse supposer que les étudiantes optent pour d'autres moyens d'accès, sans doute plus directs, que celui de la médecine préventive. L'estimation du recours à la CU dans les enquêtes LMDE et SMEBA est, quant à elle, effectuée quel que soit le lieu d'accès.

## **■ Les délivrances de Norlevo® et Lévonorgestrel en 2009 et 2010 en Bretagne**

### **■ 88 % des délivrances de Contraception d'Urgence concernent des mineures**

Les données relatives à la délivrance de la contraception d'urgence ont été obtenues auprès des CPAM des quatre départements de la région. Ces dernières ont réalisé des requêtes à partir des données de remboursement collectées dans la base régionale Erasme (extraction, recherche et analyses pour un suivi médico-économique), comprenant un numéro identifiant fictif spécifique à la délivrance anonyme et gratuite à des mineures.

En Bretagne, le nombre de boîtes (Norlévo® et Lévonorgestrel) délivrées est passé de 14 164 en 2009 à 14 364 en 2010, soit une augmentation de 1,4 %. La part des mineures concernées par ces délivrances est de 88 % pour les deux périodes.

**Tableau 2 : Evolution du nombre de contraceptions d'urgence délivrées entre 2009 et 2010**

	2009		Total	2010		Total
	mineures	majeures		mineures	majeures	
Côtes d'Armor	92,6%	7,4%	100%	93,1%	6,9%	100%
Finistère	86,9%	13,1%	100%	89,4%	10,6%	100%
Ille-et-Vilaine	87,8%	12,2%	100%	87,2%	12,8%	100%
Morbihan	86,2%	13,8%	100%	83,1%	16,9%	100%
<b>Total</b>	<b>88,0%</b>	<b>12,0%</b>	<b>100%</b>	<b>88,0%</b>	<b>12,0%</b>	<b>100%</b>

Source : CNAMTS

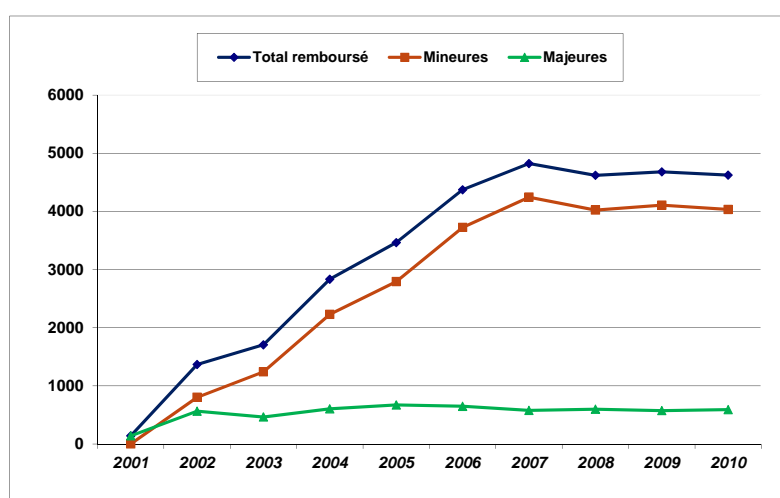
Exploitation ORS Bretagne

Comparativement aux autres départements bretons, les Côtes d'Armor présentent la part la plus importante de délivrances de CU aux mineures, celle-ci était supérieure à la moyenne régionale de 4,6 points en 2009 et de 5,1 points en 2010 (tableau 2).

En Ille-et-Vilaine, seul département pour lequel nous disposons des données sur une période couvrant ces dix dernières années, on constate depuis 2001, une augmentation régulière du nombre de contraceptions d'urgence délivrées, essentiellement chez les mineures. Entre 2007 et 2008, une légère diminution est observée, suivie d'une stabilisation entre 2008 et 2010 à hauteur de 4 000 boîtes délivrées sur le département. Si le nombre de boîtes délivrées aux mineures a été marqué par une progression importante depuis 2001, celui des majeures reste stable (environ 600 boîtes délivrées) (figure 8).

Cette évolution est à relier à la promulgation de la loi du 13 décembre 2000 autorisant l'administration aux élèves de la contraception d'urgence par les infirmier(ère)s scolaires ainsi que la délivrance gratuite de la CU aux mineures par les pharmacies).

**Figure 8 : Evolution du nombre de contraceptions d'urgence délivrées en Ille-et-Vilaine (2001-2010)**



Source : CNAMTS

# Interruption volontaire de grossesse

## *Définition et cadre réglementaire*

L'Interruption volontaire de grossesse (IVG) est pratiquée à la demande d'une femme enceinte par un médecin dans un établissement public ou privé, ou par un médecin de ville conventionné avec un établissement. Depuis la loi de juillet 2001, elle doit être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse (soit quatorze semaines d'aménorrhée). Deux méthodes existent, chirurgicale et médicamenteuse (RU 486).

Depuis la loi Veil de 1975 autorisant l'IVG, les règles de recours ont connu une première modification dans le cadre de la loi du 4 juillet 2001 en portant le délai maximal autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. Cette loi ne rend plus obligatoire l'entretien psychosocial avant l'IVG pour les femmes majeures. Les mineures peuvent déroger à l'obligation du consentement parental (ou du représentant légal), et doivent dans ce cas se faire accompagner par une autre personne majeure de leur choix.

La loi de 2001 et ses textes d'application de 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée.

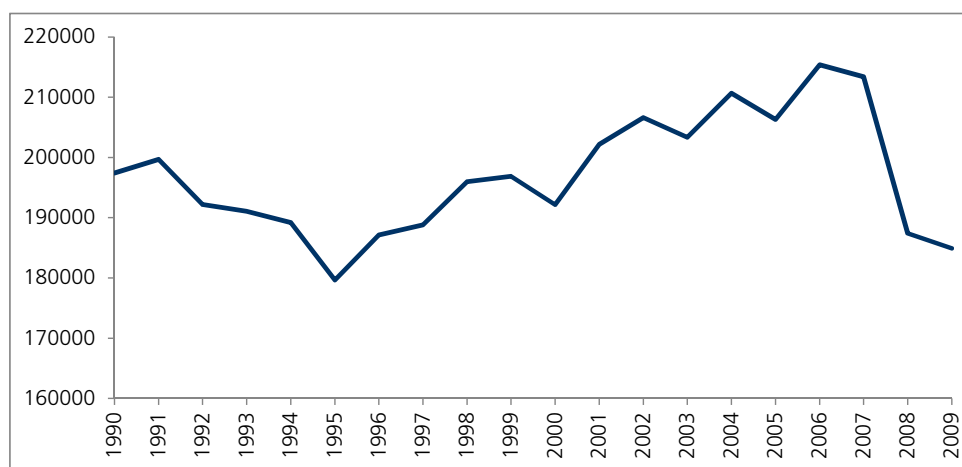
Plus récemment le décret du 6 mai 2009 prévoit notamment que pour organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, le Président du conseil général peut passer convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre de santé ou un praticien.

## Cadrage général

Malgré une diffusion des méthodes contraceptives (pilule, pilule d'urgence, stérilet..) durant ces 30 dernières années, le nombre d'IVG en France reste élevé impliquant par la même, de nombreux échecs de contraception et de prévention. Ce paradoxe trouve son explication dans un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse non prévue. En effet, en 1975, quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) se terminaient par une IVG, en 2000 ce taux atteint 62 %. De plus, cette tendance concerne plus particulièrement les mineures<sup>22</sup>.

En 2007, le nombre d'IVG est évalué à 213 380 en France métropolitaine, soit un taux de recours de 14,7 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Cependant une diminution semble s'amorcer sur les années suivantes puisque les données (non redressées) de la statistique annuelle des établissements rapportent un total de 187 400 IVG en 2008 et 184 900 IVG en 2009 (figure 9).

Figure 9 : Evolution du nombre d'IVG de 1990 à 2007 en France



Source : SAE-Drees

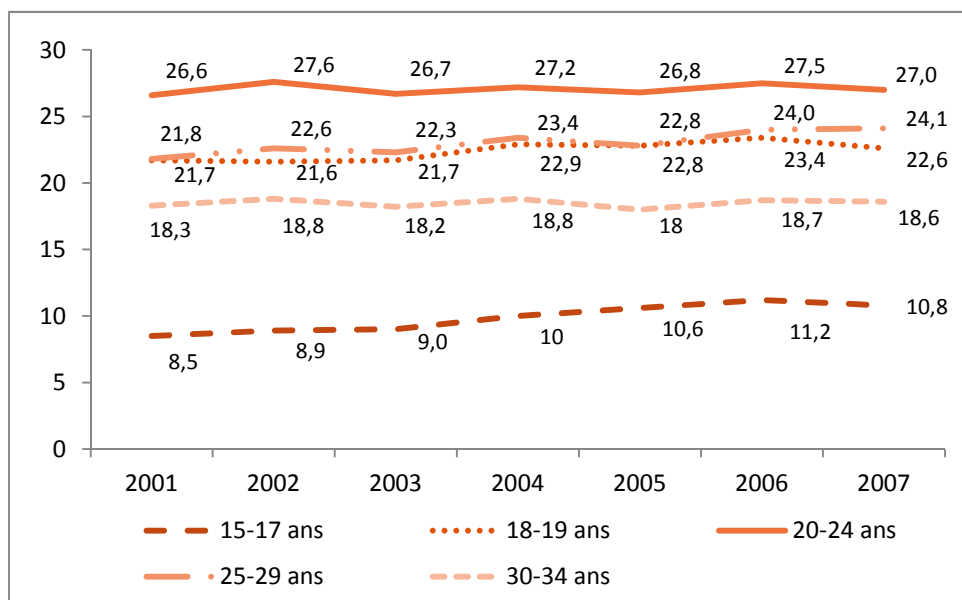
\*Données non redressées pour les années 2008 et 2009

Le taux de recours à l'IVG n'a cessé d'augmenter chez les plus jeunes, passant chez les 15-17 ans de 8,5 ‰ en 2001 à 11,2 ‰ en 2006, une légère baisse étant observée en 2007 avec un taux s'élevant à 10,8 ‰. Cette évolution est également enregistrée chez les 18-19 ans, alors que dans les autres tranches d'âge, les données sont plus fluctuantes sur la période considérée (figure 10).

<sup>22</sup> Bajos N., Moreau C., Leridon H. et al ; Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés, n°407, Ined, 2004.



**Figure 10 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge pour 1000 femmes en France**



Source : Drees (SAE-PMSI), Insee, CNAMTS

\*Les données 2008 et 2009 non redressées ne sont pas exploitées par tranche d'âge.

## Situation en Bretagne

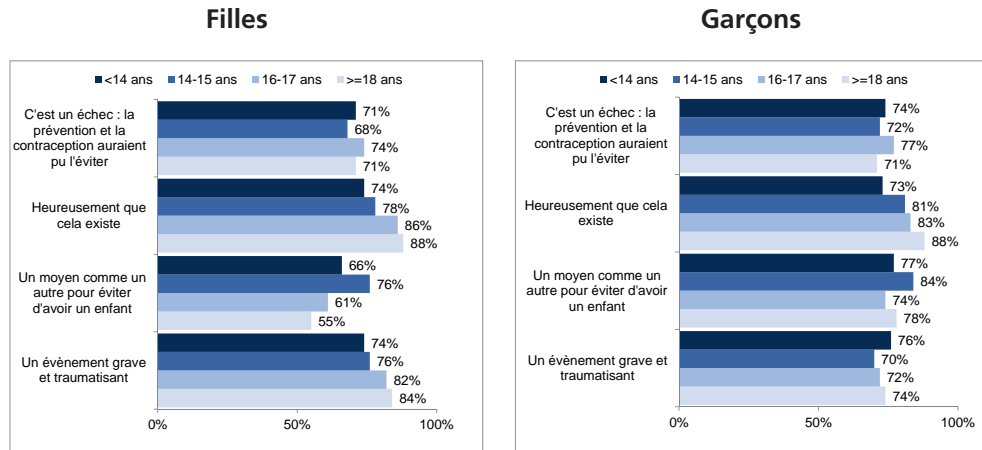
### ■ L'opinion des jeunes scolarisés

#### ■ Une perception de l'IVG qui évolue peu...

En 2007 comme en 2001, quels que soient l'âge et le sexe, un peu plus de 7 jeunes sur 10 s'accordent sur le fait que l'IVG est « un échec que la prévention et la contraception aurait pu éviter » et ils sont plus des trois quarts à le considérer comme « un évènement grave et traumatisant ».

Cela étant, ils sont plus nombreux, 82% en 2007 contre 77% en 2001 à estimer qu'« il est heureux que cela existe » sans différence selon le sexe. Dans le même temps, les deux tiers des filles (65%) et près de 8 garçons sur 10 (79%) contre respectivement 59% et 72% en 2001 considèrent que « c'est un moyen comme un autre pour éviter d'avoir un enfant » (figure 11).

Figure 11 : Opinion sur l'IVG selon le sexe et l'âge



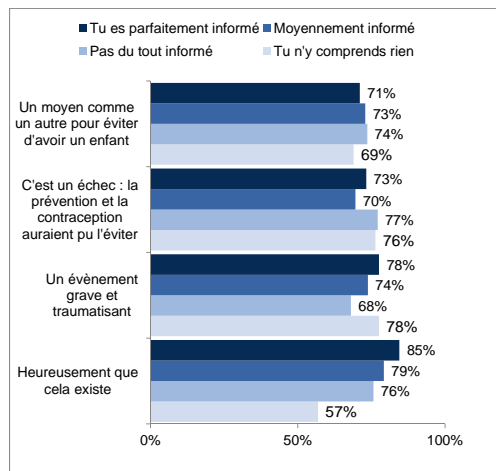
Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

### ■ ...et reste peu influencée par le niveau d'information sur les moyens contraceptifs

Le niveau d'information sur les moyens contraceptifs n'exerce que peu d'influence sur l'opinion exprimée par les jeunes sur l'IVG. Cependant, ceux qui se déclarent les mieux informés sur les moyens contraceptifs sont plus nombreux à reconnaître son utilité puisqu'ils estiment plus souvent que les autres « qu'heureusement que cela existe » (figure 12).

Ce lien s'est conforté entre 2001 et 2007. En effet, en 2007, 85% des jeunes les mieux informés partagent ce sentiment (contre 57% de ceux qui « ne comprennent rien aux moyens contraceptifs ») alors qu'en 2001, ils étaient respectivement 78% contre 61%. Parallèlement, le niveau d'information sur les moyens contraceptifs a peu d'influence sur l'opinion des jeunes sur l'IVG.

Figure 12 : Opinion sur l'IVG selon le niveau d'information sur les moyens contraceptifs



Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

## ■ La situation chez les étudiantes

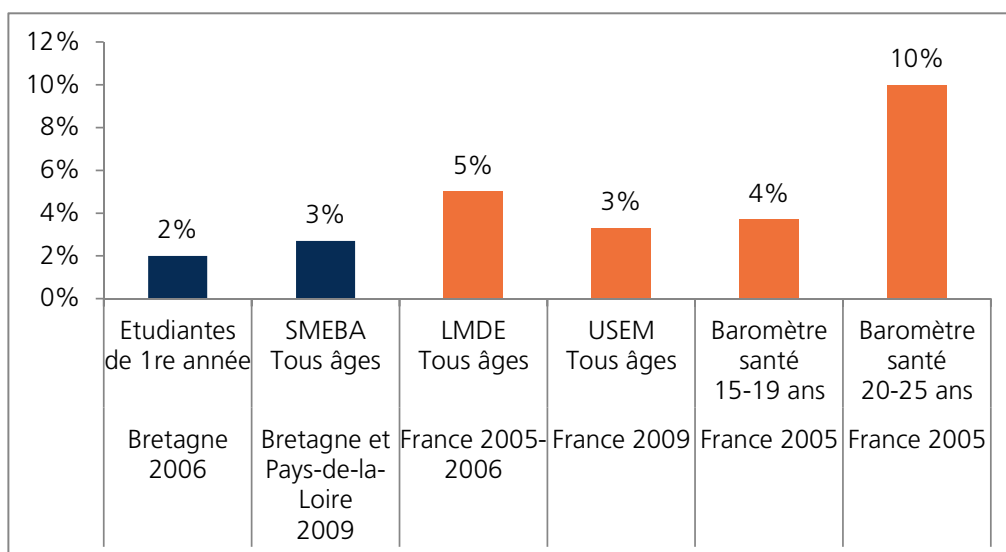
### ■ *Le recours à l'IVG concerne une minorité d'étudiantes*

En 2006, les étudiantes de 1<sup>re</sup> année d'université en Bretagne sont 2% à déclarer avoir déjà effectué une IVG.

En France, les proportions relevées dans les enquêtes effectuées par les mutuelles se situent à un niveau sensiblement supérieur (5% pour l'enquête LMDE et 3% pour l'enquête USEM au niveau national comme dans l'extension régionale SMEBA). Cependant, ces écarts s'expliquent en raison d'un effet d'âge : la tranche d'âge ciblée en Bretagne concernant uniquement les premières années contrairement aux enquêtes nationales qui prennent en compte l'ensemble des étudiantes quel que soit leur niveau d'études.

Par ailleurs, selon le baromètre santé 2005, en France, le taux de recours à l'IVG atteignait, dans la population générale, 4% chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et 10% chez les 20-25 ans (figure 13).

**Figure 13 : Pourcentage d'étudiantes ayant eu recours à l'IVG**



Source : ORS Bretagne – La santé des étudiants de 1<sup>re</sup> année d'université ; LMDE – La santé des étudiants ; USEM – La santé des étudiants

Selon les données de la médecine préventive de Rennes 2, le nombre d'étudiantes, vues en gynécologie ayant réalisé une IVG est de 8 (2,7%) durant l'année universitaire 2008-2009 et s'élève à 15, soit 4,2 % en 2009-2010. Pour cette dernière période, les services de médecine préventive de Rennes 1 enregistraient 2 IVG.

## ■ L'évolution des IVG en Bretagne

Pour situer la Bretagne par rapport à la France mais également décrire les IVG, deux sources de données ont été utilisées : la SAE et les BIVG. Les données évolutives (redressées jusqu'en 2007) sont issues de la SAE, elles seules permettent des comparaisons interrégionales et nationales. Les données 2008 et 2009 ont également été prises en compte, bien que non redressées, elles sont utiles à l'étude de l'évolution temporelle du nombre d'IVG.

Les caractéristiques des IVG ont été décrites à partir des données issues des BIVG validées et exploitées par l'ARS Bretagne, elles ne concernent que les années 2005 et 2009.

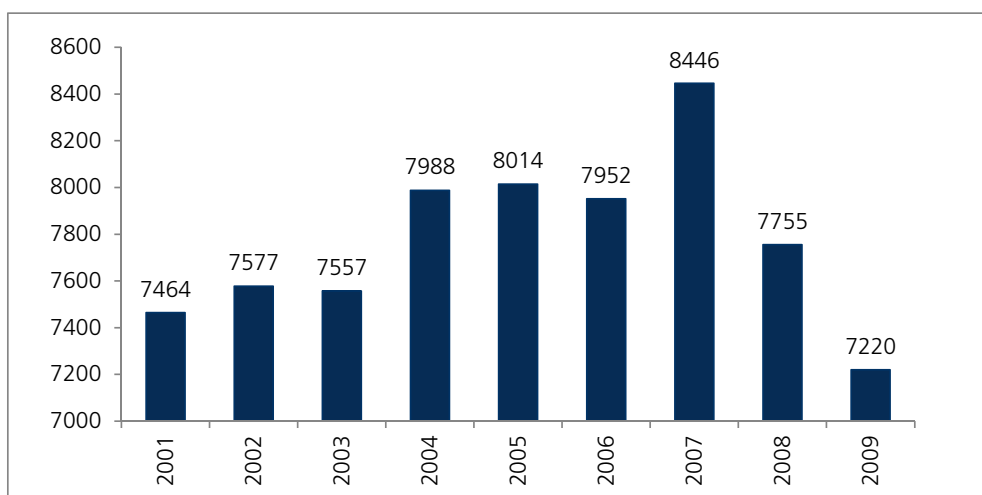
Les données issues du PMSI n'ont pas été exploitées dans l'étude, les écarts observés, en termes de nombre total de séjours et/ou de patientes concernées, avec les résultats issus de la SAE et des BIVG étant trop importants et laissant supposer des problèmes de codage.

### ■ Diminution des IVG depuis 2008 (SAE)

En 2007, selon les derniers résultats validés de la Drees, la région se place au 8<sup>e</sup> rang des régions de France métropolitaine pour le nombre d'IVG réalisées. Le nombre d'IVG stable entre 2001 et 2003, a connu une progression entre 2004 et 2007, malgré une faible diminution observée en 2006. Entre 2006 et 2007, les IVG en Bretagne ont augmenté de 6 % pour 2 % en France métropolitaine.

Depuis 2007, les données de la SAE (non redressées) révèlent une baisse du nombre d'IVG de 8,2 % entre 2007 et 2008 et de 6,9 % entre 2008 et 2009. La part des IVG en Bretagne pour ces deux années représente environ 4 % de l'ensemble des IVG réalisées en France métropolitaine (figure 14).

Figure 14 : Evolution du nombre d'IVG réalisées en Bretagne



Source : Drees (SAE- PMSI) Insee.

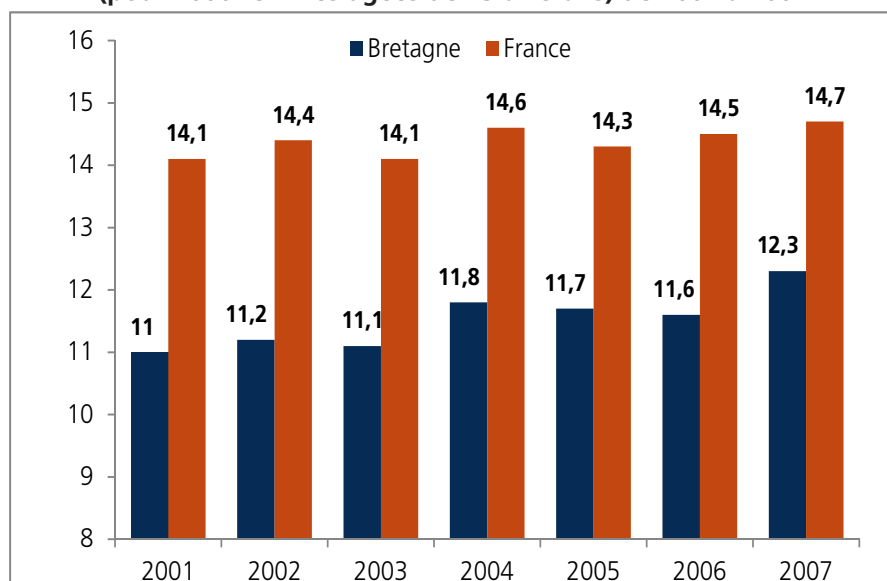
\*Données non redressées pour les années 2008 et 2009

## ■ Un taux de recours des mineures inférieur à la moyenne nationale (SAE 2007)

En 2007, avec un taux d'IVG de 12,3 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (soit le nombre d'IVG rapporté à la population féminine de 15 à 49 ans), le recours à l'IVG est moins fréquent en Bretagne qu'au niveau national (14,7 pour 1 000) ; plaçant ainsi la Bretagne dans une position médiane comparativement aux autres régions de France métropolitaine (figure 15). Cette situation est également observée chez les mineures qui présentent un taux de recours de 9,8 pour mille femmes de moins de 18 ans, situant la Bretagne au troisième rang des régions ayant le plus bas taux de recours au sein de cette population pour un taux moyen de 12,5 ‰ en France métropolitaine.

Depuis 2001 et bien que le taux de recours à l'IVG en région soit plus faible qu'au plan national, ce dernier a été marqué par une légère tendance à l'augmentation jusqu'en 2007.

**Figure 15 : Taux de recours à l'IVG en Bretagne et en France (pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans) de 2001 à 2007**

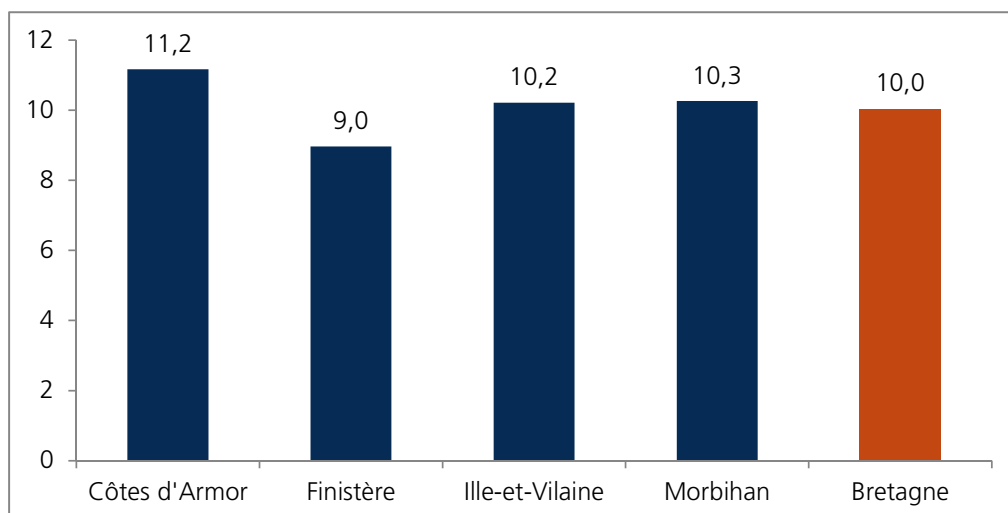


Source : Drees (SAE- PMSI) Insee.

## ■ Caractéristiques des IVG en 2005 et 2009 (BIVG)

En 2009, les données issues des bulletins d'interruption volontaire de grossesse (BIVG) comptabilisent un total de 7 113 IVG réalisées en Bretagne, soit un effectif proche de celui relevant de la statistique annuelle des établissements de santé (7 220). On observe une baisse du nombre d'IVG en Bretagne comparativement aux données de 2005 (7 935). Un tiers des IVG a été réalisé dans un établissement d'Ille-et-Vilaine (2 388 IVG). Le taux de recours à l'IVG pour les femmes de 15 à 49 ans domiciliées en Bretagne s'élève, quant à lui, à 10 ‰. Le département du Finistère se caractérise par le taux de recours le plus bas, alors que les Côtes d'Armor enregistrent le taux le plus élevé de la région (figure 16).

**Figure 16 : Taux de recours à l'IVG (pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) par département en Bretagne en 2009**



Source : Bulletin IVG 2009. Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2009

Exploitation ORS Bretagne

\*Les données ne prennent pas en compte les femmes non domiciliées en Bretagne.

\*Des données sont manquantes au niveau de la variable «département»

### ■ **Un taux de recours élevé entre 20 et 24 ans**

En 2009, en Bretagne (BIVG), parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG, 16 % avaient moins de 20 ans. La part des mineures ne variant pas : 541 IVG en 2005 soit 6,8 % et 493 IVG en 2009 soit 6,9 % .

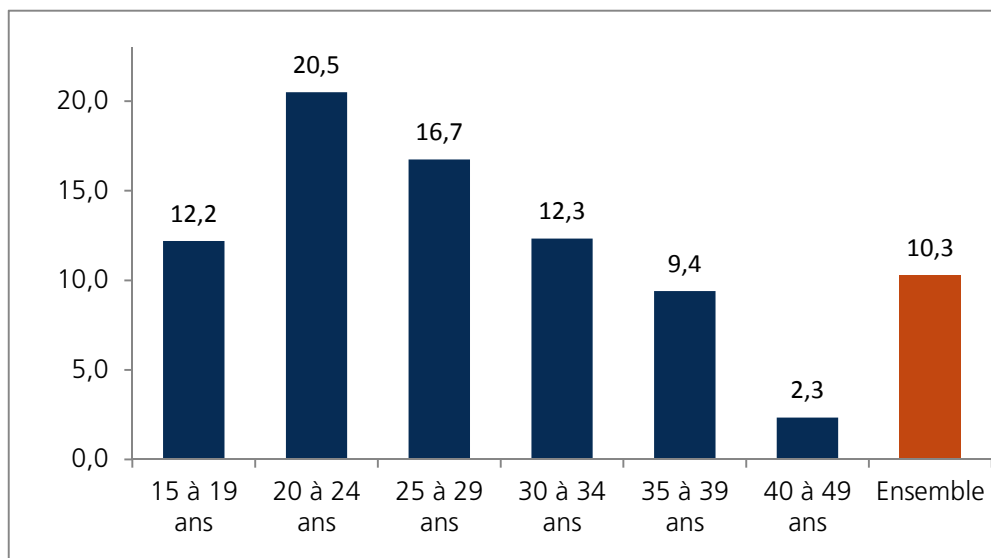
Le recours à l'IVG concerne toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans), cependant, comme en 2005, c'est entre 20 et 24 ans qu'il est le plus élevé en Bretagne. Au-delà de 25 ans il diminue régulièrement avec l'âge. Une évolution similaire est observée au niveau national<sup>23</sup>.

Le taux de recours à l'IVG augmente avec l'âge entre 15 et 24 ans, passant ainsi de 12,2 chez les 15-19 ans, à 20,5 chez les 20-24 ans (figure 17).

En 2005, les taux de recours étaient respectivement de 12,7 IVG pour 1 000 chez les 15-19 ans et 22,1 IVG pour 1 000 femmes chez les 20-24 ans.

<sup>23</sup> Encadré méthodologique dans : Vilain A., 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 » Études et résultats, Drees, n° 713, décembre.

**Figure 17 : Taux de recours à l'IVG selon l'âge des femmes en Bretagne en 2009**



Source : Bulletin IVG 2009. Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2009

Exploitation ORS Bretagne

### ■ 94 % des IVG pratiquées dans les établissements publics

En 2009, en Bretagne (BIVG), les établissements publics ont assuré 94,4 % des prises en charge. La part du secteur public dans la pratique de l'IVG continue son augmentation, passant d'un taux de prise en charge de l'activité de 75 % en 1995, à 86 % en 2005. En comparaison sur l'ensemble du territoire national, le secteur public assure 72 % de l'activité des IVG (données 2005).

Chez les mineures, 98 % des IVG sont pratiquées dans un établissement public, un taux stable par rapport à 2005.

### ■ Des IVG réalisées plus tardivement chez les jeunes femmes

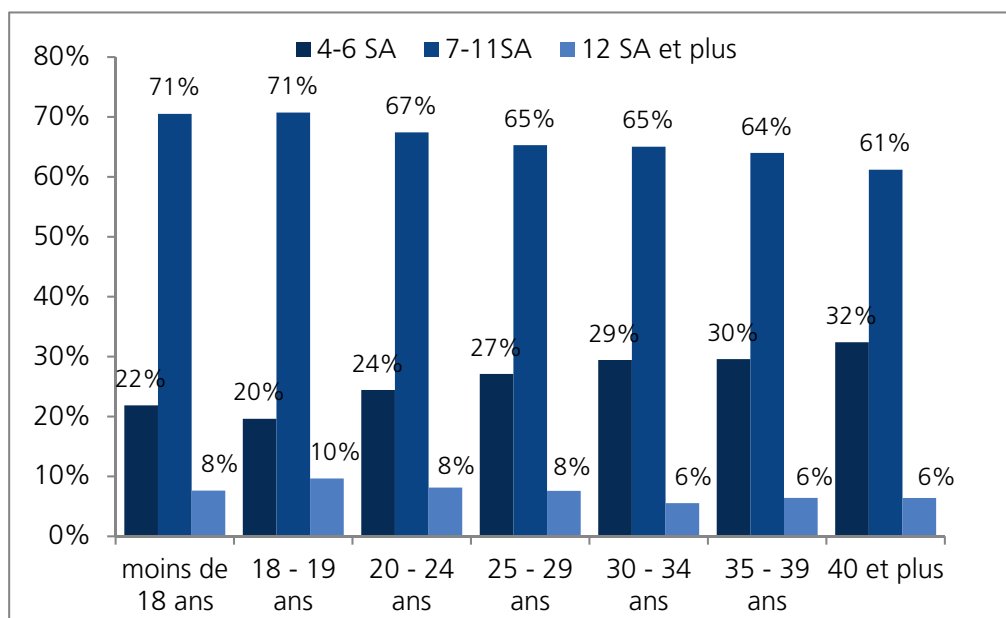
Depuis 2001, la loi relative à l'IVG fixe le délai maximum légal pour une IVG à 14 semaines d'aménorrhée (soit 12 semaines de grossesse).

Selon les données des bulletins d'IVG de 2009 en Bretagne, les deux tiers des IVG sont réalisées entre 7 et 11 semaines d'aménorrhée (70 % en 2005), et un peu plus d'un quart entre 4 et 6 SA (23 % en 2005). La part des IVG tardives (12 semaines et plus) dans la région, s'élève, comme en 2005, à 7 %.

On note des disparités selon l'âge. Ainsi, la part des IVG tardives est plus élevée chez les femmes de 18-19 ans (10 %), moindre chez les mineures et les femmes de 20-24 ans (8 % pour les trois tranches d'âge) et se stabilise autour de 6 % chez les plus âgées. A l'inverse, les mineures et les femmes de 18-19 ans ne sont respectivement que 22 % et 20 % à avoir réalisé une IVG entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> SA, ce taux est d'environ 30 % pour les plus âgées (figure 18).

En 2005, les disparités relatives à l'âge des femmes n'étaient pas du même ordre. C'est, en effet, parmi les mineures que la part d'IVG tardives (12 SA et plus), était la plus élevée (11 %), suivie des femmes de 18-19 ans (10 %).

**Figure 18 : Répartition des IVG selon la durée de gestation (en semaines d'aménorrhée) et par tranches d'âge en Bretagne en 2009**



Source : Bulletin IVG 2009. Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2009

Exploitation ORS Bretagne

### ■ Une progression des IVG itératives chez les 18-19 ans

Depuis les années 80, au niveau national, si le nombre d'IVG est resté stable, le nombre d'IVG répétées a progressé. Les données de SARFATY (1995) révèlent que le taux de répétition des IVG de 10% en 1980 atteignait 20% en 1989. Selon les données de l'Ined la part des deuxièmes IVG est passée de 17% en 1991 à 24,7% en 2006.

En Bretagne, selon les données des BIVG de 2009, 30% des femmes ayant réalisé une IVG y avaient déjà eu recours antérieurement, pour 24% en 2005. Cet accroissement concerne toutes les tranches d'âge, et plus particulièrement les femmes de 18-19 ans (15% pour 8,6% en 2005), suivies des mineures (6,5% pour 4,9% en 2005) et des femmes âgées de 20 à 24 ans (28,9% pour 21,7% en 2005). L'augmentation est moins importante après 25 ans.

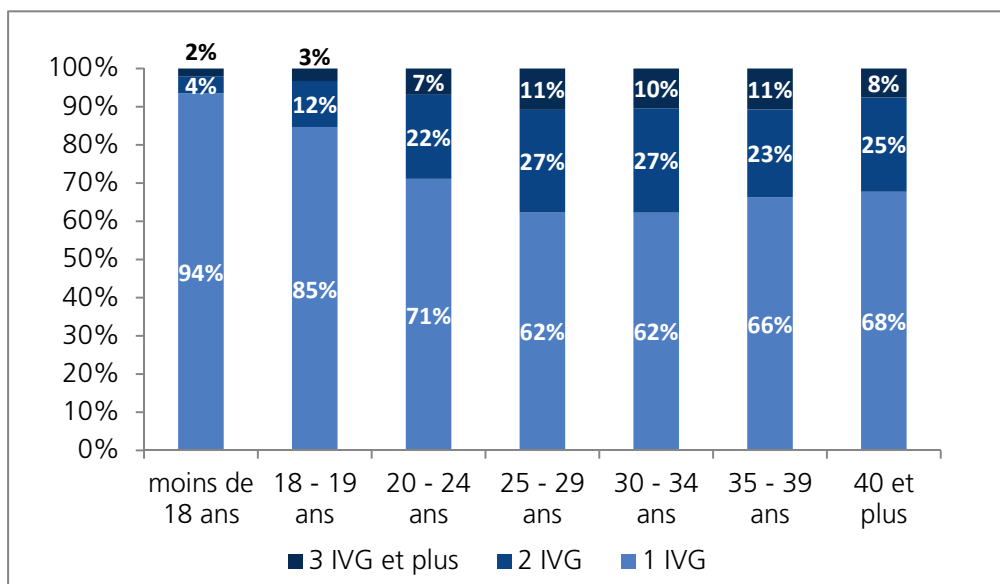
Parmi les femmes ayant eu des IVG antérieures, pour 22,1% d'entre elles, il s'agit d'un deuxième recours, et pour 8,2% d'un troisième recours. La proportion des femmes ayant eu une IVG antérieure augmente naturellement avec l'âge.

A noter que, selon les chiffres de l'INSERM (Kaminski et coll, 1997)<sup>24</sup>, les femmes ayant des IVG répétées se distinguent surtout par un âge précoce à la première grossesse, qu'elle se soit achevée par une naissance ou une IVG. Le risque d'IVG itérative étant plus important dans le cas d'une grossesse avant 20 ans.

<sup>24</sup> Kaminski M, Crost M, Garex M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. Contraception, fertilité, sexualité 1997.



Figure 19 : Nombre total d'IVG réalisées par les bretonnes selon l'âge en 2009



Source : Bulletin IVG 2009. Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2009

Exploitation ORS Bretagne

## ■ Les IVG réalisées dans le cadre de la médecine de ville

Les IVG réalisées en ville concernent uniquement les IVG par voie médicamenteuse. Elles sont réservées aux grossesses dont la durée de gestation ne dépasse pas 7 semaines d'aménorrhée, soit 5 semaines de grossesse. Cette pratique s'organise autour de 5 consultations : une consultation préalable suivie du délai légal de réflexion d'une semaine, puis une série de quatre autres consultations au cabinet du médecin.

### ■ *Peu de mineures concernées par les IVG réalisées en ville*

Selon les données transmises par les caisses primaires d'assurance maladie, en 2010, 403 IVG médicamenteuses ont été réalisées en ville, soit une hausse de 22,8 % par rapport à 2009. Cette augmentation a été plus importante dans les départements du Morbihan et des Côtes d'Armor. Les IVG réalisées en ville ne concernent que six mineures en 2010, un effectif qui a baissé de moitié par rapport à 2009 (tableau 3).

**Tableau 3 : Répartition des IVG médicamenteuses réalisées par la médecine de ville**

	2009		2010	
	Total	Dont mineures	Total	Dont mineures
Côtes d'Armor	41	3	85	0
Finistère	48	0	46	0
Ille-et-Vilaine	229	9	249	6
Morbihan	10	0	23	0
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>12</b>	<b>403</b>	<b>6</b>

Source : CNAMTS

Exploitation ORS Bretagne

### **■ Des variations importantes du nombre d'IVG ville selon les sources de données**

Les données issues des bulletins d'IVG pour l'année 2009, font quant à elles, état de 200 IVG réalisées en cabinet (gynécologue, généraliste ou autres) soit, 2,9 % du nombre total d'IVG. Un taux proche de celui relevé en 2007 (3,7 %)<sup>25</sup>. Les femmes âgées de moins de 20 ans<sup>26</sup> sont également très peu nombreuses à réaliser une IVG ville puisqu'elles ne représentent que 5,5 % (soit 11 jeunes filles) de l'ensemble des IVG réalisées en ville.

Parallèlement, les données relatives aux IVG ville, issues de la SAE pour l'année 2009, rapportent un total de 729 IVG, cet écart avec les données précédentes peut être expliqué par une confusion entre le nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville et celui réalisé par les médecins libéraux. En 2009, l'état des lieux relatif à la préparation de l'inspection des établissements pratiquant les IVG en Bretagne<sup>27</sup>, mis en œuvre par la DRASS en faisait le constat. Ainsi, pour l'année 2007, 115 IVG avaient été comptabilisées dans les BIVG (suite au retrait des données confuses) contre 828 pour la SAE.

<sup>25</sup> Drees, 2007.

<sup>26</sup> En raison du secret statistique, les données concernant les mineures ne sont pas disponibles.

<sup>27</sup> Sionfon Yéo, Préparation à l'inspection des établissements pratiquant les IVG en Bretagne : Etat des lieux, EHESP, 2009.

# Grossesses précoces

## Définition

Les travaux réalisés autour de cette thématique font référence à des définitions variables sans qu'il y ait de consensus sur les critères d'âge à prendre en compte. Ainsi, il peut être question de grossesses survenues chez les mineures, chez les très jeunes mineures (moins de 16 ans), voire chez les moins de 15 ans<sup>28</sup>, ou entre 13 et 19 ans<sup>29</sup>.

Dans le cadre de la présente étude et selon les possibilités d'analyse des données, nous ferons la distinction entre les jeunes femmes de moins de 18 ans, et celles de 18-19 ans.

## Cadrage général

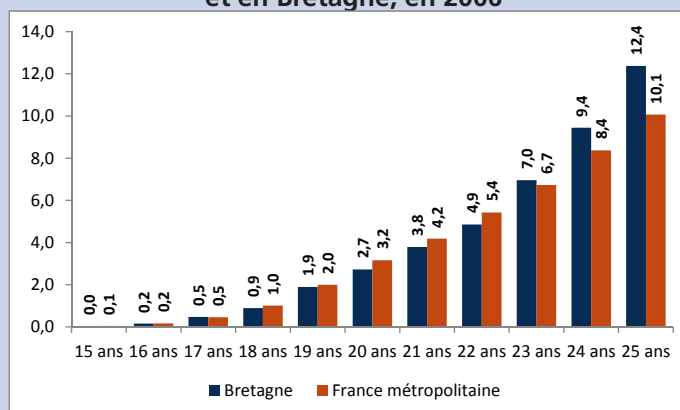
En 2006, le taux de fécondité (nombre de naissances vivantes issues de mères d'un âge donné rapporté au nombre de femmes de cet âge) en Bretagne comme en France métropolitaine augmente avec l'âge, atteignant son pic à l'âge de 29 ans (respectivement 17 et 15 naissances pour 100 femmes).

Parmi les jeunes femmes, le taux de fécondité des bretonnes est supérieur à celui des françaises entre 23 et 25 ans, l'écart étant plus important chez les femmes de 25 ans (12 naissances pour 100 bretonnes contre 10 chez les françaises) (figure 20).

<sup>28</sup> Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. Am J Public Health 2002

<sup>29</sup> Daguerre A. et Nativel C., Les maternités précoces, Dossiers d'Etudes, 2004, n° 53. CERVL, Institut d'études politiques de Bordeaux.

**Figure 20 : Taux de fécondité selon l'âge de la mère (nombre de naissances pour 100 femmes en âge de procréer) en France métropolitaine et en Bretagne, en 2006**



Sources : Insee, estimations de population – statistiques de l'éta-civil

En France, le nombre de mères mineures a fortement diminué, passant d'environ 10 000 par an au début des années quatre-vingt à environ 4 000 à la fin des années quatre-vingt-dix<sup>30</sup>. Entre 1980 et 1997, le nombre de naissances chez les mères mineures a diminué de moitié, tandis que le nombre de grossesses diminuait de 36 %. Cette diminution est moins marquée chez les très jeunes femmes, d'un âge inférieur à 16 ans, depuis une dizaine d'années.

Dans la publication sur la santé des jeunes<sup>31</sup>, la Drees, rapporte pour 2001 un total de 4 845 jeunes filles mineures de 15 à 17 ans ayant donné naissance à un enfant (4,3 % contre 3,6 % pour les années 1995-1999).

Plusieurs rapports et articles scientifiques<sup>32</sup> mettent en avant les situations précaires des mères adolescentes : isolées, déscolarisées, de nationalité étrangère...

Selon le Dr Faucher<sup>33</sup>, le pronostic des grossesses chez les adolescentes peut être comparable à celui des femmes plus âgées, dès lors qu'elles sortent de la clandestinité et sont activement suivies, « *autrement dit, le risque inhérent à ces grossesses n'est pas tant médical que social, avec des conséquences médicales éventuelles* ».

<sup>30</sup> Les maternités précoces au sein de l'OCDE, Caisse nationale des allocations familiales, n° 22, février 2004.

<sup>31</sup> Drees, Etudes et résultats, juin 2004 « La santé des jeunes »

<sup>32</sup> Berrewaerts, J., Renard F. Les grossesses à l'adolescence : Quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?, UCL ,2006.

<sup>33</sup> Maternité à l'adolescence : <http://www.ancic.asso.fr/maternitealadolescence.php>

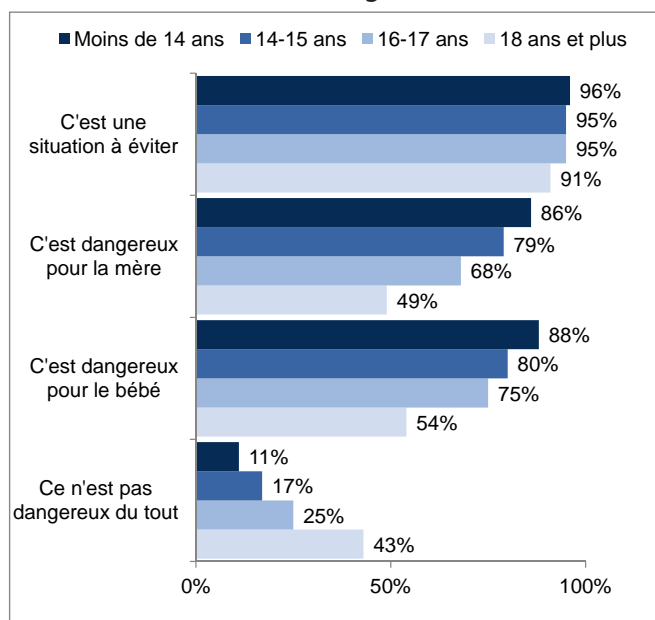
## Situation en Bretagne

### ■ L'opinion des jeunes scolarisés

#### ■ *La grossesse : une situation à éviter dont la dangerosité est largement reconnue*

En 2007 comme en 2001, sans différence selon le sexe, les jeunes perçoivent la grossesse comme « une situation à éviter à leur âge », ce sentiment fait consensus chez 95% des jeunes en 2007 et 94% en 2001. La dangerosité de cette situation est largement reconnue plus fréquemment en 2007 qu'en 2001, les jeunes étant plus nombreux à mettre en avant le facteur de dangerosité pour la mère (respectivement 71% contre 64%) comme pour le bébé (respectivement 76% contre 65%). Par ailleurs, les garçons y sont plus sensibles que les filles car ils estiment plus souvent que ces dernières que c'est une situation dangereuse pour la mère (77% contre 67% pour les filles) et le bébé (81% contre 71%). A l'inverse, les filles affirment, quant à elles plus souvent que « ce n'est pas dangereux du tout ». L'âge influence fortement la perception du caractère dangereux d'une telle situation. Ainsi, la grossesse à moins de 14 ans est jugée plus dangereuse qu'à 18 ans. De même, la perception du caractère « dangereux » pour la mère ou pour le bébé est nettement plus élevée chez les jeunes de moins de 14 ans que chez leurs aînés de 18 ans ou plus, respectivement 86% contre 49% et 88% contre 54% (figure 21).

Figure 21 : Opinions sur le fait d'avoir une grossesse ou un enfant selon l'âge



Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

## ■ Les grossesses précoces caractérisées à partir des certificats du 8<sup>e</sup> jour

Toutes les variables issues des CS8 ne sont pas exploitables, à la fois, en raison de l'hétérogénéité de leur complétude selon les départements, et des taux importants de valeurs manquantes observées pour certaines variables, notamment celle relative à l'activité professionnelle.

Pour plusieurs indicateurs les contraintes liées aux effectifs ont conduit à des regroupements de tranches d'âge pour permettre des comparaisons. Dans ce cas, la distinction n'a pas été possible entre les moins de 18 ans et les 18-19 ans.

Par ailleurs, certaines données (isolement, nationalité) ont été supprimées lors du changement de format du CS8, ce qui ne permet pas une analyse basée sur des facteurs culturels et socioéconomiques.

### ■ Disparité des taux de couverture des CS8 en Bretagne

En 2009, le nombre de naissances domiciliées en Bretagne issues des statistiques d'état civil (Insee) s'élève à 37 151, alors que les données issues des certificats du 8<sup>e</sup> jour font état de 33 502 naissances, soit un taux de sous déclaration de 9,8 % (tableau 4). L'écart observé est vraisemblablement lié au circuit de remontée des certificats qui, dans les départements du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan n'est plus assuré par les maternités mais par les parents. Dans le département des Côtes d'Armor où la transmission des certificats est toujours assurée par les maternités, le taux de couverture est proche de l'exhaustivité (98,6 %).

**Tableau 4 : Nombre de naissances en Bretagne, selon les départements en 2009**

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre de CS8 reçus en 2009	6 470	9 065	11 345	6 622	33 502
Nombre de CS8 reçus en 2009 hors données manquantes	6 469	9 054	11 315	6 622	33 460
Nombre de naissances domiciliées 2009 (Insee)	6 559	9 733	12 917	7 942	37 151
Taux de couverture des certificats	98,6%	93,1%	87,8%	83,4%	90,2%

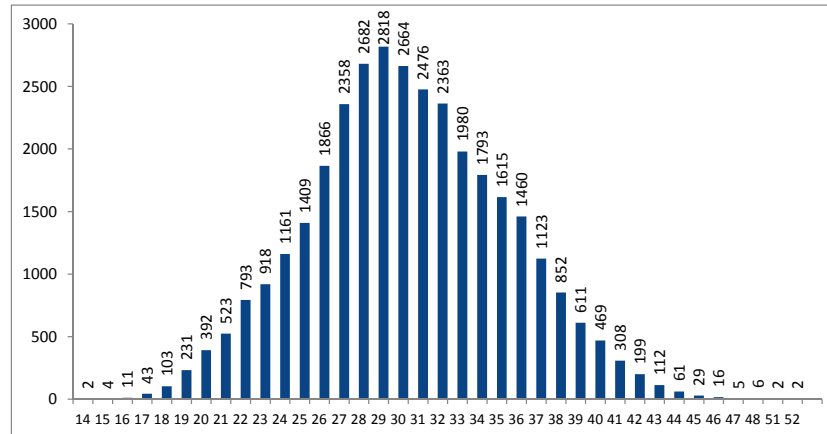
Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

### ■ 0,2 % des naissances concernent des mineures

En 2009, l'âge moyen des mères est de 30,3 ans. Il est quasi identique à celui relevé par l'Insee (30,2 ans). Le pic des naissances concerne les mères âgées de 29 ans (figure 22).

**Figure 22 : Répartition de l'âge des mères au moment de la naissance en Bretagne en 2009**



Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

En Bretagne, l'analyse des CS8 identifie 60 mères (soit 0,2 % de l'ensemble des naissances) mineures au moment de la naissance, une grande partie d'entre elles étaient âgées de 17 ans (71,7 %).

Les données issues de l'état civil pour la même année, révèlent un effectif de naissances issues de mères mineures nettement supérieur (115 soit 0,3 % de l'ensemble des naissances). Il en va de même pour les naissances survenues chez les 18-19 ans et les 20-24 ans (respectivement + 0,5 points et + 1,7 par rapport aux données issues des CS8) (tableau 5).

Le calcul de l'âge à la conception à partir des CS8 fait apparaître que 159 mères étaient mineures, autrement dit, elles sont 2,5 fois plus nombreuses à être mineures au moment de la conception qu'à celui de la naissance.

**Tableau 5 : Répartition de l'âge des mères au moment de la naissance : comparaison des données CS8 et état civil en Bretagne en 2009**

Age	Etat civil		CS8	
	Effectif	%	Effectif	%
moins de 18 ans	115	0,3%	60	0,2%
18-19 ans	549	1,5%	334	1,0%
20-24 ans	4 846	13,0%	3 787	11,3%
>= 25 ans	31 641	85,2%	29 279	87,5%
<b>Total</b>	<b>37 151</b>	<b>100,0%</b>	<b>33 460</b>	<b>100,0%</b>

Source : CS8 2009 – Insee, Etat civil

Exploitation ORS Bretagne

## ■ *Peu de disparités au niveau des départements*

La distribution par département ne montre pas de disparités significatives, au regard des faibles effectifs concernés. La part des mères mineures est identique pour trois départements, seul le département du Finistère se distingue avec un taux inférieur à la moyenne régionale (tableau 6).

**Tableau 6 : Répartition des naissances en effectif et pourcentage selon l'âge des mères par département en 2009**

Age	Côtes d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Bretagne	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 18 ans	14	0,2%	11	0,1%	21	0,2%	14	0,2%	60	0,2%
18-19 ans	78	1,2%	73	0,8%	112	1,0%	71	1,1%	334	1,0%
20-24 ans	808	12,5%	979	10,8%	1 214	10,7%	786	11,9%	3 787	11,3%
>= 25 ans	5 569	86,1%	7 991	88,3%	9 968	88,1%	5 751	86,8%	29 279	87,5%
<b>Total</b>	<b>6 469</b>	<b>100%</b>	<b>9 054</b>	<b>100%</b>	<b>11 315</b>	<b>100%</b>	<b>6 622</b>	<b>100%</b>	<b>33 460</b>	<b>100%</b>

Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

## ■ *Une majorité de primigestes et de primipares*

En 2009, pour 80,1% des mères âgées de moins de 20 ans, il s'agissait d'une première grossesse (primigestes). Seules quatre mères mineures étaient concernées par des grossesses antérieures.

En effet, le nombre de grossesses augmentant logiquement avec l'âge, les cas de mères mineures multigestes sont des événements rares. Il en va de même pour les accouchements chez les moins de 20 ans. Ainsi, 91,4 % d'entre elles sont primipares, ce taux atteignant 98,3 % parmi les mères mineures (tableau 7).

**Tableau 7 : Répartition du nombre de grossesses et d'accouchements selon l'âge en Bretagne en 2009**

	<20 ans	20-24 ans	>=25 ans	Total
<b>Gestité</b>				
Une grossesse	80,1%	65,7%	35,0%	39,0%
2 grossesses	15,7%	24,3%	33,9%	32,6%
3 grossesses et plus	4,2%	10,0%	31,0%	28,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Parité</b>				
Un accouchement	91,4%	76,6%	40,8%	45,4%
2 accouchements	8,3%	19,6%	37,1%	34,8%
3 accouchements	0,3%	3,7%	22,2%	19,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne



## ■ Suivi de la grossesse

Trois indicateurs permettent l'évaluation de la qualité du suivi de la grossesse : la préparation à l'accouchement ; le nombre d'échographies réalisées ; la date de la première consultation (déclaration de la grossesse). Dans le département du Morbihan, ces deux derniers indicateurs présentent des taux de valeurs manquantes significatifs, respectivement 47,2 % et 35,8 %. L'interprétation de ces données doit être prudente, compte tenu du taux de sous-déclaration.

### ● Nombre d'échographies

Le nombre d'échographies recommandées a été défini dans le rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal (CNTEDP) de 2005<sup>34</sup>. Trois échographies sont conseillées : à la 12<sup>e</sup> semaine, à la 24<sup>e</sup> semaine et au cours du 8<sup>e</sup> mois.

En 2009, le nombre moyen d'échographies en région est de 3,54 et ce dernier augmente avec l'âge. Les mineures sont celles qui en réalisent le moins avec une moyenne de 3,25 suivies des 18-19 ans (3,44), 20-24 ans (3,48) et les plus de 25 ans (3,55).

### ● Des déclarations de grossesses plus tardives chez les plus jeunes femmes

La date de la première consultation correspond à la date de déclaration de la grossesse. Celle-ci doit être effectuée avant 15 semaines d'aménorrhée, soit au cours du 1<sup>er</sup> trimestre.

En 2009, 1,5 % des femmes ont effectué cette démarche au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre. Les déclarations tardives de grossesses concernent davantage les plus jeunes. Ainsi, les femmes âgées de moins de 20 ans sont en proportion plus nombreuses à avoir déclaré leur grossesse au cours du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre que les plus âgées (respectivement 5,8% et 1,3 % chez les plus de 25 ans) (tableau 8).

Ce constat a également été fait dans d'autres enquêtes : l'enquête de Blondel<sup>35</sup> confirme que le manque de surveillance est plus fréquent chez les femmes très jeunes. De même, une étude<sup>36</sup> rétrospective entre 1997 et 2000 de 62 accouchements de femmes de 13 à 17 ans a révélé que le terme de la première consultation à la maternité chez les adolescentes était tardif (40,3 % avaient consulté pour la première fois après 30 SA).

**Tableau 8 : Date de déclaration de la grossesse en fonction de l'âge en Bretagne en 2009**

	1er trimestre	2-3e trimestre	Total
<20 ans	94,2%	5,8%	100,0%
20-24 ans	96,9%	3,1%	100,0%
>=25 ans	98,7%	1,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>98,5%</b>	<b>1,5%</b>	<b>100,0%</b>

Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

<sup>34</sup> Haute autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations professionnelles. Saint-Denis, HAS, 2005 : 56 p.

<sup>35</sup> Blondel B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (étude sur 21 départements). Rapport de la Direction Générale de la Santé, INSERM U. 149, Services départementaux de PMI, sept. 1994

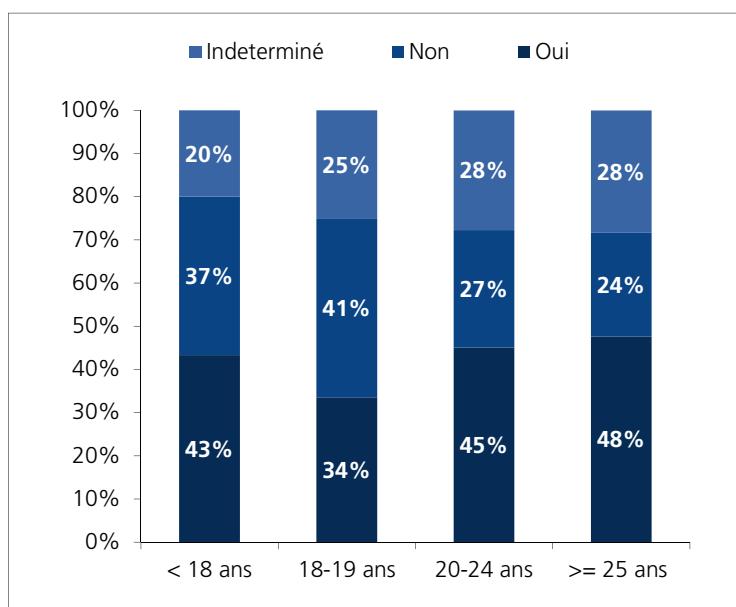
<sup>36</sup> Faucher P., Dappe S., Madelenat P. analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers, (2002) Gynécologie Obstétrique Fertilité, 30 (12), pp. 944-952.

### ● Les moins de 20 ans... moins concernées par la préparation à l'accouchement

En Bretagne, la préparation à la naissance concerne 47 % des femmes et présente des disparités selon l'âge. Les mères âgées de moins de 20 ans sont celles qui en ont le moins bénéficié avec respectivement 43 % chez les moins de 18 ans et 34 % chez les 18-19 ans (figure 23).

D'après les données issues de l'exploitation des certificats de santé du huitième jour de l'ORS Centre pour l'année 2009<sup>37</sup>. La préparation à l'accouchement est variable selon les établissements et plus fréquente dans les établissements privés que publics (58 % contre 37 %).

**Figure 23 : Taux de préparation à la naissance en 2009 selon l'âge des mères**



Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

### ■ Des taux de prématurité plus importants chez les femmes de moins de 20 ans

Une naissance est prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines révolues d'aménorrhée. L'enquête périnatale<sup>38</sup> de 2003 a établi le taux de prématurité à 6,3 % en France métropolitaine, en Bretagne, il est de 5,6 % en 2009, d'après les CS8.

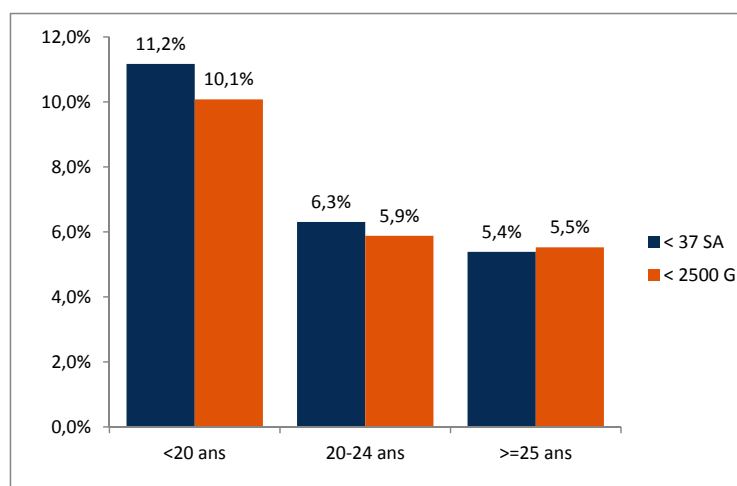
<sup>37</sup> Exploitation des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour des enfants domiciliés en région Centre et nés en 2009, ORS centre, Décembre 2010.

<sup>38</sup> La situation périnatale en France en 2003 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et Résultats, n°383, mars 2003.

La prématurité est plus fréquente chez les nouveaux nés dont les mères ont moins de 20 ans (11,2 %). Cette proportion étant près de deux fois supérieure à celle observée chez les mères les plus âgées (5,4 %). La prématurité chez les mineures est rare puisque parmi l'ensemble des naissances survenues chez ces dernières (58<sup>39</sup>), seules quatre naissances sont prématurées.

Le petit poids de naissance constitue également un indicateur de prématurité lorsque celui-ci est inférieur à 2 500 g. Les petits poids de naissance représentent également 5,6 % de l'ensemble des naissances en 2009, soit un total de 1 867 nouveaux nés. Le constat des disparités liées à l'âge est identique à celui établi pour les enfants prématurés. La part de faible poids de naissance chez les moins de 20 ans est supérieure de 4,2 points à celle des femmes âgées de 20 à 24 ans et de 4,6 points à celles ayant 25 ans et plus (figure 24).

**Figure 24 : Proportion de naissances prématurées et de faible poids de naissances en 2009 selon l'âge des mères**



Source : CS8 2009

Exploitation ORS Bretagne

<sup>39</sup> Deux données manquantes (60 naissances ont concerné des mineures).

Vertical line

# Infections sexuellement transmissibles

## *Définition et cadre réglementaire*

Les IST sont définies comme « des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires »<sup>40</sup>. Cette définition concerne notamment le VIH, le papillomavirus (PVH), le Chlamydia trachomatis, l'herpès, la syphilis...

Les données épidémiologiques relatives à certaines IST reposent sur des déclarations obligatoires (D.O). Ceci implique deux procédures dans la transmission des données : le signalement (concerne les maladies qui justifient d'une intervention urgente) et la notification (procédure de transmission de données qui intervient après le signalement, et la confirmation du diagnostic) effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire. Les IST concernées par une déclaration obligatoire sont le VIH-SIDA et les formes symptomatiques aiguës des hépatites B.

En 2003, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) a été renforcé afin, de le rendre plus exhaustif et de mieux préserver l'anonymat des personnes.

D'autre part, la loi de santé publique de 2004 a recommandé la réduction des gonococcies<sup>41</sup> et de la syphilis dans les populations à risque, ainsi que la prévalence des chlamydioses et de l'herpès génital.

<sup>40</sup> Avis du Conseil Supérieur d'hygiène publique de France, 2001.

<sup>41</sup> L'état de santé de la population en France-suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-rapport 2009-2010.

## Cadrage général

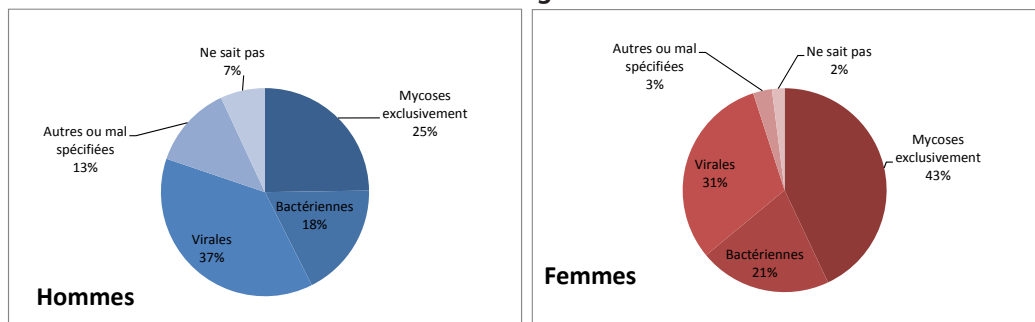
Les IST sont devenues une préoccupation majeure de santé publique pour l'organisation mondiale de la santé, au regard de leur recrudescence ces dernières années. C'est notamment le cas de maladies telles que la syphilis qui avait quasiment disparue dans les années 1990 et dont la déclaration n'est plus obligatoire depuis 2000. Ce phénomène de recrudescence est en lien avec une reprise des comportements sexuels à risque<sup>42</sup>. Ce constat est confirmé dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (2006), qui atteste d'un relâchement des comportements de prévention et d'une moindre sensibilisation à l'épidémie de Sida, particulièrement chez les jeunes.

### ■ Dépistage insuffisant des IST en France

Selon les résultats de l'enquête CSF (2006), parmi les personnes âgées de 18 à 69 ans sexuellement actives, 2,1 % des hommes et 2,8 % des femmes ont déclaré un antécédent d'IST durant les cinq dernières années précédant l'enquête dont l'origine est sensiblement identique entre les hommes et les femmes (figure 25). Ces données sont comparables à celles relevées dans le baromètre santé 2005, auprès de personnes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives (respectivement, 1,5 % des hommes et 2,8 % des femmes).

Il a par ailleurs été observé une prédominance des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT), des rares cas de syphilis ainsi qu'une fréquence élevée des IST virales (herpès et infection à papillomavirus).

**Figure 25 : Type d'IST rapportées dans les 5 dernières années par les personnes sexuellement actives âgées de 18 à 69 ans**



Source : CSF 2006

Exploitation ORS Bretagne

En France, le baromètre santé 2005 montrait également une plus grande fréquence des IST chez les filles que chez les garçons, ceci quel que soit l'âge. En outre, les proportions observées chez les jeunes étaient les suivantes : 0,2% des garçons et 1,2% des filles âgées de 15 à 19 ans déclaraient avoir eu une IST (au cours des cinq années précédant l'enquête), respectivement 2,4% et 3,9% entre 20 et 24 ans. Les IST sont très souvent asymptomatiques<sup>43</sup>, d'où leur sous déclaration dans les enquêtes Baromètre santé. « *La faible prévalence de ces infections dans ces enquêtes suggère fortement une insuffisance de dépistage en France* »<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> Janier M. Maladies sexuellement transmises et infection par VIH. In : VIH 2007 Girard PM, Katlama C, Pialoux G. Rueil Malmaison : Ed : Doin; 2007 : p173-81.

<sup>43</sup> Jusqu'à 70 % des femmes et une grande proportion d'hommes atteints de gonococcie et/ou de chlamydioses peuvent être asymptomatiques (OMS).

<sup>44</sup> Baromètre santé 2005, p 338.

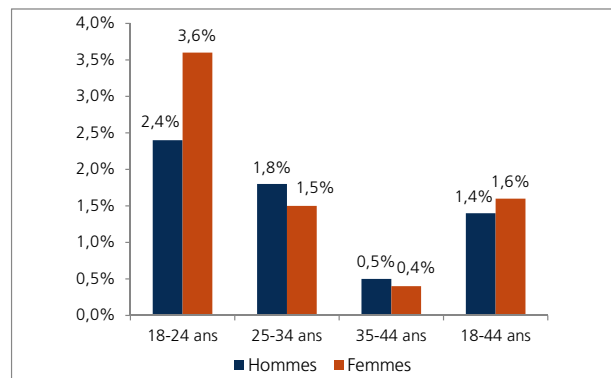
## ■ Le cas de l'infection à Chlamydia trachomatis (CT)

Bien que les résultats de l'enquête complémentaire de dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis (NatChla)<sup>45</sup> attestent que l'infection est très fréquente en population générale, et davantage encore chez les jeunes, il semble qu'une part importante des personnes interrogées n'en a jamais eu connaissance.

Les résultats du volet complémentaire de l'enquête CSF révèlent une prévalence qui atteint son maximum chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (3,6 %) et qui diminue avec l'âge (figure 26).

Selon l'enquête CSF, le défaut de dépistage des infections à CT et peut-être des autres infections, « concerne les hommes en général, les femmes les plus jeunes et les femmes socialement défavorisées » .

**Figure 26 : Fréquence de test CT positif selon l'âge**



Source : CSF 2006

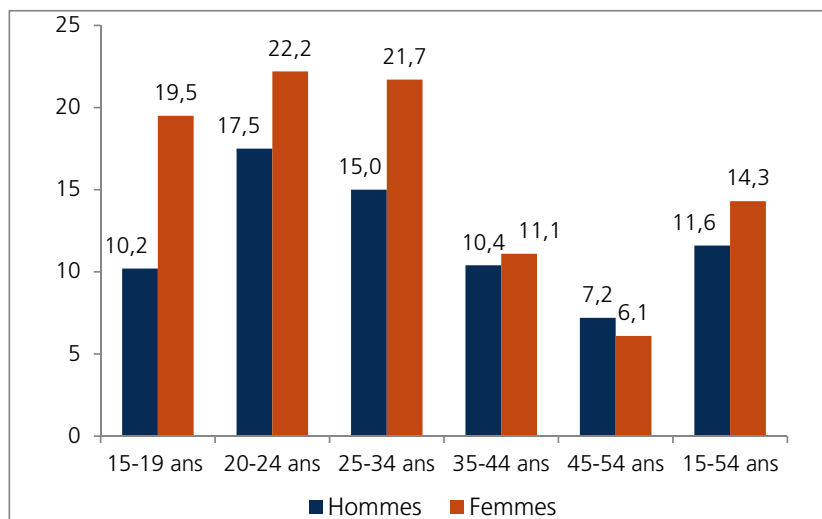
Exploitation ORS Bretagne

<sup>45</sup> Dans le cadre de l'enquête (CSF 2006), une enquête complémentaire (NatChla) a été réalisée par l'INVS dans le but d'estimer la prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les personnes âgées de 18-44 ans. Le principe de NatChla était de proposer aux personnes interrogées un dépistage de l'infection à CT par prélèvement à domicile.

## ■ Le cas du VIH Sida

Selon le dernier Baromètre santé, le dépistage du VIH est resté stable comparativement à 2000, et ce quels que soient le sexe et l'âge. On observe néanmoins une baisse du recours au dépistage chez les hommes de 15-19 ans (11,8 % en 2000 ; 10,2 % en 2005) et les femmes âgées de 20 à 24 ans (27,2 % en 2000 ; 22,2 % en 2005) (figure 27). Selon l'enquête de la LMDE, 59,5 % des étudiants n'ont jamais pratiqué un test de dépistage du VIH.

**Figure 27 : Proportion de personnes sexuellement actives, âgées de 15 à 54 ans, ayant réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois en 2005**



Source : Baromètre santé 2005

## ***Situation en Bretagne***

### ■ L'opinion des jeunes scolarisés

#### ***■ La perception des risques des rapports sexuels non protégés a peu évolué...***

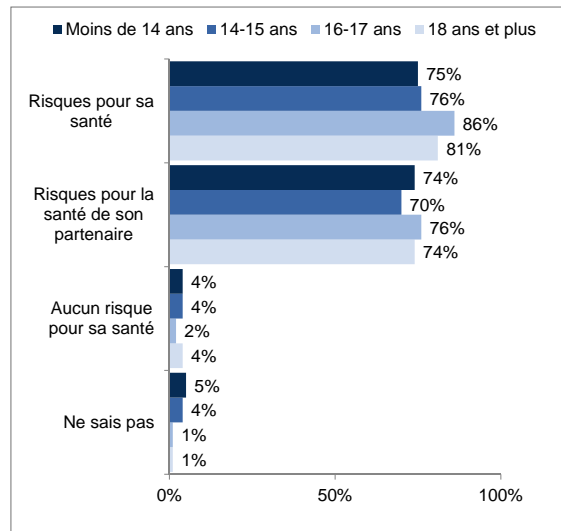
En 2007 comme en 2001 en Bretagne, 8 jeunes sur 10 considèrent qu'il existe des risques pour la santé à avoir des rapports sexuels non protégés. Les filles perçoivent davantage les risques des rapports non protégés pour leur propre santé que les garçons, alors que ces derniers mesurent plus souvent les risques pour la santé de leur partenaire que les filles. Si la prise de conscience par rapport à sa propre santé a peu évolué, en revanche, celle liée à la santé de son partenaire a progressé entre 2007 et 2001 : respectivement chez les garçons (76% contre 69%) et chez les filles (71% contre 65%).



**■ ...et, l'âge n'a que peu d'influence sur cette perception**

En 2007, les jeunes de 16-17 ans sont les plus nombreux à identifier les « risques pour sa propre santé » comme pour « celle de son partenaire » (86%). En revanche, la méconnaissance de ces risques concerne 3% des jeunes quel que soit l'âge, les plus jeunes étant les plus concernés (figure 28).

**Figure 28 : Perception des risques des rapports sexuels non protégés selon l'âge**

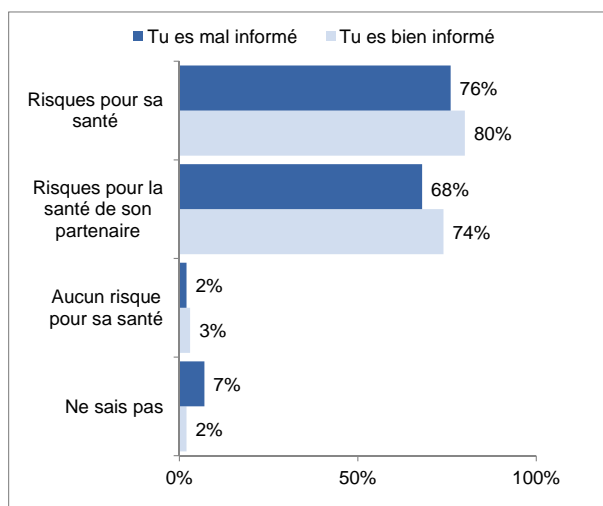


Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

### ■ **Le niveau d'information sur l'utilisation du préservatif influence la perception des risques sur la santé des rapports sexuels non protégés**

En 2007, les jeunes bien informés sur l'utilisation du préservatif mettent davantage en avant les risques liés à une sexualité non protégée que ceux dont le niveau d'information est limité voire inexistant : ils sont 80% (contre 76%) à identifier le «risque pour sa propre santé» et 74% contre 68% à mesurer les «risques pour la santé de leur partenaire» (figure 29).

**Figure 29 : Perception des risques des rapports sexuels non protégés selon le niveau d'information sur l'utilisation des préservatifs**



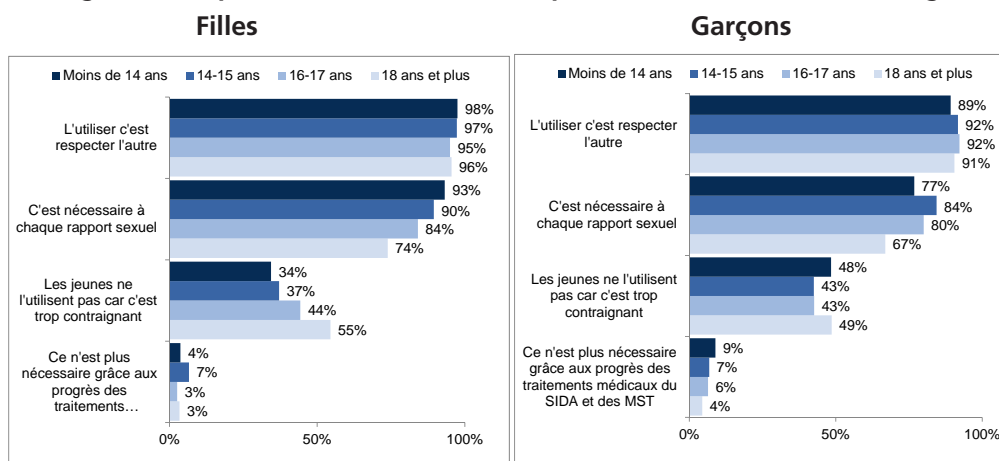
Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

## ■ **Le préservatif, une nécessité pour plus de 8 jeunes sur 10 : une opinion qui perdure depuis 2001**

En 2007, 82% des jeunes pensent que le préservatif est nécessaire à chaque rapport sexuel (ils étaient 83% en 2001). Cependant, cette opinion diminue avec l'âge et le côté contraignant de l'utilisation du préservatif croît chez les filles (figure 30).

Par ailleurs, bien que l'usage du préservatif soit considéré comme «une marque de respect envers son partenaire» pour 94% des jeunes, une minorité d'entre eux estime que son usage n'est plus nécessaire compte tenu des « progrès médicaux réalisés concernant le sida et les IST », davantage les garçons (7% vs 4%), et ceci quel que soit l'âge. Ce constat perdure depuis 2001 où ils étaient déjà 7% à soutenir une telle opinion.

**Figure 30 : Opinions sur l'utilisation du préservatif selon le sexe et l'âge**

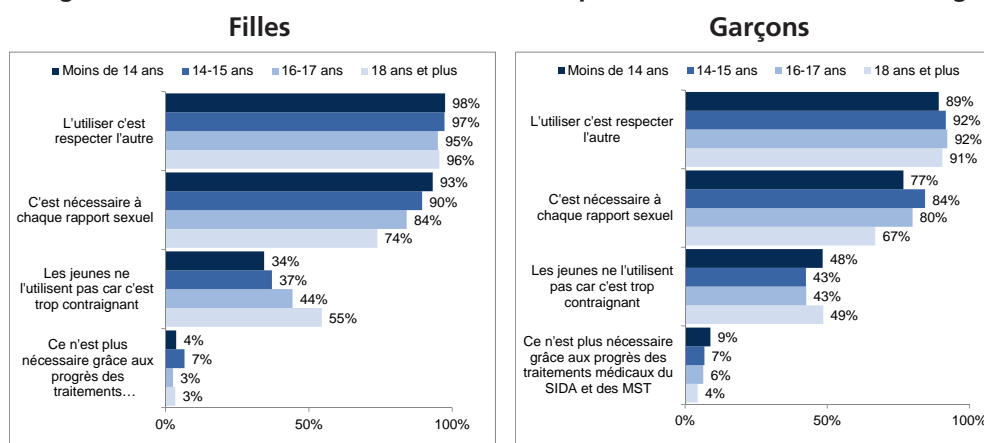


Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

**■ Un bon niveau d'information sur le préservatif, son utilisation et sur les lieux où s'en procurer : un ressenti stable et largement partagé par les jeunes aujourd'hui comme en 2001**

En 2007 comme en 2001, 9 jeunes sur 10 s'estiment bien informés sur l'utilisation du préservatif. Cependant, les plus jeunes sont toujours moins bien informés que leurs aînés : 73% des filles et 84% des garçons considèrent qu'ils sont bien informés chez les moins de 14 ans, alors qu'à 18 ans ou plus, ils sont 96% chez les filles et 95% chez les garçons. Parallèlement, les jeunes ont une bonne connaissance des lieux où se procurer des préservatifs (95%) et de leur utilisation (86%). A tous les âges, les garçons sont un peu plus au fait de l'utilisation des préservatifs que les filles mais cette différence s'atténue avec l'âge (figure 31).

**Figure 31 : Informations sur l'utilisation du préservatif selon le sexe et l'âge**



Source : ORS Bretagne, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne – 2007

**■ La situation chez les étudiants**

**■ Les IST concerneraient davantage les filles que les garçons**

En Bretagne, en 2006, les étudiantes sont proportionnellement plus nombreuses que les étudiants à déclarer avoir déjà eu une IST au cours de leur vie (3% contre 1%). Par ailleurs, selon l'enquête de l'USEM, le recours au dépistage des IST, apparaît sensiblement inférieur chez les étudiants affiliés à la SMEBA par rapport à celui des étudiants de l'ensemble des mutuelles (10% contre 12%).

### ■ **Un recours au test de dépistage du sida moindre en Bretagne**

En Bretagne, en 2006, près du quart (23%) des étudiants déclarent avoir déjà eu recours au test de dépistage du sida au cours de leur vie, sans différence selon le sexe. L'enquête de la LMDE en 2005-2006 soulignait un recours moindre au dépistage du sida en Bretagne par rapport au niveau national, la région présentant les proportions d'étudiants les plus faibles (33% contre 38% en moyenne nationale). En France, selon l'enquête de l'USEM, en 2009, 31% des étudiants affiliés à la SMEBA et 32% des étudiants au niveau national ont effectué un test de dépistage du sida, davantage les filles que les garçons (39% contre 23%).

### ■ **L'activité sexuelle influence le recours au test de dépistage du sida**

En Bretagne, en 2006, les étudiants ayant une sexualité active sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir déjà réalisé un test de dépistage du sida au cours de leur vie (36% contre 10%). Par ailleurs, la sexualité avec un partenaire régulier incite également au dépistage puisque les étudiants dans cette situation ont davantage eu recours au dépistage du test du sida au cours de leur vie que les étudiants ayant des partenaires occasionnels (38% contre 24%).

### ■ **Un recours au test chez les garçons avant l'abandon du préservatif ?**

Les moyens contraceptifs utilisés par les garçons diffèrent selon qu'ils aient eu ou non recours au test du dépistage du sida au cours de leur vie alors que chez les filles, il n'existe pas de différence. Ainsi, les garçons qui ont eu recours au test de dépistage du sida sont 3 fois plus nombreux que ceux qui n'y ont pas eu recours, à déclarer faire confiance au moyen contraceptif de leur partenaire (46% contre 16%).

## ■ **Le dépistage du VIH**

### ■ **Un recours moindre en Bretagne...**

En Bretagne selon les données de l'InVS, le recours au dépistage est inférieur à la moyenne nationale avec 55 tests pour 1 000 habitants contre 77 en France en 2009. Ainsi, la région se classe au 5<sup>e</sup> rang des régions de plus faible recours en France. Dans le même temps, la région se positionne également parmi les régions de moindre recours pour les dépistages ayant pour cadre une consultation de dépistage anonyme et gratuit (respectivement 5 tests pour 1 000 habitants contre 6 en France).

### ■ **...couplée à une incidence inférieure à la moyenne nationale**

En 2009, la Bretagne se classe au 4<sup>e</sup> rang des régions les moins touchées avec 140 personnes infectées soit 57 sérologies positives par million d'habitants contre 169 en France.

## ■ Une minorité de jeunes de moins de 20 ans

En Bretagne comme en France, la proportion de jeunes de moins de 20 ans est proche et relativement faible : 4% de l'ensemble des cas dépistés au VIH en Bretagne en 2008-2009 contre 3% en France en 2009. La faiblesse du nombre de cas et le caractère provisoire des données régionales ne permet pas d'analyse des caractéristiques de cette tranche d'âge.

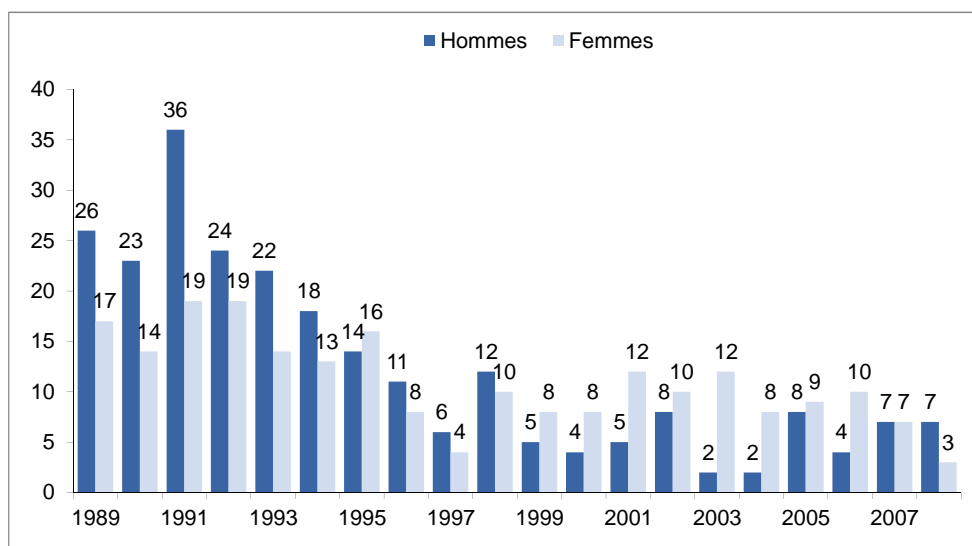
## ■ Principaux résultats issus du recueil régional chez les moins de 26 ans

Les résultats suivants sont à considérer avec précaution compte tenu qu'il s'agit de données brutes non redressées au niveau de la participation des laboratoires d'analyse médicale.

Au total, sur l'ensemble de la période 1989-2008, l'incidence cumulée du VIH a concerné 531 personnes de moins de 26 ans (dont 66 individus âgés de moins de 15 ans). Le graphique ci-après (figure 32) présente la distribution du nombre de nouveaux cas de sérologie positive au VIH selon l'âge atteint au moment du dépistage par année d'âge entre 15 et 25 ans.

Le nombre de nouveaux cas de sérologie positive au VIH entre 15 et 25 ans a augmenté jusqu'en 1991 avant de décroître progressivement jusqu'en 1997. La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont marqués par une légère recrudescence puis le nombre de nouveaux cas oscille autour de 15 depuis 2003.

**Figure 32 : Nombre de nouveaux cas de sérologie VIH positive dépistés en Bretagne chez les 15-25 ans\***

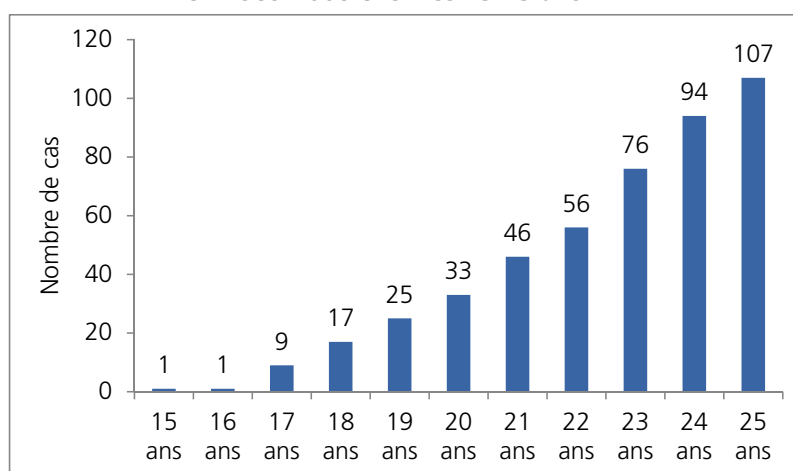


Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis

\*Données brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires

Sur la période 1989-2008, le nombre cumulé de nouveaux cas de sérologie positive au VIH progresse à mesure que l'âge augmente (figure 33). Ceci traduit un nombre de nouveaux cas de VIH positif plus élevé dans les tranches d'âges où la proportion de personnes sexuellement actives est la plus importante.

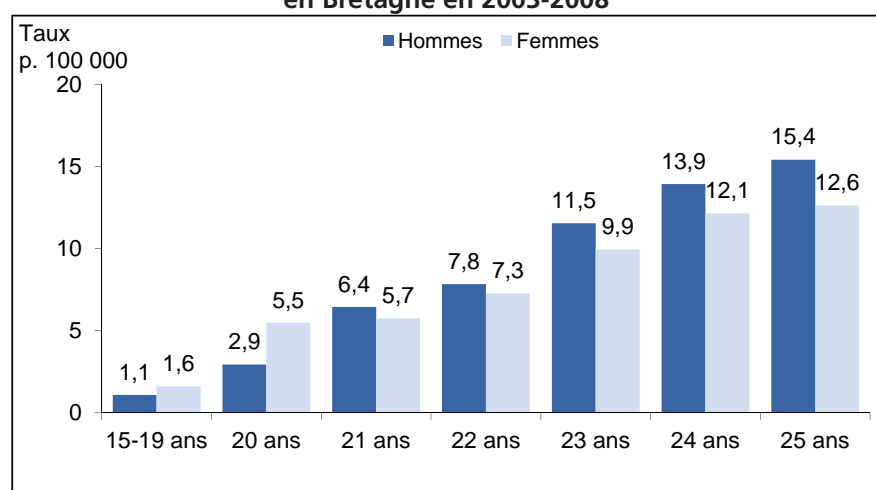
**Figure 33 : Nombre cumulé de nouveaux cas de VIH en Bretagne en 1989-2008 chez les 15-25 ans\***



Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis, Insee – population au recensement 1999  
\*Données brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires

Les taux moyens annuels objectivent une incidence du VIH qui s'accroît avec l'âge. Par ailleurs, à l'exception des jeunes âgés de 20 ans, les taux masculins sont toujours supérieurs aux taux féminins (figure 34).

**Figure 34 : Taux moyen annuel d'incidence du VIH selon l'âge en Bretagne en 2003-2008\***



Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis, Insee – population au recensement 1999  
\*Données brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires

## ■ Le dépistage de la syphilis

Suite à la recrudescence de la syphilis observée en France au début des années 2000, un réseau national de surveillance épidémiologique de la syphilis a été mis en place. Dès lors que cette maladie contagieuse potentiellement grave et méconnue est diagnostiquée précocement, un traitement antibiotique adapté permet de rompre la chaîne de transmission de l'infection et d'éviter les complications. Cette résurgence de la maladie est apparue comme un signal de plus pour renforcer la prévention. Dans ce contexte, à partir de 2003, la région Bretagne a complété le système de surveillance du dépistage du VIH existant depuis 1989 par le dépistage des sérologies syphilitiques et le dépistage du VHC. Les résultats présentés ci-après reposent uniquement sur les individus âgés de 18 à 25 ans.

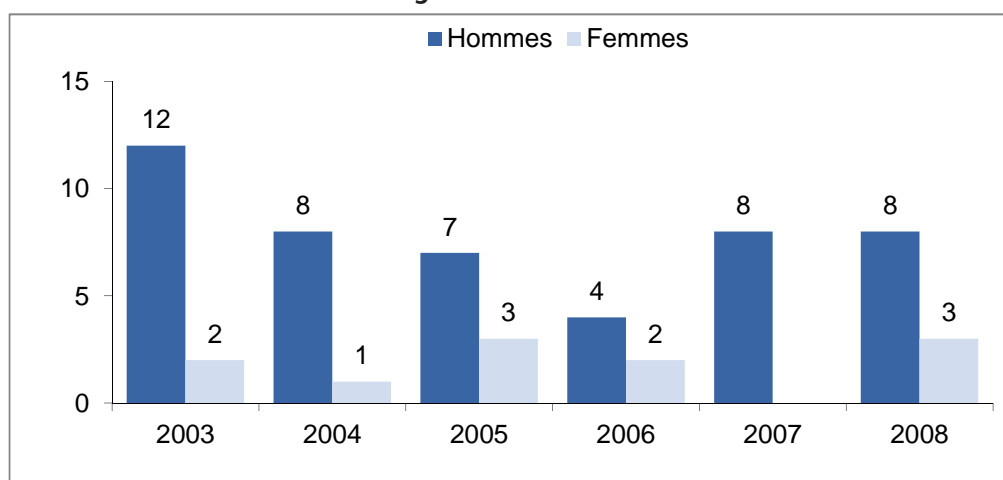
Les résultats suivants sont à considérer avec précaution compte tenu qu'il s'agit de données brutes non redressées au niveau de la participation des laboratoires d'analyse médicale.

Au total, entre 2003 et 2008, l'incidence cumulée a concerné 62 personnes de moins de 26 ans, 58 cas concernant les 18-25 ans et 4 cas de moins de 10 ans.

Le graphique ci-après (figure 35) présente la distribution du nombre de nouveaux cas de sérologie positive à la syphilis selon l'âge atteint au moment du dépistage par année d'âge entre 18 et 25 ans.

Entre 2003 et 2006, le nombre de nouveaux cas de syphilis entre 18 et 25 ans en Bretagne a diminué chez les garçons tandis que chez les filles, la faiblesse des effectifs et leur fluctuation d'une année sur l'autre empêchent la mise en évidence de tendances significatives. A partir de 2007, le nombre de nouveaux cas a connu une recrudescence chez les garçons, la tendance semblant se stabiliser en 2008.

**Figure 35 : Nombre de nouveaux cas de sérologie syphilitique positive dépistés en Bretagne chez les 18-25 ans\***



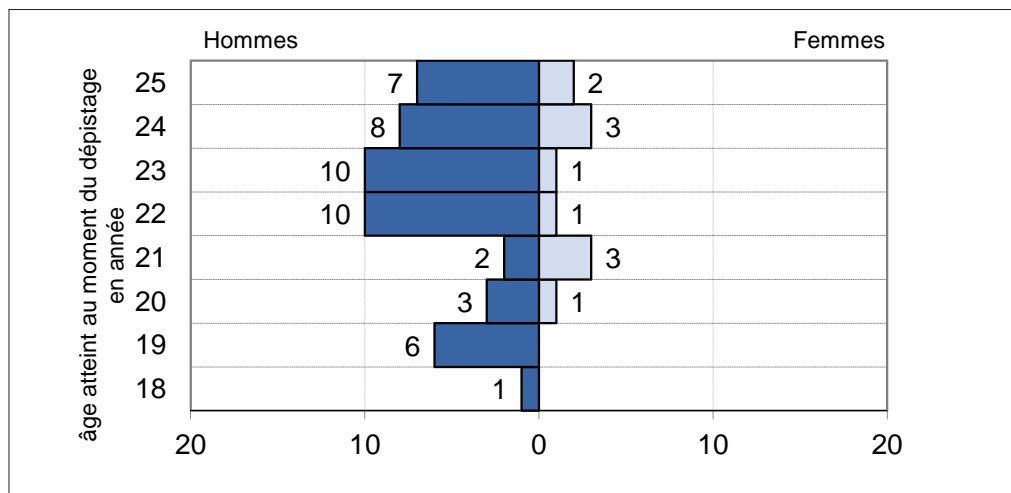
Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis

\*Données brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires



La pyramide des âges du nombre cumulé de nouveaux cas de syphilis en Bretagne confirme la forte prédominance masculine. Les garçons âgés de 22 et 23 ans présentent les effectifs les plus élevés (figure 36).

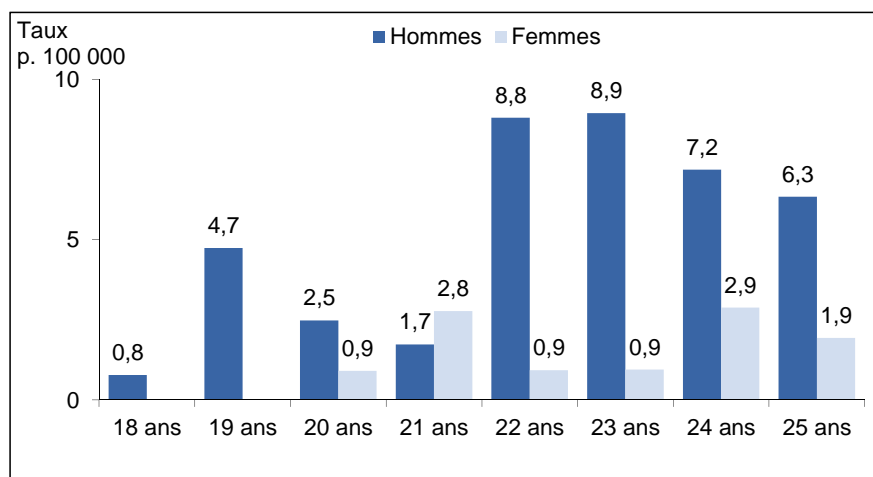
**Figure 36 : Pyramide des âges au dépistage de la syphilis en Bretagne en 2003-2008 chez les 18-25 ans\***



Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis, Insee – population au 1er janvier 2007  
 \*Données cumulées brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires

Les taux moyens annuels par année d'âge objectivent une incidence plus élevée de la syphilis chez les 22-23 ans. Par ailleurs, à l'exception des individus âgés de 21 ans, les hommes présentent systématiquement des taux plus élevés que les femmes (figure 37).

**Figure 37 : Taux moyen annuel d'incidence de la syphilis selon l'âge en Bretagne en 2003-2008 chez les 18-25 ans\***



Source : ORS Bretagne – Enquête VIH-VHC-Syphilis  
 \*Données cumulées brutes non redressées pour les défauts de participation des laboratoires

Vertical line

# Approche qualitative

Vertical line

# Méthodologie

L'approche qualitative, deuxième volet de l'état des lieux, s'est appuyée sur des d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de différentes personnes ressources qui représentaient à la fois des professionnels impliqués dans la prise en charge des jeunes mais également dans la prévention et la mise en œuvre de politiques publiques : Education nationale, services de PMI, planning familial, Ciddist, Centre de planification ou d'éducation familiale, Conseil régional, ARS, Codes...

L'enquête a été réalisée entre le 23 février et le 12 avril 2011, auprès de professionnels issus des quatre départements bretons, avec cependant une prépondérance pour l'Ille-et-Vilaine. Au total, 19 entretiens ont été mis en œuvre dont six en face à face. La durée des entretiens a varié de 30 minutes à 1h30. Les professionnels interrogés se répartissent comme suit :

- 2 médecins de services de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- 1 médecin de centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ;
- 4 professionnels des centres de planification et d'éducation familiale (gynécologue, sage-femme, conseiller conjugal, assistante sociale) ;
- 1 pédiatre de la cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger ;
- 1 médecin de centre d'IVG ;
- 4 professionnels relevant du champ associatif (planning familial, Crij<sup>46</sup>, Liberté couleurs, Codes<sup>47</sup>).
- 6 professionnels relevant du champ institutionnel (Rectorat, ARS<sup>48</sup>, Conseil régional, Conseil général, Délégation régionale aux droits des femmes).

<sup>46</sup> Centre régional d'information jeunesse

<sup>47</sup> Comité départemental d'éducation pour la santé

<sup>48</sup> Agence régionale de santé : 2 personnes

En pratique, les personnes ressources ont été sollicitées lors d'un contact téléphonique de la manière suivante :

- dans le cadre des contacts établis pour la mise en œuvre de la partie quantitative de l'état des lieux ;
- à partir de l'identification des structures ou institutions concernées par la problématique étudiée ;
- en grappe, en s'appuyant sur les informations transmises par les premiers interlocuteurs interviewés.

Différentes thématiques ont été abordées à partir d'une grille d'entretien. Elles ont permis, de manière plus ou moins développée selon les personnes ressources interviewées, d'explorer :

- les modalités de recueil et de production de données ;
- la qualité des données ;
- les apports et les limites des données produites ;
- les problématiques à approfondir ;
- les populations en difficulté ;
- les collaborations entre structures ;
- les propositions relatives aux précédents points.

# Résultats

De manière générale, l'enquête a été bien accueillie par des professionnels disponibles et intéressés par les objectifs de l'étude. La plupart des personnes interviewées ont complété l'entretien par la mise à disposition de documents (rapports d'activité, documentation, travaux en cours,...) et/ou la communication de coordonnées d'autres personnes ressources pouvant être potentiellement sollicitées.

La restitution des entretiens est réalisée de manière transversale, elle s'articule autour de trois axes d'analyse relatifs :

- Aux caractéristiques des systèmes d'information en termes de :
  - modalités de recueil et de production de données ;
  - qualité des données ;
  - valorisation.
- Aux attentes et besoins des professionnels en termes de :
  - problématiques à aborder ;
  - populations prioritaires ;
  - connaissances à approfondir et/ou développer ;
  - actions à privilégier.
- Au partenariat entre professionnels
  - complémentarités ;
  - facteurs limitants.

Les propositions formulées par les personnes ressources sont restituées pour une part dans les résultats mais également prises en compte dans le chapitre « Préconisations ».

## **Caractéristiques des systèmes d'information**

Ce premier axe d'analyse se situe dans le prolongement du travail d'identification des données disponibles, relatives à la thématique « sexualité », présenté dans le cadrage quantitatif de l'état des lieux. Il a pour objectif d'appréhender, auprès des personnes ressources interrogées, des éléments complémentaires concernant les informations produites.

### **■ Modalités de recueil et de production de données**

#### **■ En lien avec l'objectif du recueil**

La plupart des personnes interrogées ont évoqué l'existence d'un recueil de données dans le cadre de leur activité. Les modalités de ce recueil et sa finalité varient d'un acteur à un autre, cependant la majorité d'entre eux identifie un double objectif dans la production de données.

Le recueil de données permet d'une part de suivre et d'évaluer l'activité des structures d'un point de vue quantitatif (nombre de personnes reçues, motif de la consultation, ...) afin d'adapter l'offre de soins, en fonction des problématiques et des populations repérées comme prioritaires. D'autre part, il a vocation à justifier l'utilisation ou la demande de crédits auprès des financeurs.

#### **■ En lien avec les outils de recueil**

S'agissant des supports utilisés pour collecter les données, la situation est très variable.

De manière générale, et de l'avis d'une grande majorité des personnes interrogées, les modalités de collecte de données posent problème en l'absence d'outils modernes et adaptés à l'activité des structures.

Dans certaines structures, c'est notamment le cas des centres de planification et d'éducation familiale, l'ensemble des personnes interrogées évoquent soit le caractère inadapté de l'outil informatique lorsque celui-ci existe, soit son absence.

Quelle que soit la situation, les données sont dans un premier temps collectées manuellement, puis colligées sous format papier dans des registres.

Dans les Centres de planification et d'éducation familiale qui disposent d'un support informatique (Excel), les données sont secondairement saisies et traitées lors de la production des rapports d'activité. En revanche, pour les structures dénuées d'outil informatique, les professionnels soulignent l'aspect particulièrement archaïque du traitement, puisque celui-ci se fait manuellement, avec toutes les limites que ce mode de traitement de données implique en termes de fiabilité et de temps consacré.



D'autres structures, notamment celles implantées dans les établissements hospitaliers, bénéficient de l'outil informatique de ce dernier. Les personnes ressources concernées mettent en lumière les limites de ce recueil. Selon elles, l'outil de collecte des données est davantage adapté à l'activité de la structure hospitalière, et ne permet pas de prendre en compte toutes les informations saisies et considérées comme significatives. Ces structures sont donc contraintes de mettre en place leur propre système de recueil.

Seuls deux systèmes de recueil n'ont pas été remis en cause lors des entretiens. Ainsi, les personnes ressources concernées ont indiqué que la saisie, assurée au niveau départemental, des données issues des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour, était mise en œuvre sur des logiciels adaptés et performants. Il en va de même pour les données collectées par l'Education nationale, dont l'outil de recueil n'a pas fait l'objet de remarques particulières.

### ■ **En lien avec les demandes d'exploitation des données**

La production de données répond, comme cela a été précédemment évoqué, à un objectif de suivi de l'activité de la structure et de justification des financements alloués. De l'avis de la plupart des personnes interrogées issues de structures de prévention et de soin, ce double objectif met en exergue les difficultés rencontrées par les professionnels pour répondre aux demandes des financeurs.

Le premier point mis en avant par les personnes ressources, renvoie au nombre important de données demandées, notamment par l'ARS ou le Conseil général. A titre d'exemple, les services de Protection maternelle et infantile sont chargés de collecter les données sur divers sites (maternités, centre de planification, structures hospitalières, laboratoires...), avec différentes grilles de recueil. Le travail de collecte et d'homogénéisation est de fait très contraignant et ne permet pas d'exploitations très élaborées. Or, selon les professionnels, les financeurs demandent des données très, voire trop détaillées, nécessitant la réalisation de nombreux croisements, complexes à réaliser.

D'autre part, les témoignages convergent dans leur grande majorité pour souligner qu'au regard du peu de moyens disponibles en termes d'outils de production de données et de temps consacré à cette activité, il est difficilement envisageable de répondre correctement à la demande d'information.

En effet, comme cela a été évoqué précédemment, la plupart des outils de recueil ne sont pas adaptés à l'activité des structures de soins, et l'exploitation s'en trouve très limitée. «*Comment voulez-vous qu'on croise des données par sexe, par âge, par motif de consultation, ... avec des données sur papier ?* ». En outre, la rédaction des rapports d'activité à destination des instances institutionnelles et leur restitution dans des délais contraints sont, selon la plupart des personnes ressources interrogées, très chronophages et ont tendance à empiéter sur le temps de travail dédié aux personnes consultantes.

Enfin, un dernier élément vient fragiliser la production de données, et réside dans le changement de grilles de recueil des données demandées (suppression, ajouts ou modification d'indicateurs), d'une année à l'autre ou dans des productions différentes selon l'origine de la demande (à titre d'exemple, indicateurs sur les IST demandés de manière distincte et spécifique par l'InVS, l'ARS ou le Conseil général).

## ■ En lien avec les compétences des professionnels

Globalement, la plupart des personnes interrogées, pointent la difficulté de mise en œuvre d'un recueil de données assuré par des professionnels de terrain. Deux arguments ont été développés dans ce sens au cours des entretiens.

Le premier, et sans doute le plus important du point de vue des personnes ressources, tient au fait que les professionnels estiment que leur principale mission, celle qu'ils ont à cœur de mener à bien, consiste à apporter aide et assistance aux personnes prises en charge. Leur priorité ne réside pas dans le suivi de l'activité de la structure ou la production de statistiques, activités davantage perçues comme une charge de travail supplémentaire, d'un intérêt limité par rapport à leur mission.

Le second argument fortement lié au premier, est relatif aux compétences effectives des professionnels en termes de recueil et de production de données. En effet, ces derniers insistent sur le fait qu'ils n'ont pas été formés dans ce but et qu'ils n'ont, par conséquent, pas les compétences requises pour l'exploitation de données statistiques. Ceci étant, la plupart des personnes ressources ont parallèlement exprimé le besoin d'être mieux formées aux méthodologies de recueil et d'exploitation.

## ■ Qualité des données

De manière générale, les constats qui ont été dressés durant les entretiens témoignent d'une situation plutôt défavorable qu'il s'agisse de l'exhaustivité et de la fiabilité des données.

Parmi les personnes ressources, seules deux d'entre elles considèrent que les données produites par leur structure sont proches de l'exhaustif et fiables. Il s'agit, en l'occurrence du planning familial d'Ille-et-Vilaine et du service de PMI du département des Côtes d'Armor, concernant les indicateurs issus des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour. Selon la PMI des Côtes d'Armor, les variables présentes dans le CS8, utiles à l'analyse des grossesses précoces, sont de bonne qualité grâce notamment à la mise en place d'un système de relances systématiques dans le cas de certificats manquants. Leur repérage étant assuré par la comparaison des données des CS8 aux données de l'état-civil (Insee).

En revanche pour la grande majorité des personnes ressources, le constat est tout autre. Certains interlocuteurs allant jusqu'à considérer que les données qu'ils produisent sont selon leurs propres termes « fausses », « évaluées à la louche » et « n'ont pas de sens ».

Parmi les facteurs non contributifs à la production de données de qualité, est évoqué le cadre contraignant des demandes des financeurs (voir à ce propos le chapitre précédent) à la fois trop détaillées et insuffisamment ciblées vis-à-vis du caractère multithématique de la sexualité, aspect souligné notamment dans les centres de planification ou d'éducation familiale qui collectent des données sur la contraception, les IVG, les IST...

La principale difficulté est, selon les personnes interviewées, de fournir des données détaillées par thématiques alors qu'une seule consultation peut en balayer plusieurs, « *comment coder une consultation au départ pour un conseil conjugal et qui finit par une consultation pour une contraception et un test de grossesse ?* ». En outre, des incohérences de comptage ont été pointées, comme l'addition du nombre de consultations et du nombre d'entretiens pour aboutir à un nombre total de personnes reçues, alors qu'en pratique, une personne peut faire l'objet des deux. D'où des informations faussées, difficilement interprétables.

Enfin, les difficultés relatives au manque d'outils adaptés au recueil de données et à la variabilité des compétences des professionnels ont été également soulignées, pour expliquer le manque de fiabilité des données.

## ■ Valorisation

Globalement, les personnes interrogées font le constat d'un manque de retour de la part des financeurs et/ou institutions de tutelle, suite à la production et à la transmission de leurs rapports d'activité. Cet état de fait contribue, selon les professionnels, à dévaloriser le travail long et fastidieux qu'ils effectuent pouvant entraîner à terme, pour certains, une baisse de motivation vis-à-vis du recueil, voire son abandon.

A l'inverse les données issues des CS8 et celles produites par l'Education nationale, centralisées par la DREES, font l'objet de publications nationales, cependant l'absence d'analyses régionales approfondies en limite la portée.

## ***Attentes et besoins des professionnels***

Dans un contexte marqué par le caractère multithématique de la sexualité et par l'intervention de nombreux partenaires issus de différents champs de compétences, l'analyse des entretiens a permis d'identifier un certain nombre d'attentes et de besoins communs à l'ensemble des professionnels interrogés. Ils sont envisagés en termes de problématiques à aborder dans le cadre d'une exploration approfondie, de populations prioritaires, de connaissances à développer et d'actions à privilégier.

## ■ En termes de problématiques à aborder

De manière générale, la problématique de la contraception sous-tend l'ensemble des thématiques évoquées par les personnes ressources, qu'elles se situent au niveau de l'information des jeunes ou qu'elles soient liées aux prises de risques associées à la consommation d'alcool, aux violences sexuelles, ainsi qu'aux grossesses précoces et IVG itératives.

### ■ ***Information des jeunes***

La plupart des interlocuteurs ont mis en avant la nécessité d'étudier le niveau d'information des jeunes et d'approfondir plus particulièrement les aspects liés à leur connaissance et identification des lieux ressources.

- Au cours des différents entretiens, le niveau d'information des jeunes est apparu comme un sujet de préoccupation souvent évoqué par les personnes interrogées. Selon la majorité d'entre elles, les jeunes donnent l'impression d'être très informés, au regard du nombre important d'actions de prévention qui leur sont destinées, notamment au sein des établissements scolaires. Ceci étant, la persistance du recours à l'IVG et la survenue de grossesse chez les plus jeunes, suscite de nombreux questionnements. Les professionnels s'interrogent notamment sur la manière dont les jeunes assimilent, puis utilisent l'information reçue. Finalement, « *que font-ils des informations qu'on leur donne ?* ».

- L'identification des structures ressources et les représentations qu'en ont les jeunes, sont également des aspects que les professionnels souhaiteraient voire approfondir. La plupart d'entre eux ont fait le constat d'une mauvaise identification de leur structure. C'est notamment le cas du Ciddist, qui semble être très peu connu des jeunes, puisque ces derniers ne s'y présentent pas spontanément mais y sont orientés par un médecin traitant ou une infirmière scolaire etc.

- D'autres structures, de l'avis même des professionnels qui y interviennent, sont confrontées à un problème d'identification et de visibilité. C'est le cas de certains centres de planification situés au sein même des locaux des Centres départementaux d'action sociale (Cdas).

- De manière plus globale, les institutions et associations, impliquées dans la mise en œuvre de programmes de prévention destinés aux jeunes, soulignent l'intérêt de ces derniers pour s'investir dans des projets, comme en témoigne l'exemple du projet Karta, dispositif soutenu financièrement par le Conseil Régional, dans des lycées qui proposent la mise en œuvre d'actions éducatives portées par les jeunes.

Du point de vue de ces interlocuteurs, il est important en matière d'informations délivrées aux jeunes, d'adapter les messages à leur maturité notamment sur ces thématiques relatives à la sexualité afin « d'aborder des situations pratiques et de proposer des solutions concrètes ».

### **■ Prises de risque sexuel associées à des conduites de consommation à risque et à des violences sexuelles**

Des professionnels du champ de la prévention et du soin ont évoqué l'intérêt d'aborder les prises de risques au niveau sexuel en relation avec d'autres problématiques associées, tels la consommation d'alcool et les comportements violents. Quelques personnes ressources évoquent notamment l'augmentation du nombre de consultations, les lendemains de soirées étudiantes. Les jeunes concernés, en majorité des filles, consultent suite à une prise de risque (absence de protection, de contraception) dans un contexte d'ivresse et d'agressions sexuelles. Pour les professionnels, il apparaît important d'objectiver le lien existant entre consommation d'alcool et violences sexuelles et les problématiques d'IVG, de grossesses non désirées et d'IST.

### **■ Grossesses précoces**

Plusieurs personnes interviewées soulignent l'importance à accorder aux grossesses précoces. Les professionnels au contact des jeunes filles enceintes souhaitent que cette thématique soit approfondie de manière spécifique. De leur point de vue, et bien que leurs statistiques n'indiquent pas d'augmentation manifeste, cette problématique est à étudier à la fois sur le versant du désir d'enfant mais également du caractère tardif de la déclaration ne permettant plus le recours à l'IVG.

## ■ IVG itératives

De manière moins importante, les IVG itératives constituent selon quelques personnes ressources, une problématique qui devient de plus en plus visible. Un professionnel avance un taux d'IVG répétée de l'ordre de 20 %. Selon lui, il est important de comprendre les déterminants à l'origine de la « récidence », même si certains éléments d'explication sont déjà identifiés, tels des échecs de contraception suite à l'absence de suivi post IVG.

## ■ En termes de populations prioritaires

Suite à l'analyse des entretiens, plusieurs profils de jeunes justifiant d'une attention particulière ont été identifiés.

- **Jeunes résidant en zone rurale** : l'ensemble des personnes ressources interrogées s'accorde sur la nécessité de poser un regard plus attentif sur les jeunes éloignés de l'offre de soins. Il s'agit le plus souvent de jeunes issus des zones rurales pour lesquels l'accès immédiat aux structures d'information et de soins s'avère plus difficile et où l'anonymat est moins facilement préservé, particulièrement chez les mineures. Une personne ressource a évoqué l'importance de mettre en lumière les difficultés d'accès auxquels sont confrontés les jeunes issus des zones insulaires de la région, de part l'aspect très cloisonné d'un environnement où, de surcroît « *tout le monde se connaît* ».

- **Jeunes déscolarisés ou sortis du système scolaire classique** : il s'agit notamment des jeunes apprentis qui sont, de fait, moins souvent présents dans les établissements scolaires et qui ont par conséquent, moins souvent accès aux actions de prévention qui y sont mises en œuvre. Un constat identique concerne les jeunes en maisons familiales et rurales. Les jeunes déscolarisés suscitent également des interrogations quant à leur repérage « *où les trouver ?* » et leur accès aux soins.

- **Jeunes homosexuels** : quelques professionnels ont évoqué des comportements inquiétants au sein de la population homosexuelle, en lien avec un relâchement des pratiques de prévention et un partenariat sexuel multiple plus important chez les jeunes. De l'avis des personnes ressources, la sensibilisation des jeunes homosexuels au Sida a diminué impliquant une tendance accrue à moins se protéger.

- **Jeunes en situation de précarité** : il est ici question de jeunes qui cumulent les difficultés, à la fois sociales, familiales, économiques, géographiques etc. Les personnes ressources insistent sur la nécessité de s'intéresser davantage aux jeunes qui évoluent dans un environnement ne favorisant pas leur intérêt pour les questions de santé. Selon certains interlocuteurs, ces jeunes sont souvent en situation de prises de risque extrêmes.

- **Autres populations** : d'autres populations ont été évoquées par quelques professionnels. Il s'agit notamment des jeunes scolarisés dans les établissements privés, au sein desquels il n'y a pas nécessairement d'infirmerie scolaire, et donc pas d'accès immédiat à l'information ou à la contraception d'urgence. Les jeunes des communautés étrangères justifient également d'une approche particulière au regard de leurs spécificités culturelles (approches différentes des relations hommes-femmes, représentations négatives de la contraception, etc).

## ■ En termes de connaissances à approfondir et/ou développer

Au cours des entretiens, les personnes ressources ont été interrogées sur les éléments de connaissance qu'il leur semblerait nécessaire d'approfondir par le biais d'une enquête ad hoc ou d'un autre type d'exploitation des données existantes. Les réponses apportées sont d'ordre quantitatif et qualitatif.

### ■ *En lien avec des données quantitatives*

En référence aux éléments présentés précédemment (voir à ce propos attentes et besoins en termes de thématiques et de populations prioritaires), les besoins, vis-à-vis des données quantitatives, mis en avant par les professionnels se réfèrent à :

- **La mesure du degré de vulnérabilité** : certaines personnes ressources ont exprimé le souhait de disposer et/ou de suivre des indicateurs relatifs aux caractéristiques sociales des jeunes, et plus particulièrement aux déterminants sociaux (origine géographique, situation familiale, niveau d'étude, situation économique...). Une personne interrogée a notamment évoqué l'intérêt de la mise en place de ce type d'indicateur dans le cadre d'un repérage rapide et systématique des personnes à prendre prioritairement en charge.
- **Des données décrivant la sexualité des jeunes (pratiques)** : ces données sont produites de manière disparate par les centres de planification, mais leur analyse reste limitée, au regard des problématiques relatives au recueil de données, précédemment évoquées. Les professionnels évoquent l'intérêt de disposer d'informations sur la proportion de jeunes sexuellement actifs, plus particulièrement les mineurs, sur l'âge d'entrée dans la vie sexuelle, le type de contraception utilisée, les structures et les professionnels consultés etc. L'objectif poursuivi étant d'évaluer l'offre de soin et de prévention nécessaire en région et de l'adapter aux besoins.
- **Des indicateurs liés à plusieurs thématiques** : l'intérêt se situerait, selon les professionnels, au niveau de la possibilité de croiser différents indicateurs permettant d'objectiver les liens qui existent entre les diverses prises de risque : conduites de consommation (alcool, drogues) et de comportements (violences sexuelles) à risque...

### ■ *En lien avec des données qualitatives*

- Plusieurs interlocuteurs ont évoqué l'intérêt de recueillir des informations détaillées sur **la manière dont les jeunes vivent et gèrent leur sexualité au quotidien**, avec un regard plus spécifique sur les pratiques contraceptives. La plupart des professionnels sollicités s'interrogent sur les difficultés que rencontrent les jeunes en termes d'accès à l'information, à la contraception et à la contraception d'urgence (particulièrement pour les mineures) ; sur leur manière de parler de sexualité, avec les pairs, les parents, les professionnels. Ils souhaiteraient notamment que soient précisées les représentations des jeunes sur « *une bonne contraception* », finalement « *quelle serait la contraception idéale pour les jeunes ? et comment souhaitent-ils y avoir accès ?* »

- Beaucoup d'interlocuteurs se sont également interrogés sur le contenu des interventions réalisées en milieu scolaire, par de nombreux acteurs. La question étant de savoir si le message transmis est cohérent, et si celui-ci est adapté aux jeunes.
- Le niveau de connaissance des médecins généralistes concernant les méthodes contraceptives, et plus généralement leur pratique en gynécologie ainsi que leur identification des structures ressources sont des questionnements qui ont été évoqués à plusieurs reprises. Ces interrogations s'appuient sur des constats de délivrance de contraception non adaptée aux jeunes (délivrance systématique de la pilule).

## ■ En termes d'actions à privilégier

Plusieurs professionnels ont mis en avant un déficit de communication à destination des jeunes, sur les questions de sexualité. Selon eux, il n'y a pas suffisamment de campagnes d'affichage pour informer sur les lieux ressources dans la région ainsi que sur la gratuité et la garantie de l'anonymat. Ils ont, en outre, exprimé le besoin de se réunir entre différents partenaires autour de la thématique « sexualité », par le biais de colloques ou de réunions non uniquement consacrés à la contraception.

Certaines personnes ressources ont proposé de décroiser les champs de compétences, en améliorant les échanges entre partenaires afin de répondre à un double objectif : couvrir un plus large terrain, notamment les zones rurales déficitaires en structures spécialisées, mais également combler le manque de personnel au sein de certaines structures.

## ***Partenariat entre professionnels***

Cet axe d'analyse s'inscrit dans le prolongement de l'approche précédente, il est notamment à mettre en perspective avec les priorités déclinées en termes de problématiques et de populations à prendre en charge.

Il n'a pas un caractère exhaustif mais permet d'identifier quelques exemples de complémentarité interpartenariales, plus spécifiquement décrites en Ille-et-Vilaine, en raison d'une diversité plus importante d'interlocuteurs et parallèlement de mettre en exergue quelques facteurs limitants.

## ■ Complémentarités

La majorité des personnes interrogées s'accordent sur le fait que la problématique envisagée couvre plusieurs thématiques qui se croisent et qui sollicitent des champs de compétences diversifiés.

De manière générale, l'ensemble des interlocuteurs souligne l'intérêt et l'importance de fédérer les différents acteurs et de favoriser le partage d'expériences et de savoirs, afin d'appréhender les problématiques relatives à la vie affective et sexuelle de la manière la plus complémentaire possible.

Ainsi, l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire est assurée par de nombreux acteurs de terrain. Les interventions sont soit internes et donc prises en charge par les infirmières scolaires, soit externes, celles-ci faisant intervenir des professionnels des centres de planification et d'éducation familiale, des acteurs associatifs...

De même, la prise en charge des grossesses chez les mineures croise divers champs de compétences, mobilisant des interventions conjointes autour de la jeune fille.

En Ile-et-Vilaine, après un premier signalement, la jeune fille enceinte peut être orientée vers le Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficultés (Safed), dont l'une des missions est le suivi des mineures enceintes. Ce suivi est à la fois médical, psychologique et social. Dans certains cas, comme la survenue d'une grossesse chez une jeune mineure (< 16 ans) ou l'identification de maltraitance, le Safed oriente les mineures vers la Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger (Cased) qui prend le relais et intervient sur le plan médical à travers une prise en charge pédiatrique, et également sur le plan de l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent, avec éventuellement des mesures de placement lorsqu'il s'agit de cas urgents.

Les professionnels des centres de planification interrogés en Ile-et-Vilaine, évoquent un travail collaboratif, qui de l'avis d'une personne ressource, est renforcé par l'existence d'une instance d'harmonisation et de concertation dans le cadre du réseau métier (réunissant différentes professions : sages-femmes, gynécologues, infirmières...etc.), mis en place au sein du Conseil général qui favorise les échanges entre professionnels et assure une transversalité entre les services.

Enfin, le comité départemental « vie affective et sexuelle » d'Ile-et-Vilaine constitue, de l'avis de plusieurs personnes interrogées, une instance importante de synergie entre partenaires autour de projets communs.

## ■ Facteurs limitants

Un premier élément fait référence à la question du « qui fait quoi ? ». Plusieurs interlocuteurs ont souligné la difficulté d'identifier les missions et rôles de chacun lorsque le nombre de partenaires est important. Ce déficit d'identification pouvant conduire à des modalités de prises en charge non optimales.

Au-delà de cet aspect, une personne ressource a souligné le caractère ambigu du travail en collaboration avec des partenaires qui sont également des financeurs. Selon elle, il est difficile de se positionner dans le cadre d'actions communes, dans la mesure où le rôle du financeur n'est pas clairement identifié, au regard de la « double casquette » (acteur de terrain/ financeur) dont il dispose. Le partage d'informations et de compétences est de fait, biaisé, puisque l'incertitude quant à la manière dont le travail effectué en commun va être jugé, persiste. « Est-ce que c'est un partenaire de terrain comme un autre ou doit-on lui rendre des comptes ? »



Par ailleurs, de l'avis de plusieurs professionnels, tous les partenaires ne peuvent s'investir de manière égale, en raison de problématiques de financement des actions, qui dans le cas de budgets réduits, constituent un premier frein à des actions conjointes. Il s'y ajoute un manque de personnels au sein des structures qui a été systématiquement souligné.

Enfin de l'avis de la plupart des personnes interrogées issues de structures déclinées dans l'ensemble des départements bretons (CPEF, services de PMI, CDAG - Ciddist, centres d'IVG), les échanges apparaissent peu ou non structurés au niveau régional, entre les structures porteuses des mêmes missions.

Pour certaines structures, notamment les Ciddist, les professionnels précisent que leur mise en place relativement récente et donc non encore aboutie sur l'ensemble de la région, est un premier frein au partage des connaissances à un niveau régional. Il s'y s'ajoute une deuxième difficulté relative à l'hétérogénéité des pratiques.

Les professionnels des centres de planification ou d'éducation familiale déclarent ignorer l'activité des autres centres de la région, qu'il s'agisse du profil des personnes prises en charge, des difficultés rencontrées sur le terrain ou relatives aux méthodes de recueil et de production de données.

Les centres d'IVG, sont décrits quant à eux comme des structures fonctionnant en autonomie, sans qu'il y ait d'espace d'échanges au plan départemental ou régional.

Au final, si des complémentarités sont identifiées entre partenaires à l'échelon départemental, les personnes ressources ont mis en avant le peu d'échanges au niveau interrégional, notamment entre les professionnels d'un même champ d'intervention.

Vertical line

# **Analyse, préconisations et propositions**



# Analyse croisée des résultats

Les résultats issus des différentes phases de l'étude permettent de dégager les éléments d'analyse suivants :

## ***En lien avec les données d'observation disponibles***

### ■ Les enquêtes en population

#### ***■ L'apport des enquêtes réalisées auprès des jeunes en Bretagne et au niveau national...***

L'approche quantitative développée dans l'état des lieux, s'appuie sur les résultats des seules enquêtes mises en œuvre auprès des jeunes en milieu scolaire et universitaire et disponibles à l'échelon régional.

Les deux enquêtes réalisées en 2001 puis en 2007, auprès des jeunes scolarisés présentent l'avantage de mesurer les évolutions constatées entre les deux périodes, en termes d'opinions et représentations sur la contraception, la grossesse, les interruptions volontaires de grossesse et la prévention des IST.

L'enquête auprès des étudiants de première année d'université de Brest et Rennes apporte des éléments objectifs concernant les pratiques et les comportements relatifs à la vie sexuelle.

Au-delà de ces enquêtes régionales, l'analyse des données met en évidence l'intérêt du baromètre santé réalisé à l'échelon national avec quelques échantillons régionaux (hors Bretagne) qui, du fait de sa mise en œuvre en population générale, permet d'appréhender les problématiques de manière non ciblée sur un groupe de jeunes en particulier.

### ■ ... dont les analyses restent cependant limitées...

La principale limite des enquêtes régionales précédemment évoquées réside dans leur caractère multithématique, les problématiques liées à la vie affective et sexuelle n'en constituant pas le thème central. Par ailleurs, les enquêtes réalisées auprès des lycéens et collégiens n'ont envisagé la problématique de la vie sexuelle que sous l'angle de la santé perçue et non sous celui des pratiques.

Dans ce contexte, elles ne permettent pas de disposer de l'ensemble des données nécessaires à une analyse approfondie.

Par ailleurs, leur renouvellement n'étant pas systématisé, elles n'apparaissent pas comme de véritables outils de suivi dans le temps.

Enfin, elles ne concernent que certaines catégories de jeunes.

L'analyse des sources de données a permis également de mettre en exergue, le caractère restreint des possibilités d'exploitations régionales des enquêtes menées au niveau national, notamment par les mutuelles étudiantes, et l'impossibilité de s'appuyer sur les données régionales du baromètre santé en l'absence d'un suréchantillon régional.

De ce fait la comparaison de la situation des jeunes bretons à la moyenne nationale s'en trouve limitée.

### ■ ... et qui ne permettent pas de répondre aux attentes des professionnels concernés

L'approche qualitative met en évidence les attentes des professionnels en termes de thématiques à explorer. Elles ont notamment trait à l'approfondissement des connaissances relatives à différentes populations prioritaires, et aux possibilités de croiser les pratiques et comportements sexuels avec les prises de risque et les déterminants sociaux.

En l'état actuel, les précédentes enquêtes réalisées auprès des jeunes ne permettent pas d'apporter des éléments de réponse sur ces aspects particuliers.

## ■ Les recueils de données systématisées

### ■ Des systèmes de recueil informatifs...

De nombreux systèmes de recueil ont été explorés dans le cadre de l'état des lieux. L'analyse de leur intérêt et limites a permis d'identifier les plus informatifs.

Il apparaît que ce sont les IVG et les grossesses précoces qui peuvent être décrites de manière relativement détaillée.

Les bulletins d'interruptions volontaires de grossesse (BIVG), exploités par l'Agence régionale de santé (ARS) présentent l'intérêt de fournir des éléments à la fois sociodémographiques et relatifs à l'IVG elle-même (notamment la durée de gestation et les antécédents d'IVG). Leur exploitation au niveau régional permet de réduire les délais de restitution des résultats en comparaison des exploitations centralisées au niveau de l'Institut national des études démographiques (INED) et de l'INSERM.

Les données issues de la Statistique annuelle des établissements (SAE), qui permettent un comptage annuel, sont moins informatives en termes de description des IVG que les précédentes, mais elles constituent un moyen de vérifier l'exhaustivité des BIVG.

Les certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour ont, pour leur part, l'avantage de décrire les grossesses à l'échelle régionale et départementale en s'appuyant sur différentes variables à caractère épidémiologique.

De manière complémentaire, les données issues de l'assurance maladie permettent d'appréhender l'importance du recours à la contraception d'urgence chez les mineures et celles produites par l'Education nationale peuvent potentiellement offrir un suivi dans le temps.

### ■ ***... mais qui ne sont pas directement régionalisés et comportent des limites en termes d'analyse***

Dans un objectif d'analyse de la situation à l'échelon régional, les indicateurs issus des certificats du 8<sup>e</sup> jour, comme ceux produits par l'assurance maladie ont été regroupés à partir de recueils départementaux. Cette procédure, réalisée spécifiquement dans le cadre de la présente étude, a mis en évidence une relative hétérogénéité dans les modalités de recueil, conduisant à un défaut d'exhaustivité (cf transmission des CS8 par les maternités ou non) ou dans les modalités de requêtes (cf données assurance maladie).

D'autre part, ces données n'étant pas produites en routine à l'échelon régional, il n'a pas été possible de disposer de plusieurs années de recueil, ce qui aurait permis des analyses plus robustes à partir d'effectifs plus importants.

Dans ce contexte, si les grossesses chez les mineures ont été étudiées à partir des certificats du 8<sup>e</sup> jour, il importe de souligner les limites de l'exercice. Elles sont liées à la fois à la faiblesse des effectifs et à la variabilité du taux d'exhaustivité des variables étudiées, ces deux éléments conduisant à regrouper des tranches d'âge pour mener une analyse statistique fiable. De ce fait, la caractérisation des grossesses chez les mineures n'a pas pu être envisagée de manière exhaustive sur l'ensemble des variables disponibles dans les certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour.

De même, les variables étudiées à partir des bulletins d'IVG exploités par l'ARS, en raison d'effectifs limités à deux années non cumulables car non consécutives (2005 et 2009) n'ont pas permis d'analyser les caractéristiques des IVG chez les mineures par tranches d'âge détaillées.

### ■ **L'identification de recueils complémentaires difficilement exploitables**

Les entretiens auprès des personnes ressources ont conduit à identifier l'existence de recueils de données qui pourraient potentiellement permettre d'approfondir la thématique étudiée, cependant, en l'état actuel, leur exploitation n'apparaît pas envisageable et ceci pour différentes raisons développées dans l'état des lieux. Elles ont trait à la fois aux objectifs du recueil, aux outils mis en place, aux compétences des professionnels et au final à la qualité des données produites.

Les objectifs des recueils, liés à un suivi de l'activité des structures et à la justification du financement des actions ne s'inscrivent pas dans un objectif de description épidémiologique des populations prises en charge.

Dans ce contexte, les outils mis en place ne sont pas adaptés à l'exploitation des données et ne permettent pas de produire de manière opérationnelle des indicateurs à la fois à destination des institutions de tutelle où à visée épidémiologique dans le cadre d'études régionales.

Enfin il apparaît, au travers des propos des personnes ressources, que la production effective d'indicateurs est rendue difficile en raison à la fois d'un manque de disponibilité pour mener à bien ce type d'activité, et d'un déficit de compétences et de formation des professionnels. Ces différents freins ne favorisant pas la production de données de qualité. Parallèlement il apparaît au travers des propos des professionnels, des interrogations quant à l'utilité et la finalité des recueils mis en œuvre, qui renforcent encore les limites liées à leur fiabilité.

## ■ Un manque de données sur les IST

En dehors des éléments issus des enquêtes réalisées auprès des jeunes scolarisés et des étudiants, peu d'indicateurs permettent, actuellement, d'étudier cette problématique à l'échelon régional, notamment chez les plus jeunes.

La surveillance du VIH-SIDA mise en œuvre au niveau national, permet des exploitations régionales, cependant, les variables issues du dispositif de surveillance bien que présentant un intérêt pour un suivi global, sont peu exploitables chez les plus jeunes en raison de la faiblesse des effectifs, dans une région où le taux de sérologies positives par million d'habitants se situe parmi les moins élevés.

De même, si les entretiens auprès des personnes ressources ont permis d'identifier l'existence de grilles de recueil concernant les IST, il est apparu qu'en l'état actuel, les données n'étaient pas ou peu exploitées.

De plus, si la politique vis-à-vis des IST est recentralisée sur l'Etat, plusieurs conseils généraux ont fait le choix d'une implication dans la prise en charge des IST, ce suivi partagé ne facilitant pas l'harmonisation des recueils.



## ***En lien avec les problématiques prioritaires***

L'ensemble des éléments mis en exergue à la fois au travers des résultats quantifiés et des points de vue exprimés par les professionnels se situent dans une logique d'adaptation et d'amélioration des actions, des interventions et des prises en charge qui concernent les jeunes.

### **■ L'information des jeunes**

#### ***■ Un déficit d'information des jeunes, perçus par les professionnels...***

Les enquêtes réalisées en population étudient, de manière très globale par le biais des questionnaires déclaratifs, le niveau d'information des jeunes concernant les moyens contraceptifs et la contraception d'urgence. L'opinion exprimée par les jeunes interrogés est plutôt positive cependant elle n'est pas confortée par celle des professionnels.

Si les personnes ressources interrogées confirment que les jeunes ont accès à une somme importante d'informations en matière de sexualité par le biais des structures spécialisées, d'interventions en milieu scolaire, de sites internet dédiés etc., elles observent néanmoins, que les prises de risque ne semblent pas diminuer et que les idées reçues perdurent.

Ce constat pose plusieurs questions, relatives notamment, à la qualité du message délivré et à son adaptation au public ciblé, mais également à l'usage qui est fait de l'information et à la mise en pratique effective des recommandations des professionnels.

#### ***■ ...qui concerne des populations spécifiques...***

En complément du point précédent, il importe de souligner que la seule enquête régionale permettant d'appréhender la question de l'information a été mise en œuvre auprès des jeunes scolarisés. Or l'analyse des données issues de l'approche qualitative de l'état des lieux met plus particulièrement en exergue les problématiques posées par des populations dites « prioritaires ».

Précisément, les études régionales ne permettent pas de préjuger de l'opinion des jeunes déscolarisés ou sortis du système scolaire classique ni de celle des jeunes en situation de précarité.

#### ***■ ...et pose la question de l'accessibilité aux structures ressources et de leur visibilité***

Ces questionnements émergent des entretiens de manière très nette. Ils sont notamment reliés à la spécificité des jeunes résidant en zone rurale pour lesquels l'accès aux structures ressources apparaît plus difficile.

De manière sous-jacente à cette notion d'accessibilité, la façon dont les structures ressources sont identifiées par les jeunes apparaît comme une problématique qui justifie d'être approfondie.

## ■ Un manque de connaissance des pratiques contraceptives des jeunes

Ce constat s'inscrit dans le prolongement des points précédents et il sous-tend les différentes problématiques prioritaires en lien avec la grossesse, identifiées plus particulièrement par les personnes ressources. Il apparaît comme un axe sur lequel il y aurait nécessité d'améliorer les connaissances notamment sur l'accès à la contraception, les pratiques contraceptives, et les connaissances et représentations des jeunes concernant la contraception.

De fait, les études nationales réalisées en population, mettent en avant l'utilisation largement répandue de la contraception orale, le recours au préservatif étant prépondérant à l'entrée dans la vie sexuelle, alors que les connaissances des jeunes, concernant la contraception, demeurent imprécises au regard de différentes enquêtes. Parallèlement, ce sont les jeunes qui présentent le recours le plus fréquent à la contraception d'urgence, les motifs de recours étant, chez près d'un quart des moins de 20 ans, en relation avec l'absence totale de contraception.

En Bretagne, l'enquête réalisée auprès des étudiants, apporte un éclairage sur les pratiques contraceptives qui apparaissent liées à la vie sexuelle et au statut de la relation avec le partenaire occasionnel ou régulier. Toutefois, cette enquête concerne les plus de 18 ans.

De manière complémentaire, les délivrances de contraception d'urgence concernent des jeunes femmes mineures dans près de 90% des cas, cependant cet indicateur très global n'a d'intérêt que dans un suivi tendanciel.

## ■ Des questionnements relatifs aux grossesses précoces ...

Les recherches effectuées dans le cadre de l'étude n'ont pas conduit à l'identification de nombreux travaux spécifiques à cette problématique et ont mis en évidence l'absence d'une définition officiellement reconnue. Cependant les éléments d'analyse issus de l'état des lieux quantitatif et qualitatif permettent d'identifier plusieurs éléments marquants.

D'un point de vue quantitatif, les grossesses précoces ne concernent qu'une faible proportion des naissances, entre 0,2% et 0,3% selon les sources (CS8 et INSEE) en 2009 en Bretagne. Cependant et ceci en tenant compte des limites de l'analyse liées à la faiblesse des effectifs (cf le point précédemment évoqué sur les limites des systèmes d'information), les caractéristiques des grossesses chez les mineures seront à explorer dès lors que le recueil de données aura gagné en robustesse.

En première analyse et en comparant, à partir des CS8, les caractéristiques des grossesses des mères de moins de 20 ans à celles observées chez les plus âgées, il sera nécessaire de porter une attention particulière sur les modalités de suivi de la grossesse (délai de déclaration, préparation à l'accouchement) et sur l'état de santé de l'enfant à la naissance (prématurité et faible poids de naissance).

Parallèlement, cette problématique, souvent évoquée lors des entretiens, en référence à certaines situations rares et particulières comme le très jeune âge (parfois 13 ans) de certaines jeunes filles, suscite différents questionnements chez les personnes ressources. Ils se réfèrent notamment aux composantes du désir d'enfant et au caractère tardif de la déclaration qui ne permet plus d'envisager une interruption volontaire de grossesse, élément qui vient conforter les observations issues des CS8.

Enfin, il est souligné que les grossesses chez les très jeunes filles (moins de 16 ans) sont des situations potentiellement dangereuses qui justifient d'une prise en charge adaptée à leur âge « pédiatrique » et non pas « adulte », élément qui ne semble pas toujours pris en compte dans le suivi de ces grossesses particulières.

### ■ ... aux IVG itératives ...

En 2009 sur l'ensemble des IVG pratiquées en Bretagne, 7% ont concerné des mineures. Par ailleurs, le taux de recours se situe entre 15 et 19 ans à 12,2 pour 1 000 pour un taux global de 10,3 pour 1 000 entre 15 et 49 ans.

Parmi les mineures, 6% présentent un antécédent d'IVG, ce taux se situant à 15% entre 18 et 19 ans. Les seules données disponibles concernant les années 2005 et 2009 font état d'une augmentation des IVG itératives entre les 2 périodes, plus particulièrement chez les jeunes de 18-19 ans.

Cette problématique est relayée par plusieurs personnes ressources qui s'interrogent sur les causes de la « récurrence » chez ces jeunes femmes et sur la prise en charge et le suivi post-IVG.

### ■ ... et la mise en avant du rôle des facteurs socio-économiques

L'influence de ces facteurs est évoquée dans quelques études notamment concernant les grossesses chez les adolescentes. De même cet aspect est largement relayé par de nombreux interlocuteurs interrogés dans l'étude.

Des relations familiales complexes, un niveau d'études peu élevé et de faibles perspectives professionnelles, des conditions économiques difficiles et un relatif isolement géographique apparaissent comme autant de facteurs de vulnérabilité chez les jeunes. A des degrés divers ils peuvent influencer l'accès à l'information à la prévention et aux soins mais peuvent également interférer, chez des jeunes filles en situation difficile, avec un désir de grossesse, facteur de valorisation sociale, ou la répétition des IVG.

## ***En lien avec l'articulation entre professionnels***

### **■ Des leviers d'actions identifiés en l'Ille-et-Vilaine...**

Les entretiens ont été réalisés auprès de personnes ressources issues des quatre départements bretons, cependant la majorité d'entre elles interviennent en Ille-et-Vilaine, seul département disposant d'un comité départemental « vie affective et sexuelle ». Ce comité réunit un nombre important de structures ressources dans le cadre de groupes de travail sur l'ensemble des thématiques en lien avec la vie affective et sexuelle. Cette instance de concertation et de partage a notamment permis de mettre en œuvre un « guide départemental vie affective et sexuelle ». Celui-ci a pour objectif d'accompagner les porteurs de projets en mettant à leur disposition un répertoire détaillé des structures ressources départementales (spécificités d'intervention, territoire d'intervention ...).

La mise en place d'un comité régional « vie affective et sexuelle », calqué sur l'organisation et les missions du comité départemental d'Ille-et-Vilaine est en cours de discussion.

### **■ ... mais également quelques freins**

Si les problématiques en relation avec la vie affective et sexuelle des jeunes mobilisent de nombreux acteurs et justifient d'interventions complémentaires, dans le même temps, cette multiplicité des partenaires semble conduire à un défaut d'identification des missions et des rôles de chacun.

Au-delà de ce constat, il apparaît un déficit d'échanges en région, entre structures infra-régionales porteuses des mêmes missions tels les services de PMI, CDAG-CIDDIST, centres de planification et d'éducation familiale, centres d'IVG ...

# Préconisations et propositions

Elles sont établies à partir des éléments issus de l'analyse croisée des résultats des deux approches quantitative et qualitative mises en œuvre dans l'état des lieux.

Dans le contexte de la commande de la présente étude, réalisée à la demande du Conseil régional, les préconisations et propositions font spécifiquement référence aux objectifs de l'étude. Cependant la problématique de la vie affective et sexuelle étant transversale aux missions de différentes institutions notamment l'Etat (ARS) et les conseils généraux, certaines des propositions formulées justifieront, pour aboutir de manière concrète, d'être relayées auprès des institutions concernées.

Les préconisations et propositions sont envisagées selon les deux axes d'orientation suivants :

- le système d'information ;
- les modalités d'approfondissement des thématiques prioritaires.

## ***Orientations en relation avec le système d'informations***

### **■ Améliorer la qualité des systèmes d'informations**

L'analyse des systèmes d'informations disponibles et exploitables, qui permettent de décrire à l'échelon régional, la situation des jeunes bretons, a mis en exergue un certain nombre de limites inhérentes aux différents dispositifs de recueil.

Dans ce contexte et dans un objectif de développement d'un système d'informations cohérent, efficient et pérenne, destiné à la fois à répondre aux demandes institutionnelles mais également à assurer un suivi des indicateurs d'observation de la problématique étudiée, des marges d'amélioration sont identifiables.

Elles s'inscrivent dans une logique de renforcement, au sein des structures ressources impliquées, des dispositifs de recueil de données :

### **■ En favorisant l'harmonisation des méthodologies de collecte, de traitement et d'analyse des données des recueils systématisés**

Nous l'avons constaté dans l'étude exploratoire, le regroupement de données départementales pour en constituer des indicateurs régionaux, a mis en lumière des facteurs d'hétérogénéité qui apparaissent perfectibles. Ils concernent plus particulièrement :

- **L'analyse des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour caractérisant notamment les grossesses et l'état de santé de l'enfant** : des échanges entre les professionnels des départements sur les modalités de recueil des données, leur exhaustivité, les procédures à mettre en œuvre afin de réduire les valeurs manquantes et la sélection des indicateurs pertinents faciliteraient le regroupement des données départementales à l'échelon régional et renforceraient les possibilités d'analyse. Au-delà de l'objectif d'exploiter les données à l'échelon régional, ce processus d'échanges entre les différents services de PMI pourrait permettre, à moyen terme, de mener des analyses à un niveau infrarégional, par territoires de santé ou par pays par exemple.

- **L'analyse des données de l'Assurance Maladie relatives aux délivrances de Norlevo<sup>®</sup> et levonorgestrel et aux IVG ville** : nous avons pris l'option de solliciter chacune des caisses primaires d'assurance maladie départementales. Cependant avec le recul, ce procédé n'est pas apparu comme le plus efficace. Dans le cadre de la mise en place d'un suivi régulier des indicateurs disponibles, il serait judicieux, en concertation avec la coordination régionale des caisses d'assurance maladie, d'étudier la possibilité d'identifier les indicateurs exploitables à partir du Système National d'information Inter Régimes de l'Assurance maladie. Une extraction des données à partir de cette base présenterait l'avantage de ne pas limiter les observations au régime général et de s'appuyer sur des requêtes validées.

### **■ En modernisant les dispositifs de collecte actuellement en place dans les structures ressources**

L'exploration des recueils de données mis en place dans les structures ressources sollicitées<sup>49</sup> n'avait pas un caractère exhaustif. Cependant, elle a permis d'identifier, de manière convergente, la nécessité de concevoir des grilles de recueil communes aux structures impliquées dans les mêmes champs d'intervention, et de s'appuyer sur des dispositifs de recueil adaptés aux données recueillies.

Des évolutions dans ce sens ne pourront être constatées que si cette préconisation est identifiée et priorisée au sein des structures et sous réserve que la mise en œuvre opérationnelle s'inscrive dans une véritable démarche de projet : objectifs, identification des besoins, moyens, modalités de mise en œuvre, calendrier, évaluation des coûts et possibilités de financement et diffusion et appropriation par les professionnels et institutions concernés...

<sup>49</sup> Centre de planification et d'éducation familiale, PMI, Rectorat, planning familial, CIDDIST, centre d'orthogénie, CRJ.

### **■ En renforçant les compétences des professionnels en matière de collecte et de traitement de données**

La mise en place de formations spécifiques, souhaitées par les professionnels, faciliterait l'appropriation et le processus de cette activité de recueil de données et permettrait d'impliquer d'avantage les acteurs.

Cette démarche aurait également l'avantage de donner la possibilité aux professionnels de s'impliquer dans le choix des données à recueillir selon les besoins repérés dans le cadre de leur pratique.

### **■ En définissant les objectifs poursuivis de manière concertée entre partenaires professionnels et institutionnels et en leur donnant davantage de visibilité**

Les professionnels se sont légitimement interrogés sur la finalité des recueils mis en place, en raison notamment d'un manque de retour d'information de la part des acteurs institutionnels auxquels les informations collectées sont destinées.

Dans un objectif d'amélioration des dispositifs de recueil, il serait souhaitable d'impliquer les professionnels dans la réflexion en amont, de manière à ce que les recueils de données répondent à des objectifs suffisamment explicites et identifiés à la fois par ceux qui les produisent et par ceux qui les demandent. Le but recherché étant que le recueil mis en place réponde aux attentes de chacun, qu'il ne soit pas vécu comme une contrainte et qu'il s'inscrive dans une véritable dynamique d'amélioration et d'observation des phénomènes étudiés.

Pour atteindre cet objectif, la création d'un espace d'échanges réunissant les partenaires, à l'échelon départemental, à l'instar de la démarche engagée en Ille-et-Vilaine, pourrait constituer un premier niveau d'évolution, sous réserve que s'engage une véritable dynamique de réflexion et de propositions autour des questions relatives aux données produites et attendues.

### **■ Mettre en place un tableau de bord de suivi à l'échelon régional**

Compte tenu des préconisations précédemment développées, la mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi de la thématique « vie affective et sexuelle » des jeunes bretons, constituerait un levier efficace pour engager une démarche pluriprofessionnelle d'amélioration des systèmes d'information.

La faisabilité de mise en œuvre d'un tableau de bord étant précisément liée à l'amélioration des recueils, une contribution des professionnels à sa réalisation apparaît comme un objectif de travail concret et fédérateur.

En finalité, ce tableau de bord dont la périodicité serait à définir de manière consensuelle, aurait vocation à devenir un outil de veille et d'alerte sur la thématique étudiée permettant :

- une observation épidémiologique ;
- un suivi longitudinal d'indicateurs partagés ;
- la diffusion des connaissances ;
- l'étude de l'évolution des pratiques.

### ■ Contenu

Dans un premier temps, le tableau de bord pourrait s'appuyer sur :

- les données issues des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour : rappelons que les indicateurs épidémiologiques permettant notamment de suivre les grossesses chez les jeunes filles nécessitent que les modalités de recueils soient homogénéisées pour une meilleure exhaustivité et que le suivi s'inscrive dans un rythme pluriannuel en raison de la faiblesse des effectifs ;
- les bulletins d'IVG : une analyse annualisée des données permettrait d'assurer un suivi régulier et tendanciel et d'approfondir l'analyse des caractéristiques des IVG chez les mineures à partir d'effectifs cumulés sur plusieurs années ;
- les données issues de l'Assurance Maladie : sous réserve de disposer des données extraites du SNIR-AM et de préciser les variables disponibles permettant d'analyser les données relatives à la délivrance de contraception d'urgence et aux forfaits d'IVG ville ;
- les données concernant les IST dès lors que le dispositif de recueil mis en place par l'ARS sera opérationnel ;
- les données produites par l'Education nationale : en s'appuyant notamment sur la nouvelle grille de recueil mise en place en 2011 au niveau national, évolution qui devrait favoriser l'harmonisation entre les départements.

Au-delà de ces dispositifs, il serait souhaitable en impliquant dans la démarche de construction de ce tableau de bord les représentants des différentes catégories de professionnels concernés, et sous réserve d'une amélioration des dispositifs de collecte (cf. supra) d'intégrer au fil du temps de nouveaux indicateurs issus par exemple et sans que cela soit limitatif, des centres de planification, du planning familial, ...

De manière complémentaire et afin de répondre aux besoins exprimés par les professionnels, une réflexion serait à engager sur les possibilités d'intégrer au sein des différents dispositifs de recueils :

- des indicateurs socio-économiques, afin d'être en mesure à moyen terme, d'envisager l'analyse au regard de ces déterminants ;
- des données contextuelles en lien avec les violences sexuelles et les consommations d'alcool ou de substances illicites, de manière à appréhender plus largement, les prises de risque en matière de sexualité.

Enfin, il pourrait être enrichi sous la forme de focus ciblés, des résultats d'enquêtes réalisées sur la thématique au niveau régional.



## ■ **Mise en oeuvre**

Pour mener à bien cette démarche, il sera nécessaire d'identifier le maître d'ouvrage porteur du projet, le maître d'œuvre, effecteur du tableau de bord, et de constituer un groupe de travail dont la mission principale serait de faciliter et suivre la construction de l'outil.

Ce groupe de travail qui pourrait être une émanation d'un futur Comité régional « vie affective et sexuelle », réunira des représentants des institutions et organismes producteurs de données.

Il présentera l'intérêt de favoriser la création d'un espace d'échanges pluriprofessionnel à l'échelon régional, fédérant les démarches engagées et portées à l'échelon départemental.

## ***Orientations en relation avec l'approfondissement des thématiques prioritaires***

Au regard des résultats de l'état des lieux exploratoire et des éléments d'analyse mis en exergue, les contours des travaux à mener auprès des jeunes peuvent être précisés et faire l'objet de propositions d'investigations complémentaires.

Les points précédents ont déjà largement abordé les facteurs d'amélioration des systèmes d'information disponibles afin de permettre la mise en œuvre d'une observation de fond de la problématique, ceci à partir d'un tableau de bord regroupant les principaux indicateurs de surveillance et d'alerte.

Parallèlement, les limites identifiées dans les enquêtes en population multithématiques et au niveau des indicateurs disponibles à l'échelon régional, ainsi que les attentes et besoins repérés par les personnes ressources, plaident en faveur de la mise en œuvre d'une exploration approfondie, par le biais d'enquêtes menées auprès des jeunes.

Pour étudier les thématiques prioritaires identifiées dans la présente étude et pour prendre en compte les populations cibles, nous proposons une investigation basée à la fois sur une analyse qualitative et quantitative, soutenue par la constitution d'un comité technique.

Ce comité technique, mis en place en amont de l'engagement des travaux, aurait pour rôle, en coordination et concertation avec le promoteur du projet et le maître d'œuvre de :

- valider les objectifs poursuivis ainsi que la méthodologie d'ensemble ;
- valider le choix de la population cible ;
- faciliter la mise en œuvre de l'étude ;
- contribuer à l'enrichissement de la grille d'entretien de l'enquête qualitative et du questionnaire de l'enquête quantitative ;
- enrichir les premiers résultats analysés ;
- favoriser la valorisation et la diffusion des résultats définitifs.

Sans que cette liste ait un caractère définitif, ce comité technique pourrait être constitué, en dehors du promoteur et du maître d'œuvre de représentants :

- des centres de planification familiale, ;
- du planning familial ;
- des centres d'orthogénie ;
- des missions locales ;
- de l'Education nationale, de l'enseignement diocésain et agricole ;
- du Centre régional d'information des jeunes ;
- de la protection maternelle et infantile ;
- de la Délégation régionale aux droits des femmes ;
- du CASED ;
- du SAFED ;
- de l'IREPS ;
- de l'Agence régionale de santé.

Dans la phase de valorisation des résultats, il serait important d'élargir ce comité technique à d'autres professionnels concernés : médecins, pharmaciens, assurance maladie ...

**Que l'approche soit qualitative ou quantitative, la finalité de ces deux démarches complémentaires se situe dans une perspective d'orientation des actions à mettre en œuvre par les différents professionnels et institutionnels concernés au bénéfice des jeunes bretons.**

## ■ Réaliser une enquête qualitative

L'approche qualitative permet d'analyser à partir des trajectoires de vie, les processus et les mécanismes qui conduisent aux situations étudiées. Cette méthode d'étude semble la plus appropriée pour répondre aux interrogations des professionnels vis-à-vis des problématiques en lien avec les grossesses précoces et les IVG chez les jeunes femmes.

### ■ Objectifs principaux

A partir d'une étude biographique de la vie sexuelle des jeunes femmes, centrée sur les différentes composantes de leurs histoires de vie : sociales, familiales, affectives, relationnelles, sexuelles et contraceptives, l'objectif principal de cette enquête consisterait à analyser les facteurs influençant la survenue et /ou la poursuite d'une grossesse chez les mineures, le recours à l'IVG, la répétition des IVG ...

De manière plus spécifique, il s'agirait :

- d'appréhender le contexte, le vécu et les perceptions relatives à la contraception à la grossesse et à l'IVG ;
- de recueillir des informations plus précises concernant les difficultés rencontrées : accès aux soins, modalités de prises en charge médicale et psychologique, conflits familiaux, difficultés économiques,...
- de tenter de comprendre les mécanismes et les facteurs qui déterminent la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse ;
- de préciser les besoins des jeunes femmes en termes d'information, de prévention et d'accès aux soins...

Le critère à retenir pour l'analyse serait de mener l'étude auprès de 20 à 30 jeunes filles et jeunes femmes, présentant une diversité d'âge et de lieux de vie suffisamment importante, pour mettre en perspective les différents facteurs explorés, repérer les points saillants ainsi que les éléments convergents ou divergents entre les différents parcours pris en compte.

### ■ **Populations cibles**

Elles seront à définir et préciser par le comité technique, en prenant en compte les modalités de recrutement.

Plusieurs modalités de recrutement pourraient être envisagées, cependant quelles que soient les options retenues, elles associeront des personnes ressources. Ces professionnels en contact direct avec les jeunes filles et jeunes femmes semblent les mieux placés pour relayer l'enquête de manière efficace et participer au recrutement.

Sans que cette liste soit limitative, la mise en œuvre de l'enquête pourrait s'appuyer sur :

- les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ;
- le mouvement français pour le planning familial ;
- le Safed ;
- le Cased ;
- les antennes départementales du CRIJ ;
- les foyers de jeunes mères.

### ■ **Réaliser une enquête quantitative**

L'approche quantitative s'inscrit dans une démarche complémentaire à la précédente. Elle a vocation à approfondir les connaissances sur les thématiques insuffisamment ou non appréhendées dans les précédentes enquêtes réalisées auprès des jeunes ou dans les recueils de données systématisées. Elle peut contribuer à enrichir le tableau de bord.

#### ■ **Objectifs principaux**

A partir d'une enquête représentative mise en œuvre à l'échelon régional, les objectifs seraient plus particulièrement centrés sur :

- les connaissances et pratiques vis-à-vis des méthodes contraceptives, de la contraception d'urgence et du recours à l'IVG ;
- les connaissances et pratiques concernant les infections sexuellement transmissibles ;
- l'identification des lieux et structures ressources et les possibilités d'y recourir ;
- l'accès à l'information et son appropriation ;
- la compréhension des messages de prévention ;
- le rôle des parents, des pairs et des professionnels de santé, perçu et reconnu par les jeunes ;
- les relations filles/garçons et les composantes du respect de l'autre ;
- les liens entre pratiques contraceptives et sexuelles et prises de risque et violences sexuelles.

#### ■ **Populations cibles**

Au regard des éléments identifiés dans l'état des lieux, cette enquête serait à mettre en œuvre auprès de jeunes en zones rurales et urbaines, dans un objectif de représentativité régionale.

Elle pourrait concerner des jeunes âgés de 15 à 19 ans afin de situer les questionnements à des périodes particulières : avant l'entrée dans la vie sexuelle, au moment de l'entrée dans la vie sexuelle et cours de la vie sexuelle active.

L'enquête pourrait être mise en œuvre auprès de différents publics :

- jeunes scolarisés dans les lycées publics et privés d'enseignement général et technologique, professionnels et agricoles ;
- jeunes en centre de formations pour apprentis ;
- jeunes fréquentant les missions locales ou les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO).

## ■ Articulation entre les deux approches

Dans l'étude de thématiques peu explorées, il peut être préconisé, dans un premier temps, d'appréhender la problématique par une enquête qualitative permettant de dégager les axes d'analyse qui pourront et devront faire l'objet, dans un second temps, d'une approche quantitative plus large et représentative de la population étudiée.

A l'inverse, une enquête quantitative, dont les résultats s'appuient sur des opinions et des représentations ou sur l'étude de la prévalence de certains comportements, peut justifier d'une compréhension plus approfondie des phénomènes étudiés que celle fournie par l'analyse statistique. Dans ce contexte, une approche qualitative vient utilement compléter et enrichir les observations quantitatives.

Au regard des résultats de l'état des lieux sur la vie affective et sexuelle des jeunes bretons et des objectifs spécifiques poursuivis dans chacune des deux approches qualitative et quantitative, il apparaît qu'elles ne se situent pas sur les mêmes problématiques prioritaires et qu'elles ne ciblent pas les mêmes populations.

En conséquence, elles pourront être menées indifféremment l'une après l'autre ou de manière conjointe selon les orientations définies par le promoteur des travaux.

# **Annexe : Liste des personnes interviewées**

Madame le Docteur Droumaguet,  
Médecin départemental de Protection maternelle et infantile, PMI des Côtes d'Armor.

Madame le Docteur Le Fevre,  
Médecin départemental de Protection maternelle et infantile, PMI d'Ille-et-Vilaine.

Monsieur le Docteur Quintric,  
Médecin responsable, Centre information, diagnostic, dépistage des infections sexuellement transmissibles de Bretagne Occidentale.

Madame le Docteur Denoël,  
Gynécologue, Centre de planification et d'éducation familiale du Morbihan

Madame Collon,  
Cadre de santé, Centre de planification et d'éducation familiale du Finistère.

Monsieur Bourdin,  
Conseiller conjugal et familial, Centre de planification et d'éducation familiale d'Ille-et-Vilaine.

Madame Lecereq,  
Assistante sociale, Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté.

Madame le Docteur Balençon,  
Pédiatre, Cellule d'aide et de soutien pour l'enfance et l'adolescence.

Monsieur le Docteur Lavoué,  
Médecin, Centre d'interruption volontaire de grossesse du CHU de Rennes.

Madame Rocher,  
Directrice, Planning familial d'Ille-et-Vilaine.

Madame Bouhaddi-liger,  
Animatrice santé, Centre régional information jeunesse.

Monsieur Poulain,  
Intervenant santé, Liberté couleurs.

Madame Lemonnier,  
Chargée de projet, Comité départemental d'éducation pour la santé d'Ille-et-Vilaine.

Madame Chauvet le marchand,  
Infirmière conseillère technique, Rectorat.

Monsieur le Docteur Epaillard,  
Médecin inspecteur de santé publique, Agence régionale de santé.

Monsieur le Docteur Joseph,  
Médecin inspecteur de santé publique, Agence régionale de santé.

Monsieur Duclos,  
Chef du service «projets éducatifs, citoyens et mobilité des jeunes», Conseil Régional.

Madame Marmion,  
Chargée de mission promotion de la santé, Conseil général d'Ille-et-Vilaine.

Madame Kieffer,  
Déléguée régionale aux droits des femmes, Délégation régionale aux droits des femmes  
et à l'égalité.





..... OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE  
..... 8 D rue Franz Heller  
..... CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7  
..... Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21  
..... E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

