

# PREMIÈRE CONSULTATION DE CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES

A. BÉLIARD (1)

**RÉSUMÉ :** Proposer une contraception adéquate chez les adolescentes est primordial afin d'éviter toute grossesse non désirée. Il est indispensable de conseiller les jeunes filles de façon appropriée pour améliorer l'observance et leur expliquer les effets secondaires éventuels pour éviter les échecs de contraception. Le risque d'infection sexuellement transmissible n'est pas négligeable et il faut insister sur l'intérêt de l'usage du préservatif. La contraception combinée œstroprogestative orale présente aussi des avantages non contraceptifs comme l'amélioration de la dysménorrhée entre autres. Le choix du contraceptif hormonal doit tenir compte des facteurs de risque personnels et familiaux et il est nécessaire de reprogrammer une consultation ultérieure afin d'adapter la contraception si nécessaire.

**MOTS-CLÉS :** Contraception - Adolescent

## INTRODUCTION

En Belgique, 28 % des garçons et 25 % des filles âgés de 15 ans ont eu des rapports sexuels. Dix pour cent des adolescents déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 14 ans (15,1 % pour les garçons et 7,7 % pour les filles). On observe une évolution dans la pratique des relations sexuelles : plus d'un jeune sur 5 (22,6 %) de 15 à 18 ans déclare avoir eu plus d'un partenaire sexuel. En 2002, ce taux avoisinait les 16 % (1). Les adolescents qui ont connu plusieurs partenaires sexuels sont plus à risque de contracter une infection sexuellement transmissible (2). En 2010, 8 adolescents sur 10 de 15 à 18 ans déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel. Cependant, 33 % déclarent ne pas avoir utilisé de contraception lors de leur premier rapport sexuel (Fig. 1).

Avec près de 20.000 interruptions volontaires de grossesses par an, le nombre d'IVG en Belgique est en augmentation constante. On dénombre environ 2.600 IVG chez les adolescentes (10-19 ans), et 25 % des IVG sont effectuées chez des femmes de 20-24 ans (3). (Fig. 2).

C'est un impératif médicosocial de désenchaîner la sexualité chez l'adolescence de la grossesse non désirée et non souhaitable et d'éviter toute infection sexuellement transmissible aux conséquences possibles sur la fertilité ultérieure. En Belgique, un jeune sur 4 (25,8 %)

## FIRST CONSULTATION IN TEENAGERS FOR CONTRACEPTION PRESCRIPTION

**SUMMARY :** Adequate contraception prescription is mandatory for teenagers to avoid any unwanted pregnancy. Counseling and description of side effect improve compliance. Use of condom is important to avoid sexually transmitted infections. Combined estrogen-progestin contraception has multiple non-contraceptive benefits, e.g. dysmenorrhea improvement. Familial and personal history is needed before contraception prescription. Further consultation 3 months later has to be planned to evaluate compliance, side effects and to adapt contraception if needed.

**KEYWORDS :** Contraception - Teenager

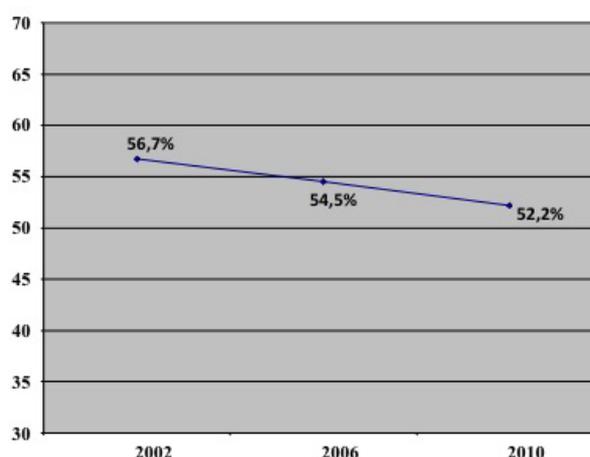


Fig. 1. Evolution entre 2002 et 2010 de la proportion des adolescents de 15-18 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle (1).

ayant déjà eu plusieurs rapports sexuels déclare avoir utilisé la double protection «pilule + préservatif» lors de son dernier rapport sexuel (1).

Il faut, dès lors, favoriser l'accès à la contraception chez les adolescentes et être capable de détecter une demande cachée de contraception lors de la consultation.

## PREMIÈRE CONSULTATION

Du point de vue éthique, la prescription d'une contraception chez une adolescente est confidentielle et il faut en informer celle-ci. Il est conseillé de recevoir l'adolescente sans ses parents, sauf demande explicite de celle-ci. Il faut pouvoir évaluer les capacités de compréhension de l'adolescente. Enfin, il faut également être attentif aux abus sexuels éventuels en fonction du contexte.

(1) Professeur de Clinique, Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye, 4100 Seraing.

*ANAMNÈSE*

Il est important d'expliquer les différentes méthodes disponibles et parler des avantages des méthodes réversibles à longue durée d'action, particulièrement intéressantes chez les adolescentes (LARC : Long-Acting Reversible Contraception), comme l'implant, la contraception progestative injectable et le stérilet au cuivre ou hormonal.

L'âge en tant que tel ne peut être un frein à l'utilisation d'un contraceptif, même intra-utérin.

Il faut, dès la première consultation, informer la patiente sur les différents contraceptifs d'urgence, leur utilisation (quand et comment l'utiliser).

Lors de la première consultation, il faut porter une attention particulière aux antécédents familiaux (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations : maladie thrombo-embolique, dyslipidémie); les antécédents personnels sont souvent peu informatifs chez les jeunes mais il faut questionner sur l'existence de migraines, avec ou sans aura. Ne pas oublier également de se renseigner sur les médicaments concomitantes éventuelles qui pourraient influencer le métabolisme hépatique et, donc, l'efficacité des contraceptifs hormonaux, principalement les anti-épileptiques.

Les informations essentielles sur la contraception et sur les infections sexuellement transmissibles doivent être présentées.

*Informations essentielles sur la contraception*

Citons le mode d'emploi, l'efficacité de la contraception choisie, l'attitude à adopter face à un retard de prise, un oubli, un événement digestif, l'existence de contraceptions d'urgence (orale, stérilet au cuivre), leur mode d'emploi et le mode d'accès à ces méthodes.

*Informations essentielles sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)*

Citons les agents pathogènes (HPV, herpès, *Chlamydia*, gonocoque, syphilis, VIH), les voies de contamination, les modes de protection (vaccination pour HPV, préservatif). En cas de rapport non protégé, il faut répéter le test VIH réalisé 6 semaines après la prise de risque (4).

*EXAMEN CLINIQUE*

Lors de l'examen clinique, il est indispensable d'évaluer le poids, la taille (calcul de l'indice de masse corporelle), de mesurer la

tension artérielle. L'examen gynécologique, en l'absence de toute plainte, n'est pas une condition nécessaire pour la délivrance d'une contraception et peut constituer un frein pour les adolescentes. Le frottis cervico-vaginal de dépistage est recommandé tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, pour autant que le résultat soit normal. En fonction du contexte clinique, un écouvillon bactériologique peut être utile, surtout la recherche de *Chlamydia Trachomatis* si on envisage de placer un stérilet chez la jeune fille ou en cas de comportement sexuel à risque. En pratique, chez la jeune fille sans plainte qui débute sa vie sexuelle, l'examen n'est pas toujours réalisé lors de la première consultation, mais plutôt lors de la consultation suivante, quand l'adolescente connaît mieux son gynécologue et qu'une relation de confiance a été établie.

Examiner l'aspect de la peau est utile afin d'évaluer l'importance de l'acné, la pilosité.

Il faut planifier les consultations suivantes.

**CHOIX DU CONTRACEPTIF**

Conseiller l'adolescente lors d'une consultation de contraception prend du temps. La pilule est la méthode de prédilection chez les jeunes femmes avec une prévalence de 82 % chez les 15-24 ans, mais ne constitue pas la seule option. L'utilisation de la contraception d'urgence est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans que dans les autres tranches d'âge (5) (Fig. 3, 4).

Toute contraception hormonale doit être débutée après la ménarche sauf la contraception d'urgence si celle-ci s'avère nécessaire.

En premier choix, il est fréquent de proposer le préservatif + une pilule de deuxième génération en respectant les contre-indications (principalement chez la jeune fille : migraine avec aura, antécédent personnel ou familial de thromboembolie avant 45 ans) (6). Chez la jeune fille, le risque de pathologie cardio-vasculaire est faible. Cependant, l'utilisation des méthodes à longue durée d'action (LARC), principalement l'implant, est parfois mal connue et, pourtant, trouve tout son intérêt chez la jeune fille. Ces méthodes permettent d'améliorer l'observance si la patiente risque de présenter des difficultés à la prise quotidienne d'un contraceptif oral et évitent ainsi les accidents, comme les grossesses involontaires. En effet, les échecs d'utilisation de la contraception orale combinée sont fréquents chez les adolescentes la première année d'utilisation. Les

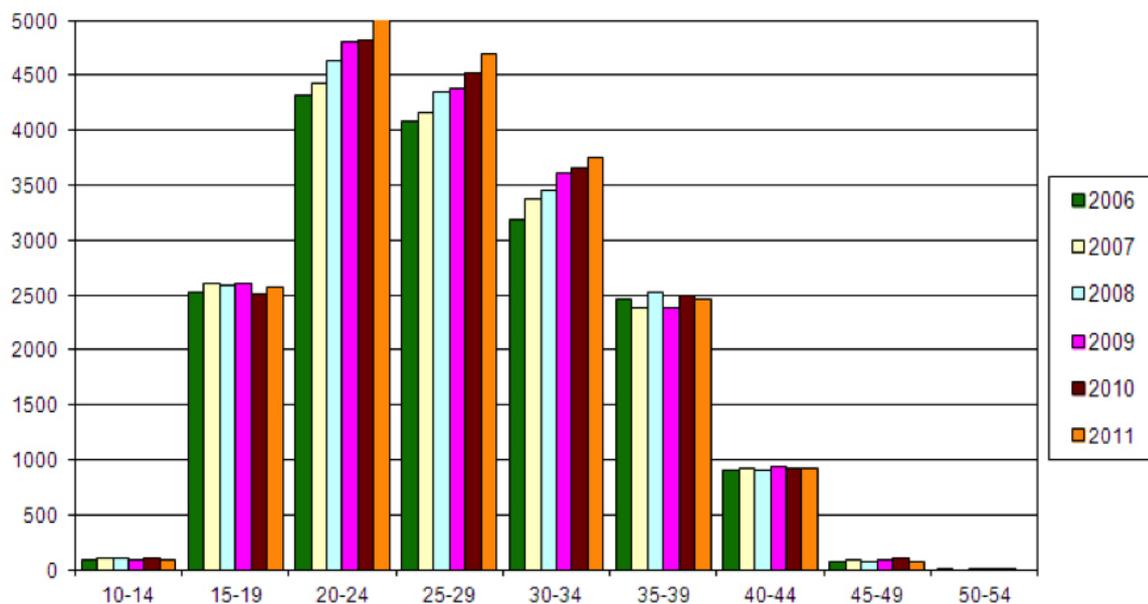


Fig. 2. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse en Belgique selon l'âge de la femme.

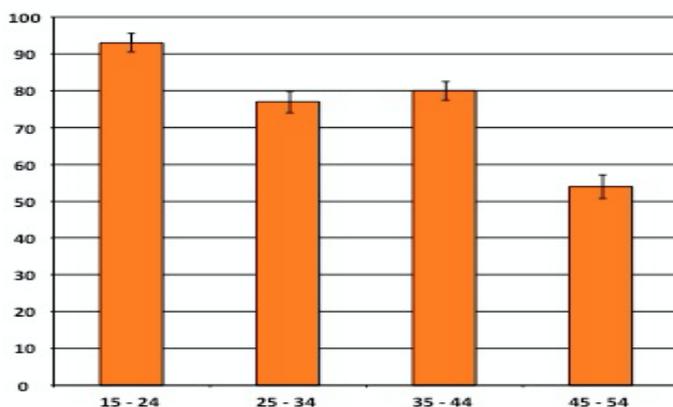


Fig. 3. Pourcentage de femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans qui ont utilisé un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois, par âge (5).

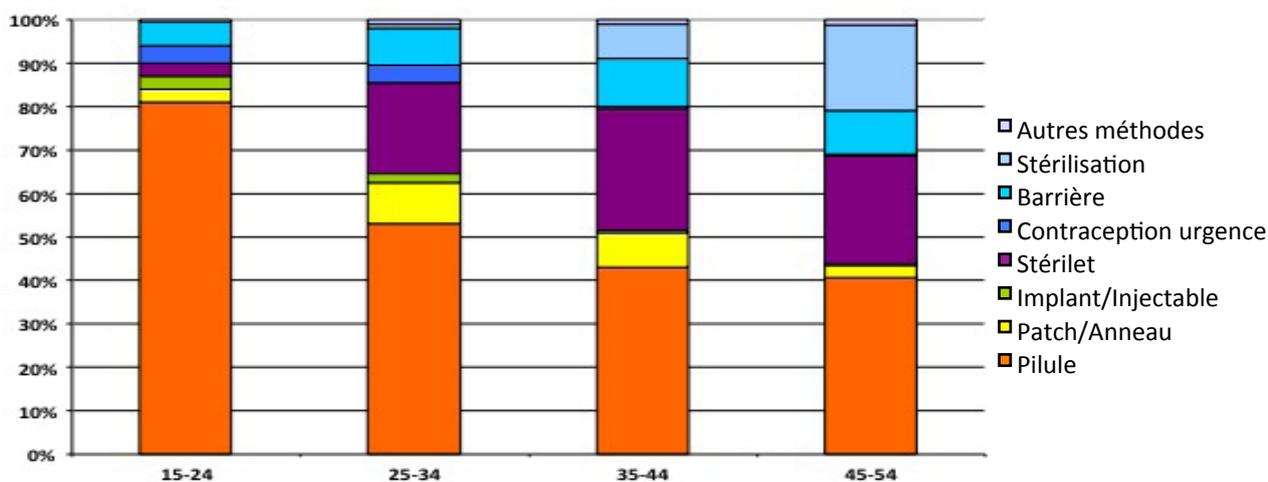


Fig. 4. Distribution des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans qui ont utilisé un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois selon le type de contraception, par âge (5).

taux d'échec sont plus faibles avec les LARC. La contraception progestative sera proposée en cas de contre-indication aux œstrogènes, mais le profil de saignement est plus imprévisible. Le progestatif peut être administré par voie orale ou non orale (implant, injection) que l'on retrouve dans les LARC.

Il n'y a pas de restriction d'utilisation du stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, même chez une nullipare. Il existe une augmentation du risque d'infection dans les 20 jours qui suivent l'insertion.

Il faut également penser à la co-prescription, c'est-à-dire parler, dès le départ, de contraception postcoïtale d'urgence.

#### RISQUE THROMBOEMBOLIQUE

Le risque thromboembolique est lié à la modification hépatique des protéines de la coagulation par les œstrogènes (7). L'éthinylestradiol présente le même risque, quelle que soit sa voie d'administration (orale, patch, anneau). Plus la dose d'œstrogène (éthinylestradiol) de la pilule est élevée, plus le risque augmente. Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique, mais ce risque est modulé par la nature du progestatif associé. Les progestatifs androgéniques de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations augmentent moins le risque que les progestatifs de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations. L'âge (risque multiplié par 4 entre une jeune fille et une femme de 40 ans) (8), le tabagisme (risque multiplié par 8) (9), la sédentarité, l'excès pondéral/obésité (risque multiplié par 6 entre une femme avec un indice de masse corporel normal et un IMC  $\geq$  30) (10) augmentent

également ce risque. Le risque est le plus élevé la première année d'utilisation.

Les progestatifs de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération dérivent de la testostérone et gardent des propriétés androgéniques. Les progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération dérivent également de la testostérone mais ont des propriétés androgéniques moins marquées. Les progestatifs de 4<sup>ème</sup> génération sont totalement dépourvus de propriétés androgéniques. Ils dérivent soit de la spironolactone (drospirénone), soit de la progestérone (acétate de nomégestrol, acétate de chlormadinone), soit de la testostérone (diénogest).

Plus le progestatif utilisé est androgénique mieux il contrebalance l'effet thrombotique des œstrogènes. C'est pourquoi ces progestatifs présentent moins de risque d'accident thromboembolique que les générations suivantes (11).

Le risque absolu d'accident thrombo-embolique veineux est cependant faible (Tableau I).

Au vu de ces données, une contraception œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération constitue le 1<sup>er</sup> choix lors de la prescription d'une pilule. Si des effets indésirables androgéniques surviennent, la contraception sera adaptée et un autre progestatif moins androgénique sera choisi en 2<sup>ème</sup> intention.

Les nouvelles combinaisons œstroprogestatives contenant de l'œstradiol apparaissent sur le marché. L'éviction de l'éthinylestradiol, puissante molécule inductrice de synthèse hépatique, semble intéressante. Les associations contenant l'œstradiol semblent avoir moins de répercussions sur les facteurs de coagulation, sur la tolérance glucidique, et moins d'altération des lipides. Les répercussions cliniques de

TABLEAU I. INCIDENCE DU RISQUE DE THROMBOSE VEINEUSE/EMBOLIE AVEC LES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (12)

Progestatif combiné à l'éthinylestradiol	Risque relatif versus lévonorgestrel	Incidence estimée (pour 10.000 années-femme)
Non utilisatrice, non enceinte	-	2
Lévonorgestrel	Référence	5-7
Norgestimate/Noréthistérone	1.0	5-7
Gestodène/Désogestrel/Drospirénone	1.5-2.0	9-12
Etonogestrel/Norelgestromine	1.0-2.0	6-12
Acétate de chlormadinone/Diénogest/ Acétate de nomégestrol associé à l'œstradiol	Inconnu	Inconnue

ces avantages ne sont pas encore démontrées à large échelle.

Les progestatifs seuls ne modifient pas les paramètres de la coagulation.

#### QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES PAR LES ADOLESCENTES (13)

– Prise de poids : il n’y a pas d’évidence de prise de poids avec les contraceptions combinées œstroprogestatives ni avec les contraceptifs progestatifs, sauf avec les injections d’acétate de médroxyprogestérone (+ 3 kg).

– Acné : les contraceptifs œstroprogestatifs peuvent améliorer l’acné. Cependant, si une aggravation de l’acné est observée, un progestatif moins androgénique doit être proposé. Les contraceptifs progestatifs peuvent améliorer, aggraver l’acné ou ne pas avoir d’effet. L’association éthinyloestradiol + acétate de cyprotérone est indiquée pour traiter l’hyperandrogénie et ne constitue pas un choix comme contraceptif (14).

– Changement d’humeur : les contraceptifs peuvent entraîner des changements d’humeur mais ne sont pas responsables de dépression.

– Profil de saignement : celui-ci peut être modifié sous contraception hormonale.

– Dysménorrhée : les contraceptifs hormonaux et les stérilets hormonaux peuvent améliorer la dysménorrhée primaire.

– Fertilité : il n’y a pas de délai de retour à la fertilité après arrêt d’une contraception hormonale (combinée œstroprogestative, progestative orale ou implant) sauf après injection d’acétate de médroxyprogestérone où l’on peut observer un délai d’un an avant un retour à la fertilité.

#### Débuter une contraception hormonale

La contraception hormonale peut être débutée à tout moment du cycle si l’on peut être raisonnablement sûr que la patiente n’est pas enceinte. Une protection additionnelle est requise pendant 7 jours ou 9 jours pour la pilule quadriphasique au diénogest (préservatif).

Du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> jour du cycle, la protection est immédiate (œstroprogestatif, progestatif) et une protection additionnelle n’est pas nécessaire.

#### OBSERVANCE

Le conseil (aide au choix), la démarche éducative (explication méthode, utilisation,

effets indésirables) et les schémas continus peuvent améliorer l’observance ainsi qu’un suivi approprié. On peut insister sur les bénéfices secondaires des contraceptifs hormonaux œstroprogestatifs : régularisation du cycle, réduction de la dysménorrhée, des anémies par réduction du flux menstruel, du syndrome prémenstruel; diminution de kystes ovariens fonctionnels; amélioration de l’acné et de l’hirsutisme (en fonction de la nature des hormones utilisées).

#### DEUXIÈME CONSULTATION

Il faut revoir la patiente en consultation après trois mois afin d’évaluer la tolérance, la survenue éventuelle d’effets indésirables (mastodynie, nausées, acné, spotting, prise de poids), l’observance, et répondre aux questions éventuelles. Il faut mesurer la tension artérielle afin de dépister la survenue d’une éventuelle hypertension. Il faut également encourager la jeune patiente à revenir en consultation si le moindre problème survient avec la contraception.

Dans certaines situations, une évaluation endocrino-métabolique (thyroïde, lipides, glucides) peut être préconisée. Si la tolérance clinique ou métabolique est insatisfaisante, il faut adapter la contraception.

La notion de climat hormonal peut être difficile à apprécier et varie en fonction de la réceptivité de chaque femme, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle.

En cas de signe d’hyperœstrogénie (mastodynie, syndrome prémenstruel, règles abondantes, fréquentes, douloureuses), deux conduites sont possibles : soit diminuer la dose d’œstrogènes, soit rechercher une pilule pouvant apporter un climat progestatif plus dominant.

En cas de «spotting» (à l’exclusion d’une cause organique), sécheresse vaginale, une pilule plus dosée en œstrogènes peut être recommandée. La persistance de saignements intermenstruels (spotting) trois mois après le début d’une contraception œstroprogestative peut aussi être liée à une prise irrégulière, une infection à *Chlamydia*, un tabagisme.

En cas de signes d’excès d’androgènes (acné, cheveux gras), un progestatif non androgénique est recommandé. Il est utile de rappeler que la spécialité Diane 35<sup>®</sup>, à base d’acétate de cyprotérone (et ses génériques), ne dispose pas de l’indication «contraception».

**EN CONCLUSION**

Lors d'une première consultation de contraception chez les adolescentes, certains points sont importants à retenir :

- Prévention des infections sexuellement transmissibles : insister sur l'usage du préservatif.

- Prendre du temps pour conseiller au mieux la patiente.

- Préférer les contraceptifs à longue durée d'action surtout s'il existe un risque de mauvaise observance.

- Retenir que l'examen gynécologique n'est pas nécessaire pour prescrire un contraceptif, mais que la mesure de tension artérielle et la vérification du poids de la patiente sont indispensables.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles, Service Information Promotion Education Santé, <http://sipes.ulb.ac.be>. Publié le 04 octobre 2013.
2. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al.— Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents : patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 2007, **369**, 1220-1231.
3. Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. Rapport à l'attention du Parlement : 1<sup>er</sup> janvier 2010-31 décembre 2011. [www.health.belgium.be/eportal](http://www.health.belgium.be/eportal). Publié le 27 août 2012.
4. CDC Guideline Sexually transmitted Disease.— [www.cdc.gov/std/treatment/resources.htm](http://www.cdc.gov/std/treatment/resources.htm). Publié le 17 décembre 2010.
5. Charafeddine R.— Santé sexuelle. Dans : Gisle L, Demarest S (éd). Enquête de santé 2013 : Rapport 2 «Comportement de Santé et Style de vie». Institut Scientifique de Santé Publique - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. <https://his.wiv-isp.be/FR>. Publié en 2014.
6. Lidegaard, O.— Hormonal contraception, thrombosis and age. *Expert Opin Drug Safety*, 2014, **13**, 1353-1360.
7. Tchaikovski SN, Rosing J.— Mechanisms of estrogen-induced venous thromboembolism. *Thromb Res*, 2010, **126**, 5-11.
8. Van Hyecklama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandembroucke JP, et al.— The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effect of estrogen dose and progestogen type : result of the MEGA case-control study. *BMJ*, 2009, **339**, b2921.
9. Pomp E, Rosendaal F, Doggen C.— Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. *Am J Hematol*, 2008, **83**, 97-102.
10. Pom ER, Le Cessie S, Rosendaal FR, et al.— Risk of venous thrombosis : obesity and its join effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *Br J Haematol*, 2007, **139**, 289-296.
11. Chabbert-Buffet N, Gerris J, Jamin C, et al.— Toward a new concept of “natural balance” in oral estrogen-progestin contraception. *Gynecol Endocrinol*, 2013, **29**, 891-896.
12. European Medicines Agency. PRAC referral assessment report. EMA/PRAC/537563/2013. <http://www.ema.europa.eu/ema>. Publication 15/10/2013.
13. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. [www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf](http://www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf). Publication March 2010.
14. European Medicines Agency. Benefits of Diane 35 and its generics outweigh risks in certain patient groups – PRAC recommendation endorsed by CMDh. 30 May 2013 EMA/318380/2013.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. Aude Béliard, Service de Gynécologie, Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye, Rue Laplace 40, 4100 Seraing.  
E-mail: [abeliard@chu.ulg.ac.be](mailto:abeliard@chu.ulg.ac.be)