

# La première contraception

B. LETOMBE  
(Lille)

## *Résumé*

*Première contraception signifie aussi le plus souvent première consultation pour une adolescente.*

*Tout l'enjeu de cette première consultation sera non seulement d'instaurer au mieux une contraception adaptée mais surtout un climat de confiance permettant d'espérer une bonne observance et ainsi une véritable efficacité de la prescription. Malheureusement les chiffres sont là et méritent que l'on se pose le problème de notre manque d'efficacité avec encore 90 000 IVG chez les moins de 25 ans.*

*Nombre de causes amendables à ces IVG sont à connaître et à éventuellement dépister avant d'aborder la prescription qui ne devrait pas, loin s'en faut, se réduire à la simple prescription d'une « pilule ».*

*Mots clés : adolescence, contraception, consultation*

CHU de Lille Jeanne de Flandre - Service d'orthogénie et médecine du couple - Avenue Eugène Avinée - 59037 Lille

Correspondance : [bletombe@gmail.com](mailto:bletombe@gmail.com)

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je soussignée, Dr Brigitte Letombe, déclare ne pas avoir d'intérêt matériel ni de bénéfice personnel en matière de contraception et sur les sujets abordés dans cet article.

Depuis quelques décennies, on assiste à des transformations sociales importantes qui impactent largement la sexualité des adolescents. La réduction de l'influence des églises, le mouvement de libération des femmes, la légalisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) (et sa gratuité), l'éclatement de la notion traditionnelle de couple, les mouvements gay et lesbien, l'augmentation des dévoilements d'abus sexuels, la cyberpornographie, les médicaments améliorant la capacité sexuelle, tous ces événements ont changé le paysage de la sexualité adolescente dans des proportions encore difficiles à mesurer. Ils obligent les médecins à s'adapter rapidement à ces nouveaux contextes s'ils veulent conserver une utilité dans la protection des jeunes en matière de santé sexuelle.

Face à toutes ces révolutions, nos jeunes sont encore plus fragiles que les adultes et pourtant l'école n'en parle pas. Comme si tout cela n'existait pas. La libération de la sexualité a fait en sorte que de nombreux phénomènes sexuels, ayant longtemps fait l'objet de tabous et de silence, ont été propulsés soudainement à l'avant-scène. De privée qu'elle était, la sexualité s'est mise à occuper de plus en plus la place publique. Les jeunes, plus encore que les adultes, ne vivent pas en vase clos et sont largement déstabilisés par ces modifications sociétales si bruyantes et pourtant si absentes à l'école.

Les enfants et les adolescents sont submergés de données de toutes sortes sur la sexualité. Certains peuvent compter sur leur milieu familial pour les aider à rendre significatifs ces messages, mais de nombreux

parents ressentent un malaise tel qu'ils n'osent pas s'aventurer dans cet univers particulier qu'est la sexualité de peur d'en dire trop ou de ne pas le dire de façon convenable. Souvent assujettis à des perceptions stéréotypées, idéalisées et fragmentées à l'égard de la sexualité, les enfants et les adolescents sont à la fois fascinés et intrigués par cet univers.

Les grossesses non souhaitées chez les jeunes ont des origines multifactorielles et chaque jeune femme peut, à un moment ou à un autre de sa vie, être confrontée à une grossesse non souhaitée et ce d'autant plus qu'elle se trouve en début de vie sexuelle. On peut dire que les conceptions chez les mineures ont diminué mais que, heureusement, lorsqu'elles sont enceintes de manière imprévue, elles ont plus facilement recours à l'IVG qu'autrefois. En quelque sorte, la diminution notable des grossesses menées à terme pendant l'adolescence est assez largement due à la possibilité mieux connue et plus accessible de l'IVG qui a perdu, chez les jeunes, sa connotation honteuse et risquée.

En revanche, les jeunes filles surestiment largement certains risques de la contraception hormonale, en particulier les risques de stérilité ultérieure ou de cancer et sont peu nombreuses à connaître ses effets positifs sur la santé. Il y a donc un rejet de la « pilule » sur la base de connaissances imprécises, voire erronées, qui accroît le risque de grossesse non désirée, en particulier par l'utilisation de moyens peu efficaces de contraception.

Si l'IVG de la femme adulte cache souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse, voire un accident de contraception, en revanche l'IVG de la femme jeune recouvre plus souvent tout simplement une véritable ignorance si l'on excepte un bon tiers des grossesses non souhaitées incompressible liées aux conduites à risque. De nombreuses grossesses non souhaitées chez les jeunes trouvent leur origine dans des mécanismes où la prévention aurait pu avoir une efficacité certaine, comme en attestent les résultats enregistrés par les pays qui ont saisi à bras le corps cette question. De fait, les causes amendables des grossesses non souhaitées sont nombreuses. Elles doivent toutes être prises en compte si on veut voir baisser le nombre de grossesses non souhaitées, et ne se résument pas bien sûr à une simple prescription contraceptive :

- les jeunes méconnaissent le fonctionnement de leur corps ;
- les jeunes méconnaissent les moyens de contraception et leur efficacité. Le préservatif est survalorisé et sa piètre efficacité à cet âge est inconnue des jeunes ;

- les jeunes n'identifient pas les structures ressources. La plupart des jeunes en France ignorent l'existence des centres de planification, à l'exception peut-être des jeunes qui habitent dans les grandes villes. Comme la couverture territoriale n'a simplement pas été pensée, ils sont anormalement concentrés dans les villes et presque totalement absents dans les campagnes <sup>1</sup> ;
- ignorant le secret médical, les jeunes disqualifient le médecin de famille ;
- les jeunes n'ont pas les moyens de payer les honoraires médicaux et les contraceptifs non remboursés ;
- les jeunes ignorent qu'ils peuvent refuser l'examen gynécologique. L'examen gynécologique imposé comme une sorte de rite de passage doit cesser. A cet effet vient d'être publié un document « première consultation gynécologique » distribué par l'INPES qui tente de dédramatiser la consultation et informe les jeunes sur l'aspect facultatif de l'examen gynécologique ;
- les jeunes veulent se prouver qu'ils sont invulnérables. L'adolescent, qui est sans cesse soumis à une fragilité intérieure tenace et inavouable, vit inconsciemment, pour s'en défendre, dans une pensée où la toute-puissance règne en maître. On le dit alors « inconscient » car il tend vers des comportements limites, risqués, frôlant les dangers comme pour mettre en équilibre ces deux aspects de son être : ce sentiment de vulnérabilité indicible mais éprouvé dans l'intimité de son être et le sentiment opposé d'invulnérabilité qui guide ses conduites à risque. La consultation médicale a pour objectif de le responsabiliser et de lui faire prendre conscience du respect dû à son corps ;
- la grossesse peut être le symptôme d'un manque affectif. L'adolescent fragilisé dans ses repères affectifs est dans une quête existentielle permanente qui le pousse à chercher sans cesse une réassurance. Il veut à tout prix être aimé. Quand il est en difficulté dans ses apprentissages, il sait qu'il déçoit ses parents, et le risque dans la relation parent-enfant est que l'adolescent soit réduit à ses mauvaises notes. La mise en route d'une grossesse vient comme l'espoir de pouvoir combler la perte affective familiale pour restaurer le narcissisme mis à mal ;

1. Rapport IGAS RM 2011-088P : 30 centres pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Seine-Saint-Denis contre 2,8 centres pour 100 000 femmes dans le Pas-de-Calais et 2,1 en Loire-Atlantique. Source : DRESS, enquête PMI 2009.

- les jeunes filles désirent se prouver leur fertilité. Plus la jeune fille se sent fragile dans la construction de son « être féminin », plus elle risque de se mettre en situation de risque dans ses relations affectives ; peu sûre d'elle-même face aux garçons, elle a une sexualité mal assumée qui la pousse à se prouver qu'elle est une vraie femme, donc fertile. Les rapports sexuels non protégés se multiplient sans véritable désir d'enfant ;
- les jeunes filles cèdent à la pression du partenaire. Les grossesses survenues lors de rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool (*binge drinking*) se multiplient alors que leur consentement n'est plus réel.

Les causes de grossesses sont donc multiples à cette période de la vie. Avec tout ce qu'il a déjà à gérer, un comprimé tous les jours à heure fixe, ce n'est pas gérable. « J'arrête, car de toutes les façons, je l'oublie sans cesse ». L'adolescent d'aujourd'hui, en fait, est bien plus seul qu'on ne le croit. Tous ces éléments peuvent, si on parvient à les faire exprimer en consultation, être contrés par les arguments d'un médecin qui a su apprivoiser la jeune femme et gagner avec délicatesse sa confiance : c'est tout l'enjeu de la première consultation.

Existe-t-il une contraception « idéale » à cet âge ?

Pas davantage que plus tard pour le reste de la période fertile. La meilleure contraception sera en fait la plus adaptée à la situation particulière du moment.

La contraception des jeunes est une question médicale mal connue des médecins et fort peu enseignée qui est compliquée par la phobie de la prise d'hormones, amenant les jeunes à considérer que l'absence de contraception (souvent réduite à la « pilule ») serait une sorte d'attitude écologique souvent suggérée et validée d'ailleurs par les parents. Il n'y a pas, de fait, de discours rassurant et positif sur la contraception. Dans les fantasmes des jeunes, elle peut entraîner prise de poids, cancers et stérilité, même si de nombreuses publications, avec un recul de près de 50 ans de contraception œstroprogestative, attestent du contraire. Au total, la contraception hormonale serait mauvaise pour leur santé là où le tabac ou la drogue ne le seraient pas. Et les derniers atermoiements du gouvernement et des autorités sanitaires sur les dangers des troisième et quatrième générations ne sont pas pour atténuer leurs suspicions.

Or la contraception œstroprogestative a de nombreux effets favorables surtout à cet âge, voire thérapeutiques, en dehors de son effet contraceptif. Elle traite l'irrégularité menstruelle et les douleurs de règles, les ménorragies et l'anémie qui en découle, les mastopathies bénignes et

l'acné. Elle prévient l'endométriase et les kystes ovariens fonctionnels, voire la dystrophie ovarienne. À long terme, elle diminue le risque de cancer de l'ovaire, du corps utérin et du colon. On peut même suivre l'analyse de Hannaford [1] qui a montré en 2010 sur une cohorte de 46 112 femmes suivies sur 39 ans (soit 378 006 années femmes pour les femmes n'ayant jamais utilisé de contraception et 819 175 années femmes pour les femmes l'ayant toujours utilisée) que la contraception orale, loin de baisser l'espérance de vie, aurait même tendance à l'augmenter, par la réduction de la mortalité par cancer (0,88 avec un IC à 95 % de 0,82 à 0,93, donc une baisse de mortalité significative). La réduction de mortalité totale observée chez les femmes ayant toujours utilisé une contraception a été de 55 pour 100 000 femmes.

En dépit de cet état de fait, la parole des adultes, voire de certains médecins ou même de certains politiques, et la pression médiatique contribuent à cette perception négative de la contraception hormonale. Nombre de parents estiment d'ailleurs qu'un début précoce de la contraception entraînerait une exposition trop longue aux hormones et préfèrent que leurs enfants s'abstiennent ou, qu'à tout le moins, ils se limitent aux préservatifs. Cette prudence n'est pourtant pas médicalement justifiée et expose plus encore les adolescents au risque d'IVG. Le préservatif rassure les parents car ils ne savent pas que son utilisation fragmentaire et incertaine est largement pourvoyeuse de grossesses non souhaitées dans cette tranche d'âge. Le préservatif, dont on ne peut faire l'économie pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), s'avère être un piètre moyen contraceptif chez les jeunes et nécessite l'adjonction d'une protection contraceptive supplémentaire. L'hyperfertilité de cette tranche d'âge n'est pas franchement compatible avec l'efficacité insuffisante du préservatif, irrégulièrement et mal utilisé.

Le contexte adolescent est marqué par l'irrégularité de la sexualité et des partenaires, l'imprévisibilité des rapports mais aussi par l'absence de conscience d'exposition à un risque de grossesse. La pensée magique est souvent présente dans le discours de jeunes : par exemple, ils ne peuvent expliquer pourquoi ils ont arrêté soudainement leur contraception alors qu'ils continuaient d'avoir des rapports sexuels. De plus, la facilité du recours à l'IVG gratuite et confidentielle, loin d'être regrettable, constitue inconsciemment chez certaines toutes jeunes femmes une solution ou un recours.

On distingue en matière de contraception l'efficacité et l'efficacités. On entend par efficacité la performance théorique d'un contraceptif pour éviter les grossesses. On entend par efficacité l'application à une population d'un contraceptif dont on connaît au départ l'efficacité théorique.

Ainsi, la contraception orale dispose d'une efficacité théorique maximale de plus de 99 %. Mais si l'on compte les oublis et les anomalies de prise, son efficacité générale n'est que de 92 % tous âges confondus. Son efficacité est d'ailleurs d'autant plus basse que la fertilité est importante chez les toutes jeunes femmes et que l'observance est fragilisée par le contexte adolescent. Les arrêts intempestifs, souvent en début de contraception, sont bien connus des professionnels. Ceci est confirmé par le fait que nombre de jeunes femmes qui sollicitent une IVG avaient en fait une contraception orale auparavant (plus d'un tiers d'entre elles). Il faut donc remettre en question la facilité et les modalités de prescription de la contraception orale qui est devenue la véritable norme contraceptive du fait de sa simplicité. S'il est incontestable qu'elle convient à la majorité des femmes, il n'en reste pas moins que sa prescription est sans doute excessive, notamment chez les jeunes. Les autres voies d'administration hormonale non quotidiennes sont de fait insuffisamment proposées, en partie du fait de leur coût et de leur plus grande complexité de mise en œuvre. Bien que l'arsenal contraceptif en France soit particulièrement riche et que la diversité des molécules et des dosages puisse apporter de nombreux bénéfices secondaires, nombre de ces contraceptifs ne sont jamais proposés aux jeunes femmes du fait de leur coût et de l'absence complète de prise en charge par les assurances. C'est le cas de toutes les innovations qui, à l'évidence, apportent un plus, qu'il s'agisse de l'anneau vaginal, des patchs, mais aussi des contraceptions orales progestatives ou à base d'œstradiol : contraceptions les plus adaptées sans doute chez les plus jeunes mais les plus coûteuses puisque sans prise en charge !

Deux méthodes de contraception sont totalement indépendantes de la volonté de la femme et ne permettent pas de défaut d'observance : le dispositif intra-utérin (DIU) et l'implant sous-cutané. Ces deux méthodes imposent une consultation médicale de qualité. Plus elles sont diffusées dans une population de jeunes femmes [2], plus le taux de grossesses non souhaitées y est faible. On peut donc regretter que leur usage en soit si parcimonieux dans ces tranches d'âge.

Le DIU dans ses deux formes (au cuivre ou à la progestérone) est efficace pendant 5 ans. Son efficacité est égale à son efficacité et se situe aux alentours de 99 %. Il a deux inconvénients :

- il nécessite un examen gynécologique pour le poser ;
- il ne peut être proposé que lorsque la stabilité dans la vie sexuelle de la jeune femme ne l'expose plus aux risques d'infections sexuellement transmissibles (notamment aux *Chlamydiae* dont la prévalence est importante en début de vie sexuelle).

Ces deux caractéristiques le font réserver plutôt aux femmes de plus de 20-25 ans en couple stable.

L'implant a l'avantage de ne pas nécessiter d'examen gynécologique. Son efficacité est supérieure à 99 % et ce pour trois ans mais sa pose au niveau du bras nécessite un véritable apprentissage pour que le retrait en reste facile.

Cette méthode est disponible en France depuis 2001. L'implant n'a pas d'effet néfaste métabolique ou vasculaire. En revanche, il entraîne dans 15 % des cas des saignements gynécologiques intempestifs qui peuvent être gênants et conduire à la demande de son retrait. En général, il diminue la fréquence et l'abondance des règles, et une fois sur cinq, il entraîne même une aménorrhée sans conséquence dommageable pour le corps. Celle-ci doit être expliquée à la jeune femme avant sa survenue pour qu'elle ne s'en inquiète pas. Et d'ailleurs, nombre de jeunes filles d'aujourd'hui y voient un réel avantage.

En outre, comme toute contraception progestative pure, il peut aggraver l'acné de l'adolescente. Les autres effets négatifs de l'implant tels que les kystes fonctionnels ovariens et l'hypo-œstrogénie sont heureusement rares.

Quoi qu'il en soit, l'implant constitue un moyen supplémentaire pour la contraception des adolescentes car son observance parfaite et sa discrétion à l'égard de l'entourage familial sont importantes à cet âge. Il est incontestablement sous-utilisé en France dans cette classe d'âge. Il faudrait donc proposer plus souvent l'implant dès que la contraception orale n'est pas adaptée à la jeune femme, quelle qu'en soit la raison.

Au total, à toute situation médico-psychologique correspond une contraception adaptée qui devra se modifier au fil du temps avec l'évolution physique, psychique et sexuelle de la jeune femme.

## LE RÔLE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

Le rôle fondamental de la première consultation n'a jamais été considéré à sa juste mesure, tant dans la formation des médecins que dans l'organisation des soins. Il s'agit en effet d'une consultation médicale qui revêt une triple complexité : complexité liée à la population à laquelle elle s'adresse avec la difficulté de créer un lien de confiance pérenne, complexité de l'anamnèse et de l'évaluation des



risques, complexité enfin de l'adéquation thérapeutique bien sûr plus difficile du fait de l'imprévisibilité de la sexualité à cet âge.

L'adolescent est la proie d'influences en tous genres dans lesquelles il se réfugie à la recherche d'attention, d'amour, de reconnaissance. Il trouve ses modèles dans les magazines, sa conception de l'amour est influencée par la pornographie, ses discussions sont virtuelles sur le net et favorisent une forme d'impudeur dans les échanges. Les limites volent en éclats et dans ce monde du « tout est possible », l'adolescent apprend à lâcher prise. Le danger commence dans cette relation hors réalité, cette relation au monde virtuel. Les modèles en chair et en os ne jouent plus le rôle d'antan. Les jeunes ne viennent pas nous parler de leur désir de ressembler à un oncle, un parrain, un père, un grand-père mais plutôt à un acteur, à un sportif. Les valeurs évoquées sont esthétiques, matérielles, très rarement morales. Le corps valorisé et sexualisé devient le moyen de rencontres, d'échanges, de nourriture narcissique d'autant que chez leurs modèles identificatoires (acteur, sportif, artiste), la sexualité est banalisée ou utilisée comme un vecteur de réussite.

Cette consultation initiale peut parfois être sollicitée en urgence et donner lieu alors à un premier contact pour gérer la situation. Dans ce cas, la première consultation proprement dite aura lieu dans un second temps. Prescrire une contraception d'urgence, ce n'est pas instituer une contraception suivie au long cours ; il s'agit là de deux situations médicales totalement différentes, la première permettant effectivement la délégation des tâches auprès d'auxiliaires médicaux alors que la deuxième doit prendre une toute autre ampleur.

De plus, quelle que soit la méthode, l'efficacité pratique dépend de la bonne information donnée en consultation sur la manière de fonctionner de la contraception, sur les aléas qui exposent à un risque de grossesse et sur la conduite à tenir dans ces circonstances. L'attitude des femmes en cas d'oubli de pilule renforce les interrogations que l'on peut avoir sur les conditions de prescription : trop peu de prescripteurs prennent le temps de délivrer les explications et conseils nécessaires et moins encore de vérifier que ceux-ci ont été compris et assimilés. Les conditions actuelles d'exercice médical et le système de tarification forfaitaire à l'acte se prêtent mal à ce type de consultation longue à fort contenu relationnel, dont la spécificité mériterait d'être reconnue et encouragée (comme l'est par exemple la consultation pour un enfant en bas âge, qui fait l'objet d'une majoration) [3].

## I. Installer la confiance

Les jeunes femmes, quel que soit leur âge, ne viennent pas volontiers voir un médecin ou un professionnel de santé à cause des peurs suscitées par ce premier contact.

La première peur vient de l'ignorance du secret professionnel. Le seul médecin que connaissent les jeunes est souvent le médecin de famille qui a un contact privilégié avec les parents. Lui révéler sa sexualité naissante reviendrait peu ou prou à la démasquer aux parents. Ce médecin est donc malheureusement exclu et c'est dommage, car il dispose d'une information pertinente sur l'anamnèse médicale de la famille. Il faudrait recommander aux médecins généralistes au cours de leur formation de signaler aux adolescents qu'ils côtoient qu'ils peuvent les solliciter sans crainte au moment de leur choix.

Les jeunes ne viennent pas volontiers consulter un médecin ou un professionnel de santé car ils imaginent, et c'est malheureusement parfois vérifié, qu'ils se verront imposer un examen gynécologique conditionnant la prescription contraceptive. Le dogme de ne jamais prescrire sans avoir examiné le patient est ici contre-productif. Or, il y a bel et bien nécessité d'un examen médical (tension artérielle, poids, auscultation cardiaque) et d'une anamnèse correcte lors de l'instauration initiale d'une contraception hormonale. Mais l'examen gynécologique (en dehors d'une symptomatologie d'appel) n'a aucune légitimité. S'agit-il de détecter un fibrome ? Un cancer de l'ovaire ? Une rare malformation utérine ? Quant à la détection des infections sexuellement transmissibles qui pourrait se justifier à cet âge, elle se fait par PCR sur jet urinaire.

Les jeunes ignorent que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire pour avoir accès à la contraception. Ils redoutent à juste titre cet examen insurmontable, à un moment où la pudeur est au devant des préoccupations et où le seul fait de se montrer nu est inenvisageable. Ils dévoilent volontiers le haut de leur string et leur nombril, mais ils redoutent par dessus tout d'avoir à se déshabiller.

Lors du premier contact, il est donc primordial d'énoncer l'absence d'examen gynécologique et mammaire, en dehors d'une demande spécifique d'une adolescente qui souhaite être rassurée sur la normalité de sa morphologie sexuelle ou de la présence de symptômes dans la sphère génitale. Chaque examen gynécologique d'une femme quel que soit son âge, et a fortiori quand c'est le premier, doit se faire en accord avec elle et lui être expliqué au préalable de manière détaillée. Faute de quoi, cet examen peut être vécu comme un viol [4] et avoir des répercussions psycho-sexuelles qui peuvent être définitives.

La peur du contact médical qui en résulte peut se solder non seulement par une absence de contraception mais en plus par une grossesse non souhaitée qui va aggraver la situation psychique déjà fragile de ces jeunes femmes.

On comprend bien que si le contact médical est indispensable à ce stade, il peut en revanche, s'il est mal réalisé, avoir des conséquences plus néfastes encore que son absence.

À l'autre extrême des mauvaises pratiques médicales se situe la délivrance rapide et désinvolte d'une prescription contraceptive souvent mal appropriée. Ceci est attesté par le grand nombre d'arrêts intempestifs observés chez des jeunes en demande d'IVG et qui avaient fait la démarche de consulter un professionnel de santé pour leur contraception. Celle-ci a été interrompue rapidement devant le premier effet secondaire non anticipé d'autant que les rapports sexuels des jeunes sont souvent épisodiques et que leur vie, de ce point de vue, est rarement un long fleuve tranquille.

Entre ces deux pratiques, celle qui consiste à examiner systématiquement tout le monde, et celle qui conduit à évacuer rapidement le problème par une prescription rassurante pour le médecin mais peu efficace pour la jeune femme, se situe la mise en place d'une vraie relation de confiance. Cela prend du temps et nécessite disponibilité, écoute et compétence particulière. Parfois, la contraception au long cours n'est pas nécessaire tout de suite ou impossible à mettre en œuvre d'emblée. Il vaut mieux alors savoir attendre et, grâce au climat de confiance obtenu, proposer une contraception de l'instant (préservatif, contraception d'urgence) le temps que la maturation permette de comprendre l'intérêt et les bénéfices d'une protection au long cours.

Cette consultation est longue. La phase d'apprivoisement n'est pas toujours facile de nos jours, où la défiance vis-à-vis des adultes est renforcée et où l'impression de tout savoir est si forte. En outre, il faut contrer l'ambiance médiatique écologique et donc anti-antihormone. Les jeunes filles vous disent, la cigarette aux lèvres, que « *la contraception hormonale est mauvaise pour la santé, qu'elle donne le cancer, qu'elle fait grossir et qu'elle rend stérile et voire qu'elle tue depuis la polémique largement médiatisée des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération* ». Leurs mères d'ailleurs, qui ont bien profité de la révolution sexuelle et contraceptive, imaginent faussement retarder le début de la vie sexuelle de leurs chères têtes blondes en cautionnant ces idées fausses : « *Tu ne vas pas déjà prendre des hormones à ton âge...* ». Les grands médias en rajoutent sur la nuisance possible des contraceptions hormonales oubliant que la médecine est faite de comparaisons entre les complications d'un médicament et celles encourues quand on ne le prend pas. Personne

ne dit les effets bénéfiques de la contraception, et ils sont nombreux dans cette tranche d'âge.

Au cours de cette première consultation, il faut donc remonter le courant de la désinformation ambiante sur la contraception, mais aussi aborder la vie affective et sexuelle, la physiologie du cycle de la femme et son irrégularité en début de vie génitale. Il faut expliquer, si on prescrit une contraception orale, comment elle fonctionne (délai de prise), quoi faire en cas d'oubli et informer sur l'existence de la contraception d'urgence, voire la prescrire. Connaître, en plus la vie de l'adolescente, son contexte de vie familiale et scolaire, ses addictions, sa vie sexuelle avec discrétion et tact, sans intrusion, pour repérer si elle est à risque. Un véritable travail d'orfèvre.

Réussie, cette consultation peut améliorer la vie de la femme.

Ratée, elle peut la détériorer.

Ce travail médical, et l'acquisition des connaissances qu'il permet, est profitable pour les trente ans de suivi contraceptif à venir et n'a plus besoin d'être renouvelé ultérieurement quand il a été bien fait au départ. L'enjeu médical de cette première consultation de contraception est donc majeur.

## **II. Permettre l'anamnèse et l'évaluation des risques**

Le plus souvent les jeunes ignorent tout de leurs antécédents médicaux. Ils sont peu intéressés par les causes qui ont provoqué le décès de leurs ascendants, ou même les accidents thromboemboliques veineux qui ont pu leur arriver. Or le caractère héréditaire de ces pathologies influence la prescription hormonale. Il n'est pas envisageable aujourd'hui de proposer une recherche exhaustive des mutations responsables d'hypercoagulabilité favorisant la thrombose veineuse même si, exceptionnellement, des accidents graves, voire mortels, ont pu se produire. En présence d'une thrombophilie, les complications n'apparaissent pas toujours. En son absence, elles peuvent exister tout de même. La grossesse est d'ailleurs bien plus thrombogène pour ces femmes que la contraception œstroprogestative. Ce seul risque grave à l'installation de la contraception est trop exceptionnel pour remettre en question la contraception hormonale des jeunes ou la conditionner à des examens complémentaires sauf en cas d'antécédents familiaux connus.

Ces informations capitales manquent souvent au médecin qui prescrit. La jeune fille ne les connaît pas et il est difficile, quand on débute sa sexualité, d'aller voir sa mère pour poser ce type de question.

Le médecin traitant qui connaît ces antécédents familiaux aurait donc un réel avantage s'il pouvait être sollicité en toute confidentialité par la jeune fille à ce moment.

Assez souvent le problème est résolu par la présence de la mère à la première consultation. Les questions sur les antécédents familiaux et le statut vaccinal de la jeune fille (hépatite B et HPV) peuvent alors lui être posées, ce qui sécurise la prescription. En l'absence totale d'informations sur les antécédents familiaux, il peut être licite, le temps d'en savoir plus, de prescrire une contraception microprogestative.

La controverse qui subsiste sur la présence de la mère lors de la consultation ne peut être tranchée facilement. S'il paraît indispensable de disposer d'un moment de totale confidentialité avec la jeune femme, on ne peut nier l'intérêt que la mère puisse assister à une partie de la consultation. Comme le souligne Bernard Lempert, la jeune fille « [...] a encore besoin de protection, et elle a déjà besoin d'indépendance. Elle vit encore sous le regard de ses parents, et elle vient de laisser se constituer un lien qui doit échapper à leur regard. Sa jeunesse a besoin d'eux, et sa pudeur a besoin d'ombre. Ainsi naît l'intime, ce noyau autour duquel l'identité personnelle se déploie et se développe » [5].

L'ambiguïté provient de ce que, pour la première fois dans l'histoire de la jeune fille, une thérapeutique vient s'imposer hors du regard des parents. La mère doit comprendre que désormais quelque chose de sa fille lui échappe et que c'est normal. Le relais de la protection de son enfant est pris par un tiers. Quant à la fille, elle découvre son droit au secret et la possibilité d'accéder à une aide médicale sans en référer aux parents.

La suite de la consultation doit donc effectivement se poursuivre en l'absence de la mère. L'évaluation des risques personnels peut alors se faire en toute liberté. Il y a des choses qu'on ne peut pas dire devant ses parents, même lorsque le contact mère-fille est excellent. Les enfants cherchent à protéger leurs parents ; ils ont surtout peur de les décevoir, voire d'être critiqués, ou pire encore, d'être « conseillés » par exemple sur le choix du partenaire du moment.

Il y a un double intérêt à ce que le médecin impose à la mère de sortir après avoir obtenu les informations anamnestiques :

- un intérêt symbolique : on met en pratique ce qui a été énoncé sans soumettre cette décision à l'avis de la mère. On passe donc outre son autorité comme on le ferait si elle souhaitait ultérieurement être éclairée sur le contenu de la dite consultation. Ceci souligne l'existence réelle du secret professionnel qui est mis en œuvre en pratique sous les yeux de la fille ;

- un intérêt pratique : tout peut être dit. Il n'est pas rare d'ailleurs que la jeune fille en profite pour exprimer des angoisses ou des questions sur sa vie personnelle qui permettent au médecin de mieux la protéger. Confronté à une réalité cette fois non édulcorée, il lui devient possible de mettre en œuvre les moyens les plus adaptés. Il s'agit ici de préserver le secret sur ce que chacun d'entre nous souhaite conserver à l'ombre des regards.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont ouvert la porte des écoles pour l'information à la sexualité après la vague du SIDA. Mais si l'on regarde les risques auxquels s'exposent les jeunes, les IST sont véritablement minoritaires eu égard au véritable risque qu'est celui de la grossesse non souhaitée. Il n'en demeure pas moins qu'un temps important de la consultation doit tourner autour de la bonne utilisation du préservatif. Son usage allégué par les jeunes ne vaut pas connaissance et est loin d'être systématique. Il est donc indispensable de réitérer les conseils pratiques car les infections à *Chlamydiae* augmentent à nouveau et peuvent obérer la fécondité ultérieure (les enquêtes récentes montrent une certaine dérégulation du préservatif par rapport aux années 90). En revanche, le risque de séroconversion HIV demeure heureusement faible pour cette classe d'âge.

Le préservatif n'est cependant pas un moyen contraceptif suffisant même si la vague des IST l'a substitué partiellement à la contraception hormonale. L'irrégularité d'utilisation, son usage approximatif et surtout l'hyperfécondité à cet âge, le disqualifient comme moyen contraceptif unique à cette période de la vie. Il protège en revanche fort bien des IST hormis celles à papillomavirus pour lesquelles le vaccin avant début de sexualité constitue la solution la plus efficace. Il doit donc être proposé systématiquement en plus de la contraception (*Double Dutch*).

### III. Une prescription adaptée

C'est sans doute la banalisation de la « pilule » qui a abouti à galvauder le choix de la première contraception. Celle-ci est souvent prescrite le plus vite possible sans que soit posée la moindre question, en dehors des antécédents familiaux thromboemboliques veineux. L'échec est là, qui nous montre que la première consultation de contraception est complexe et assez souvent bâclée.

Tout d'abord, comprendre et accepter la contrainte d'une prise quotidienne de médicaments à cette période de la vie nécessite une grande maturité peu fréquente parmi les adolescentes. Ce que leurs aînées ont réclamé et obtenu dans les années 70-80 dans un contexte sociétal qui faisait de la contraception orale le paradigme de la libération féminine est vécu aujourd'hui comme une aliénation, voire comme la soumission aux obligations qu'imposent d'une seule voix tous ces adultes si raisonnables. Se « droguer » aux hormones jour après jour peut aussi être vécu comme une irréparable agression à l'égard de sa propre santé. Les arguments qui prévalent donc contre la contraception hormonale sont très présents, *mezza voce* chez les jeunes. Ils imposent, pour que ces derniers puissent s'approprier la contraception hormonale, si le choix en est fait, une information pas à pas sur le mode de fonctionnement, l'intérêt, les bénéfices et l'absence de risque de la contraception orale. Sans quoi, l'observance sera insuffisante avec les conséquences que l'on sait.

Or il est bien difficile, en consultation dans un temps limité, d'appréhender avec discrétion mais efficacité la capacité d'une jeune femme à prendre régulièrement, sans oubli, une contraception orale. Le niveau scolaire est de peu d'aide, l'implication des parents impensable, et ce que sait la fille d'elle-même, très imprécis. La revoir dans les trois mois pour faire le point sur l'observance et les effets secondaires constitue une solution, quitte alors à modifier la prescription si celle-ci ne paraît pas adaptée. Comme l'a bien montré récemment l'étude CORALIE [6] (initiée par la Fédération nationale des Collèges de gynécologie médicale (FNCGM) : Contraception Orale : pRojet d'OptimisAtion de L'Information patientE en prescription inaugurale d'une contraception œstroprogestative), l'utilisation d'une grille d'interrogatoire et d'information type semble améliorer l'acquisition des informations fournies si nombreuses de cette première prescription.

Cette première consultation, de toute façon, impose de présenter un choix complet des différentes méthodes. La participation active de l'adolescente au choix de la contraception la responsabilise et en améliore nettement l'observance.

Lorsque « *un comprimé tous les jours à heure régulière, c'est même pas en rêve !* », l'acharnement prescriptif d'une pilule est catastrophique. La plaquette ne sera peut-être même jamais entamée, et surtout il n'y aura souvent pas de deuxième chance car elle ne consultera pas avant une éventuelle IVG. Elle préférera prendre des risques plutôt que d'avouer que ça ne va pas. Et consulter à nouveau, pour quoi faire, si elle n'a pas la notion que d'autres possibilités existent.

Si l'astreinte hebdomadaire est acceptable, les patchs cutanés peuvent constituer une alternative eu égard à leur tolérance sur un oubli de 48 heures. Plus rarement, la connaissance de son propre corps après une période suffisante d'activité sexuelle, ajoutée à l'utilisation régulière de tampons périodiques, rend envisageable d'emblée l'anneau vaginal mensuel.

Mais toutes les contraceptions qui mettent en œuvre la volonté de la jeune femme peuvent s'avérer hors jeu. Le besoin de cacher absolument sa contraception au milieu familial, mais aussi l'immaturité flagrante, voire l'extrême jeunesse, doivent conduire à proposer d'emblée des contraceptions indépendantes de la volonté.

Le choix résiduel, si on veut éviter l'examen qu'impose la mise en place d'un dispositif intra-utérin et les risques infectieux liés aux partenaires multiples, demeure l'implant sous-cutané. Même si pour 15 % des femmes les effets secondaires à type de saignements irréguliers et d'acné pourront amener à la demande d'un retrait prématuré, il n'en reste pas moins que 85 % des femmes seront satisfaites d'une méthode efficace et discrète valable pour trois ans. Sans doute, cette modalité de contraception mériterait-elle d'être davantage proposée aux jeunes, malgré sa mauvaise presse dans le monde médical.

De même pour les jeunes femmes, au-delà de l'adolescence, le DIU peut être une excellente alternative malgré la réticence injustifiée et dommageable des médecins de le placer chez des nullipares. Dans un couple constitué, surtout quand la lassitude de « prendre un médicament tous les jours » survient, le DIU devrait être proposé beaucoup plus facilement pour éviter l'augmentation permanente de l'IVG dans cette classe d'âge.

Hormis le choix du mode d'administration, les contraceptions orales présentent également un choix très large de molécules œstro-géniques et progestatives <sup>2</sup>. Chez les jeunes, comme à tout âge, la contraception orale doit être adaptée aux risques personnels (tabac, antécédents vasculaires familiaux), à sa tolérance et aux bénéfices secondaires attendus. L'acné par exemple, souvent très gênante à cet âge, peut justifier une prescription spécifique.

A chaque femme, cas particulier s'il en est, correspond un choix contraceptif, toujours provisoire, qui doit d'ailleurs être revu et corrigé régulièrement en fonction des nouvelles contraintes de vie qu'elle rencontre.

2. Pour compléter ce chapitre, voir [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et consulter la fiche mémo « contraception de l'adolescente » mise en ligne en avril 2013.



Par chance, nous disposons d'un grand choix de molécules et de modes d'administration de la contraception hormonale.

Par malchance, elles ne sont pas toutes prises en charge par la sécurité sociale, ce qui limite considérablement le degré de liberté des médecins et de fait la protection des femmes contre les grossesses non souhaitées.

*Ce texte reprend pour partie un chapitre dédié au même sujet dans le livre « Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour diminuer les grossesses non prévues chez les mineures ». Ed. Odile Jacob, Paris, 2012.*

## Bibliographie

- [1] Philip C Hannaford *et al.* Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners Oral Contraception Study. *BMJ* 2010;340:c927.
- [2] B. Winner *et al.* Effectiveness of long acting reversible contraception. *NEJM* 2012;366-21.
- [3] Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. « Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 04 juillet 2001 ». Rapport de l'IGAS, février 2010.
- [4] Lachowsky M, Winaver D. Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie. Ed. Masson 2007.
- [5] Lempert B. *Pour que la loi protège l'intime*. In : 12<sup>es</sup> Journées Nationales d'Études sur l'Avortement et la Contraception. ANCIC Marseille, 6-7 juin 1997.
- [6] Étude Coralie. Poster présenté au 10<sup>e</sup> congrès de la SEG à Bruxelles, 18-21 septembre 2013.

