

■ Revues générales

Prescription d'une première contraception par le pédiatre : comment bien faire ?

RÉSUMÉ : La prescription d'une première contraception n'est jamais simple chez l'adolescente. Le pédiatre, qui connaît bien la famille, peut parfois être sollicité pour cette question. Il est important d'écouter la demande et d'y répondre dans un climat de confiance. L'enjeu majeur sera de maintenir une bonne alliance thérapeutique en répondant aux besoins de la jeune fille.

La pilule œstroprogestative de 2^e génération reste la contraception de 1^{re} intention chez l'adolescente mais une contraception à longue durée d'action peut tout à fait être envisagée si la jeune fille le souhaite.

Le pédiatre a aussi pour rôle de rappeler l'importance de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles par l'utilisation systématique du préservatif et de promouvoir la vaccination anti-HPV si celle-ci n'a pas été réalisée.



S. NICOLEAU
Hôpital des enfants,
TOULOUSE.



A. CARTAULT
Hôpital des enfants,
TOULOUSE.

La prescription d'une première contraception n'est jamais simple chez l'adolescente. Le pédiatre, qui connaît bien la famille, peut parfois être sollicité pour cette question. Elle peut venir de l'adolescente elle-même, ou des parents, et ne doit pas être éludée ou reportée. La question peut aussi être évoquée par le pédiatre lorsque l'adolescente a démarré sa sexualité. La consultation pour demande de contraception à l'adolescence n'est pas une consultation comme les autres. Il est important d'écouter la demande et d'y répondre dans un climat de confiance.

■ Quelques données épidémiologiques françaises actuelles

Depuis plusieurs décennies maintenant, l'âge médian au premier rapport sexuel est stable mais tend à diminuer [1-2]. En 2016, 50 % des filles ont eu leur premier rapport sexuel avant 17,6 ans et 50 % des garçons avant 17 ans. Par ailleurs, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a diminué chez les 15-17 ans entre 2019 et 2021 mais a réaugmenté en 2022 où il était de 15/1000 [3-4], et le taux de grossesse précoce (avant

20 ans), donnant lieu à une naissance, diminue sur la dernière décennie [5-6].

Les jeunes patientes sont également particulièrement touchées par les infections sexuellement transmissibles (IST) [7]. En 2016, 2 271/100 000 jeunes femmes de 15 à 24 ans ont eu un diagnostic d'infection à *Chlamydia trachomatis*, et 181/100 000 ont eu un diagnostic d'infection à gonocoque.

■ Les différentes méthodes contraceptives disponibles et leurs contre-indications

À l'heure actuelle, différents types de contraception sont disponibles, ayant chacune des contre-indications propres [8].

Parmi ces différentes contraceptions, la pilule œstroprogestative est la plus classique et se présente sous forme de comprimés contenant un œstrogène (le plus fréquemment l'éthinyl-œstradiol) et un progestatif qui va déterminer la génération de la pilule (lévonorgestrel pour les pilules de 2^e génération, les seules prises en charge par l'Assurance maladie). Les contre-indications à la pilule œstroproges-

tative sont avant tout les risques cardiovasculaires (antécédents personnels ou familiaux au 1^{er} degré de thrombose veineuse ou artérielle, migraines avec aura, HTA, thrombophilie, diabète non équilibré, obésité sévère, dyslipidémie majeure, tabac associé à un autre facteur de risque) mais aussi les pathologies hépatiques ou carcinologiques. Pour être efficace, la pilule œstroprogestative doit être prise pendant au moins 21 jours puis arrêt de 7 jours maximum. La contraception œstroprogestative est aussi disponible sous forme d'anneaux ou de patchs ayant les mêmes contre-indications, mais non prise en charge par l'Assurance maladie.

Le deuxième type de pilule disponible est la pilule microprogestative (qui contient classiquement du désogestrel). Ses contre-indications sont les pathologies thrombo-emboliques évolutives et les pathologies hormonodépendantes vis-à-vis de la progestérone (méningiome, pathologie hépatique évolutive, cancer du sein...). Elle s'utilise en continu et est souvent à l'origine d'une aménorrhée qui peut être l'objectif recherché mais avec un risque de spotting plus fréquent chez l'adolescente.

Parmi les autres types de contraceptions actuellement remboursées, nous retrouvons les contraceptions à longue durée d'action (LARC) qui sont parfaitement utilisables chez les adolescentes avec une bonne tolérance à long terme ainsi qu'une observance et une efficacité meilleures que la contraception orale, sans augmentation du risque d'effets indésirables ou de complications [9-10]. Les LARC sont encore très peu utilisées en France chez les adolescentes, le plus souvent du fait de la réticence des médecins, mais les études montrent une bonne acceptation et peu d'effets secondaires. Nous disposons de trois dispositifs différents : l'implant sous-cutané à l'étonogestrel qui présente les mêmes contre-indications que la pilule microprogestative, le dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel ayant pour contre-indications les pathologies

hépatiques, les malformations utérines, les pathologies gynécologiques infectieuses, et enfin le DIU au cuivre ayant pour contre-indications les malformations utérines, les pathologies gynécologiques infectieuses et les pathologies à risque d'endocardite.

Par ailleurs, les préservatifs masculins ou féminins restent la seule méthode de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) mais leur efficacité contraceptive n'est pas aussi satisfaisante que pour les méthodes précédemment citées avec plus d'échec d'utilisation chez les adolescents. L'utilisation d'une double protection est ainsi à recommander systématiquement.

Comment mener la consultation et que dire ?

Aborder le sujet de la sexualité est important dans le suivi médical d'un adolescent [11].

Pour une mise en confiance, la question sera abordée progressivement, notamment au cours d'un temps de consultation seul avec l'adolescent. Pour les filles, il est intéressant de commencer par une discussion à propos des règles, permettant de dépister les dysménorrhées, les irrégularités menstruelles et les saignements utérins abondants. La question de la sexualité sera abordée sans jugement, en demandant ce qu'elle sait, et ce qu'elle aimerait savoir. Il pourra être nécessaire de faire des rappels de physiologie. Il est indispensable d'expliquer l'importance de la prévention des IST. Ce sera également le moment de discuter ou rediscuter de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) si celle-ci n'a pas été réalisée. La couverture vaccinale anti-HPV reste insuffisante en France. Le vaccin anti-HPV est recommandé entre 11 et 14 ans en deux doses et en trois doses ensuite. Il est remboursé jusqu'à l'âge de 26 ans révolu chez les filles et les garçons. Les études confirment une très bonne tolérance.

L'examen gynécologique n'est pas nécessaire chez la jeune fille sans point d'appel et peut donc être différé à un âge plus approprié dans sa vie d'adulte (notamment pour le premier frottis cervico-utérin à partir de 25 ans).

Il est également de notre rôle, dans le contexte actuel, de discuter la notion de consentement. L'adolescence est une période de construction identitaire et de vulnérabilité importante. La notion de consentement a le plus souvent été déjà abordée en cours au collège mais il est intéressant de pouvoir en rediscuter en consultation individuelle.

La sexualité, la prévention, la protection et le consentement doivent également être évoqués en consultation pour les jeunes garçons avec les mêmes recommandations que chez la jeune fille.

Comment choisir la contraception la plus adaptée ?

Afin d'optimiser l'observance et l'efficacité de la contraception, il est nécessaire de maintenir une bonne alliance thérapeutique et cela commence par l'écoute et le respect de la volonté de la jeune fille [12-13]. De nos jours, elles s'informent beaucoup sur Internet et sur les réseaux sociaux. Il est important d'accompagner la jeune fille dans son choix, en lui proposant les différentes méthodes adaptées à sa situation, leurs avantages et leurs inconvénients. Avant d'initier une contraception, il est nécessaire de rechercher à l'interrogatoire les contre-indications précédemment citées (notamment les contre-indications aux œstrogènes) et de réaliser un examen clinique simple avec prise de la tension artérielle, calcul de l'IMC, recherche de signes d'hyperandrogénie. En cas d'absence de contre-indications particulières, tout type de contraception peut être proposé à ces patientes [14].

Les données concernant les risques vasculaires, osseux et carcinologiques liés

Revue générale

à la contraception œstroprogestative sont rassurantes dans cette population jeune [15].

Sur le plan osseux, il convient d'être prudent chez les patientes à moins de 2 ans de la ménarche. Une pilule progestative seule ou trop faiblement dosée en œstrogènes peut compromettre le pic de masse osseuse à cet âge. Cependant, si une contraception est nécessaire précocement, il ne faut pas la différer et préférer dans ce cas une pilule œstroprogestative suffisamment dosée.

Concernant la tolérance des pilules œstroprogestatives, il semblerait que les pilules contenant 30 µg d'éthinyl-œstradiol soient mieux tolérées sur le plan des effets indésirables à type de métrorragies que les pilules moins dosées.

L'utilisation des pilules microprogestatives est à réserver aux cas de contre-indication aux œstrogènes (risque

thromboembolique, migraine avec aura, HTA) ou aux adolescentes plus âgées et à distance de leur 1^{res} règles.

L'utilisation des LARC peut avoir sa place chez les jeunes filles pour qui la rigueur dans la prise d'un comprimé quotidien est difficile à obtenir ou chez les patientes ayant des comportements sexuels à risque. Cela peut également être une demande spontanée de l'adolescente qu'il faut discuter avec elle. Toutes les LARC sont des dispositifs sans œstrogènes.

Quelle est la place des parents ?

Il est important d'encourager les adolescentes à discuter avec leurs parents mais il n'est pas obligatoire de les tenir au courant [16]. La relation de confiance est importante à maintenir avec la jeune fille et avec la famille. Le pédiatre peut jouer le rôle de médiateur.

Parfois, les adolescentes refusent que leurs parents soient informés. La place du pédiatre n'est pas simple dans ce cas-là mais plusieurs dispositifs sont mis en place afin de respecter le secret chez les mineurs, notamment avec la possibilité de prescriptions anonymisées pour la contraception ou de consulter dans les centres de planification familiale (CPF) [17].

Concernant la prise en charge financière, la contraception est prise en charge à 100 % chez les mineurs, notamment dans les CPF, et les préservatifs masculins le sont également, sur prescription, jusqu'à 26 ans.

En pratique (fig. 1)

Au cours de la première consultation, il est important de se limiter aux informations les plus importantes et de répondre à leur demande.

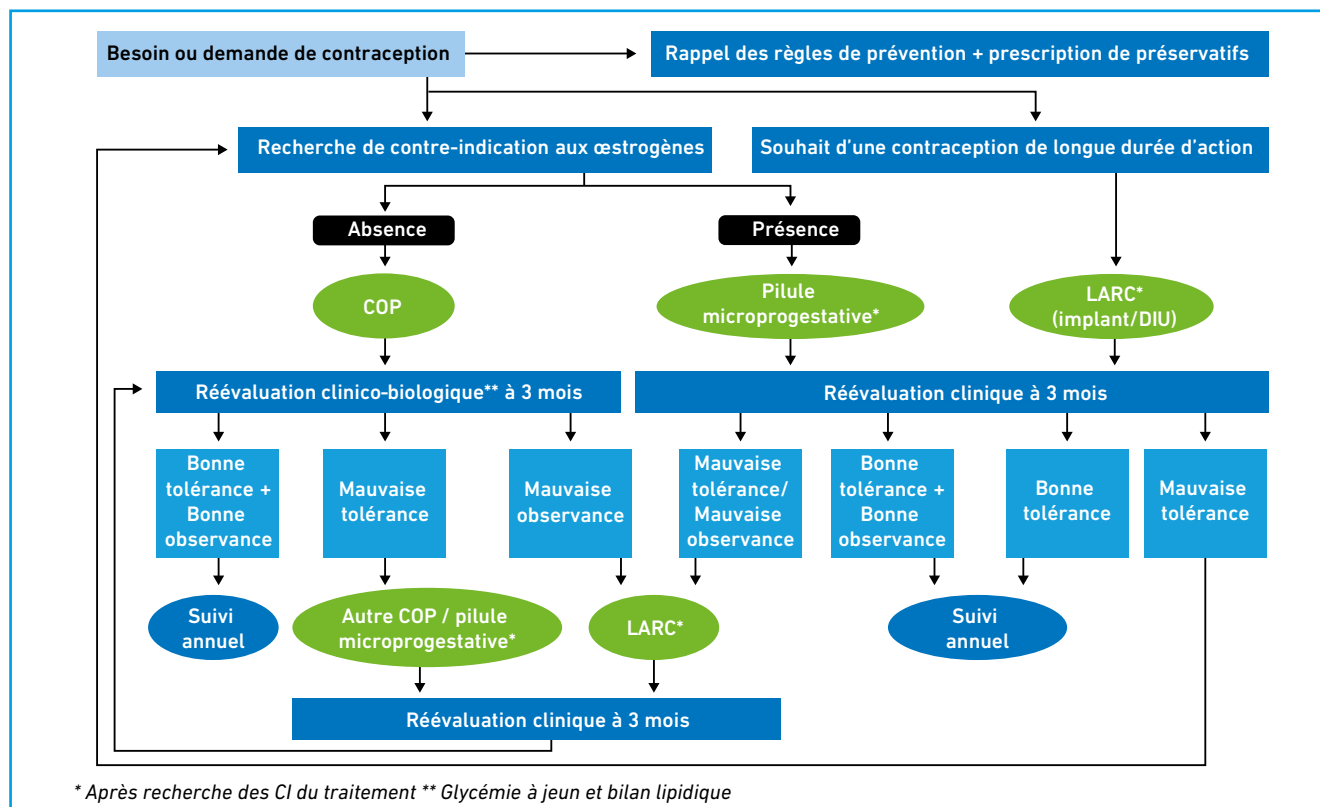


Fig. 1 : Choix d'une première contraception chez l'adolescente.

Chez une adolescente sans contre-indication aux œstrogènes, il est recommandé de proposer en 1^{re} intention une pilule œstroprogestative de 2^e génération monophasique à 20 ou 30 µg d'éthinyl-œstradiol. Ce sont les pilules recommandées en 1^{re} intention chez l'adolescente et la jeune femme. Elles sont remboursées par l'Assurance maladie. Il n'est pas nécessaire de réaliser un bilan sanguin préalable si l'examen clinique est normal et qu'il n'y a pas de plainte particulière ou de pathologie associée.

En cas de prescription de pilule, il est important d'informer la patiente de la conduite à tenir en cas d'oubli (**fig. 2**). Afin de faciliter l'observance et d'éviter les oublis de pilules œstroprogestatives, il existe des plaquettes avec comprimés placebo à prendre ainsi en continu. Il est également recommandé d'associer une prescription de préservatifs masculins pour lutter contre les IST et d'une contraception d'urgence afin de diminuer les risques de grossesse non désirée en cas d'oubli de pilule. Il existe

deux contraceptions médicamenteuses d'urgence utilisables (et disponibles facilement en pharmacie). Il s'agit du lévonorgestrel 1,5 mg et de l'acétate d'ulipristal 30 mg. Elles peuvent être utilisées respectivement dans les 72 et 120 heures suivant un rapport à risque, y compris chez les adolescentes. Le lévonorgestrel 1,5 mg reste la contraception d'urgence de référence à prendre idéalement dans les 24 h suivant le rapport non ou mal protégé. La troisième contraception d'urgence possible est le DIU au

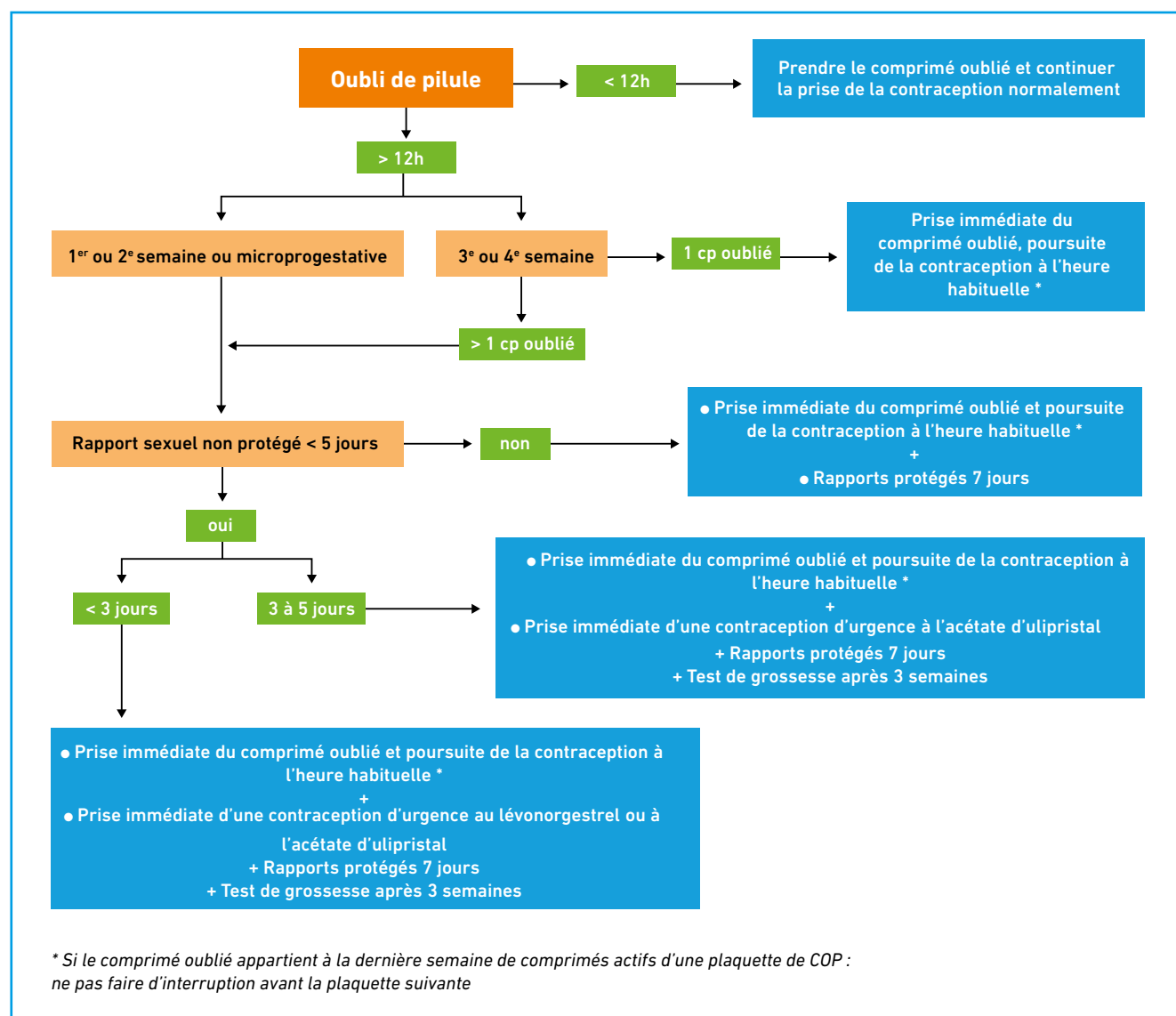


Fig. 2 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

■ Revues générales

cuivre posé dans les 7 jours suivant le rapport à risque mais cela est souvent plus difficile d'accès pour les jeunes patientes [11].

Il est également possible de prescrire une contraception type LARC en 1^{re} intention si c'est le choix de la patiente ou si l'observance d'une pilule est compromise. Les études montrent une bonne tolérance des LARC.

Il est toujours recommandé de revoir la patiente en consultation à 3 mois de l'initiation de la contraception afin d'évaluer la tolérance et d'adapter le traitement si nécessaire. La consultation de prescription d'une première contraception doit donc se terminer en programmant un rendez-vous de suivi.

■ Cas particuliers

Dans certaines situations particulières comme les saignements utérins abondants, les dysménorrhées, ou l'hyperandrogénie, on pourra être amené à réaliser un bilan préalable et à adapter la prescription de contraception.

Pour les patientes souffrant de saignements utérins abondants avec un besoin contraceptif, le bilan initial doit rechercher une anémie, un trouble de l'hémostase ou un trouble hormonal : numération sanguine et plaquettes, ferritine, TP, TCA, fibrinogène, facteur et activité Willebrand et facteur VIII, TSH, prolactine.

Après ce bilan étiologique et de retentissement, il est possible de prescrire une contraception œstroprogestative en continu (ou en séquentiel 63 jours de prise/7 jours d'arrêt si spotting important en continu). Chez ces patientes, il est recommandé d'éviter les contraceptions microprogestatives devant le risque hémorragique plus fréquent.

Pour les patientes souffrant de dysménorrhées, il est nécessaire de prescrire en

POINTS FORTS

- L'écoute et la mise en confiance sont indispensables pour une bonne alliance thérapeutique avec l'adolescente.
- La pilule œstroprogestative de 2^e génération est le plus souvent la contraception de 1^{er} choix chez l'adolescente mais une contraception à longue durée d'action (LARC) peut tout à fait être envisagée.
- Il est nécessaire d'insister sur une double protection, avec l'utilisation systématique du préservatif.
- Il est important de rappeler l'indication de la vaccination anti-HPV.

premier lieu une échographie pelvienne à la recherche d'une anomalie utérine ou ovarienne. Pour ces jeunes filles, il est également possible de prescrire une contraception œstroprogestative en continu (ou séquentiel 63 jours/7 jours).

Pour les patientes présentant une hyperandrogénie modérée de type acné, il est possible de prescrire en 1^{re} intention une pilule œstroprogestative contenant du norgestimate ou une pilule microprogestative contenant de la drospirénone (si contre-indication aux œstrogènes). Ces pilules ont une action anti-androgénique intéressante dans ce cas mais elles ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie.

Pour les patientes présentant des contre-indications aux œstrogènes (type migraine avec aura, HTA non contrôlée, risque thromboembolique) ou les patientes présentant une majoration de migraine ou une dyslipidémie sous contraception œstroprogestative, il est alors recommandé de prescrire une pilule microprogestative.

De plus en plus de jeunes filles ne souhaitent pas prendre de traitement par hormones de synthèse. Il est important d'écouter leur demande. Il existe des pilules non remboursées contenant des œstrogènes naturels. Si la patiente souhaite une contraception non hormonale, il pourra être discuté la pose d'un DIU

au cuivre. À noter également la possibilité d'utiliser le diaphragme ou la cape cervicale non pris en charge et qui nécessitent une bonne connaissance de son anatomie.

L'utilisation du préservatif doit toujours être recommandée pour une double protection en association avec la contraception choisie.

■ Conclusion

La demande de première contraception chez l'adolescente est un rendez-vous à ne pas manquer pour le pédiatre. L'enjeu majeur sera de maintenir une bonne alliance thérapeutique en étant à l'écoute des désirs et besoins de la jeune fille.

Toutes les méthodes contraceptives disponibles peuvent être utilisées dans cette population en respectant les contre-indications propres à chacune. La pilule œstroprogestative de 2^e génération reste la contraception de 1^{re} intention chez l'adolescente mais une LARC peut tout à fait être envisagée si la jeune fille le souhaite.

Le pédiatre a aussi pour rôle de rappeler l'importance de se protéger contre les IST par l'utilisation systématique du préservatif et de promouvoir la vaccination anti-HPV si celle-ci n'a pas été réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/09/fr36_grossesses_ado.pdf
2. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/216670/2446626?version=1>
3. <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/comment-evolue-le-recours-a-livg-en-france/>
4. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>
5. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194#graphique-figure1>
6. Fécondité – Bilan démographique 2023 | Insee
7. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
8. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
9. PITTS S, MILLIREN CE, BORZUTZKY C *et al.* Adolescent/young adult long-acting reversible contraception: experience from a multisite adolescent medicine collaborative. *J Pediatr*, 2022;243:158-166.
10. USINGER KM, GOLA SB, WEIS M *et al.* Intrauterine contraception continuation in adolescents and young women: a systematic review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2016;29:659-667.
11. PIENKOWSKI C, CARTAULT A. Contraception de l'adolescente. RPC contraception CNGOF. *Gynécologie obstétrique, fertilité et sénologie*, 2018;46:858-864.
12. TI A, SOIN K, RAHMAN T *et al.* Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: a systematic review. *Contraception*, 2022;111:22-31.
13. AFTER D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2018;48:115-127.
14. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/04/Fiche-m%C3%A9mo-HAS-contraception-des-adolescentes.pdf>
15. TRÉMOLLIÈRES F. Effect of hormonal contraception on bone mineral density. *Gynecol Obstet Fertil*, 2005;33:520-525.
16. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576
17. https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/Rapport_2014-167R.pdf

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.