

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Docteur B. Maria*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**TOME XXIV
publié le 30.11.2000**



*VINGT-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2000*

Contraception et sexualité de l'adolescente

N. SEINCE*, M. UZAN*
(Bondy)

Il y a en France 5 148 529 hommes et femmes âgés de 14 à 19 ans, ce qui représente 9,28 % de la population globale (INED).

L'activité sexuelle des adolescentes s'est accrue depuis les années 60 et l'âge du premier rapport sexuel a régulièrement baissé pour se stabiliser autour de 17 ans. En ce qui concerne les jeunes filles : à 15 ans 20 % des adolescentes ont eu des rapports sexuels, 30 % à 16 ans, 50 % à 17 ans et près de 100 % à 19 ans (25).

L'utilisation du préservatif lors du premier rapport a énormément progressé puisqu'elle est passée de 8 % en 1987 à 45 % en 1993 (à la suite de la campagne d'information sur le SIDA en 1992). Il n'en demeure pas moins que 50 % des premiers rapports se font sans protection et les rapports suivants sont souvent encore moins protégés (10).

L'entrée dans la vie sexuelle chez l'adolescente se fait souvent de façon fracassante. Ce sont les comportements à risque qui sont les plus à craindre ; c'est l'âge des passages à l'acte, ou tout doit être fait sur un mode trépidant ; c'est l'attrait de la vitesse, des *fast food* et des rapports inopinés.

* Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Jean Verdier – 93143 BONDY

C'est dans cette boulimie de désir souvent insatisfaite que les premiers élans amoureux, qui sont spontanés et maladroits, doivent être canalisés afin d'aboutir à une double protection : celle de la grossesse et celle des maladies sexuellement transmissibles (MST).

La spécificité de la contraception chez l'adolescente doit aboutir à une bonne tolérance globale, respecter le schéma corporel (notamment le poids), l'état général y compris psychologique tout en assurant un contrôle correct du cycle et une sexualité épanouie.

SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE

L'activité sexuelle fait partie d'un processus normal et inévitable qui s'inscrit dans le développement de tout un chacun d'une façon plus ou moins précoce.

À l'adolescence, on assiste à l'achèvement du schéma corporel par assimilation des modifications somatiques et l'expérience du rapport sexuel.

Les réactions parentales jouent également un rôle majeur sur la sexualité des adolescentes du fait des écarts qu'il peut y avoir entre les dits et les non dits, depuis les familles où les relations sexuelles sont interdites, ou celles dont le père a la mainmise sur la sexualité de sa fille et la mère sur celle de sa fille ou de son fils, surveillant tout signe d'émancipation ou ses fréquentations, jusqu'à celles où un pseudo libéralisme est affiché de façon ouverte.

Différentes étapes du développement de la sexualité

A. *Enfance*

La sexualité existe dès la naissance. La sexualité de l'enfant s'organise autour d'un axe plaisir/déplaisir centré sur la mère. La mère est source de gratification par les soins qu'elle donne, mais aussi de privation par les restrictions de plaisir imposées. L'enfant fait la connaissance avec les limites, les exigences et les contraintes. Très tôt il sait qu'il peut tirer plaisir de son propre corps, plaisir répété, recherché pour lui-même, indépendamment

du besoin ou de la satisfaction. L'autoérotisme de l'enfant entre dans ce cadre.

La sexualité infantile est primordiale dans le développement de l'image du corps et l'affirmation d'une identité sexuelle. Vers 3 ans l'enfant se distingue clairement du monde extérieur, donne la primauté à la zone génitale et, en découvrant la différenciation sexuelle, affirme son appartenance à un sexe.

B. L'adolescence

L'adolescence voit le réveil de la sexualité et des conflits qui n'ont pas trouvé leur solution dans l'enfance. Les satisfactions les plus primitives servent d'exutoire aux conflits et sont suivies de pratiques ascétiques sublimées. C'est l'alternance de périodes de boulimie et d'anorexie, la tentation de la toxicomanie, l'ambivalence et les fantasmes homosexuels, l'activité masturbatoire. C'est le besoin de relations amoureuses ardentes suivies de rupture, de solitude, de repli narcissique fait de doute sur soi, sur sa normalité.

Le corps est un repère qui signifie l'accès à la vie sexuelle : être enceinte c'est disposer d'un pouvoir, celui de la mère. Cette identité sexuelle à laquelle ces jeunes gens n'échapperont plus, s'acquiert à travers un processus d'oppositions aux images parentales, de deuil des illusions de l'enfance, et intègre les nouvelles conséquences relationnelles : le choix d'un partenaire sexuel (35).

C'est pourquoi les relations sexuelles à l'adolescence ont un caractère sporadique. La vie sexuelle n'est pas planifiée et le plus souvent capricieuse avec un nombre de 5 à 10 rapports par an pour la moitié des adolescents (3).

Le premier rapport sexuel a eu lieu pendant les vacances pour 63 % des jeunes (34).

Une enquête de l'agence nationale de recherche sur le SIDA réalisée en 1995 sur le comportement sexuel des adolescents de 15 à 18 ans a montré que la proportion de jeunes ayant eu plusieurs partenaires sexuels avoisine les 40 % pour les garçons et 27 % pour les filles. Cette enquête rapporte également que 5,3 % des filles et 12,5 % des garçons ont eu des rapports avec 5 partenaires ou plus (22).

Toujours dans cette même enquête, le sentiment qui pousse à l'acte sexuel est différent des filles aux garçons. En effet, 60 % des filles le font par amour contre 37 % pour les garçons qui dans la majorité des cas (47 %) ont eu leur premier rapport par attirance ou désir physique.

Beaucoup de jeunes démarrent une vie sexuelle sans avoir pu en parler de façon explicite avec un adulte, ses parents en particulier, l'éducation nationale assume encore mal son rôle éducatif dans ce domaine. Il faut espérer que les projets actuellement en cours d'élaboration sur l'éducation sexuelle qui seront proposés dans les collèges viendront combler ces lacunes.

Ce manque d'information fait courir un risque de grossesse non planifiée et de MST. La dernière campagne d'information sur la bonne utilisation des contraceptifs date de 1981. Une nouvelle campagne a débuté en janvier 2000. Près de 20 ans séparent les deux campagnes : la génération actuelle en a été privée.

LES ADOLESCENTES SONT À HAUT RISQUE DE GROSSESSE

Aux États-Unis, le taux de grossesses chez les adolescentes est le plus élevé des pays industrialisés puisqu'il est de 10,1 % en 1995 avec 53 % de naissances, 35 % d'interruptions de grossesse et 14 % d'avortements spontanés (31).

En France, on assiste à une diminution du taux de naissances chez les adolescentes. En 1981, 7 % des naissances étaient issues de jeunes femmes de 14 à 19 ans, alors qu'en 1994 elles ne représentent que 2 % (3).

La grossesse de l'adolescente est réputée à risque avec deux problèmes majeurs : la prématurité de l'ordre de 11 %, et l'hypotrophie de l'ordre de 13 % (1, 40). Une étude rétrospective réalisée en Suède de 1973 à 1989 a mis en évidence une augmentation du taux de décès néo-natal, et postnatal, chez les enfants nés de mères adolescentes (30). En Turquie, une étude rétrospective confirme ces données avec cependant, en cas d'une prise en charge obstétricale correcte, un taux identique de complications néo-natales à celui des femmes adultes d'un même niveau socio-économique (6).

Quant au mode d'accouchement, même si les diamètres pelviens osseux n'atteignent leur dimension définitive que trois ans après la ménarche, le travail et l'expulsion des mères adolescentes posent très peu de problèmes techniques.

Lao (24), dans une étude rétrospective entre les adolescentes de moins de 19 ans et des primipares de 20 à 34 ans met en

évidence un taux de césariennes et d'extractions instrumentales inférieures chez les adolescentes.

À la maternité Jean Verdier en Seine-St-Denis, sur 42 mois d'activité, 102 adolescentes ont accouché dans le service avec un taux de césariennes de 5,9 % alors que la moyenne nationale est estimée à 15,5 % (29).

Le taux d'avortements chez les adolescentes est encore élevé dans de nombreux pays ; 10 % des 50 millions d'IVG chaque année dans le monde le sont chez des adolescentes de 14 à 19 ans.

En France, le taux d'IVG chez les adolescentes est passé de 13,8 % en 1981 à 3 % en 1994 (3). Il se confirme donc une diminution du nombre absolu des conceptions chez l'adolescente avec comme conséquence une diminution du nombre de naissances et des IVG. Cependant en nombre absolu, 6 000 IVG sont réalisées en France chez les adolescentes mineures (40). Quand il y a conception, 2 fois sur 3 les jeunes filles choisissent une interruption de la grossesse.

La survenue d'une grossesse non désirée reste très préoccupante. Ces grossesses se déroulent souvent dans un climat de grande solitude et d'immaturité profonde, avec perte des repères aboutissant à une déscolarisation et à la disparition des projets professionnels. Tout ceci conduit souvent à l'incapacité d'investir l'enfant à venir et le risque de maltraitance voire d'infanticide est très élevé.

Il se peut qu'une adolescente se sachant enceinte fasse rapidement le choix d'avorter ou de poursuivre sa grossesse. Mais souvent ce problème du choix est une véritable impasse, les hésitations douloureuses étant très fréquentes dans ces contextes très ambivalents, surtout lorsque le terme est proche du délai légal autorisant l'IVG. L'adolescente a donc besoin d'informations claires sur ses choix possibles et ses droits (qu'elle ignore bien souvent), les modalités pratiques de l'IVG, mais aussi les exigences d'un suivi obstétrical correct, les problèmes à prévoir en regard d'une maternité et les aides possibles à cet effet, sans omettre l'information sur la possibilité de l'abandon de l'enfant ou l'accouchement sous X.

Plus encore que les complications strictement obstétrico-pédiatriques, la grossesse chez l'adolescente justifie une prise en charge pluridisciplinaire associant les accoucheurs, les assistantes sociales et les psychologues.

L'ADOLESCENTE EST À HAUT RISQUE DE MST

Les adolescentes sont à haut risque de MST. D'après un rapport de l'OMS, sur les 17 millions de personnes infectées par le virus VIH dans le monde, la moitié l'ont été entre 15 et 24 ans.

Aux États-Unis, les 2 principaux germes retrouvés sont *Neisseria gonorrhoeae* qui diminue en fréquence aux dépens de *Chlamydia trachomatis*; près de 4 millions d'infections à chlamydiae sont rapportées chaque année avec une prévalence de 5 à 12 % chez les adolescentes de 15 à 19 ans qui ont une vie sexuelle et jusqu'à 40 % dans les populations à risque (17).

En France, une enquête réalisée au centre de régulation des naissances de l'hôpital Saint-Louis à Paris, a montré que les taux les plus élevés de *Chlamydia trachomatis* (détecté par PCR dans les urines) chez les femmes consultant pour contraception, ou pour IVG étaient trouvés chez les moins de 20 ans (36).

Plusieurs facteurs peuvent être avancés dans l'explication de ces taux élevés de MST.

– Les adolescentes ont une activité sexuelle à haut risque, car elles découvrent leurs modifications physiques et émotionnelles tout en recherchant l'approbation des personnes qui l'entourent. De plus ces adolescentes sont moins aptes à prévoir et à reconnaître les conséquences à long terme de leur comportement à risque.

– Des facteurs biologiques placent l'adolescente à haut risque de MST. Durant la puberté et l'adolescence, il se développe au niveau cervical un ectropion avec une surface d'épithélium glandulaire pouvant subir des remaniements métaplasiques. Cet épithélium est réceptif aux infections à chlamydia et sert de réservoir à d'autres germes responsables de MST (42).

En ce qui concerne le SIDA, les taux les plus élevés de nouvelles infections par le virus HIV ont été observés chez les adolescents; en effet la moitié des 5,8 millions de nouvelles contaminations par le virus diagnostiquées en 1999 l'ont été dans une population âgée de 15 à 24 ans (15). De plus les adolescentes représentent une part plus importante de patientes séropositives par rapport à la population adulte : en 1997, la prévalence du SIDA était de 37 % chez les jeunes filles de 13 à 19 ans contre 18 % des cas dans la population adulte avec, comme principal mode de contamination, les relations hétérosexuelles pour 52 % d'entre elles (34).

CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE

Le coût de ces MST est élevé pour l'adolescente et la société. L'adolescence est une période durant laquelle s'établissent les comportements vis-à-vis de sa santé. C'est donc une opportunité que les cliniciens doivent saisir afin de promouvoir la responsabilité de chacun, diminuer les risques de MST et augmenter les moyens de prévention.

CHOIX D'UNE CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

Malgré une libéralisation de la contraception, dans 50 % des cas le premier rapport sexuel a lieu sans aucune contraception et seulement 38 % des adolescentes utilisent une contraception orale (38).

L'âge du premier rapport est également un bon indicateur d'une série de comportements ultérieurs. Les individus les plus précoces ont ensuite plus de partenaires que les autres et pas seulement les premières années de leur vie sexuelle.

La contraception a été légalisée en France en 1967 (Loi Neuwirth); en 1972 on assistera à la création des centres de planning familial et en 1975, c'est la légalisation de l'IVG (loi Veil). Il faut rappeler que la légalisation française de l'IVG, si elle autorise la réalisation de l'interruption chez la mineure, impose qu'elle soit faite après consentement parental et après obtention signée d'une autorisation d'un des parents ou du tuteur légal.

En revanche, depuis 1975, toute adolescente mineure peut prétendre à une consultation anonyme et à la délivrance gratuite de contraceptif dans les centres de planning familial sans autorisation parentale.

C'est probablement un des acquis les plus innovants et les plus judicieux qui ont été obtenus, et qui reste malheureusement très mal connu.

La contraception chez l'adolescente doit être abordée à travers les questions qu'elle se pose dans la vie pratique. Le médecin doit évaluer le niveau de maturité de l'adolescente pour adapter la prescription et orienter son propos. Il doit également informer sur les MST y compris le SIDA, ainsi que sur les possibilités de contraception en urgence. Il faut fortement conseiller au moins au début de toute nouvelle union l'usage de la contraception orale et du préservatif en expliquant l'utilité de chacun des deux.

Lors de la première consultation, il ne faut pas donner plus d'information que la patiente n'est capable d'assimiler. Par contre, il ne faut pas hésiter à la revoir tous les 3 à 4 mois lors de la première année en instaurant progressivement une relation de complicité et de confidentialité.

La première consultation doit s'attacher à rechercher des contre-indications à la prescription d'une contraception orale, (qui en fait sont extrêmement rares), effectuer un examen clinique général avec prise du poids, de la pression artérielle, examen des seins et de la pilosité. L'examen gynécologique n'est réalisé que si la jeune fille le souhaite. Il doit être différé surtout en cas de virginité.

La consommation tabagique est notée et un sevrage est proposé à chaque fois que cela est possible.

Le médecin doit enfin tenir compte de l'aspect coût/efficacité du contraceptif prescrit, s'il veut espérer fidéliser l'adolescente à la contraception.

Différentes méthodes contraceptives

Le préservatif

Malgré un taux d'échecs relativement important, le préservatif reste souvent la méthode de première intention, compte tenu des caractéristiques de la sexualité des adolescentes. En effet, malgré la nécessité d'un certain niveau de responsabilité, il est plus aisé de se procurer un préservatif que la pilule, ce d'autant que le premier rapport est rarement prémédité, souvent consenti dans un contexte émotionnel particulier, parfois malheureusement dans le cadre d'un rapport forcé, voire d'un viol.

Depuis la pandémie du SIDA et la campagne qui a suivi en 1992, la majorité des adolescents ont entendu parler de la nécessité de son utilisation. C'est bien sûr le seul moyen contraceptif qui protège contre les MST et prévient les dysplasies cervicales. Il faut donc promouvoir son utilisation et donner des informations claires et concrètes sur la façon de l'utiliser.

Il est clair que le préservatif trouve sa meilleure place lors des premiers émois amoureux au cours desquels les adolescentes réclament beaucoup de tendresse et de spontanéité.

Bien que les professionnels prônent le message de la double protection, pilule et préservatif, les préservatifs sont bien moins systématiquement utilisés lorsqu'une contraception orale devient habituelle.

Une étude américaine de la *Family Health International* en 1996 montre que plus la méthode contraceptive primaire est efficace pour la prévention d'une grossesse, moins le préservatif est utilisé pour la prévention des MST (11).

Les échecs du préservatif en tant que contraceptif concernent 0,8 à 22 % de femmes par an (10). Ces échecs sont imputables en grande partie à leur utilisation incorrecte. Le recours à la contraception d'urgence sera proposé pour pallier les éventuelles utilisations défectueuses.

Contraception orale

La pilule œstroprogestative (OP) constitue la contraception de choix chez l'adolescente, même si elle peut paraître excessive et contraignante eu égard à l'irrégularité des rapports. Correctement prise, elle présente une efficacité absolue, elle est d'utilisation facile et ne gêne pas la spontanéité de l'acte sexuel tout en ne nécessitant pas la coopération du partenaire. Elle régularise les cycles menstruels tout en diminuant les dysménorrhées et les ménorragies ainsi que les kystes fonctionnels, autant de troubles menstruels fréquents chez l'adolescente.

Elle nécessite néanmoins le recours à l'intervention du médecin, obligatoire pour la prescription et la surveillance, ceci peut constituer un facteur limitant à son utilisation par crainte de la consultation. Elle ne protège bien sûr pas contre les MST.

De plus la multiplication des rapports et le changement de partenaires augmente le risque infectieux et celui des dysplasies cervicales.

Pour les adolescentes sans problèmes particuliers, ce qui représente la grande majorité, il semble être admis aujourd'hui qu'il est préférable d'utiliser une pilule faiblement dosée en éthinyloestradiol (20 µg ou 30 µg) associée à un progestatif de troisième génération, celles-ci sont encore malheureusement non remboursées.

Les dernières pilules dosées à 15 µg d'éthinyloestradiol ne semblent pas être adaptées aux jeunes filles car le faible dosage risque d'être un facteur de risque de mauvais contrôle du cycle menstruel mais également d'ostéoporose.

Polatti (32), en 1995, a comparé deux groupes de femmes âgées de 19 à 22 ans et traitées ou non pendant 5 ans par une pilule associant 20 µg d'éthinyloestradiol au désogestrel, et suggérerait un retard à l'acquisition du pic de masse osseuse dans le groupe traité par rapport au groupe non traité. Mais, dans cette étude, on peut s'étonner d'une augmentation de 7 % de la masse

osseuse dans le groupe non traité et donc que le pic de masse osseuse n'était pas atteint chez ces jeunes filles de plus de 19 ans. On considère habituellement l'acquisition du pic de masse osseuse 4 ans après l'apparition des premières règles, soit en moyenne avant l'âge de 16 ans (2).

Cela nécessite des évaluations complémentaires et justifie d'être prudent avant une grande diffusion. Signalons que dans le courant 2000 une pilule générique de troisième génération sera très probablement mise sur le marché et sera remboursée.

La prescription d'une pilule contenant un progestatif de troisième génération ne doit pas être faite chaque fois que l'on présente une difficulté financière qui conduira inéluctablement à une mauvaise observance. Rappelons encore que chez les mineures, la pilule est gratuite dans les centres de planification familiale.

Le médecin s'efforcera de tenir compte des craintes de l'adolescente et sa préoccupation essentielle de bonne tolérance générale, de prise de poids, l'acné, les conséquences sur la croissance, sa fertilité ultérieure. Autant de questions qui devront être abordées au fil des consultations afin de tordre le cou à tous ces a priori.

Il est admis que la pilule peut être prescrite lors de la dernière année de croissance, sans interférer sur celle-ci (16, 19). Classiquement elle peut être prescrite à partir de 15 ans et demi.

Le rôle des contraceptifs oraux dans la survenue des cancers gynécologiques, reste un vieux débat. Il semble que ceux-ci aient un effet protecteur dans le cancer de l'ovaire et de l'endomètre. Leur innocuité sur les cancers du col utérin est plus anciennement documentée et certains insistent même sur l'opportunité des dépistages de cancer in situ qu'offrent la surveillance d'une contraception œstroprogestative et la pratique des frottis cervico-vaginaux (FCV) dans la première année d'activité sexuelle.

Quant aux relations de cause à effet entre les OP et le cancer du sein, elles ne font plus l'objet des débats passionnés que l'on a connus il y a 20 ans. L'impression générale est en faveur de leur innocuité dans la genèse des cancers du sein (36).

Contraception et observance

Les oublis de pilule sont fréquents et font courir un risque évitable de grossesse non désirée. Le bon usage de la contraception orale est la condition première de son efficacité, pourtant 10 % des femmes déclarent avoir oublié au moins une pilule au

cours du dernier mois (29), 25 % au cours du dernier trimestre et jusqu'à 30 % chez l'adolescente (14).

Plusieurs conseils peuvent être donnés par le médecin : ritualiser la prise en l'associant à un geste de la vie quotidienne, expliquer les calendriers imprimés sur les blisters.

Une nouvelle aide peut être apportée aux patientes avec la carte qui sonne. Dans une étude prospective sur 975 femmes, il a été montré une diminution de l'oubli de la pilule avec cette carte par rapport aux non utilisatrices (41 % des utilisatrices n'ont oublié aucune prise sur 3 mois contre 19 % des patientes qui ne bénéficiaient pas de cette carte sonore) (23). Malgré cet artifice, le nombre de patientes qui oublient au moins une prise reste élevé. Le médecin doit continuer à dispenser et à répéter l'information à chaque prescription.

Signalons l'existence de spécialités contenant un certain nombre de comprimés placebo en fin de plaquette qui supprime les oublis de reprise à 7 jours, très pourvoyeurs d'IVG.

Contraception et thromboses veineuses profondes

Le risque relatif (RR) de thrombose veineuse profonde (TVP) était à 8 sous contraceptifs dosés à 50 µg, évalué à 4 sous contraceptifs dosés à 30 µg. Mais ce risque n'a pas suivi la décroissance des doses d'éthinylestradiol.

En 1995, plusieurs études ont été publiées et montraient un RR de TVP augmenté avec les pilules à 20 µg par rapport à celle de 30 µg (4, 12, 20); à la parution de ces conclusions, de nombreuses critiques ont été formulées et ont mis en évidence un certain nombre de biais :

– Un faible recul des études par rapport au début de l'utilisation des œstrogénostatifs de troisième génération. Le risque de TVP persiste avec les pilules les moins dosées et ce risque varie avec la durée d'utilisation. Il s'élève brutalement dès les premiers jours de prise pour s'élever à 11 la première année, puis décroît lentement pour atteindre 2 à la fin de la seconde année (12).

– Des patientes avec d'autres facteurs de risque associés qui ont bénéficié d'une contraception orale à 20 µg alors que le médecin n'aurait pas prescrit une pilule dosée à 30 µg.

En 1997 Farmer (13), puis Lidegaard (27) en 1998, ne montrent pas d'augmentation du risque de TVP avec les œstropro-

gestatifs de troisième génération. L'adolescente n'est donc absolument pas à l'abri de complications thromboemboliques. Le risque de décès associé à une contraception orale est estimé à 1/370 000 chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans alors qu'associé au tabagisme ce risque est de 1/100 000 chez les femmes de moins de 35 ans (12).

Contraception et prise de poids

Les problèmes de prise de poids sont à prendre très au sérieux ; ils viennent modifier un schéma corporel encore très fragile et constituent un motif fréquent d'arrêt intempestif de la pilule. La prise de la pilule peut être associée à des troubles du comportement alimentaire qui trouvent un bouc émissaire dans la pilule. Il est admis que les OP minidosés contenant des progestatifs à faible activité androgénique génèrent des prises de poids beaucoup moins fréquentes.

Une écoute attentive et la prise en charge de ce problème sont nécessaires pour permettre la poursuite de la contraception.

Au total, la contraception orale reste la contraception de choix chez l'adolescente dès que s'établit une relation amoureuse durable. La consultation médicale indispensable permettra d'informer ces jeunes patientes sur l'innocuité du traitement, l'importance de l'observance mais également sur le risque des MST et sur la contraception d'urgence en cas d'oubli ou de prises anarchiques.

Pilule du lendemain ou contraception d'urgence ou de rattrapage

Un oubli de pilule, de plus de 48 heures, un « accident de préservatif », voire l'absence totale de contraception après un rapport non protégé constitue souvent une situation de panique chez l'adolescente. Nombreuses sont celles qui ignorent l'existence de la contraception d'urgence ou contraception du lendemain.

Jusqu'à ces derniers mois la méthode hormonale de contraception d'urgence la plus utilisée au plan mondial et en France est la méthode de Yuzpe (44). Elle consiste à prendre en 2 prises deux fois deux comprimés de Stédiril® à 12 heures d'intervalle,

dans les 72 heures suivant le rapport non protégé. Le taux d'échecs de cette méthode est de 0,2 à 7,4 % (9). Plus le délai est long entre la prise des comprimés de Stédiril® et le rapport et plus le taux d'échecs augmente.

Ses principaux effets secondaires sont les nausées dans 30 à 50 % des cas et les vomissements dans 15 à 20 % (18).

En France, depuis mai 1999 a été mise sur le marché la première contraception orale comportant une association de 50 µg d'éthinylœstradiol et 250 µg de lévonorgestrel par comprimé (Tétragynon®) que l'on utilise de la même façon que la méthode Yuzpe. Cette spécialité bénéficie de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication et est remboursée à 65 % par la Sécurité sociale (coût des 4 comprimés : 25,70 FF). Une prescription médicale reste obligatoire. Elle présente les contre-indications de toute contraception orale œstro-progestative.

En juin 1999, il est apparu sur le marché une deuxième spécialité ayant une indication officielle dans la contraception d'urgence. Il s'agit de Norlevo® contenant 750 µg de lévonorgestrel par comprimé. Le traitement comporte 2 prises de 1 comprimé à 12 ou 24 heures d'intervalle, et toujours dans les 72 heures maximum qui suivent le rapport non protégé.

Dans une étude comparant le lévonorgestrel seul à une association œstroprogestative, le taux de grossesses ainsi que le pourcentage d'effets secondaires (nausées, vomissements) était moindre avec le lévonorgestrel seul (26,39). Le Norlevo® peut être dispensé par le pharmacien en dehors de toute prescription médicale, mais il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale et son coût est de 55,80 FF. Il semble dénué de toute contre-indication.

Depuis le début de l'année 2000, la contraception d'urgence par Norlevo® peut être dispensée dans les lycées par l'infirmière à titre exceptionnel, que l'adolescente soit mineure ou majeure. Si l'élève refuse que la famille soit associée à cette démarche, qu'un rendez-vous dans un centre de planning familial est impossible dans les délais requis et que le rapport date de moins de 72 heures, l'infirmière pourra délivrer le Norlevo® afin de permettre par la contraception d'urgence d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce (7).

Globalement ces deux contraceptions d'urgence évitent 3 grossesses sur 4. L'adolescente doit être prévenue du risque d'échec et un test de grossesse doit être réalisé en cas de retard de règles supérieur à 5 jours.

N'oublions pas qu'en cas de grande urgence, il existe une méthode contraceptive qui reste efficace jusqu'à 5 jours après le rapport (99 % de succès) (41) : il s'agit de la pose d'un stérilet. Mais la majorité des gynécologues restent encore réticents à cette pratique car le stérilet peut favoriser une éventuelle infection pelvienne, de plus la pose peut être douloureuse chez ces nullipares. Malheureusement, le RU 486 ou Mifégyne® n'a pas l'AMM dans cette indication.

Les autres contraceptions telles que les méthodes naturelles (le retrait, Ogino-Knaus, température, Billings) et les méthodes vaginales (diaphragme, capes cervicales, spermicides) ne sont pas adaptées à la contraception de l'adolescente car insuffisamment efficaces, astreignantes et fréquemment associées à une mauvaise observance et peu compatibles avec la spontanéité et l'imprévisibilité des rapports sexuels.

L'entrée dans la sexualité est une étape normale dans le développement des adolescents. Le rôle des parents, du médecin, parfois du pédiatre et de l'éducation nationale est de protéger ces adolescents contre la survenue d'une grossesse non désirée, qui aboutira 2 fois sur 3 à une IVG et de les instruire sur les risques de MST.

C'est un acte éducatif qui doit être partagé par les parents, les acteurs de santé publique et les partenaires éducatifs.

Face à une demande de contraception de l'adolescente, on doit s'attacher à proposer et expliquer les méthodes disponibles tout en sachant au besoin renouveler plusieurs fois les mêmes explications. C'est dans la complicité et la confiance que se fera la meilleure observance.

Les centres de planification familiale, lieux d'accueil, d'écoute et de conseil sont un maillon essentiel dans la prise en charge des mineures et le repérage des situations à risques.

Résumé

L'adolescence est une étape transitoire mais capitale dans l'éducation de ces jeunes patientes pour leur comportement vis-à-vis de leur sexualité et leur contraception.

La sexualité à l'adolescence est sporadique, non planifiée avec un risque de grossesse réputée à risque : augmentation de la prématurité et de l'hypotrophie fœtale. Les risques de maladies sexuellement transmis-

CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE

sibles, notamment l'infection par le virus HIV, sont des sujets préoccupants chez les adolescentes en raison des conséquences à long terme que ces MST peuvent engendrer et leur coût pour la société.

En raison du caractère imprévu des premières relations sexuelles, un moyen contraceptif n'est utilisé que dans la moitié des cas. La prescription d'une contraception chez l'adolescente nécessite un suivi régulier afin de répondre aux questions en suspens, d'informer sur l'utilisation conjointe dans certains cas de la pilule et du préservatif, tout en n'oubliant pas la contraception d'urgence dont l'accès est de plus en plus facile.

Bibliographie

1. Aluin P. Adolescent pregnancy in the western world. *Bull Ass Int Pediatr* 1985; 3: 374-83.
2. Andon MB, Lloyd T, Matkovic V. Supplementation trials with calcium citrate malate: Evidence in favor of increasing the calcium RDA during childhood and adolescence. *J Nutr* 1994; 124 (8): 1412-7.
3. Blayo C. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976, in: *Population Bordeaux, INED*. 1995, 3; 779-810.
4. Bloemenkampp KWM, Rosendaal FR, Helmerhorst FM. Enhancement by factor V leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third generation progestagen. *Lancet* 1995; 348: 1593.
5. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites. *Population, numéro spécial, Sexualité et sciences sociales. INED-PUF*, 1993.
6. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancy: a case control study from a turkish university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 88 (2): 207-12.
7. Bulletin officiel de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie. Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement. Numéro hors série 6 janvier 2000: 1-28.
8. Centers for Disease Control and Prevention, 1998. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases MMWR *Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47: 1-118.
9. Chiou V, Shrier L, Emans S. Emergency postcoital contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11: 61-5.
10. Dufflos-Cohade C, Thibaud E. Quelle contraception pour l'adolescente à l'ère du préservatif? *Pédiatrie pratique*, 1999; Vol 108.
11. *Family Health International Vol 17, N°3, Printemps 1997: La santé reproductive des adolescents.*
12. Farley TM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR. Combined oral contraceptives, smoking and cardiovascular risk. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52 (12): 775-85.
13. Farmer RDT, Lawrenson RA, Thompson DR. Population based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives. *Lancet* 1997; 349: 83.
14. Finlay IG, Scott MGB; Patterns of contraceptive pill taking in an inner city practice. *BJM* 1986; 293: 601-2.
15. Futterman D, Chabon B, Hoffman ND. HIV and AIDS in adolescents. *Pediatr Clin N Am* 2000; 47: 171-88.
16. Gaspard U. Le choix d'une contraception au cours de l'adolescence. *Rev Med. Liège* 1980, 35: 377-90.

17. Gevelber M, Biro F. Adolescents and sexually transmitted diseases. *Pediatric Clinic N Am*, 1999; 46: 747-64.
18. Gold M. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. *Pediatric clinic N Am*, 1999; 46: 695-717.
19. Greydanus D, Lonchamp D. Contraception in the adolescent. Preparation for the 1990s. *Medical clinics of North America* 1990; 74: 1205-24.
20. Jick H, Jick WW, Gurewich V. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet* 1995; 348: 1589.
21. Kaufmann RB, Spitz AM, Strauss LT et al. The decline in US teen pregnancy rates, 1990-1995. *Pediatrics* 1988; 102: 1141.
22. Lagrange H, Lhomond B. Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans. Enquête de l'agence nationale de recherche sur le sida. *ACSJ* Avril 1995.
23. Lachowsky M, Levy-Toledano R. Améliorer l'observance de la contraception orale la « carte qui sonne »: aide-mémoire ou nouveau rituel? *Gynécol Obstet Fertil* 2000; 28: 1-7.
24. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcomes of teenage pregnancies. *Human Reprod* 1998; 13 (11): 3228-32.
25. Leridon H. Premier rapport, première contraception, première grossesse. 22es journées sur la fertilité et l'orthogénie. 1994
26. Lévonorgestrel pour la contraception d'urgence. *La Revue Prescrire*, octobre 1999; 19: 643-45.
27. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: A case control study. *Contraception* 1998; 57: 291.
28. Miller FC. Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millenium. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13 (1): 5-8.
29. Oddens B, Guis F. L'observance et l'oubli de la pilule en France en 1995. *Contracept Fertil Sex* 1996; 24: 290-6.
30. Olausson P, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Obstet Gynecol Surv*, 1999; 54: 484-5.
31. Polaneczky M, O'Connor K. Pregnancy in the adolescent patient. *Pediatric clinic N Am*, 1999; 46: 649-70.
32. Polatti F, Perotti F, Filippa N, Gallina D, Nappi RE. Bone mass and long term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception* 1995; 51 (4): 221-4.
33. Rapport du Québec. Adolescence et fertilité, une responsabilité personnelle et sociale. Ministère de la santé et services sociaux du Québec 1989.
34. Rosenberg PS, Bigger RJ. Trends in HIV incidence among young adults in the United States. *JAMA* 1998; 279: 1894-99.
35. Rotten D, Gernigon O. Contraception et sexualité, particularités liées à l'adolescence. *Rev Prat* 1989; 39: 335-43.
36. Serfaty D. Contraception des cas particuliers, in *Contraception*. Ed. Masson. 225-32.
37. Siegel D, Lazarus N, Krasnovsky F. AIDS knowledge, attitudes and behaviour among inner city, junior high school students. *J Sch Health* 1991; 61: 160-5.
38. Enquête SOFRES/ORGANON: Les jeunes filles, la sexualité et la contraception. Mars 1987.
39. Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-38. (No authors listed)
40. Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé, Avril 1998.
41. Van Santen MR, Haspel A. Interception by post-coital IUD insertion, a review. *Contraception deliv Syst* 1981; 2: 189-200.
42. Vermillon T, Holmes M, Soper D. Adolescent and sexually transmitted diseases. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2000; 27: 163-79.
43. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception: Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: Results of international multicentre case-control study. *Lancet* 1995; 348: 1575-83.
44. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyson JI. Post-coital contraceptive. A pilot study. *J Reprod Med* 19; 13: 58.