

CONTRACEPTION DE PREMIÈRE INTENTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A.Gompel

Unité de Gynécologie médicale
Hôtel-Dieu de Paris

La contraception chez l'adolescence pose des problèmes spécifiques. La première prescription d'une contraception est en effet l'occasion d'aborder différents problèmes et en particulier peut être l'opportunité pour éduquer la jeune fille sur la reproduction, sa prévention et celle des MST. Cette consultation est donc un moment à ne pas manquer en sachant que le niveau d'écoute et de compréhension des jeunes est souvent plus restreint que celui d'une femme adulte. Or les échecs de la contraception chez l'adolescente sont encore trop nombreux ce dont atteste le nombre de grossesses non désirées (la 1/2) et d'IVG à cet âge: 6500 IVG chez des mineures en 1998 (rapport de J.Bardou) et 10% des IVG chez des moins de 20 ans. 75 à 80% des IVG seraient dues à un échec de la contraception et si 50% des mineures ont des rapports non protégés, l'IVG est plus fréquente à distance des premiers rapports. L'éducation de la contraception reste très insuffisante en France et le rôle du gynécologue est de pallier ce déficit autant que faire ce peu ; s'il apparaît en effet qu'une éducation efficace doit débiter tôt dans la vie (école primaire).

Il est donc essentiel de prescrire la « meilleure contraception » en fonction de l'adolescente qui consulte. A cet âge le préservatif reste essentiel mais il faut en expliquer le mode d'utilisation. Les accidents évalués à 3-6% des utilisations font conseiller d'associer systématiquement une contraception orale. La consultation est bien sur aussi l'occasion d'évaluer les contre-indications personnelles et familiales à une pilule œstroprogestative. En l'absence de contre-indications médicales, une pilule mini dosée sera proposée avec un progestatif de 2ème génération sauf s'il existe une acné manifeste ou un hirsutisme. Dans ce cas une association plus œstrogénique sera proposée ou de l'acétate de

cyprotérone. Cette attitude est justifiée après le fait que le RR d'accidents veineux est plus élevé avec les pilules de 3^{ème} génération et qu'elles ne sont pas remboursées, ce qui est important à cet âge. Il est essentiel d'évaluer la tolérance clinique de cette contraception encore plus à cet âge où l'image du corps est source de conflit et de difficulté. L'association œstroprogestative sera ensuite adaptée à la tolérance clinique (prise de poids, mastodynies, acné etc...).

La place d'Implanon est à discuter compte-tenu du contrôle imparfait du cycle, de la fréquence de kystes fonctionnels, de signes possibles d'hyper androgénie. Cette méthode, est sans doute intéressante, ses effets secondaires et la relative difficulté d'ablation doivent la faire réserver en cas de mauvaise compliance avérée. Sa pose peut être précédée de 3 mois de prescription de désogestrel (Cérazette) chez une fille réclamant son emploi.

La pose de stérilet doit aussi rester exceptionnelle à cet âge compte-tenu du risque important de complications infectieuses.

Il est aussi essentiel d'aborder la place de la contraception du lendemain qui doit à notre avis être prescrite en plus systématiquement lors de la consultation à prendre en cas d'oubli (très fréquent à cet âge) ou d'accident de préservatif.