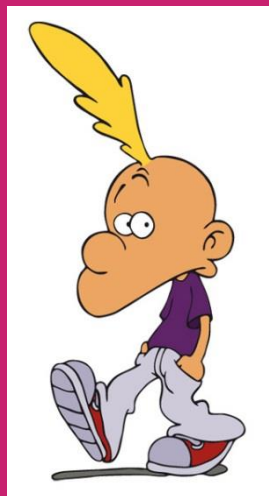


Contraception chez les jeunes



Docteur BRAULT Claudine
CSS Vitré - Fougères
CeGGID Rennes
10/10/2024 Inter-Cegidd

I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE



A/DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1) GROSSESSE ET IVG CHEZ LES ADOLESCENTES

- en 2013, 0,7 % des naissances chez les 15-19 ans (soit 16 477) (13)
milieux défavorisés

Déscolarisation

Isolement

Retard de prise en charge - défaut de suivi

⇒ Morbidité accrue des mères (24)

- Nb IVG chez les mineures ↘ avec néanmoins des disparités selon l'âge :

6/1000 grossesses chez les 15-17 ans

16/1000, chez les 18-19 ans.

En revanche, chez les 20-29 ans, le taux d'IVG augmente avec 27,9 IVG pour 1 000 grossesses (39)

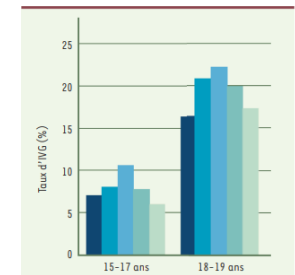


Figure 2. Évolution, entre 1990 à 2019, du taux (en %) de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les adolescentes âgées de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans. Les couleurs représentent les années : du plus foncé au plus clair : 1990, 2000, 2010, 2015, 2019 (d'après [2]).

I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

A/DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES



2) PRATIQUES CONTRACEPTIVES DES ADOLESCENTES EN FRANCE

- contraception orale (49,6 %) chez les 15-19 ans,
- préservatif (25,8 %).
- contraception orale et usage du préservatif en association 13,3 %
- DIU 0,8 % des adolescentes de 18 à 19 ans.
- 2 % des adolescentes déclarent ne pas utiliser de contraception (4)

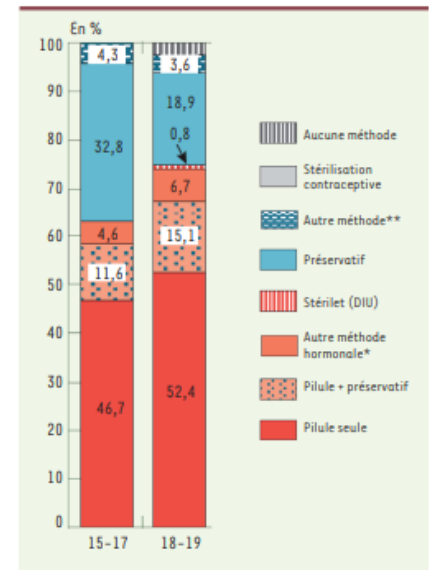


Figure 1. Méthodes de contraception (en %) utilisées en France en 2016 par les adolescentes âgées de 15-17 ans et de 18-19 ans. *implant, patch, anneau vaginal, **retrait, abstinence, méthode locale (d'après [4]).



I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

A/DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

2) AUTRES PRATIQUES CONTRACEPTIVES EN FRANCE

➤ Méthodes barrières (préservatifs, diaphragme et cape cervicale, spermicides
Diaphragme efficacité 88%, cape cervicale 68% :

Remboursé 65% pour le diaphragme,
utiliser spermicides en association ;

laisser en place au moins 6h après le dernier RS; ne protège pas des IST;

Efficacité moindre

Échec plus élevé chez les jeunes

➤ Méthodes naturelles(retrait efficacité 78%, abstinence périodique, auto-observation
Peu adaptées aux adolescentes (irrégularité des cycles, indice de fertilité élevé)

➤ Stérilisation

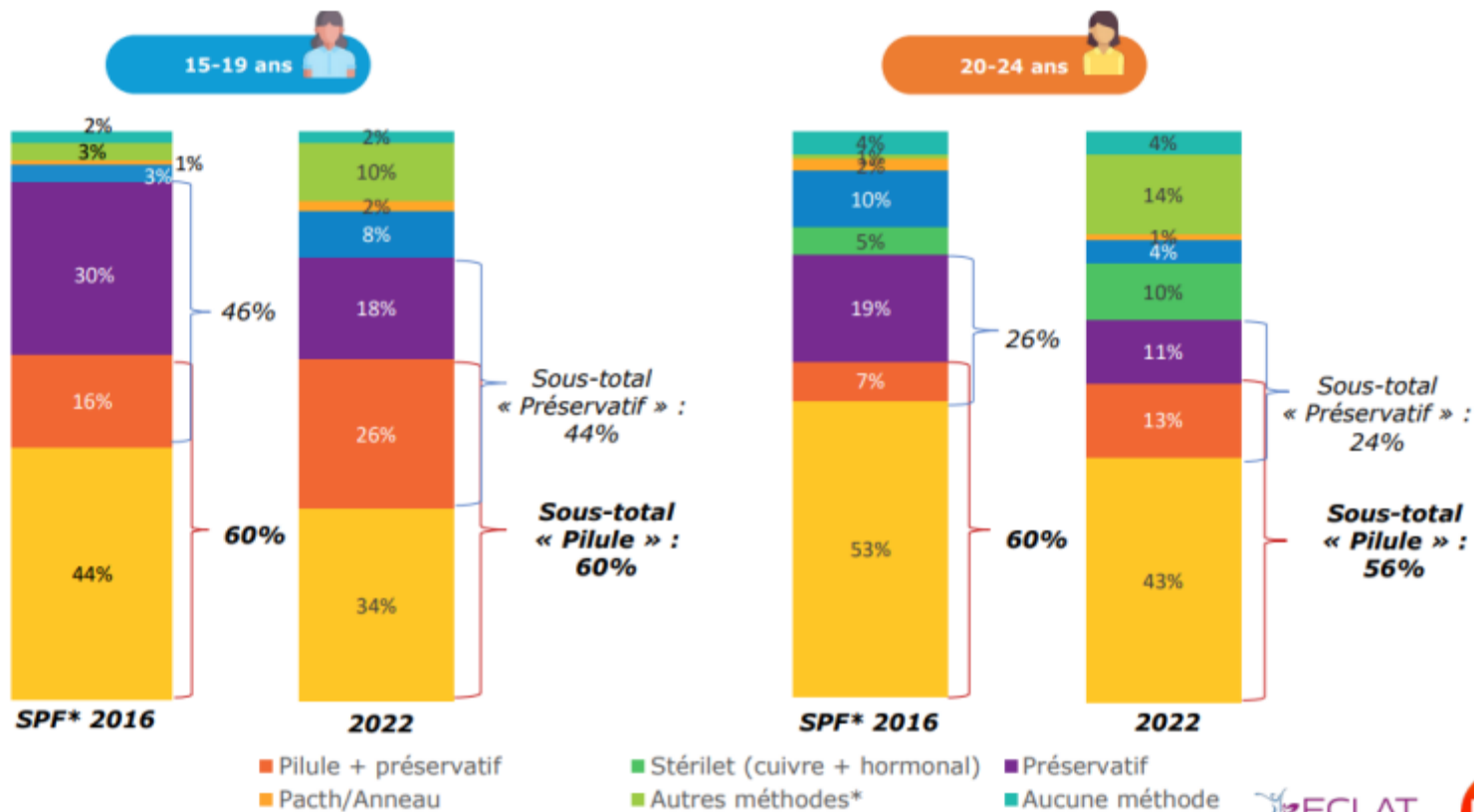
Non autorisée chez les mineures



Chez les jeunes?

ECLAT: Etat des lieux et des connaissances de la Contraception Liés Aux nouvelles Tendances 2022

Evolution vs
SPF 2016

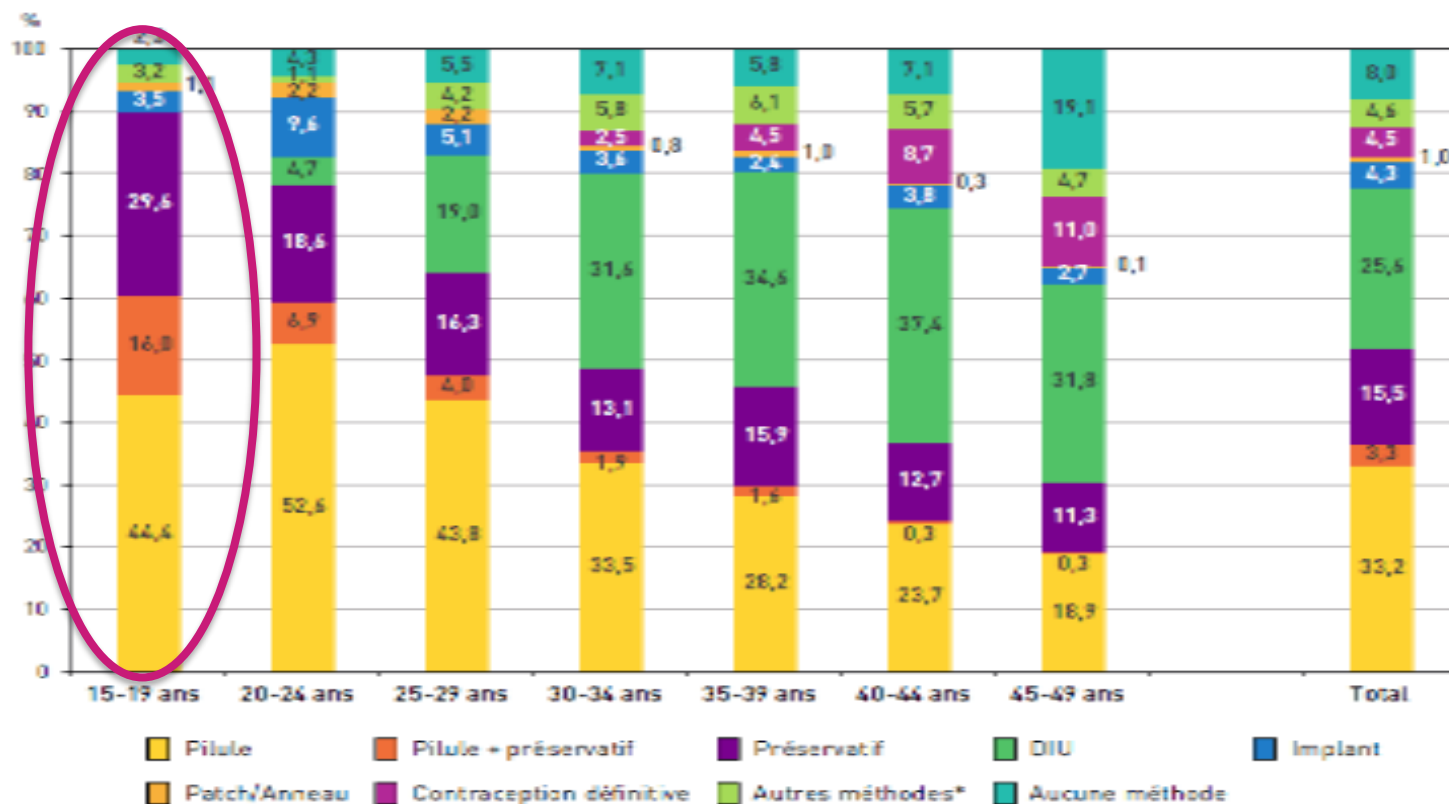


SPF* = Études Santé Publique France – Baromètre santé 2016

* Cette catégorie comprend le diaphragme, l'abstinence, les crèmes spermicides, le slip chauffant et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.



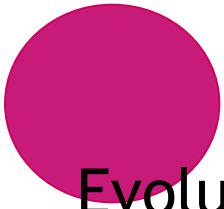
Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



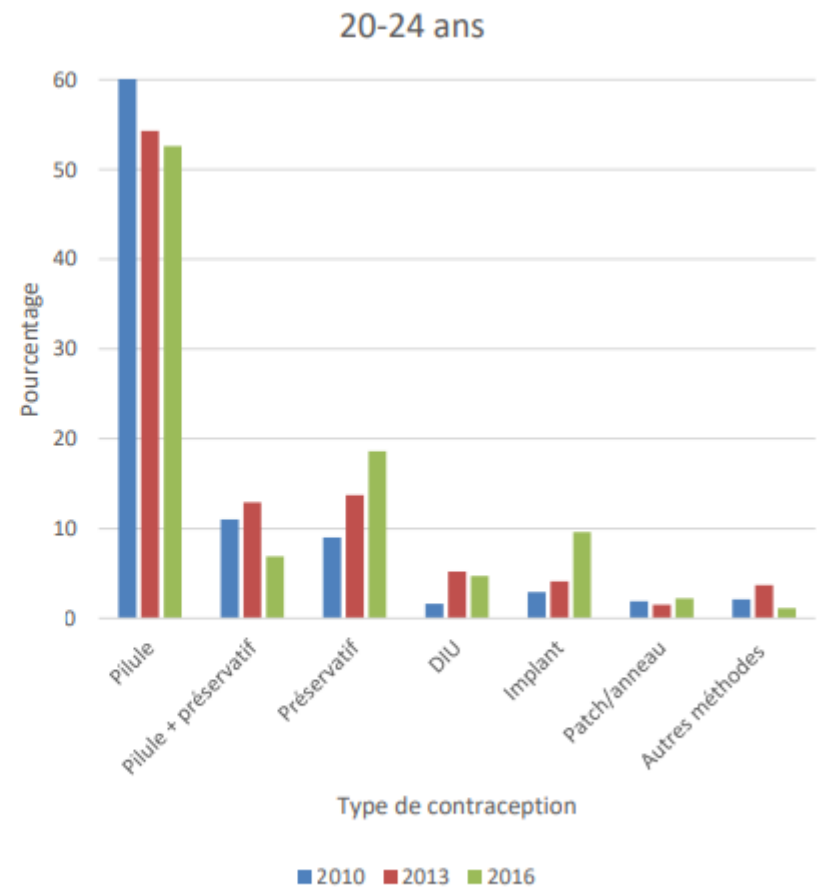
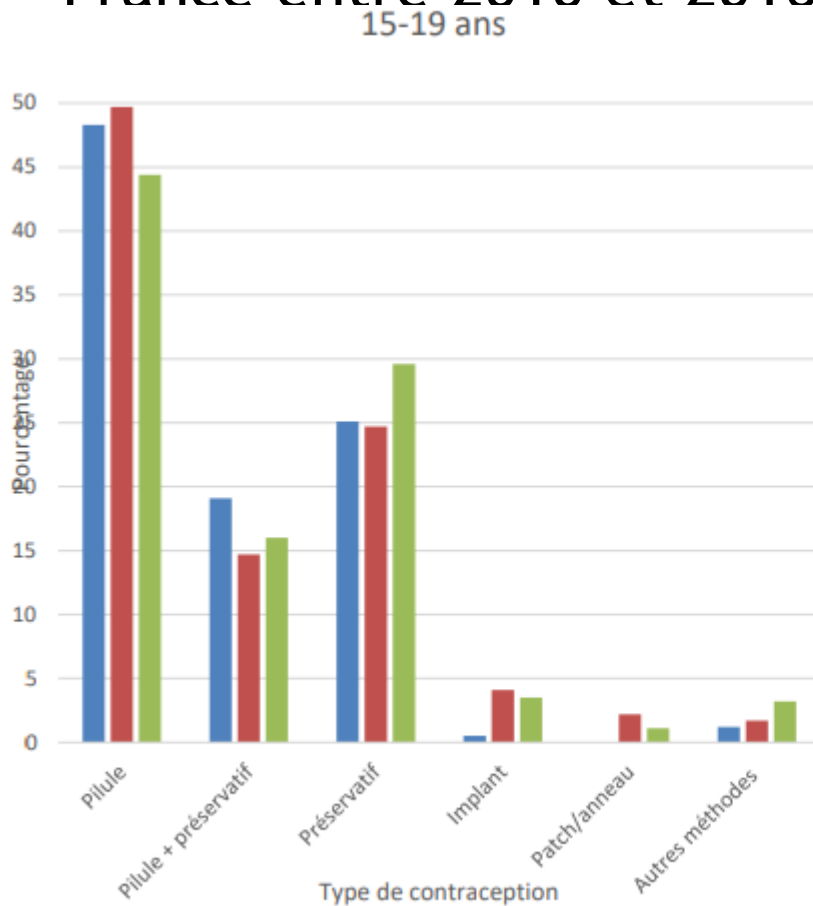
Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France



Evolution des différents types de contraceptions utilisés chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans en France entre 2010 et 2016 (adapté de Rahib et al 2017)



I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

B/LES ENJEUX DE LA PREVENTION

1) PREVENTION DES IST

Consultation pour une contraception => prétexte info sur la prévention des IST et leur dépistage.

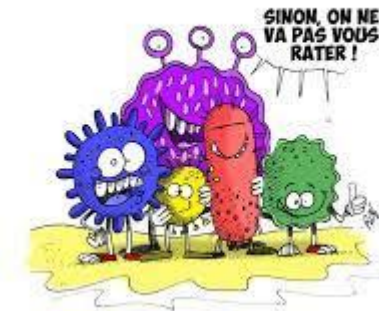
Initiation sexuellement avec un partenaire plus âgé, avec un usage moindre du préservatif (40)

En raison du caractère peu symptomatique de ces infections et de l'inexpérience des adolescentes, le diagnostic d'IST est tardif.

Dépistage régulier recommandé chez les adolescentes sexuellement actives.

Double protection (contraceptive et contre les IST)

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES,
MIEUX VAUT SE FAIRE DEPISTER ...



I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

B/LES ENJEUX DE LA PREVENTION



2) INFO ET PREVENTION HPV

Vaccination initiée chez les filles et chez les garçons :

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 à 13 mois
- *Entre 15 ans et 19 ans révolus* : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- *Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

stratégie de prévention du K col de l'utérus = vaccin + frottis

I/ ENJEUX DE LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

B/LES ENJEUX DE LA PREVENTION



3) L'ABORD DE LA SANTE SEXUELLE

Freins à l'accessibilité d'une méthode contraceptive : précarité, niveau éducatif ⁽²³⁾

DISCOURS CULTUREL ET RELIGIEUX INFLUENCE DES MEDIAS ET DES RESEAUX SOCIAUX

- PEUR DU MILIEU MEDICAL scandale pilules 3e générations en 2013 (surrisque thromboembolique associé à certains contraceptifs oraux);
- respect du fonctionnement naturel du corps, préservation de l'environnement (hormones)
- J'aimerais bien, mais ma religion me l'interdit.....

Eduquer au consentement ABUS SEXUEL doit être systématiquement recherché

Dépister les conduites à risque (consommation d'alcool, de drogues) et les éventuels risques psychologiques.



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

A/EFFICACITE ET OBSERVANCE

Les contraceptifs disponibles sont très efficaces.
indice de Pearl <1.

indice de Pearl, qui représente le taux de grossesse pour 100 couples exposés à un mode de contraception sur une durée de 12 mois. Un indice de Pearl à 1 % indique la survenue d'une grossesse parmi les 100 couples exposés à ce type de contraception sur la période d'1 an.

écarts à l'observance => échecs au cours de l'utilisation d'une contraception.

Comment favoriser l'observance ?

- utilisation facilitée de la contraception d'urgence
- utilisation de contraceptifs oraux en prise continue.
- utilisation préférentielle des méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action (ou LARC).

En France, 2 % des IVG avec LARC, contre 61,5 % avec les autres méthodes, dont 25 % avec la pilule.

2,8 % âgées de 15 à 19 ans utilisent LARC ⁽²⁹⁾

II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

A/EFFICACITE ET OBSERVANCE

Méthodes	Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la contraception	
	Emploi typique	Utilisation parfaite
Pilule combinée par voie orale, patch ou anneau	8	0,3
Pilule microprogestative		
Implant progestatif	0,05	0,05
DIU cuivre	0,8	0,6
DIU-LNG	0,1	0,1



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

1) LE RISQUE VASCULAIRE

ACCIDENTS VASCULAIRES ARTERIELS (IDM, AVC)

- Liés aux autres FDR
 - tabac,
 - HTA,
 - migraines avec AURA,
 - hyperlipidémies,
 - diabète,
 - obésité,
 - âge,
 - ATCD familiaux..

SI ACCUMULATION => RISQUE AUGMENTE +++

- Risque faible (multiplié par 1,6 à 1,8) dans population jeune en âge de procréer (6 cas/ 1 000 000 femmes/an chez non utilisatrices versus 15 cas pour 1 000 000 femmes/an chez utilisatrices) ⁽³⁵⁾



MIGRAINE

MIGRAINE SANS AURA
et pas de FDR associés

COP

Pas de modification

Augmentation fréquence
Augmentation intensité
Apparition d'aura

Poursuite COP

Arrêt COP

Contraception mécanique
Contraception progestative
Contraception définitive

MIGRAINE SANS AURA
et FDR associés
ou
MIGRAINE AVEC AURA

Contre-indication COP

Contraception mécanique
Contraception progestative
Contraception définitive

MIGRAINE CATAMENIALE

COP

Amélioration

Pas d'amélioration

Poursuite COP

Essai COP en continu
ou
Contraception Progestative



D'après la classification de l'International Headache Society (IHS)

Migraine sans Aura (MSA):

Au moins 5 crises remplissant les critères suivants

1. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement)
2. Céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants:
 - Unilatéralité
 - Pulsatilité
 - Intensité modérée à sévère
 - Aggravation par l'effort physique
3. Céphalée associée à au moins un des symptômes suivants:
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie

Migraine avec Aura (MA):

1. Définition de la migraine sans aura +
2. Aura (au moins deux épisodes)

Facteur de risque artériel (FdRV)	Utilisation d'une contraception estroprogestative
Surpoids – obésité	Oui en l'absence d'autre FdRV
Tabac > 15 cig/jour	Oui en l'absence d'autre FdRV
Migraine simple	Oui en l'absence d'autre FdRV
Diabète de type II	Oui en l'absence d'autre FdRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix Contraception microprogestative ou DIU cuivre).
Dyslipidémie contrôlée	Oui en l'absence d'autre FdRV
Dyslipidémie contrôlée mais survenant lors de l'utilisation d'une contraception combinée	Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec CHC
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (Homme) ou 65 ans (Femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie non contrôlé	Contre-indication
Migraine avec aura	Contre-indication

II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

1) LE RISQUE VASCULAIRE

ACCIDENTS TRHOMBOEMBOLIQUES VEINEUX

- Liés aux autres FDR (obésité, âge, ATCD familiaux, tabac, thrombophilie acquise ou congénitale, ATCD personnel de TVP, immobilisation) ;

Sur-risque associé à la contraception œstroprogestative et en fonction du progestatif associé (PREFERER 2^{ème} génération ou norgestimate), et dans la première année d'utilisation (32)

Risque veineux multiplié par 3 à 6 chez utilisatrices.

Risque faible dans la population en âge de procréer (1 cas/10 000 femmes de moins de 40 ans/an sans contraception, 4-12/10 000 femmes/an chez utilisatrice selon le type de CO; 5- 7/10000 si 2e génération, 9-12/10000 si 3e ou 4e génération). Risque majeur pour grossesse et post partum +++

Aucun surcroît de risque vasculaire n'est observé pour la contraception progestative, excepté pour la formulation injectable (32)

Type de CO	Risque de TVP
Désogestrel ou Gestodene+ EE	1.7 (1.4-2.0)
Drospirénone + EE	1.7 (1.4-2.2)
Cyproterone + EE	1.8 (1.4-2.3)
Patch → EE + NGM	1.5 (1.2-1.8)
Anneau vaginal	1.7 (1.3-2.3)

II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

Les situations à risque veineux

Thrombophilie biologique + CHC

Déficit en antithrombine, protéine C, protéine S, mutation Facteur V ou facteur II

Wu 2005, van Vlijmen 2016

Risque x 15

Antécédents familiaux sans anomalie biologique + CHC

Idem branche paternelle ou maternelle : ↗ si FD hormonaux

Zoller 2011, Zoller 2015, Hugon-Rodin 2018

Risque x 6 (5-72)

B	Les CHC (quels que soit le type et la voie d'administration) sont contre-indiqués chez les femmes porteuses d'une thrombophilie biologique congénitale .
B	Les antécédents familiaux de MVTE au 1^{er} degré (qu'ils soient issus de la branche paternelle ou maternelle) survenus à un âge jeune (moins de 50 ans) sont une contre-indication à l'utilisation d'une CHC.

Facteur de risque veineux

Age > 35 ans

Possible si pas d'autres FDRV

Surpoids – obésité

Possible si pas d'autres FDRV

Thrombophilie biologique connue

Contre-indication

Antécédents familiaux au 1^{er} degré de MVTE avant 50 ans

Contre-indication

+ pathologies à risque vasculaire :

- Lupus
- SAPL
- MICI
- pathologies inflammatoires....

Contraception CNGOF 2018 Risque vasculaire G Plu-Bureau

II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

2) LES EFFETS INDESIRABLES BENINS DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

- bénins mais fréquents (nausées, la tension des seins, les troubles du cycle menstruel, les saignements d'intensité modérée).

informer l'adolescente afin d'éviter tout questionnement ou inquiétude qui seraient à l'origine d'un arrêt prématuré de la prise.

- se résolvent en général spontanément;
- doivent cependant conduire l'adolescente à consulter s'ils persistent ;
- prise de poids. Pourtant aucune étude n'a révélé l'existence d'une prise de poids significative (17)
- acné. (1)
- une diminution de la libido. rassurer l'adolescente (25)

Influence +++ d'autres facteurs (psycho, sociaux, environnementaux, médicaux...).



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE



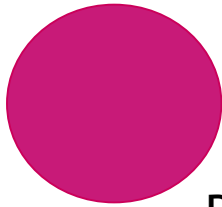
3) LES EFFETS A LONG TERME DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Crainte forte sur la fertilité. En dehors de la contraception injectable, pour laquelle le délai nécessaire pour un retour à des cycles menstruels normaux est retardé, **le retour des cycles est immédiat à l'arrêt de la contraception.**

Pour la contraception œstroprogestative, le taux de grossesse à deux ans est comparable à celui de femmes n'ayant pas eu de contraception ⁽⁶⁾

après retrait du DIU, le taux de grossesses à un an est identique à celui de femmes qui n'ont pas utilisé cette méthode ⁽³⁸⁾.

Rassurer influe sur l'adhésion de l'adolescente.



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

3) LES EFFETS A LONG TERME DELA CONTRACEPTION HORMONALE

↗ risque de K du sein avec une contraception hormonale (risque relatif de 1,99 chez celles qui ont débuté leur contraception avant l'âge de 20 ans). Mais le risque absolu de cancer du sein chez les femmes jeunes est faible (8)

diminue après l'arrêt pour rejoindre celui des non-utilisatrices (41)(43); pas de données concernant le risque sous implant; pas de CI en cas de mutation BRC

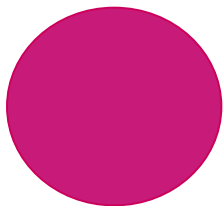
↘ risque de K de l'ovaire (30 à 50 % de réduction) (22) et celui de K de l'endomètre (30 à 50 % de réduction) (10)

↘ Risque K colon et rectum de 20% sous CO(8)

↗ risque de K du col chez utilisatrices prolongées de CO? (20) mais nombreux biais (moins PSV, plus exposées?); risque à priori négligeable, s'estompe à l'arrêt. Diminution sous DIU.

AU TOTAL Pas d'augmentation de l'incidence ou de la mortalité par cancer, voir réduction significative de 10% du risque global (20);

impact sur l'os, le gain de densité minérale osseuse (DMO) plus faible chez les adolescentes prenant une contraception, sans que les conséquences à long terme aient été déterminées (5)



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

B/LA TOLERANCE

3) LES EFFETS A LONG TERME DELA CONTRACEPTION HORMONALE

Incidence du cancer du sein en fonction de l'âge et de l'utilisation d'une COP

Age	Utilisatrices	Non utilisatrices	Nombre attribuable
16-19	4.5	4	0.5
20-24	17.5	16	1.5
25-29	49	44	5
30-34	110	100	10
35-39	180	160	20
40-44	260	230	30

II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

C/LES BENEFICES DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Régularisation du cycle menstruel modulables selon envies/besoins (vacances, examens...). impact immédiat sur la qualité de vie de l'adolescente et influe sur son observance.

- soulagement de la dysménorrhée=> MOINS d'absentéisme scolaire (2) (15),
- Réduction de l'abondance des règles (2) et prévention du risque de ménorragies (cycles supérieurs à 7 jours) et d'anémie sévère. Recherche un trouble de l'hémostase, (19).
- les œstroprogestatifs sont également recommandés, en première intention, dans le traitement de l'hyperandrogénie, responsable d'acné et de l'hirsutisme, dans le cadre d'une dystrophie ovarienne polykystique (16);
- leur efficacité sur les kystes fonctionnels ovariens reste cependant controversée (18)

Non ! vous ne savez pas combien les règles peuvent être douloureuses chez une femme !





II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

C/LES BENEFICES DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Autres

- diminution de 20% du risque de développer une polyarthrite rhumatoïde si utilisation prolongée d'une COP (au moins 7 années consécutives) (30);
- Diminution du risque de développer pathologies bénignes du sein (fibroadénomes, mastopathies fibro kystiques), d'autant plus que prise longue (34);
- Diminution de l'incidence des myomes, proportionnelle à durée d'utilisation ;
- Diminution des céphalées cataméniales avec certaines COP



II/ LES DETERMINANTS DE LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

D/LES SITUATIONS PARTICULIERES

Les adolescentes atteintes d'une affection chronique ou neurologique, ou présentant un retard mental, doivent pouvoir bénéficier d'une prévention efficace de la grossesse.

Aborder l'impact que la maladie peut avoir sur la fertilité, fournir les informations sur les méthodes de contraception les plus adaptées, et sur les interactions médicamenteuses, en accord avec le médecin référent

La planification des grossesses est souvent nécessaire, en raison des risques associés à la maladie elle-même (diabète, maladie inflammatoire, etc.) et/ou à ses traitements (risque tératogène de la dépakine, des immunosuppresseurs).

Les adolescentes en situation de handicap sont par ailleurs plus souvent victimes d'abus sexuels (33) susceptibles de provoquer une grossesse.

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES



A/LA CONTRACEPTION HORMONALE PAR VOIE ORALE

1) LA CONTRACEPTION COMBINEE OESTROPROGESTATIVE

très efficace avec une bonne observance.

emploi facile, bien tolérée, bénéfices significatifs sur les symptômes associés aux règles,

=> usage en première intention chez l'adolescente.

risque vasculaire plus faible avec deuxième génération à base de lévonorgestrel (32)

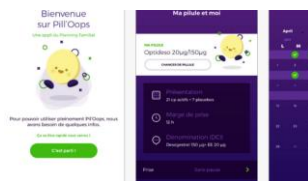
risque n'est pas réduit lorsque cette contraception est administrée par une voie non orale.

APPLICATION POUR GESTION OUBLIS PILULE

<https://monurgencepilule.fr>

Pill'Oops

Lady Pill Reminder

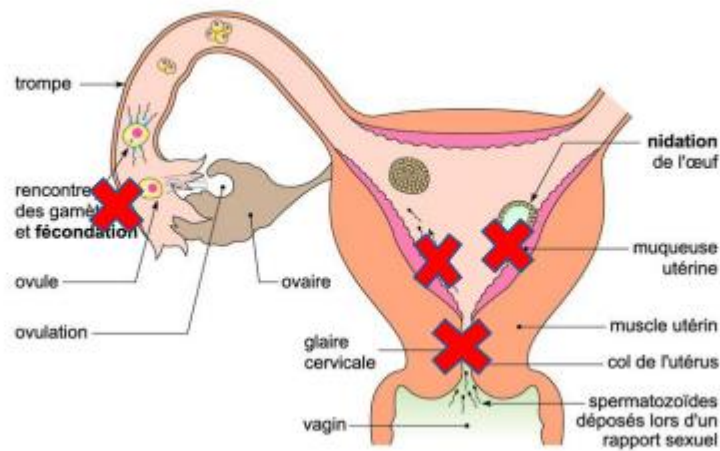


- Estrogène: Ethinyl-Estradiol de 15 à 35µg
- Progestatif: Plusieurs générations
 - 2^{ème} : levonorgestrel (1^{ère} intention)
 - 3^{ème} : désogestrel, gestodène, norgestimate (risque accru d'accidents thromboemboliques)
- Autres: drospirénone, chlormadinone, cyprotérone, dienogest, nomégestrol

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

Contraception hormonale, c'est quoi?

- Hormones de synthèse.
- La contraception hormonale utilise une stratégie simple: elle mime la réaction naturelle de l'organisme lors de la grossesse et donc bloque l'ovulation.
- En fonction des hormones utilisées, le contraceptif peut également réduire la mobilité des spermatozoïdes en épaississant les sécrétions du col de l'utérus et maintenir l'utérus dans un état où l'œuf est incapable de s'installer.



III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

A/LA CONTRACEPTION HORMONALE PAR VOIE ORALE

2) LA CONTRACEPTION PROGESTATIVE PAR VOIE ORALE Lévonorgestrel

caractère partiel de l'inhibition gonadotrope nécessite une prise en continu pour obtenir l'effet contraceptif.

aptitude de l'adolescente à une observance rigoureuse doit donc être évaluée.
aucun surcroît de risque vasculaire (32)

troubles du cycle menstruel tels que saignements intercurrents ou aménorrhée.

hypoestrogénie possible (sécheresse vaginale, irritations vulvo-vaginales, voire vulvo-vaginite, diminution de la libido), qui alerte peu l'adolescente, doit être dépistée.

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

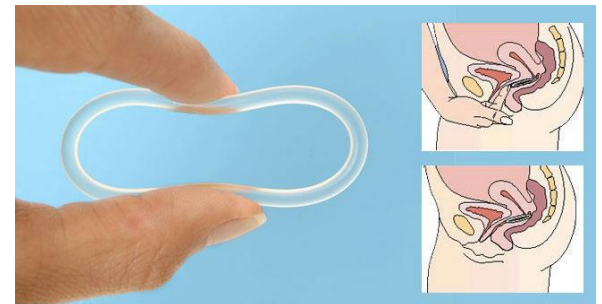
B/LA CONTRACEPTION HORMONALE VAGINALE CUTANEE

AUTRES CONTRACEPTION OESTROPROGESTATIVE

- Voie vaginale Nuvaring®, Etoring®, - EE+Etonogestrel Mylan®
 - Estrogène: Ethinyl-Estradiol 15µg
 - Progestatif: Etonogestrel

- Voie cutanée Evra®
 - Estrogène: Ethinyl-Estradiol 20µg + Norgestimate

NON REMBOURSE



III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception) DIU IMPLANT

1) PRINCIPES D'UTILISATION CHEZ L'ADOLESCENTE

Efficacité ne dépend pas de l'observance.

⇒ Baisse significativement et de façon durable les échecs de contraception.

Les taux d'échecs d'une contraception de type LARC,
0,3% la 1^{ère} année (4,8% autres contraceptifs pilules, patch ou anneau)
0,6% la 2^{ème} année (7,8% autres contraceptifs pilules, patch ou anneau)
0,9% la 3^{ème} année (9,4% autres contraceptifs pilules, patch ou anneau) (36)



	Composition	Voie d'administration	Durée de vie	Contenu progestatif
DIU au Cuivre	Cuivre	Intra-utérine	5 ans (10 ans)	nulle
Mirena®	lévonorgestrel	Intra-utérine	5 ans	52 mg
Kyleena®	lévonorgestrel	Intra-utérine	5 ans	19,5 mg
Jaydess®	lévonorgestrel	Intra-utérine	3 ans	13,5 mg

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception) DIU IMPLANT

2) DIU

Efficacité ne dépend pas de l'observance.

DIU au cuivre ou au lévonorgestrel

DIU de petite taille (dits « short » ou « mini » pour les DIU au cuivre)
modèles de DIU plus faiblement dosés en lévonorgestrel.



	Composition	Voie d'administration	Durée de vie	Contenu progestatif
DIU au Cuivre	Cuivre	Intra-utérine	5 ans (10 ans)	nulle
Mirena®	lévonorgestrel	Intra-utérine	5 ans	52 mg
Kyleena®	lévonorgestrel	Intra-utérine	5 ans	19,5 mg
Jaydess®	lévonorgestrel	Intra-utérine	3 ans	13,5 mg

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) DIU

Aux USA, recommandation utilisation en 1ère intention de ces méthodes de longue durée d'action chez l'adolescente ^{(9), (11)}

OMS considère que chez les femmes de moins de 20 ans, les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques IST dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire ⁽³¹⁾

En France, le DIU n'a reçu l'autorisation de mise sur le marché pour les nullipares que depuis 2004.

Seulement 3% des nullipares portent un DIU d'après l'enquête FECOND publiée en 2013.

Pose DIU avec succès chez les adolescentes âgées de 13 à 17 ans dans 95 % des cas en moyenne,

Pas de preuve que l'implantation soit plus douloureuse.

Le risque de perforation, évalué à 1 à 2 cas sur 1 000, n'a pas été spécifiquement déterminé chez l'adolescente ⁽¹²⁾

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) DIU

Risque infection génitale haute augmenté (x6) dans les 20 jours qui suivent l'insertion

→ Contamination bactérienne liée à la procédure et non au DIU`

→ Risque lors de l'insertion du DIU

- 0-2% en absence d'infection au moment de l'insertion

- 0-5% si infection non détectée au moment de l'insertion ⁽²⁷⁾

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) DIU risque d'infection génitale haute Groupe de travail CNGOF 2012 / HAS 2013

Recommandations CNGOF:

- o Pas d'indication d'une antibioprofylaxie lors de la pose d'un DIU afin de diminuer le risque d'IGH ou de diminuer le risque de retrait (grade A)`
- o Avant la pose d'un DIU, la recherche d'IST est préconisée si FDR :
 - jeune âge
 - comportement sexuel à risque
 - antécédent d'IST
- o Pas de spécificité mentionnée chez l'adolescente / nullipare

Recommandations HAS :

- o Chez les femmes à haut risque d'IST
 - nullipare âgée <25 ans
 - nullipare âgée >25 ans avec un nouveau partenaire ou >1 partenaire dans la dernière année
 - ou si partenaire régulier a d'autres partenaires
- o Faire au minimum une recherche de Chlamydiae trachomatis et Neisseria gonorrhoea avant la pose
- o Si recherche non faite ou impossible, indication d'une antibiothérapie prophylactique (monodose azithromycine)

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

3) IMPLANT

étonogestrel

méthode de longue durée d'action

laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité?).

Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance.

Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;



III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

3) PRINCIPES D'UTILISATION CHEZ L'ADOLESCENTE

Depo-Provera®: acétate de médroxyprogestérone

injection IM, tous les 90 jours

peu utilisée en France comme méthode de contraception régulière.

peut être utile comme alternative dans des circonstances particulières

En raison du risque de méningiome, au-delà de la première année de traitement, DEPO PROVERA doit être prescrit et dispensé sous réserve du recueil de l'attestation d'information de la patiente qui devra être renouvelée une fois par an

L'intérêt de la prescription doit être réévalué annuellement en tenant compte du rapport bénéfice/risque individuel de chaque patiente et de l'âge de la patiente, de l'évolution des symptômes. Dans la mesure où le risque de méningiome augmente en fonction de la posologie et de la durée d'utilisation, les utilisations prolongées et à fortes doses sont à éviter.

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) LA TOLERANCE

DIU

douleurs (27 % des cas)

saignements (21 % des cas) (3)]. ⁽³⁶⁾

Au long cours, l'utilisation des systèmes intra-utérins libérant un progestatif est associée à une réduction des saignements, voire à une aménorrhée qui peut alors représenter un avantage.

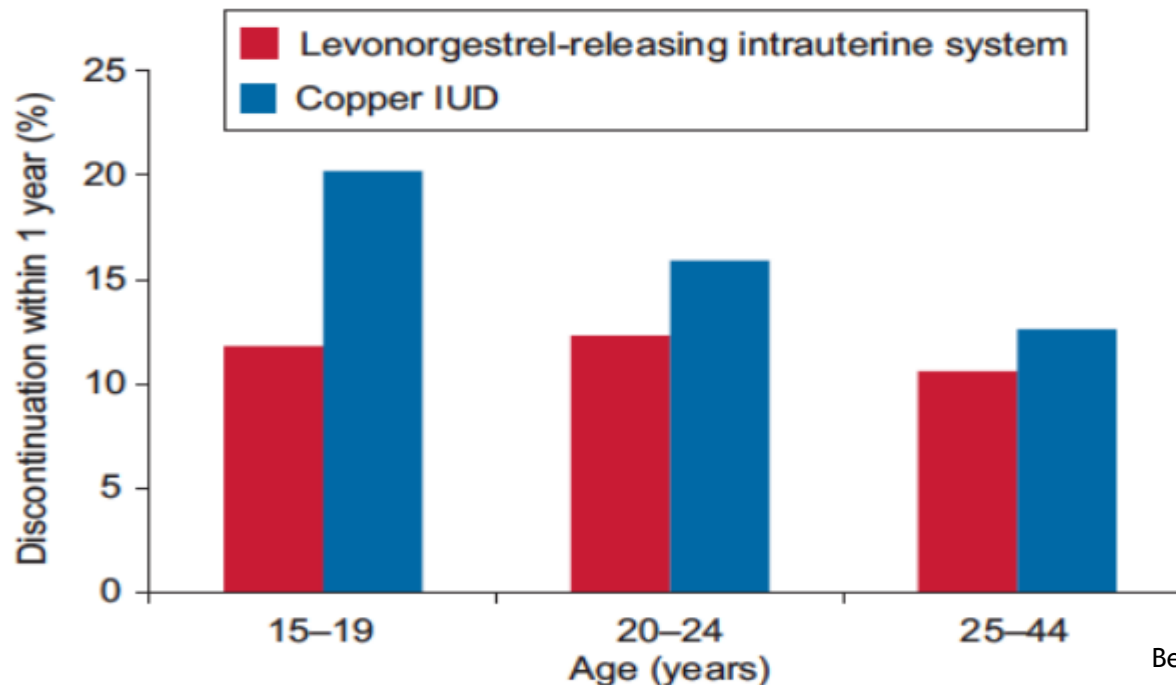
taux de grossesses un an après retrait DIU, est comparable à celui d'adolescentes n'ayant pas utilisé de DIU (80 %) ⁽³⁶⁾

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) LA TOLERANCE DIU

- Retrait à 1 an: pas de différence entre les groupes 15-19 ans et 20-44 ans
- Plus de retrait à un dans le groupe DIU Cu, surtout chez les 15-19 ans



III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) LA TOLERANCE

IMPLANT

saignements intercurrents (50 % des cas) dès les 3 premiers mois d'utilisation.

taux diminue 30 % des cas à 6 mois et 20 % à 2 ans.

aménorrhées dans 30 à 40 % dans les 3 premiers mois, puis de 20 % à 2 ans. (14) (26)

III/ LES CHOIX CONTRACEPTIFS CHES LES ADOLESCENTES

C/CONTRACEPTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC pour long-acting reversible contraception)

2) OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES LARC CHEZ L'ADOLESCENTE

efficacité élevée,

tolérance acceptable

étude CHOICE : taux de poursuite très satisfaisant:

- 76 % DIU en cuivre
- 81 % DIU au lévonorgestrel
- 82% l'implant.

le taux d'arrêt des méthodes traditionnelles est de 53 % (36)

aucune contre-indication majeure à leur utilisation

accès gratuit semble être un facteur majeur du succès de la mise en place et de la poursuite de ces méthodes chez les adolescentes.

coût moindre comparé à celui des autres méthodes de contraception (pilule, patch, anneau) (36)

valoriser les avantages de ces dispositifs, (contrôle du cycle menstruel, réduction de l'abondance des règles et de la survenue possible d'aménorrhée en cas d'utilisation de méthodes hormonales).

⇒ favoriser le recours à ces contraceptions dans cette population.

IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

1) LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ L'ADOLESCENTE

PILULE DU LENDEMAIN

- Norlevo® ou générique : 1,5mg de Levonorgestrel en une seule prise (<3 J)
- Ellaone® Acétate d'Ullipristal 30 mg en une seule prise (<5 J)
- Le plus rapidement possible :
 - efficacité varie de 58 à 95 % selon le délai entre le rapport sexuel et la prise du comprimé
 - Acétate d'Ullipristal serait plus efficace entre 3 et 5 jours après le RS
- Quelque soit la date du cycle
- Ordonnance systématique lors de la 1ère consultation
- Protéger les rapports suivants par l'utilisation du préservatif.

délivrée gratuitement et sans avance de frais à toutes les femmes sans condition d'âge et sans prescription médicale en pharmacie d'officine.

secret de la délivrance peut s'appliquer pour les jeunes filles mineures qui le demandent.

Délivrance gratuite dans

- les centres de santé sexuelle, planning
- dans certaines situations par les IDE scolaires.
- Les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé peuvent



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

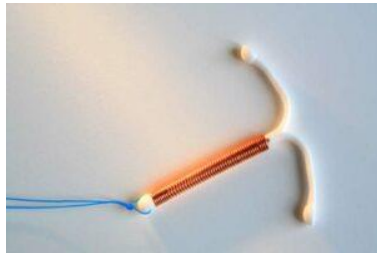
1) LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ L'ADOLESCENTE

DIU

Posé dans les 5 jours après le rapport à risque est la méthode qui se révèle la plus efficace.

Crée un milieu hostile aux spermatozoïdes et les rend inactifs.

Accès au processus en conditions d'urgence souvent difficile à obtenir, à fortiori pour une adolescente.





IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

2) LE DISPOSITIF LEGISLATIF

mesures spécifiques ont été mises en place pour faciliter l'accès à la contraception des mineures.

- gratuité de la consultation, celle des actes utiles à la prescription, des contraceptifs, la délivrance sans prescription,
- gratuité de la contraception d'urgence,
- confidentialité de la prise en charge,

devraient être connues des prescripteurs, mais aussi de tous les professionnels de santé en contact avec les adolescentes, notamment les infirmiers et les psychologues scolaires, les éducateurs ou les assistantes sociales.



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

2) LE DISPOSITIF LEGISLATIF ⁽⁴⁶⁾

Les jeunes femmes de moins de 26 ans peuvent bénéficier sans avance de frais des consultations, des actes et des contraceptifs suivants :

- la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP) ;
- une consultation de suivi réalisée par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception ;
- une consultation annuelle réalisée, à partir de la 2e année d'accès à la contraception, par un médecin ou une sage-femme, en vue d'une prescription de contraception ou d'examens biologiques en lien avec la contraception
- les contraceptifs remboursables (pilules de 1re ou de 2e génération, implant contraceptif hormonal, stérilet, diaphragme, injectable) ;
- préservatifs masculins, les préservatifs féminins
- les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ;
- certains examens de biologie médicale liés à la contraception (glycémie à jeun, cholestérol total et triglycérides), une fois par an.



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

2) LE DISPOSITIF LEGISLATIF

Qu'est-ce que le secret pour les personnes mineures ?

Tout au long de votre parcours d'accès à la contraception, vous pouvez bénéficier du secret.

Vous n'avez pas à obtenir le consentement de vos parents pour consulter et obtenir une contraception et le secret médical doit être gardé.

Chaque professionnel de santé garde votre identité pour lui et ne la divulgue à personne.

L'Assurance Maladie ne transmet aucun relevé de remboursement concernant les actes réalisés.

IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

A/LES PARTICULARITES

2) LE DISPOSITIF LEGISLATIF

Les principales mesures législatives relatives à la contraception pour les mineures en France

1 - Disposition législative relative à la prescription de la contraception en France.

Élargissement des prescripteurs (décret du 10 janvier 2012) : renouvellement pour six mois des contraceptifs hormonaux par les pharmaciens et les infirmières si l'ordonnance médicale date de moins d'un an.

2 - Gratuité des contraceptifs pour les mineures

2013 : délivrance gratuite des contraceptifs aux mineures de 15 à 17 ans en pharmacie sur prescription (projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2013).

2020 : délivrance gratuite des contraceptifs aux mineures de moins de 15 ans (Loi de financement de la Sécurité sociale – article 47)

Gratuité des consultations et des actes de biologie (Loi de santé de 2016) :

Consultation annuelle (par un médecin ou une sage-femme) et explorations biologiques dans le cadre de la prescription de la contraception

Consultation de suivi (par un médecin ou une sage-femme) au cours de la première année qui suit la prescription de la contraception

Actes liés à la prise en charge, à la pose ou au retrait d'un dispositif contraceptif

Certains examens biologiques (glycémie, cholestérol total, triglycérides) une fois par an si nécessaire

Contraceptifs remboursables

L'ensemble du parcours est protégé par la confidentialité. Si la mineure le demande, il ne sera pas fait mention de son identité ni des actes et des consultations et contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'Assurance maladie.

La prescription sur une ordonnance isolée mentionne l'identité, l'âge et les termes : « contraception mineures ».

3 - Contraception d'urgence

Elle est délivrable sans prescription : Lévonorgestrel (en 2000) et acétate d'ulipristal (en 2016)

2002 : gratuité en pharmacie pour les mineures de plus de 15 ans



2020 : délivrance gratuite et anonyme pour toutes les mineures.

Suppression de la condition de « détresse caractérisée » pour son administration par les infirmières scolaires (décret du 26 mai 2016)

IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/ DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

1) L'ANAMNESE

- Demande de l'adolescence  SOUVENT DANS L'URGENCE
- INTRUSION de la mère  PREVOIR UN TEMPS SEUL

confidentialité, vis-à-vis de la famille et de l'entourage, doit être garantie à l'adolescente lors de la consultation pour contraception.

atmosphère de confiance.

ses besoins, ses souhaits, rassurer ses craintes

Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse,

Toute période du cycle peut être féconde (pas uniquement le 14ème jour)

Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

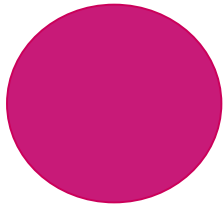
B/ DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

1) L'ANAMNESE

Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus)

L'activité sexuelle, sa fréquence, le nombre de partenaires, l'utilisation du préservatif, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive

Evaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles
rechercher des conduites à risque addictives ou suicidaires



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/ DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

1) L'ANAMNESE

ATCD familiaux et médicaux

Existence d'une grossesse antérieure et son évolution.

Age des PR, histoire des cycles, dysménorrhée, syndrome prémenstruel, mastodynie

Ne pas banaliser les troubles des règles : ils doivent être explorés avant la prise de la contraception ou, secondairement, si la contraception doit être débutée rapidement.

La dysménorrhée sera recherchée et évaluée pour son intensité, sa durée, la nécessité d'un traitement médicamenteux pour la soulager, et en ce qui concerne son impact sur la vie quotidienne, en particulier sur les activités scolaires ou extra-scolaires.



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/ DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

2) L'EXAMEN CLINIQUE

signes d'hyperandrogénie.

Avoir un poids de référence, évaluer l'état nutritionnel (insuffisance pondérale, surpoids ou obésité).

TA est impérative.

Examen des seins est souhaitable

L'examen gynécologique ainsi que l'échographie pelvienne ne sont pas nécessaires en l'absence d'antécédent ou d'élément clinique particulier.

En cas de pose de DIU, faire une recherche préalable d'IST, (risque d'infection pelvienne haute sur IST préexistante)

IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

3) LES MODALITES DE PRESCRIPTION ET SUIVI

- CI relatives à chaque méthode de contraception
- importance de l'utilisation combinée de préservatifs pour les IST,
- questionner l'adolescente sur sa capacité d'utiliser des préservatifs, en expliquer la manipulation correcte, et au besoin, la sensibiliser pour associer les garçons à cette prévention, et prescrire des préservatifs qui sont remboursés.

- Moins de 26 ans : remboursement 100% sans prescription médicale sans minimum d'âge
- les préservatifs masculins des marques « Eden », « Sortez couverts ! », « Be Loved » et « Terpan » ainsi que les préservatifs féminins des marques « Ormelle » et « So sexy & smile »
- Plus de 26 ans : sur prescription médicale remboursement 60%



Mode de contraception	Efficacité pratique	Efficacité théorique
Préservatif externe ou « préservatif masculin » ou « capote » <small>Caïne souple à dérouler sur le pénis en érection.</small>	85%	98%
Préservatif interne ou « préservatif féminin » <small>Caïne souple munie de deux anneaux aux extrémités à placer dans le vagin.</small>	79%	95%



IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

3) LES MODALITES DE PRESCRIPTION ET SUIVI

- insister sur la notion de méthode efficace (les méthodes dites « naturelles » ou d'abstinence et de retrait ne sont pas suffisamment efficaces) et sur le choix personnalisé de la méthode qui résultera de la consultation.

Le retrait : efficacité FAIBLE

1% des couples en France

RISQUE DE GROSSESSE A 22% PAR AN ⁽⁴⁵⁾

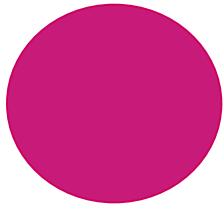


IV/ PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

B/DETERMINANTS CLINIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE

3) LES MODALITES DE PRESCRIPTION ET SUIVI (suite)

- La contraception peut être immédiatement débutée (« quick-start ») + préservatifs au cours de la première semaine,
- suivi à court terme sera proposé à l'adolescente :
 - tolérance vis-à-vis de la méthode choisie,
 - bonne compréhension de cette méthode,
 - observance et la prévention du risque d'IST.
 - contrôle de son poids, la mesure de TA,
 - évaluation de l'impact de la méthode sur des symptômes gynécologiques possibles, sur sa sexualité et sur sa qualité de vie.
- Le changement de méthode contraceptive est rarement nécessaire, mais les difficultés d'observance pourront conduire à rediscuter du choix de la méthode, en soulignant éventuellement l'intérêt des LARC.
- La consultation de suivi est prise en charge dans le cadre de dispositions législatives spécifiques.



Applications en contraception? (CLue, Flo, Natural cycles, Glow, Period calendar...)

Applications de suivi menstruel, gratuites ou payantes, encourage les femmes à recourir à l'abstinence périodique. Succès grandissant (méthode « naturelle », intérêt du recours aux technologies numériques perçues comme fiables, pratiques et gratuites).

Recueil de données de suivi du cycle menstruel - dates des règles, température, aspect de sa glaire cervicale, symptômes liés au cycle, douleurs + parfois informations complémentaires (humeurs, libido et rapports sexuels, état de santé, sommeil, poids, alimentation...)

Interrogation ++ du comité d'éthique de l'Inserm sur la sécurité et l'efficacité de ces applications. Moins de 20 % de ces applications ont fait des prédictions correctes sur les périodes de fertilité. La majorité d'entre elles partagent leurs données avec des « tierces parties » (Google, Facebook, Amazon...), le plus souvent à l'insu des usagères. ⁽⁴⁷⁾

CONTRACEPTIONS MASCULINES

La contraception thermique par remontée testiculaire (CTRT)



Efficacité : **moyenne**⁴⁰



Plusieurs milliers d'hommes en France

Les études ont évalué le risque de grossesse à 2,3% par an.

Atteinte du seuil contraceptif (<1 million de spermatozoïdes/mL)⁴¹ au bout de 3 à 6 mois, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Cette méthode est 4 fois plus efficace que la contraception orale féminine (9% de grossesses/an)⁴².

Le protocole a été **validé par plusieurs études réalisées par l'équipe d'andrologie du CHU de Toulouse** depuis les années 1980 : port d'un dispositif de remontée testiculaire pendant 15 heures par jour, tous les jours.

L'exposition des testicules à une élévation modérée de leur température (de l'ordre de la température corporelle) **bloque la spermatogenèse de manière réversible, sans altérer la fonction endocrine des testicules**.

Plusieurs dispositifs, **non certifiés**, sont actuellement utilisés pour pratiquer la remontée testiculaire : l'anneau en silicone, le slip "toulousain" et le jockstrap (sous-vêtement de fabrication artisanale).

Interdiction de l'ANSM en 2021⁴³ : ne pas en faire la promotion, mais savoir accompagner les hommes dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques (cf pages suivantes).

L'anneau en silicone est dans le parcours pour obtenir sa certification⁴⁴. Une arrivée sur le marché est envisageable d'ici 5 à 10 ans.

La CTRT est à différencier de la contraception thermique par utilisation d'une source exogène de chaleur (slip avec une résistance électrique), dont l'efficacité et l'innocuité cliniques n'ont pas encore été étudiées.

^{38,39,40,41,42,43,44} - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france



La contraception masculine hormonale (CMH)

 **Efficacité : haute**³³

 **Très peu d'hommes** (quelques dizaines en France)

Les études ont évalué le risque de grossesse à **0,8% par an** (niveau de preuve moyen: 2++ selon les critères SIGN 2008).

Atteinte du seuil contraceptif (< 1 million de spermatozoïdes/mL)³⁴ au bout de **3 à 6 mois**, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Le protocole suivant a été **validé par 2 études menées par l'OMS** dans les années 1990^{35,36} : injection IM hebdomadaire de 200 mg d'énanthate de testostérone (Androtardyl®) pendant **18 mois maximum**.

Primoprescription hors AMM par spécialiste d'organe (urologue, andrologue, gynécologue, endocrinologue) puis renouvellement par le médecin traitant.

La testostérone, via un rétrocontrôle négatif sur l'axe gonadotrope, est responsable d'un **blocage de la fonction exocrine** (spermatogenèse) des testicules, sans altérer leur fonction endocrine (production des hormones).

Pour en savoir plus, consultez le "**Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique**" de Jean Claude Soufir et Roger Mieusset³⁷.

^{32,33,34,35,36,37} - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

Les effets secondaires décrits³⁸ de la CMH : acné, agressivité, modification de la libido, trouble de l'humeur, asthénie, prise de poids, modification des lipides ou de l'hématocrite.

L'utilisation à long terme de testostérone à des doses supraphysiologiques pourrait avoir des effets secondaires cardiovasculaire ou prostatiques³⁹. L'évaluation de ces risques est à réaliser.

L'avenir de la CMH pourrait être un gel combinant testostérone et un progestatif en applications cutanées bi-quotidiennes.

Conclusion - En pratique



Si absence de CI: pilule monophasique 2ème génération
remboursée

30 µg

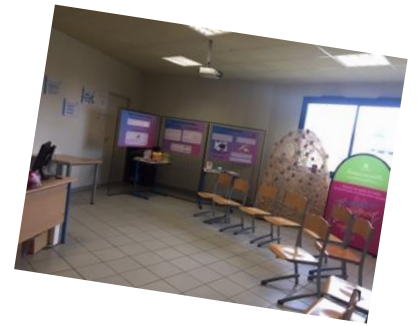
Evaluation de la tolérance clinique et en fonction des effets secondaires (hypoestrogénie, hyperestrogénie, androgéniques ... acné) : **ADAPTER**

Débuter la CO 1er ou 2ème jour des règles ou QUICK Start

DOUBLE PROTECTION : Préservatif et contraception hormonale - connaissance de la contraception d'urgence

Penser aux CONTRACTIONS REVERSIBLES DE LONGUE DUREE(ou LARC)

IV/ CONCLUSION



nombre de grossesses et d'IVG chez les adolescentes diminue peu.

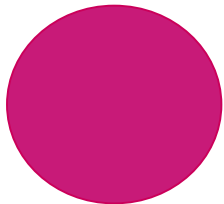
Améliorer les interventions éducatives sur l'éducation à la sexualité et à la contraception

Associer le partenaire lors des consultations gynécologiques.

Confidentialité

Valoriser les bénéfices potentiels d'amélioration de la qualité de vie

L'objectif d'une contraception efficace individualisée contribue à l'autonomie des adolescentes dans leur sexualité

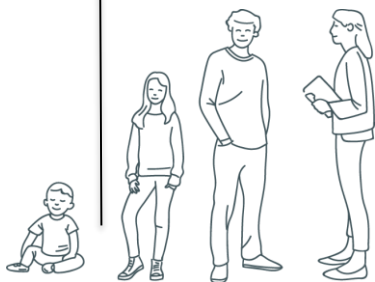


LA BONNE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT





JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE ECOUTE



Bibliographie

- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; CD004425.] ;
- Bahamondes L, Bahamondes VM, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update* 2015 ; 21 : 640-51
- Bahamondes MV, Bahamondes L. Intrauterine device use is safe among nulligravidas and adolescent girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021 ; 100 : 641-8].
- Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, 2014 ; 511.
- Barchrach L.K. Hormonal contraception and Bone health in adolescents and contraceptives. *Front Endocrinol* 2020 ; 11 : 603
- Barnett C, Hagemann C, Dinger J, et al. Fertility and combined oral contraceptives - unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use - results from the INASSCORE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017 ; 22 : 17-2
- Berenson et al, *Obstet Gynecol* 2013
- Bosetti C, et al., Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and metaanalysis. *Hum Reprod Update*, 2009. 15(5): p. 489-98
- Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French national college of gynecologists and obstetricians. *Gynecol Obstet Hum Reprod* 2019 ; 48 : 441-54.]
- Collaborative group on epidemiological studies on endometrial C. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36
- Committee on A. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014 ; 134 : e1244-5.]
- Committee on Adolescent Health C. Committee opinion no 699: adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. *Obstet Gynecol* 2017 ; 129 : e142-e9
- Daguerre A. Les grossesses en France et en Grande-Bretagne. Un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics. *Informations Sociales* 2010 ; 96-102.].
- Darney P, Patel A, Rosen K, et al. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril* 2009 ; 91 :1646-53
- Davis AR, Westhoff C, O'Connell K, et al. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005 ; 106 : 97-104
- Dokras A. Noncontraceptive use of oral combined hormonal contraceptives in polycystic ovary syndrome-risks versus benefits. *Fertil Steril* 2016 ; 106 : 1572-9
- Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; CD003987.] ;
- [Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, et al. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; CD006134
- Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy menstrual bleeding in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017 ; 30 : 335-40
- Hannaford PC, et al., Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ*, 2007. 335(7621): p. 651
- Harada T, Momoeda M, Taketani Y, et al. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Fertil Steril* 2008 ; 90 : 1583-8
- Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø, et al. Association between contemporary hormonal contraception and ovarian cancer in women of reproductive age in Denmark: prospective, nationwide cohort study. *BMJ* 2018 ; 362 : k3609
- Jousselme C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique en milieu scolaire en 2013. Paris : Inserm, 2015.].
- Kirbas A, Gulerman HC, Daglar K. Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016 ; 29 : 367-71.
- Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, et al. Hormonal contraception and sexual desire: a questionnaire-based study of young Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016 ; 21 : 158-67
- Modesto W, Bahamondes MV, Bahamondes L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Hum Reprod* 2014 ; 29 : 1393-908
- Mohllajee AP et al, *Contraception* 2006
- Morch L.S, Skovlund C.W, P.C. Hannaford, et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2017 ; 377 : 2228-39

Bibliographie

- Moreau C, Bohet A, Hassoun D, et al. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril* 2013 ; 100 : 451-8].
- (Orellana C, et al., Oral contraceptives, breastfeeding and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*, 2017)
- Organisation mondiale de la santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale*. Genève: OMS; 2011. whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242563887_fre.pdf.)
- Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, et al. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013 ; 27 : 25-34.],
- Quint EH. Menstrual and reproductive issues in adolescents with physical and developmental disabilities. *Obstet Gynecol* 2014 ; 124 : 367-75
- Rohan TE and Miller AB, A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast disease. *Int J Cancer*, 1999. 82(2): p. 191-6
- Ruan X and Mueck AO, Oral contraception for women of middle age. *Maturitas*, 2015. 82(3): p. 266-70.
- Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 1316-23.].
- sexuels [Quint EH. Menstrual and reproductive issues in adolescents with physical and developmental disabilities. *Obstet Gynecol* 2014 ; 124 : 367-75
- Stoddard AM, Xu H, Madden T, et al. Fertility after intrauterine device removal: a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015 ; 20 : 223-30
- Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2020. Études et Résultats*. Paris : DREES, 2019
- Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *N Engl J Med* 2020 ; 383 : 1340-8.].
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C, Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996. 347(9017): p. 1713-27.
- Hunter DJ, et al., Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010. 19(10): p. 2496-502.
- Kumle M, et al., Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2002. 11(11): p. 1375-81.
- Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian C, et al., Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet*, 2008. 371(9609): p. 303-14.
- cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-France
- <https://www.ameli.fr/Ille-et-Vilaine/assure/remboursements/contraception-ivg/contraception>
- <https://www.hal.inserm.fr/inserm-03798828v1/document>

Efficacité pratique de différentes méthodes de contraception selon l'OMS

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Tableau extrait du rapport de l'IGAS de 2010 *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, construit à partir des données de l'OMS

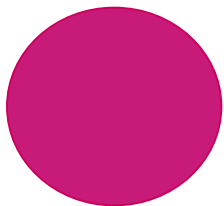
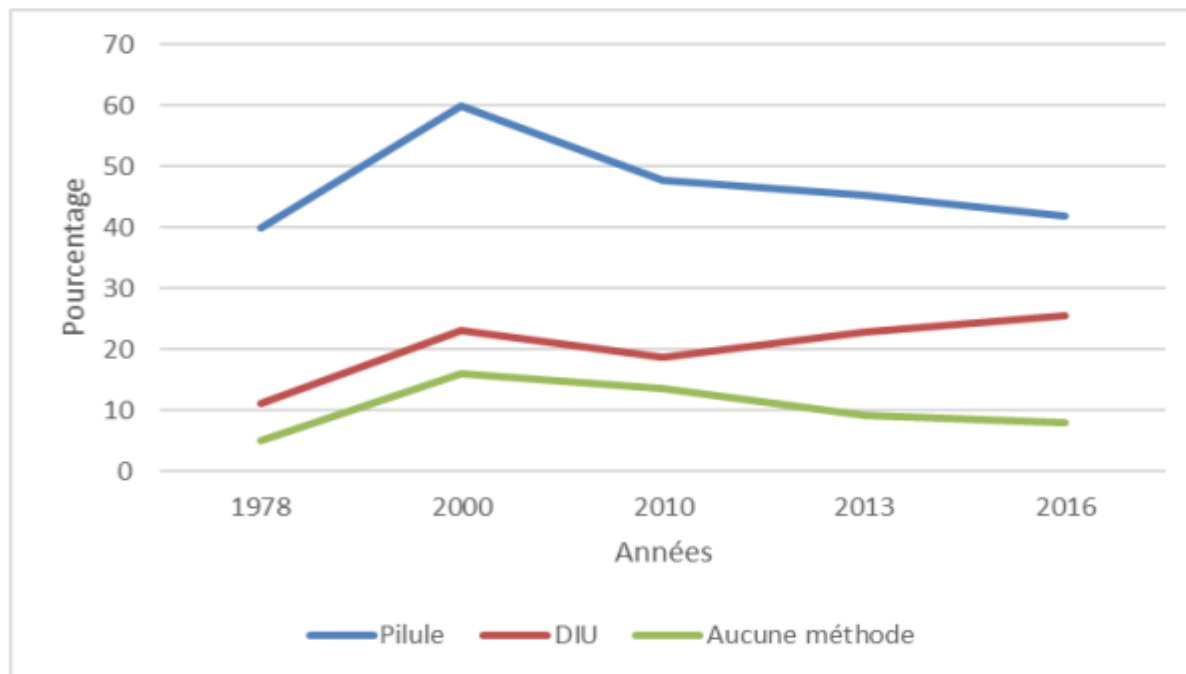


TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘

Evolution schématique des différentes stratégies contraceptives en fonction du temps



Plu-Bureau G Raccah-Tebeka B Revue Praticien 2018