

La consultation pour la première contraception

Mots clés :
Adolescent
Contraception
IVG

Plus de 40 ans après la loi Neuwirth (1967) et malgré le large usage de la contraception dans notre pays, ses « échecs » sont toujours aussi nombreux. Selon les rapports successifs de la DREES¹, le nombre d'IVG reste stable, à plus de 200 000 par an, dont environ 15% chez les 15-19 ans. Cet échec est constaté, à quelques différences mineures près, dans tous les pays industrialisés². Il est probablement multifactoriel, comme l'ont montré plusieurs recommandations et rapports de ces dernières années³⁻⁵. C'est en tout cas un enjeu de qualité pour les soins primaires, où le contenu de la consultation pour la 1^{ère} contraception est déterminant pour le suivi^{5,6}.

Les obstacles à une contraception efficace

Les échecs de la contraception chez les adolescents peuvent être attribués à sa non-utilisation (ils n'y ont pas systématiquement recours dans des situations instables) ou sa mauvaise utilisation (le préservatif seul apparaît insuffisamment efficace à cet âge)⁴. Le manque d'information des adolescentes, l'obligation de prescription médicale et le coût de la contraception qui va souvent à l'encontre du besoin de confidentialité, sont les obstacles les plus fréquemment signalés^{4,5}. Il faut y ajouter des idées fausses mais très répandues comme le fait que les 1^{ers} rapports ne peuvent être féconds, que la pilule rend stérile, etc. Ces idées sont d'autant plus difficiles à combattre qu'elles diffusent très rapidement dans le contexte des échanges internet via les forums de discussion et autres réseaux « sociaux » plutôt que de consultation des sites officiels ou des brochures mises à disposition du public^{4,5}.

Première consultation chez l'adolescente

D'importance capitale pour la suite, elle doit respecter quelques points-clés³ : consultation *sous le signe de la confidentialité absolue*, sans les parents, même s'il reste souvent essentiel d'évoquer leur rôle au cours de l'entretien ; *neutralité sans a priori* du professionnel : informer sur les IST et l'efficacité préventive des préservatifs ne signifie pas intrusion dans la manière de vivre sa sexualité ; *information sur les possibilités de rattrapage* en cas de rapport non ou mal protégé ; *abstention d'examen gynécologiques et sanguins* sauf symptômes les justifiant. L'objectif est à ce stade *d'instaurer une relation de confiance permettant un suivi régulier et rapproché*.

Que retenir pour notre pratique ?

La contraception répond aujourd'hui en France à une « norme » (ni justifiée, ni même explicite) : préservatif avec ou sans pilule en début de vie sexuelle, pilule seule dès qu'il y a relation de couple stable, stérilet pour les femmes déjà mères qui ne désirent plus d'enfants (enquête COCON notamment)ⁱⁿ⁵. Pourtant, bien que l'usage du préservatif soit quasi-systématique (près de 90%) au 1^{er} rapport sexuel, il persiste des échecs nombreux, avec un taux inchangé et important d'IVG chez les très jeunes femmes.

Parmi les obstacles à une contraception efficace chez l'adolescente apparaît la nécessité de la consultation médicale préalable. L'objectif de qualité et de sécurité de la contraception est lié au respect de quelques règles relationnelles adaptées spécifiquement à cet âge : **le biomédical n'est que rarement l'urgence du moment**.

Jeunes femmes et professionnels de santé

Il y a débat sur la nécessité de la prescription médicale, tout particulièrement pour la première utilisation, où le contexte est souvent celui d'une relative urgence⁵. Il y a en effet discordance entre l'approche scientifique fondée sur des critères d'efficacité théorique et l'efficacité réelle pour lesquels les critères psycho-sociaux sont déterminants. Pour autant, la consultation est nécessaire à l'évaluation des risques et de l'information sur les choix possibles. Mais selon une étude qualitative auprès de 64 jeunes femmes ayant utilisé au moins une fois la contraception d'urgence, cette consultation est pour l'adolescente « *chargée d'un nouveau sens, marquant la reconnaissance d'un corps de femme et d'une entrée proche dans une sexualité adulte* »⁶ ; d'où l'importance du contact avec le corps médical lors de la demande de 1^{ère} contraception. Le médecin de famille peut être le bon interlocuteur, mais sa connaissance remontant à l'enfance, sa proximité avec la famille entière, peuvent gêner. Celles qui n'ont pas de médecin de famille préfèrent a priori s'adresser au gynécologue, « spécialiste du corps féminin », de préférence femme pour la majorité. La crainte du déshabillage, de l'examen gynécologique, de parler sexualité, sont communes. Certaines préfèrent le planning familial où anonymat et gratuité sont déterminants, à condition d'y trouver compréhension et empathie. Dans cette étude, l'infirmerie scolaire reste un lieu peu sollicité malgré la possibilité depuis 2001 d'y délivrer une contraception d'urgence. Dans tous les cas, il est confirmé que ce qui importe est d'instaurer une relation fondée sur l'écoute de la demande et respectueuse des préoccupations de l'adolescente.

Références :

- 1- Villain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. DREES. Etudes et résultats. 2009;713.
- 2- Niinimäki M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*. 2011;342:d21113.
- 3- ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.
- 4- Nisand I et al. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport HCPF 2006.
- 5- Aubin C. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS 2009.
- 6- Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. *Santé Publique*. 2011;23:77-87.