

TEEN'ACT

S'ENGAGER POUR L'ACNÉ DE L'ADOLESCENT



**LA CONTRACEPTION
& LES ADOS**

ARGUMENTER

Avec la collaboration
du Dr Juliane BERDAH

Gynécologue, Endocrinologue, PARIS

Pierre Fabre | L'EXPERTISE
DERMATOLOGIE | DANS LA PEAU

UN NOUVEAU PAYSAGE CONTRACEPTIF

La médiatisation des données de pharmacovigilance des contraceptifs oraux combinés (COC) en France a contribué à instaurer une image négative des pilules et a conduit à un changement de mentalité.

Refus de la pilule...

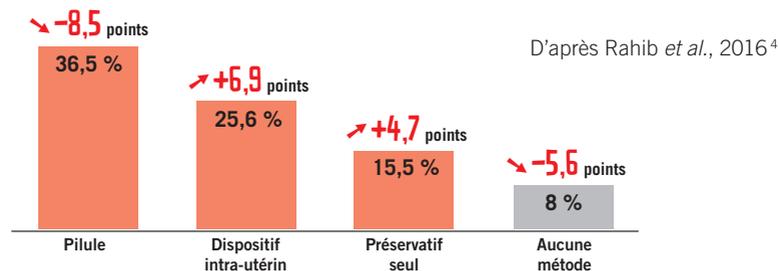
Accueillie comme une libération il y a soixante ans, la contraception orale n'a plus autant les faveurs des jeunes femmes. Effets secondaires (prise de poids, migraine, diminution de la libido), refus d'ingérer des hormones, notion de perturbateur endocrinien,... sont autant de raisons évoquées par **la génération « No Pilule »** pour expliquer une tendance amorcée depuis le début des années 2000.



...et changement de pratique contraceptive

La médiatisation des risques de thrombose veineuse associés à l'utilisation des COC a également conduit à une évolution de la pratique contraceptive, avec pour conséquence le recul du recours à la pilule.¹⁻³

Le trio de tête des méthodes contraceptives en 2016 en France et évolution vs 2010



PRÈS D'UNE FEMME SUR CINQ

a changé de méthode depuis la crise médiatique en 2012¹

En témoigne l'adoption du stérilet (+ 6,9 % vs 2010) ou des implants, la diminution des ventes des pilules et des contraceptifs non oraux œstro-progestatifs (dispositifs transdermiques ou anneaux vaginaux) et la progression des prescriptions des pilules de 1^{re} et 2^{de} génération au détriment de celles de 3^e et 4^e génération.^{1,4}

UNE BAISSSE DU RECURS À LA PILULE

plus marquée chez les moins de 30 ans¹

Au refus de la pilule chez les plus jeunes générations, s'ajoute une évolution des pratiques médicales avec une moindre réticence des médecins à proposer le stérilet, après avoir éliminé l'existence d'une éventuelle infection cervico-vaginale.



En tant que dermatologue, vous pouvez être amené en consultation à discuter de contraception avec vos patientes adolescentes. Dans le cadre de l'évolution des pratiques contraceptives, cette brochure est destinée :

- À vous aider à les **conseiller sur le choix** d'une contraception adaptée à leur profil ;
- À vous apporter les **données scientifiques et les points clés** sur lesquels vous appuyer pour convaincre.

DÉSORMAIS, LES PILULES SONT CLASSÉES EN FONCTION DU RISQUE D'ACCIDENTS THROMBO-EMBOLIQUES ET NON PAR GÉNÉRATION

Le choix d'une contraception reste une décision partagée. Cependant les risques d'accidents thrombo-emboliques doivent être pris en compte.⁵

LE RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE EST DÉFINI PAR LA COMPOSITION ESTROGÈNE / PROGESTATIF

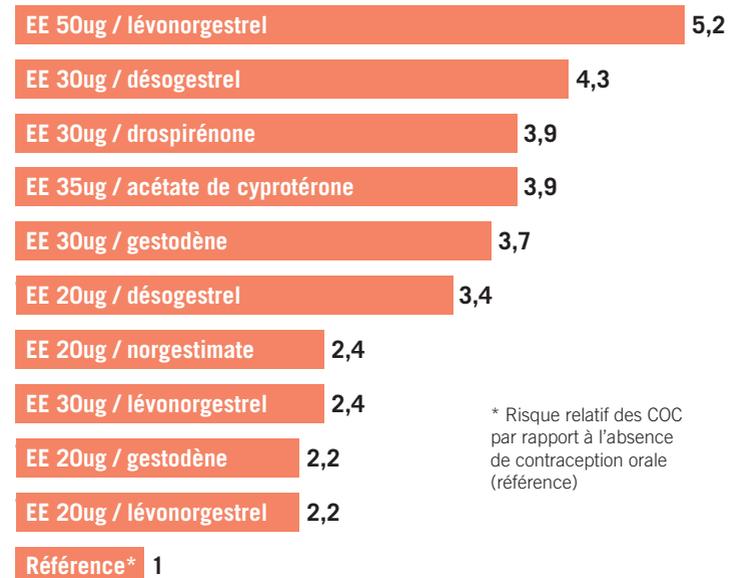
Le risque thrombo-embolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) dépend à la fois du progestatif et de la dose d'éthinyl-estradiol utilisés.⁵⁻⁷



LES MESSAGES CLÉS^{5,8-11}

- Le choix du type de contraception doit être une décision prenant en compte les risques associés, et être en accord avec les préférences de l'adolescente.⁸
- Les COC ne doivent plus être classés par génération, mais par risque thrombo-embolique.⁹ Ce risque dépend de la composition estrogène/progestatif. Les COC contenant du lévonorgestrel et la plus faible dose d'estrogènes sont à privilégier.
- Le risque thrombo-embolique est faible dans l'absolu, il augmente en cas d'association à d'autres facteurs de risque (tabagisme, surpoids, anomalies de la coagulation) et avec l'âge.^{5,10}

Risque thrombo-embolique selon la composition des COC⁷



* Risque relatif des COC par rapport à l'absence de contraception orale (référence)

EE : Ethinyl-estradiol

AFIN DE RÉDUIRE LES RISQUES^{5,11}

- Tous les contraceptifs estro-progestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique veineux. Avant leur prescription, il est indispensable de rechercher les facteurs de risque veineux personnels et/ou familiaux (âge, tabac, obésité, antécédents thrombo-emboliques) et des facteurs de risques artériels (migraine avec aura, hypertension artérielle, hyperlipémies...).

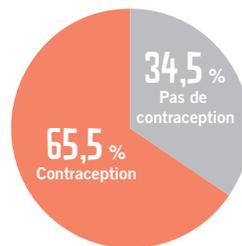
VISER LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE LA PLUS EFFICACE

Le choix d'une méthode contraceptive adaptée doit tenir compte de la situation clinique et personnelle de l'adolescente, avec pour objectif de proposer une méthode contraceptive ayant une efficacité optimale. ¹²

Une contraception adaptée à leurs besoins ¹³⁻¹⁴

En France, **2/3 des grossesses non désirées surviennent sous contraception**. Cela s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité dans les conditions d'utilisation courantes. Ces écarts sont particulièrement importants pour les méthodes qui nécessitent une utilisation en dehors des rapports sexuels et nécessitent une observance rigoureuse (pilule).

Situation contraceptive lors de la découverte de grossesse non désirée



D'après Bayos *et al.* 2003.

Il est essentiel d'impliquer l'adolescente dans le choix de sa contraception ¹¹

- Informez-la des différentes méthodes contraceptives ;
- Informez-la sur l'utilisation correcte de chaque méthode (prise du 1^{er} comprimé, prise à heure régulière quotidienne) ;
- Donnez la priorité à l'efficacité. Pour cela, vous pouvez vous appuyer sur le tableau ci-contre comparant les efficacités des différentes méthodes.

PRODIGEZ-LUI DES CONSEILS PRATIQUES

- Conseillez-lui d'associer la prise de pilule à des **rituels** (ex. brossage de dents, maquillage) et non à des horaires, **la prise le matin** plutôt que le soir, en raison des sorties favorise l'observance ;
- Dites-lui de mettre en place des alarmes quotidiennes sur son téléphone ou des notes adhésives.

Efficacité des différentes méthodes contraceptives (indice de Pearl) ¹²

Méthode contraceptive	Taux de grossesses de la première année*	
	Utilisation correcte et régulière	En pratique
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Aménorrhée lactationnelle (6 mois)	0,9	2
Injectables mensuels	0,05	3
Injectables progestatifs	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatifs masculins	2	15
Méthode d'ovulation	3	
Méthode des 2 jours	4	
Méthode des jours fixes	5	
Diaphragmes avec spermicide	6	16
Préservatifs féminins	5	21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25
Retrait	4	27
Spermicides	18	29
Capes cervicales (femmes nullipares)	9	16
Pas de méthode	85	85

■ Très efficace ■ Efficace ■ Modérément efficace ■ Moins efficace

* L'efficacité des méthodes contraceptives est définie par le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation de leur méthode contraceptive, hors contraception d'urgence ou associations de différentes méthodes contraceptives.

PARLEZ DES AVANTAGES POTENTIELS AUTRES QUE CONTRACEPTIFS POUR FAVORISER L'OBSERVANCE

- Impact sur les règles : amélioration possible des règles qui deviennent plus régulières, moins douloureuses et moins abondantes, voire absentes,
- Diminution possible du syndrome prémenstruel,
- Impact bénéfique potentiel sur l'acné.

CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE : ACCOMPAGNER LA PRESCRIPTION

Contraception chez l'adolescente, ses spécificités ^{11,15}

Le rôle du médecin va bien au-delà de la prescription ; il s'agit d'informer et de rassurer en utilisant des termes compréhensibles tout en intégrant l'environnement de ces jeunes patientes.



1. L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents.

Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposez une consultation en 2 temps, dès le début de la consultation, afin que la personne qui l'accompagne sache que la jeune fille pourra s'entretenir momentanément seule avec le médecin ;

- Informez-la que l'entretien est confidentiel ;
- Signifiez-lui que la prise en charge gynécologique peut être gratuite et confidentielle dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Indiquez-lui que sa contraception peut être délivrée gratuitement sur prescription pour les mineures en pharmacie.

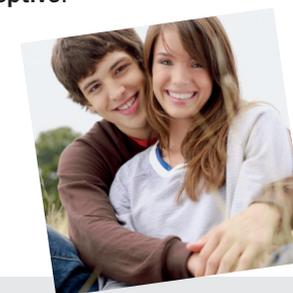
2. L'examen clinique comprend : examen général, taille, poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, seins, et d'autres éléments comme importance et localisation de l'acné, présence ou non d'une hyperpilosité (rendue parfois difficile suite à une épilation).

3. Différez l'examen gynécologique, sauf nécessité

- Adressez-la à un gynécologue si elle souhaite un stérilet, si elle se plaint de pertes, mais aussi pour son suivi gynécologique.

4. Trouvez les mots justes

- Engagez le dialogue en évitant d'être intrusif ; évoquez ses habitudes de vie, ses besoins, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive ;
- Recueillez des informations sur les antécédents personnels ou familiaux (thrombose veineuse ou artérielle, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec aura). La présence des parents étant souvent nécessaire à ce moment, il convient de la valoriser ;
- Prenez en compte les comportements à risque (tabac, alcool, cannabis), un éventuel mal-être, des difficultés scolaires, le manque de soutien familial ;
- Évoquez avec elle ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception, les risques de grossesse ;
- Expliquez que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel ;
- Rassurez-la quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses craintes par rapport aux hormones ;
- N'oubliez pas de parler d'efficacité contraceptive.



RÉÉVALUEZ RÉGULIÈREMENT

- Vérifiez dès que cela vous semble nécessaire l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et évoquez les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'INFORMATION À DÉLIVRER

Pourquoi prendre ce temps en consultation ? ^{11,15}

Une information exhaustive permet de tenir compte des préférences de l'adolescente et de proposer la méthode contraceptive la plus efficace possible.

Les échanges lors de la prescription permettent l'adhésion et l'adéquation du mode de contraception et en facilitent l'observance.

1. Informez sur les différentes méthodes contraceptives disponibles

- Leur mode d'emploi, leur efficacité ; les contre-indications, les risques (notamment thrombo-emboliques) et les effets indésirables possibles ;
- La procédure pour l'instauration et l'arrêt ;
- Le coût et le remboursement.



2. Rassurez sur les éventuelles craintes liées à « la pilule »

- **La prise de poids** : pas de preuve de prise de poids sous pilule œstro-progestative, possibilité d'une relation entre prise de poids et progestatif seul mais mal documentée ;
- **Le retour de la fertilité** : est en général immédiat sauf après injection de progestatif où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
- **L'impact sur les règles** : variable, risque de saignements entre 2 menstruations (spotting) ou de diminution du flux menstruel voir d'aménorrhée ;
- **Possibilité de tension des seins** (mastodynies).

3. Informez sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

- En complément de la mise sous contraception, encouragez l'utilisation des préservatifs et évaluez les possibles réticences.

4. Contraception d'urgence

- Informez sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles.

ACNÉ ET HORMONOTHÉRAPIE

CONTRACEPTION ET PEAU ACNÉIQUE

Les recommandations tiennent compte des nouvelles directives de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) concernant la prescription des œstro-progestatifs à visée contraceptive.¹⁶

Elles font notamment suite à la modification de l'indication de l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35µg, qui est aujourd'hui non indiquée dans la contraception.¹⁶

EN L'ABSENCE DE BESOIN CONTRACEPTIF, IL N'EST PAS RECOMMANDÉ DE PRESCRIRE UN ŒSTRO-PROGESTATIF DANS L'OBJECTIF DE TRAITER L'ACNÉ (GRADE A).^{8,16}

Attention ! Chez la femme acnéique nécessitant une contraception hormonale, il convient de s'assurer que celle-ci contienne un progestatif faiblement ou non androgénique.¹⁷

Œstro-progestatif à visée contraceptive chez une femme présentant de l'acné⁸

En première intention	COC avec progestatif contenant du Lévonorgestrel (2 ^e génération)
En deuxième intention	COC avec progestatif contenant du Norgestimate (assimilé deuxième génération), le seul ayant l'AMM contraception chez la femme présentant une acné

Si l'acné persiste malgré un traitement dermatologique bien conduit, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec la patiente et le gynécologue.⁸

GRADE A : Preuve scientifique établie fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.

Tous les COC ont un effet sur la peau, mais certaines associations peuvent améliorer l'acné.

1. EN FONCTION NOTAMMENT DU PROGESTATIF UTILISÉ¹⁸⁻¹⁹

Les progestatifs de 1^{re} et 2^e génération

Ces dérivés de la testostérone qui peuvent interagir avec les récepteurs des hormones masculines (Noréthistérone, Lévonorgestrel).

Les progestatifs de 3^e génération

Ces dérivés sont moins androgéniques (Désogestrel, Norgestimate, Gestodène) et ont un effet bénéfique sur l'acné.

Les progestatifs de 4^e génération

La Drospirénone exerce une activité anti-androgénique en bloquant la liaison des androgènes à leur récepteur.

2. EN FONCTION DE LA DOSE D'ETHINYL ESTRADIOL (EE) UTILISÉE

Les COC contenant des doses d'EE supérieures à 30 gammas ont un meilleur impact cutané.



BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, *et al.* La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et sociétés. 2014; 511: 1-4.
2. Impact de la modification récente des méthodes de contraception en France sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Novembre 2014.
3. Skalli S, *et al.* Les contraceptifs oraux sous le feu des projecteurs français. Pharmactuel. 2014 ; 47(2) : 125-127.
4. Rahib D, *et al.* Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.
5. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Haute Autorité de Santé, Novembre 2012.
6. Weill A, *et al.* Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. BMJ. 2016; 353: i2002.
7. De Bastos M, *et al.* Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 3: CD010813.
8. Acné : quand et comment la traiter ? Haute Autorité de Santé, Octobre 2015.
9. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) de janvier 2013 à décembre 2015. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Mars 2017.
10. Zoller B, *et al.* Age- and gender-specific familial risks for venous thromboembolism: a nationwide epidemiological study based on hospitalizations in Sweden. Circulation. 2011; 124(9): 1012-1020.
11. Fiche mémo, contraception chez l'adolescente. Haute Autorité de Santé, Janvier 2015.
12. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Haute Autorité de Santé, Mars 2013.
13. Bajos N, *et al.* Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003 May;18(5):994-9.
14. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Haute Autorité de Santé, Avril 2013.
15. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé publique. 2011 ; 23(2) : 77-87.
16. Prise en charge de l'acné. Recommandations de bonne pratique. Société française de dermatologie, Juin 2015.
17. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f8a2a78ecb307240d64d20dfbe8a429b.pdf.
18. Faure M, *et al.* Acné et contraception hormonale. Ann Dermatol Venereol. 2010; 137(11): 746-749.
19. Harper JC. Use of contraceptives for management of Acne Vulgaris. Practical considerations in real world practice. Dermatol Clin. 2016; 34: 159-165.

TEEN'ACT

S'ENGAGER POUR L'ACNÉ DE L'ADOLESCENT