



De la contraception à la sexualité : les adolescents et les autres

From contraception to sexual activity: teen-agers and other

Sylvain Mimoun*

Parmi toutes les modifications qui surviennent à partir de la puberté, celles qui touchent à la contraception et à la sexualité sont sans doute parmi les plus marquantes sur le plan émotionnel, d'autant plus que leurs répercussions peuvent retentir sur la vie sexuelle adulte.

Dans la réalité, dès sa définition, la contraception contient la dualité entre sexualité procréative et sexualité de plaisir, il ne s'agit donc pas que d'une anticonception. Pour une sexualité de plaisir, cela va déterminer les attentes et les comportements variables.

Rappelons que tout échec en matière de contraception dépend de l'effet de la méthode (variable technologique) et de la perception de l'utilisateur (variable psychologique). La sexualité et ses avatars interfèrent très directement sur ce 2^e point. Quand la sexualité est satisfaisante, sans histoire et sans plainte, il n'y a pas de répercussion sur la contraception. Une dysfonction sexuelle, en revanche, peut interférer négativement sur la contraception avec un retentissement sur l'observance et la tolérance.

Quand on parle de difficulté sexuelle, cela peut concerner la réaction sexuelle avec un impact sur le désir, l'excitation, le plaisir, ou même la douleur. Cela peut concerner aussi l'intimité émotionnelle, l'estime de soi et l'image du corps. Différents mécanismes se mettent en place : psychosomatique, cognitif, biologique.

Dans la dimension psychosomatique qui nous est chère, l'ambiguïté fantasmatique occupe une place non négligeable. Ainsi, par exemple, une femme peut accepter et bien tolérer sa contraception, rationnellement, mais elle veut aussi s'autoriser à fantasmer l'enfant imaginaire, émotionnellement. Ces 2 éléments existent fortement pour elle. Il n'est pas rare, cependant, que l'homme qui est avec elle pense rationnellement, quant à lui, que si sa femme prend une contraception c'est

qu'elle ne veut pas d'enfant. L'incompréhension par l'homme de cet espace fantasmatique induit assez souvent un trouble du désir chez elle et c'est la contraception qui est incriminée.

Si l'on se réfère à la dimension cognitive, ce sont toutes les croyances autour de la sexualité et de la contraception (antinaturelles, antihormones, corps étrangers, etc.) qui interfèrent.

D'autres fois, c'est l'atteinte de l'image du corps qui joue un grand rôle : quand on se perçoit beau, on a une vie sexuelle de meilleure qualité avec une meilleure assurance de séduction, des pratiques sexuelles plus diversifiées, une fréquence de rapports supérieure, même en mono-partenariat. Au final, on a une meilleure appréciation de soi-même. Notée de 0 à 40, l'estime de soi passe de 16,10 chez les "non-beaux" à 20,18 chez les "beaux" (1).

C'est pourquoi il est très important d'entendre ce qui est dit par les femmes (même si c'est subjectif). Quand elles disent, a fortiori quand elles le répètent, la pilule fait grossir, fait pousser les poils, lui donne des boutons ou supprime son désir, il y a de grands risques de non-observance ou de mauvaise observance. La rareté des relations sexuelles aussi peut induire un arrêt de la contraception. Souvent, la femme ne prévoit pas de contraception puisqu'il n'y a pas de projet, puisqu'il n'y a pas de stabilité. Une patiente dit : "J'ai toujours été frigide et nous n'avons plus de rapports sexuels, j'ai donc arrêté ma contraception". Plus de rapports sexuels, sauf exception, et l'une de ces exceptions entraînera une grossesse non désirée.

Il est évident donc qu'il faut tenir compte des effets indésirables décrits par les femmes, qu'ils soient attribués aux hormones ou à des symptômes plus fonctionnels. Les nausées, vomissements, œdèmes, ballonnement abdominal, tension mammaire, prise

* Gynécologue et psychiatre, directeur d'enseignement du diplôme universitaire de gynécologie psychosomatique de la faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis, Paris.

Points forts⁺

- » C'est au gynécologue que la jeune fille vient demander de la confirmer dans son devenir femme.
- » Tout échec en matière de contraception dépend de l'effet de la méthode (variable technologique) et de la perception de l'utilisateur (variable psychologique).

de poids cyclique, céphalée cyclique, hypertension vont nous pousser à réduire, voire à supprimer la quantité d'estrogènes dans le contraceptif... Et si cela ne suffit pas, cherchons à comprendre ce qui ne va pas dans sa vie. Idem pour les troubles attribués à la progestérone (excès d'appétit, dépression, fatigue, acné, peau grasseuse, hirsutisme, rash, prurits, et hypertension). N'oublions pas quand même que le plus souvent ces effets indésirables sont transitoires et disparaissent après 3 mois d'utilisation.

Quand la mésentente sexuelle existe

Quand la mésentente sexuelle existe, elle se manifeste le plus souvent chez la femme par l'absence de désir, l'anorgasmie, la dysorgasmie, les dyspareunies et le vaginisme et chez l'homme par l'éjaculation prématurée et les dysfonctions érectiles. L'absence de désir est la plainte sexuelle féminine la plus fréquente. Trente-quatre pour cent des femmes accusent la monotonie de freiner leur désir, 23 % dénoncent l'organisation quotidienne (2). Mais quels que soient les moyens contraceptifs, des difficultés sexuelles apparaissent quand les 2 partenaires ne sont pas d'accord sur le projet de contraception.

Quand une femme souhaite un enfant, que son conjoint refuse et qu'elle se sent obligée d'utiliser un moyen contraceptif, il n'est pas rare que des difficultés sexuelles apparaissent. Il pourrait en être de même quand l'homme souhaite avoir un enfant et que sa compagne refuse.

Tout le discours physiologique ne doit pas nous faire oublier que, pour certaines femmes, l'efficacité de la pilule (absence de variabilité du cycle) réduit leur désir pour des raisons psychologiques. Chaque jour du cycle étant semblable, les relations sexuelles sont rendues potentiellement toujours possibles. Et cette disponibilité théorique permanente s'accorde mal avec le vécu et les sensations de ces femmes. Selon l'enquête sur la sexualité en France (3), la méthode de contraception utilisée lors du dernier rapport sexuel était, chez des couples stables, la pilule (50,6 %), le stérilet (26,3 %) et la pilule et le préservatif (2,1 %).

Controverse sur la pilule

Il est bien connu que la sexualité féminine est très influencée par l'humeur, l'énergie et le bien-être, en plus d'autres facteurs psychologiques.

De plus en plus d'articles (mais peu d'études) se posent la question de savoir si la pilule (et plus généralement la contraception hormonale) freine la libido et les effets sexuels délétères.

Selon les études de Pillsworth et al. (4), Salonia et al. (5), Panzer et al. (6), les contraceptifs oraux (CO) suppriment la fluctuation des estrogènes et de l'ocytocine et ils augmentent la *Sex Hormone-Binding Globulin* (SHBG) diminuant ainsi les androgènes libres circulants.

Selon ces auteurs, l'ensemble de ces effets peuvent contribuer à la baisse de désir et de l'excitation. La diminution du taux de testostérone peut en être la cause. Mais d'autres facteurs peuvent aussi être attribués, les stéroïdes (en particulier des progestatifs) changent la sensibilité du vestibule chez les jeunes femmes prédisposées et contribue au développement des vulvovestibulites pour (7, 8). Mais ces études ont des faiblesses méthodologiques. Il y a un manque d'études randomisées contrôlées (pas d'évidence de niveau Ia-IIa).

La majorité d'entre elles sont rétrospectives avec peu de cas de vulvovestibulites, avec des biais possibles du fait de l'utilisation de laboratoires différents, avec une absence de corrélation entre les valeurs SHBG et la dysfonction sexuelle...

De plus, la plupart du temps, les troubles sexuels n'ont été ni repérés ni évalués par des questionnaires validés. Il y a assez souvent une confusion entre les termes satisfaction, "plaisir sexuel", fréquence des rapports, dysfonction sexuelle, etc.

Lors des journées de l'*International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH) à Lisbonne en mars 2006, Girdali et al. (9) concluaient que s'il y a vraiment une association entre CO et dysfonction sexuelle, elle est plutôt basse ou très basse. Schwenkenhagen (9) ajoutait qu'il existe aussi de nombreuses études cliniques qui montrent un effet positif des CO sur la sexualité.

Finalement, il a été conclu que la CO apporte beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients.

Dans ces mêmes journées, Graziottin (9) a mis en

Mots-clés

Sexualité
Contraception

Highlights

Teen-agers ask their gynecologist to confirm their femininity. The efficiency of contraception depends on the methods (technological variable) and user's perception (psychological variable).

Keywords

Sexuality
Contraception

avant les effets généraux très positifs des CO sur la sexualité féminine : autodétermination des femmes au niveau de la reproduction, protection contre les grossesses non désirées diminuant ainsi l'angoisse et l'insécurité, effet positif sur l'état physique avec la diminution des dysménorrhées, du syndrome prémenstruel, protection contre les annexites, les kystes ovariens, les grossesses extra-utérines, etc. Par ailleurs, gardons à l'esprit quand même que la médecine doit rester "un art"...

Ainsi, un progestatif à effet antiandrogène peut, certes, diminuer les androgènes circulants et améliorer une acné ou un hirsutisme, mais il peut interférer grandement sur l'image du corps. Finalement, quel est le facteur le plus délétère sur la sexualité d'une patiente ? Le désir sexuel ou... le désir de séduction ? Il est assez fréquent que des femmes choisissent plutôt le désir de séduction.

Dispositif intra-utérin

Alors que pour certaines femmes, le dispositif intra-utérin (DIU) représente la méthode contraceptive la plus naturelle, puisqu'il permet de conserver l'intégrité du cycle sans intervention chimique, pour d'autres, cet objet magique est investi de pouvoir maléfique. Certaines diront : "Avec le stérilet, je me sens 'vivante', quand je fais l'amour l'orgasme est plus fort..." ou "Je sens mieux les contractions vaginales, ça monte jusque dans l'utérus". Pour d'autres, la présence du DIU, de cet objet "en plus" dans leur corps, peut être mal perçue, ce qui peut les inhiber sexuellement.

Autres moyens contraceptifs

Avec l'anneau contraceptif, on touche la zone de plaisir. Si l'on s'appuie sur les études qualitatives du comportement sexuel des Français comme celle de Mossuz-Lavau (10) et l'enquête sur la sexualité en France de Bajos et Bozon (3), on se rend compte que les pratiques sexuelles et, par la même, le rapport à son propre corps, a beaucoup changé. Ce qui était à peine toléré d'après le rapport Simon en 1972, le contact avec la muqueuse vaginale l'est dans la grande majorité des cas aujourd'hui.

Le patch Evra® se voit, l'oubli se voit, ce qui peut en faciliter l'observance et avoir l'esprit tranquille pour les relations amoureuses. Quant à l'implant Implanon®, s'il est bien toléré, la vie sexuelle devrait se dérouler sans histoire.

Contraceptifs locaux

Avec les contraceptifs locaux aussi, la zone sexuelle ne peut être niée. Les femmes qui les utilisent régulièrement les ont en général totalement acceptés et ne s'en plaignent pas. Il est évident que les personnes pudiques n'apprécient pas les moyens locaux, car elles ont du mal à toucher la sphère génitale.

Pour certaines, la suppression de la spontanéité et de la nécessité d'avoir à prévoir les rapports pour la mise en place des spermicides, ou bien la gêne occasionnée par la texture, le parfum, voire le goût de la crème spermicide les rebutent.

D'autres femmes, en revanche, y trouvent un avantage du fait de la facilité lubrifiante.

Préservatifs

Les plaintes les plus fréquemment émises sont la diminution des sensations des 2 partenaires, l'interruption des jeux sexuels qui rompt la spontanéité, ce qui fait craindre à certains hommes une perte de l'érection (11). Soulignons cependant que ceux et celles qui l'ont "apprivoisé" arrivent à l'oublier, rassurés qu'ils sont par la protection infectieuse. Ils vivent de ce fait une sexualité beaucoup plus harmonieuse.

◆ Préservatifs féminins

Ces préservatifs sont malheureusement toujours mal distribués en France. Les patientes disent presque toutes qu'il leur a fallu une courte période d'apprivoisement (2 à 3 Femidom® en général) avant de l'accepter totalement. Elles disent aussi que les sensations de chaleur et de plaisir sont maintenues. Ce moyen peut permettre à la femme et au couple de retrouver la décontraction indispensable au cours du rapport sexuel, la peur des infections sexuellement transmissibles (IST) étant surmontée.

Consultations avec les adolescentes

Chez les jeunes, d'autres difficultés apparaissent du fait de la particularité de la sexualité des adolescents. En effet, ils ont quelques difficultés à se reconnaître comme "sexuellement actif", il y a une irrégularité des rapports sexuels et même une vraie ignorance de ce qui se passe dans leur corps. Il n'est pas rare de rencontrer des jeunes filles qui ne savent pas bien s'il y a eu pénétration, "suis-je encore vierge ?", sensation de pénétration sans réalité. Sans compter l'abstinence,

désirée par certaines jeunes, qui parfois représente un tel idéal pour elles, qu'elles déniaient (inconsciemment) la réalité du rapport sexuel.

Parmi les consultations compliquées, il y a celles où la jeune ado vient "en couple" avec sa mère pour se plaindre d'une difficulté sexuelle. L'habitude des prises en charge en couple peuvent aider le praticien à gérer ce genre de situation, et faire sortir la mère adroitement par exemple...

Prévention : partie prenante de la consultation contraceptive

Les parents, les éducateurs, les soignants ont un rôle fondamental à jouer pour mettre en place une prévention sur le plan contraceptif, mais aussi sur le plan des anti-infectieux, en n'oubliant pas que la peur n'est pas la meilleure conseillère et que si l'on souhaite être entendu par les adolescents, il faut avoir présent à l'esprit qu'ils attendent en général d'être pris au sérieux et qu'on ne leur fasse pas la "leçon".

Attentes des adolescents souvent décalées

- Recherche de normalité : l'adolescent attend un avis éclairé sur la normalité ou, au contraire, l'anormalité des modifications qu'il subit. Il est en besoin de repères et en attente d'informations (12).
- Que l'on s'intéresse à eux : la plupart des adolescents trouvent leur médecin pas assez curieux et trop silencieux.
- Confidentialité : 1 adolescent sur 2 déclare ne pas savoir où consulter sans que ses parents le sachent. Les nouveaux comportements des adolescents peuvent retentir, au moins de manière indirecte, sur la sexualité, voire sur les échecs de contraception. Si

seulement 1 % des jeunes de 17 à 19 ans boivent tous les jours une boisson alcoolisée, le "binge drinking", qui consiste à boire jusqu'à l'ivresse totale, s'est beaucoup développé en France et en Europe (28 % des 15 à 19 ans boivent de manière répétée et plus de 50 % au moins 1 fois) [13]. Dans ces cas, des rapports sexuels ont lieu sans aucune conscience et donc le plus souvent sans aucune protection contraceptive ou anti-infectieuse.

Ici aussi, l'objectif idéal de la consultation n'est pas de "faire la leçon", car elle risque fort de ne pas être entendue à ce moment-là, mais, au contraire, de voir avec la jeune patiente par exemple ce qu'elle en pense et ce qu'elle-même voit comme solution, en anticipant les éventuelles récurrences. Notre rôle ici est plus près du *coaching*...

Il en est de même dans les consultations, dont les motifs peuvent être très variés (et apparemment loin de la contraception) : problèmes scolaires, problèmes de poids, de taille, puberté, troubles du caractère, de l'humeur, tentative de suicide, consommation de haschich, troubles du comportement alimentaire, problème de sommeil, symptômes flous, maladies chroniques... Notre rôle peut se limiter à l'adresser à quelqu'un, mais en maintenant le lien avec elle. C'est là quelle pourra se sentir accompagnée. Il est aussi souvent questions de problèmes devant lesquels les parents se sentent démunis : la drogue, la violence à l'école, le sida, les tentatives de suicide, le mal-être en général, l'anorexie, les problèmes liés à la sexualité, le tabac, l'alcool, l'obésité, l'avortement, etc.

C'est au gynécologue que la jeune fille vient demander de la confirmer dans son devenir femme. Le rôle du praticien n'est pas d'interdire ou de banaliser l'acte sexuel, mais plutôt de favoriser le pouvoir de liaison et d'épanouissement de cet acte. C'est cela qui facilitera l'affirmation de soi et la rencontre avec l'autre ainsi que l'expression de la tendresse et de la sexualité à leur propre rythme. ■

Références bibliographiques

1. Bruchon-Schweitzer M. Ce qui est beau est bon : l'efficacité d'un stéréotype social. *Ethnologie française*, XIX,1989:111-7.
2. Mimoun S. Ce que les femmes préfèrent. Première enquête sur le désir féminin. Paris : Albin-Michel, 2008.
3. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Paris : La Découverte 2008.
4. Pillsworth EG, Haselton MG, Buss DM. Ovulatory shifts in female sexual desire. *J Sex Res* 2004;41:55-65.
5. Salonia A, Nappi RE, Pontillo M et al. Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women. *Horm Behav* 2005;47:164-9.

6. Panzer C, Wise S, Fantini G et al. Impact of oral contraceptives on sex-hormone binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2006;3(1):104-13.
7. Bohm-Starke N, Johannesson U, Hilliges M, Rylander E, Torebjörk E. Decreased mechanical pain threshold in the vestibular mucosa of women using oral contraceptives - a contributing factor in vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 2004;4911:888-92.
8. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case control study. *Am J Epidemiol* 2002;156(3):254-61.
9. Giraldi A, Graziottin A, Schwenkenhagen A. Women should be counselled prior to the use of oral contraceptives that

there is a high association with sexual dysfunction. *Journées de l'International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH)*. Lisbonne, mars 2006.

10. Mossuz-Lavau J. Études qualitatives du comportement sexuel des Français. Paris : La Martinière, 2002.
11. Lévy JJ, Frigault LR, Dupras A, Samson JM, Capon P. Déterminants des stratégies contraceptives parmi les étudiantes universitaires du Québec et de l'Ontario. *Gynecol Psychosom* 1995;1,12.
12. Lebreton D, Marcelli D (sous la direction de). Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse. Paris : Puf 2011.
13. Mimoun S, Etienne R. Ados : questions d'amour. Paris : Albin-Michel, 2012 (à paraître).