

Mots clés :

Contraception orale
Efficacité
Risque/
bénéfice

Contraception orale : le type de pilule favorise-t-il l'observance ?

Les Françaises utilisent très largement aujourd'hui la contraception médicalisée (pilule et stérilet). Pourtant, une grossesse sur 3 est toujours qualifiée de non prévue par les femmes elles-mêmes et 30% surviennent sous contraception médicalisée¹. Il y a donc une différence considérable entre l'efficacité contraceptive théorique (taux d'échec estimé à 0,3/100 femmes-années²) et son efficacité pratique. Pour ce qui est de la contraception orale, à de rares exceptions près en rapport avec des interactions médicamenteuses ou des incidents de la vie courante, l'explication tient pour l'essentiel aux difficultés de l'observance. Des données françaises et internationales récentes apportent un éclairage complémentaire, notamment sur la question du choix du contraceptif oral¹⁻⁶.

Effets secondaires et arrêts de la contraception

Dans une étude prospective américaine près de 1657 femmes en 1998ⁱⁿ², 16% de celles qui avaient changé de pilule et 32% de celles qui en avaient commencé une l'avaient arrêtée à 6 mois. Pour 46%, c'était en raison d'effets secondaires tels que *spottings* et céphalées. Plus récemment, une autre étude prospective³ montrait que, chez 1716 femmes, les effets secondaires n'étaient pas souvent en cause parmi les 60% qui avaient interrompu leur contraception dans les 6 premiers mois, mais beaucoup plus les problèmes d'accessibilité et de coûts (aux USA). Les dernières données de la cohorte française COCON (2863 femmes) sont assez proches : les abandons de pilule sont de 22% à 12 mois, 48% à 4 ans⁴. Les effets secondaires les plus souvent rapportés sont la prise de poids (25,2%), les douleurs menstruelles (20,7%), les jambes lourdes (20,9%) et les règles abondantes (15,6%)⁵.

Le type de pilule est-il en cause ?

Nous disposons aujourd'hui de nombreuses variétés de pilules⁶ qui diffèrent par leur dosage en estrogène (de 15 à 50 γ /j), leur progestatif, leur séquences d'administration (mono ou multiphasique) et le nombre de pilules actives par plaquette. Les plus récentes pilules sont plus

faiblement dosées en estrogènes (20 et même 15 γ) combinés à des progestatifs dits de 3^{ème} génération (desogestrel et norgestimate) sur l'hypothèse d'une meilleure tolérance que le levonorgestrel due à la diminution des effets androgènes.

Cependant, les données de COCON ne montrent aucune différence entre les pilules, quels que soient les dosages d'estrogènes, le progestatif utilisé ou les séquences d'administration⁵.

De même, une revue Cochrane⁶ des essais randomisés dans ce domaine n'a pas montré de différences d'efficacité entre les pilules à faible dosage (<20 γ) et les autres, mais des arrêts plus fréquents des pilules faiblement dosées en début de traitement à cause d'événements indésirables tels qu'irrégularité menstruelle, aménorrhée, ou au contraire règles prolongées, *spottings*, etc.

Le choix de ces « nouvelles pilules » ne repose donc sur aucune donnée factuelle. L'équipe INSERM⁵ ajoute que les différences de coûts, notamment du fait du non-remboursement des pilules les plus récentes, amplifie le phénomène d'arrêts intempestifs. L'observance repose plus sur l'efficacité de l'accompagnement et du conseil médical que sur le type de pilule.

Que retenir pour la pratique ?

- Les effets indésirables des contraceptifs oraux sont souvent incriminés

comme principaux responsables des échecs de la contraception. Ils ne peuvent être attribués à un type de pilule plutôt qu'un autre. Aucune donnée factuelle ne permet de choisir parmi les pilules commercialisées. Seule une vaste étude prospective comparative permettrait peut-être de mettre en évidence des différences pertinentes, notamment parce que l'efficacité théorique des contraceptifs oraux et des effets indésirables graves sont rarement mis en cause¹⁻⁶.

- Les abandons précoces ou changements de contraceptif sont fréquents

et jouent sans doute le rôle le plus important dans les échecs : l'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédents^{1,6}.

- Les études d'observance de la contraception orale montrent que les oublis de pilule surviennent dans des situations sociales et affectives particulières

de la vie des femmes¹. C'est à partir de cette notion de « situation à risque » correspondant à un moment de fragilité dans des parcours contraceptifs par ailleurs hautement médicalisés que nous devons nous poser la question du choix contraceptif et non sur le type de pilule à préférer à une autre.

Références

- 1- Inserm-Ined Unité 822. Synthèse de l'enquête cocon (2000-2004). Mars 2008. <http://www.profa.ch/cms/documents/PF-synthesecocon2008.pdf>
- 2- Amy JJ et al. Contraception for women: an evidence based review. *BMJ*. 2009;339:563-9.
- 3- Westhoff C et al. Oral Contraceptive Discontinuation: Do Side Effects matter? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):412e1-412e7.
- 4- Moreau C et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum. Reprod*. 2009;24:1387-92 (abstract)
- 5- Moreau C. Oral Contraceptive Tolerance: Does the Type of Pill Matter? *Obstet Gynecol* 2007;109:1277-85.
- 6- Gallo MF et al. 20 μ g versus >20 μ g estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.