

Plus de grossesses « sous pilule » avant 25 ans ?

Mots clés :

Contraceptifs ;
Contraceptifs
oraux hormo-
naux ; [Con-
traceptive
Agents; Con-
traceptives,
Oral, Hormo-
nal]

Les contraceptifs estroprogestatifs oraux (CEP) sont la méthode contraceptive la plus utilisée par les Françaises, notamment les moins de 25 ans (80% sont utilisatrices)¹. Cependant, les nombreux recours à la contraception d'urgence (30 à 40% des cas dans cette tranche d'âge) soulignent un taux d'échec non négligeable : dans la vie *réelle*, l'efficacité n'est pas l'efficacité *optimale*, ce qui se traduit concrètement chez ces jeunes femmes par un taux élevé de grossesses non désirées malgré la contraception. En France comme aux USA¹⁻³, ce taux d'échec est plus élevé dans la 1^{ère} année d'utilisation que chez les femmes plus âgées, sans qu'il y ait changement notable depuis 1995^{3,4}. Les études observationnelles et méta-analyses citées apportent quelques données utiles à la décision.

Efficacité biologique des CEP oraux

Elle est pour tous les CEP proche de 100%, exprimée par un indice de *Pearl* (nombre de grossesses parmi 100 femmes suivies 1 an) qui tend vers 0⁵. De nombreux CEP sont maintenant commercialisés, avec des composants de nature et de dosages très différents. Leurs indices de *Pearl*, calculés à partir des dossiers de demande d'AMM, varient par exemple de 0 (Stédiril® ou Adepal®) à 0,77 (Tricilest®)⁵. Cette efficacité *optimale* (celle des essais cliniques) est à distinguer de l'efficacité *en pratique courante* où l'indice varie entre 6 et 8 en fonction des oublis, incidents digestifs et autres aléas environnementaux²⁻⁴.

Echecs plus nombreux chez les plus jeunes

Les taux d'échec des différentes méthodes contraceptives ont été estimés dans la cohorte COCON (1689 Françaises âgées de 18 à 44 ans), suivie depuis 2000². Au total, il y a eu échec déclaré de la contraception chez 2,9% des femmes dans la 1^{ère} année d'utilisation, 8,4% au cours des 5 1^{ères} années. Pour les seuls CEP, les pourcentages cumulés des échecs sont de 2,4% (année 1), 3,6% (2 ans), 5% (3 ans), 6,1% (4 ans), 6,8% (sur les 5 ans). Le stérilet a un moindre taux d'échec, les autres méthodes davantage (jusqu'à 22% pour les spermicides, la 1^{ère} année). Aux USA, le taux d'échec des CEP a été estimé à 7% la 1^{ère} année, chez les 7643 femmes de 18 à 44 ans de l'échantillon représentatif de la *National Survey of Family Growth (NSFG)*, sans modification de tendance entre 1995 et 2002³. Ces différences, peut-être liées à différents biais, demandent confirmation. Mais il y a indiscutablement constat d'un échec certain chez les plus jeunes²⁻⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

Le choix d'un CEP est toujours à individualiser (*Bibliomed* 571). La « meilleure » pilule est celle qui est adaptée à son utilisatrice. Avant 25 ans, le risque d'échec « biologique » n'est pas nul aux faibles doses, déconseillées chez les très jeunes femmes en 1^{ère} contraception. La pilule « idéale » à cet âge devrait sans doute combiner éthynyl-estradiol (au moins 30γ) et lévonorgestrel, avec un arrêt de 4 jours maximum (pourquoi pas 24 cp + 4 placebos) voire en continu.

En termes d'efficacité contraceptive, CEP, patch et anneau vaginal viennent après les DIU et implants. Ces deux derniers sont plus efficaces, moins coûteux, plus discrets et conviennent parfaitement à une 1^{ère} contraception, à condition qu'une information objective permette à chaque femme le choix réel de sa contraception (*Bibliomed* 574).

Comment l'expliquer ?

Dans tous les cas, stérilet excepté, le taux d'échec diminue surtout après 2 ans d'utilisation. Plusieurs explications sont possibles : baisse naturelle de la fertilité, meilleure utilisation des CEP au fil du temps (confirmée dans une étude dans 5 pays européens, où la fréquence des oublis de pilule semble moins élevée qu'aux USA)². Il est aussi constaté dans COCON que le risque d'échec de la pilule augmente en cas de grossesse non désirée antérieure. Ces résultats demandent de nouvelles recherches sur les facteurs déterminant l'efficacité contraceptive, facteurs socioéconomiques mais aussi situationnels (les circonstances de la vie évoluent et affectent les comportements)^{2,3}.

Echecs « biologiques » ?

La question est très peu documentée (quelques publications des années 1970-80 dans *Pubmed*). Une revue récente rappelle cependant que, depuis 1960, la dose hormonale utilisée n'a cessé de diminuer⁶. Selon les données pharmacocinétiques, les CEP inhibent l'ovulation, épaississent la glaire cervicale et amincissent la muqueuse de l'endomètre. Mais la concentration sérique hormonale a des variations individuelles. Il n'est pas *pharmacologiquement* impossible que l'arrêt de 7 jours entre chaque plaquette de pilules minidosées soit trop long chez certaines femmes où il peut y avoir ovulation précoce (il faut environ 7 prises pour que le blocage hypophysaire soit complet). Il est difficile de savoir si les doses <30γ d'éthynyl estradiol exposent les femmes à un risque accru d'échec. Mais chez les plus jeunes, l'ovulation étant plus « facile », le risque d'échec des pilules faiblement dosées est assez logique.

Références

- 1- INPES. Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Octobre 2011.
- 2- Moreau C et al. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Human Reproduction*. 2007;22:2422-7.
- 3- Kost K et al. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008;77:10-21.
- 4- Tang JH et al. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11.
- 5- ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives Chez la femme. Décembre 2004.
- 6- Robinson JA. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. *Women's Health*. 2013;9:453-66.