

Mémoire de Maîtrise en médecine No 837

# **PILULE ORALE OESTRO-PROGESTATIVE :**

## **Les préoccupations des femmes coïncident-elles avec celles des médecins ?**

Etudiant

*Andrea Dall'Aglio*

Tuteur

*Dr. Renteria Saira-Christine*

*Dpt de gynécologie et obstétrique, CHUV*

Expert

*Prof. Johannes Bitzer*

*Universitäts-Frauenklinik, Bâle*

Lausanne, le 24.02 2013

*« Il faut que la contraception ait ses règles »*

Michel Debré

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.1 Situation actuelle .....	5
1.2 Intérêt personnel.....	5
1.3 But de la recherche .....	6
1.4 Intérêt du projet.....	7
1.5 Méthodologie .....	7
<b>2. LES FEMMES ET LA PILULE</b> .....	<b>9</b>
2.1 Attitude des femmes .....	9
2.1.1 Compliance .....	9
2.1.2 Motifs d'interruption des COC.....	10
2.2. Connaissances.....	11
2.3 Préoccupations des femmes .....	13
2.3.1 Méthodologie d'exploration des forums.....	13
2.3.2 Aperçu général.....	13
2.3.3 Effets « secondaires » .....	14
2.3.3.1 Effets indésirables .....	16
Variations pondérales .....	16
Modifications du saignement menstruel.....	16
Diminution de la libido .....	16
Troubles de l'humeur .....	17
2.3.3.2 Effet comme facteur de risque .....	17
2.3.3.3 Effets bénéfiques non contraceptif .....	18
2.3.3.4 Anticipation ou vécu des effets ?.....	19
2.3.4 Questionnement liés À l'utilisation pratique .....	19
2.3.4 Les internautes et les médecins.....	20
2.4. Les hormones synthétiques comme danger .....	21
2.5 Contenu des sources d'informations données aux femmes .....	23
2.5.1 Presse .....	24
2.5.1.1 Presse généraliste.....	24
2.5.1.2 Presse féminine .....	26
<b>3. QUELLE REPONSE MEDICALE ?</b> .....	<b>28</b>
3.1 Mandat médical tel que prôné par les sociétés médicales .....	28
3.2 Attitude des médecins.....	29
3.3 Pilule et recherche médicale .....	30
3.3.1 Qu'en est-il des effets préoccupants les femmes ?.....	31
Gain de poids.....	32
Diminution de la libido .....	32
Troubles de l'humeur .....	32
Saignements irréguliers .....	32
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>33</b>
4.1 Analyse des résultats.....	33
4.2 Pourquoi y a t il un écart ? .....	34
4.3 Solutions ? .....	35
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>38</b>
<b>9. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXES</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Annexe 1 : Histoire de la création de « la pilule »</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Annexe 2 : Pharmacologie</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
Rappel du cycle physiologique .....	Erreur ! Signet non défini.
Régulation du cycle.....	Erreur ! Signet non défini.
Cycle menstruel.....	Erreur ! Signet non défini.
Mode d'action.....	Erreur ! Signet non défini.

Mode d'administration .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Efficacité contraceptive .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Annexe 3 : Epidémiologie</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Annexe 4 : Principaux effets de la pilule</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Effets indésirables .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Gain de poids.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Diminution de la libido .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Céphalées .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Troubles de l'humeur .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Saignements irréguliers .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Effets comme facteur de risque de maladies.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Cancer du sein.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Risque thromboembolique .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Infarctus du myocarde .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Accident vasculaire cérébral .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Effets bénéfiques non contraceptifs.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Cancer de l'endomètre .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Cancer de l'ovaire.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Cancer colorectal .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Mastopathies bénignes .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Dysménorrhée .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Ménorragie.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Syndrome prémenstruel .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Acné.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Rapport risques et bénéfiques.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Annexe 5 : La pilule, plus qu'un médicament</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
La pilule et son impact sur la société.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Pilule et féminisme .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Situation actuelle

« *Un jour viendra où le principal avantage d'apprendre la médecine sera de se protéger contre les médecins* ». Cette phrase de Jacques Ferron illustre bien le sentiment que certain-e-s patient-e-s cultivent à l'égard du corps médical, une confiance en les connaissances fournies par la science, mais une méfiance envers ceux chargés de les transmettre.

La pilule contraceptive en est certainement l'emblème. Ce médicament apparu il y a maintenant 52 ans, fait depuis son apparition l'objet de débats intenses. Débats tant sociaux que médicaux. Aujourd'hui, la contraception orale est devenue la forme de contraception la plus utilisée dans le monde occidental mais malgré son succès, elle reste toujours au centre des débats. Toutefois le contexte, les préoccupations et même la pilule ont changé.

Le contexte actuel pousse les femmes à prendre la pilule, pour diverses raisons, soit personnelles, sociales, médicales ou commerciales. D'un côté elle est présentée comme la contraception « idéale », comme l'outil permettant à une femme d'avoir une vie sexuelle et professionnelle « libérée » avec un rapport risques-bénéfices optimal et de l'autre côté les femmes se posent des questions face à une pilule qui doit être prise quotidiennement et souvent à long terme. Une pilule dont elles entendent régulièrement parler dans les médias comme véhiculant un danger camouflé par un complot pharmaco-médical. Parfois commencée à un jeune âge, lorsque l'on est plus tout à fait enfant et loin d'être femme, ce contraceptif accompagne leurs premières aventures sexuelles et leurs premiers pas dans leur processus de construction en tant que femme. Mais très vite la pilule pose de nombreuses questions. Parce que les copines en parlent, parce que les médias en parlent, parce qu'elles ont l'impression d'avoir pris du poids, d'avoir une baisse de libido, d'être plus triste.

Les médecins parlent d'un médicament peu dangereux, avec peu d'effets secondaires, mais elles ne se sentent pas rassurées. Parce que partout on nous dit que la pilule peut être dangereuse. Il y a ce reportage sur cette fille qui a fait un AVC, il y a cette amie qui portera un collant (bas à compression) à vie, il y a cet article qui dit que les poissons changent de sexe à cause des œstrogènes de leur pilule. Il y a ce sentiment que l'on ne leur dit pas tout.

## 1.2 Intérêt personnel

L'idée de ce travail est née lors de conversations répétées avec des amies proches. Au fur et à mesure des conversations concernant la pilule contraceptive, le sentiment d'être différente, de ne pas se sentir femme, de se sentir plus grosse, d'avoir perdu son désir sexuel ou encore d'avoir peur pour sa santé, sont des plaintes revenant systématiquement.

Un autre axe de plaintes entendues a été le sentiment que les médecins ne donnent que très peu d'informations au moment de prescrire une contraception orale. Un sentiment que la contraception orale est une évidence pour tout le corps médical alors que pour ces femmes la question est plus compliquée. De cet écart d'agenda, découle pour certaine, une forme de méfiance à la limite du rejet de toute information donnée par leur médecin. Comme si les médecins n'étaient que des promoteurs de l'industrie pharmaceutique, souhaitant cacher la réalité à leur patiente.

De cette interaction il en ressort une forme de lutte entre, d'un côté un corps médical qui est reconnu comme transmettant une forme de vérité, et d'un autre un sentiment personnel, non objectivable, ne recevant pas l'attention souhaitée. En tant qu'homme, lorsque l'on me parlait de contraception orale, je ne pensais pas vraiment à une quelconque difficulté hormis le schéma d'administration contraignant et le risque de thrombose que je considérais comme faible. Le plus surprenant pour moi a été d'observer ces plaintes chez bon nombre d'étudiantes en médecine ainsi que chez des femmes ayant prit la pilule pendant de nombreuses années. De plus à chaque fois que j'ai eu l'occasion d'initier ce débat avec des groupes de personnes, au delà du débat vif concernant la pilule en elle-même, les discussions déviaient très rapidement sur la contraception en tant que contrôle de la fertilité et son rôle dans nos vies sexuelles et sociales.

L'encrage social de la pilule a d'ailleurs toujours été essentiel, elle reste encore aujourd'hui un symbole important d'indépendance féminine et ce même si bon nombre de femmes disent que ce n'est pas uniquement aux femmes de payer le prix d'une sexualité libre, et que les hommes devraient aussi avoir leur contraception hormonale. Cette vision met en évidence la relation ambiguë que vivent bon nombre de femmes par rapport à leur contraception. D'un côté, il y a le médicament leur permettant de contrôler leur désir de grossesse et en quelque sorte de se réapproprier leur corps et, de l'autre, le sentiment de prendre un médicament dangereux pour leur santé. Induisant paradoxalement un sentiment d'inégalité vis à vis de leur partenaire.

Ces conversations m'ont laissées le sentiment que la médecine passe à côté des préoccupations des femmes, sentiment m'ayant conduit à l'hypothèse qu'un écart existe entre les préoccupations des femmes vis-à-vis de la contraception orale et celles du monde médical dans son ensemble. Cet écart entre une vision objective voyant la pilule comme une extraordinaire méthode de contraception de part sa haute efficacité théorique et son rapport risques-bénéfices nettement en faveur des bénéfiques, et la préoccupation de certaines femmes motivées par des effets difficilement objectivables, par des articles de presses effrayants et par des effets subjectifs ayant un impact majeur sur leur vie au quotidien, méritait d'être mis sous la loupe.

### **1.3 But de la recherche**

L'objectif de ce travail sera donc de démontrer l'existence d'un écart entre les préoccupations médicales et celles des femmes en matière de contraception orale et de l'explorer. Le cas échéant, il s'agira de décrire ses diverses expressions et conséquences potentielles ou avérées.

## 1.4 Intérêt du projet

S'assurer que les préoccupations de la médecine sont en phase avec celles de ses patientes, est plus que jamais à l'ordre du jour. La polémique autour de la pilule reste vive, cette année encore une déferlante sur les dangers de la pilule est apparue dans la presse. Une information qui de nos jours est multiple, largement accessible et parfois contradictoire. Source de confusion elle affecte le lien de confiance entre le médecin et sa patiente. Face à cela, il est donc essentiel de s'intéresser à ce qui préoccupe les femmes et de leurs apporter des réponses adéquates et un sentiment d'être entendue.

Mais attention, comme le met en évidence une revue Cochrane<sup>1</sup> sur les stratégies permettant d'augmenter l'adhérence aux méthodes hormonales de contraception; améliorer les méthodes de communications et augmenter le counseling n'améliorent pas significativement l'adhérence. Il s'agit plutôt d'effectuer une réflexion de fond sur ce que représente la contraception orale pour une femme, en considérant les différentes dimensions intervenant dans la contraception.

La problématique d'observance favorisée par ce climat de polémique, affecte l'objectif final d'une contraception efficace, la diminution des grossesses non désirées et des avortements.

Sur ce point là peu de progrès ont été observés sur ces 25 dernières années. Par exemple en France avec 82% des femmes entre 15 et 49 utilisant une contraception, dont 60% la pilule, un tiers de toutes les grossesses restent non désirées. Ces grossesses se terminant dans 62% des cas en avortement. Un taux élevé de grossesses non désirées, expliqué dans deux tiers des cas, par des échecs de contraception qui dans le cas de la pilule sont essentiellement liés à l'observance<sup>2</sup>. Un autre fait est que la contraception orale est en soit une méthode contraceptive très efficace, présentant relativement peu de risques pour la santé, offrant aux femmes la possibilité de contrôler leur cycle, et d'en diminuer les effets désagréables. Mais malgré ces avantages, 30% de femmes en Suisse en demande d'une contraception, préfèrent se tourner vers d'autres méthodes, moins efficaces. Et parmi les 65% d'utilisatrices beaucoup d'entre-elles auront une compliance faible rendant leur contraceptif nettement moins efficace<sup>3</sup>.

Il est donc essentiel tant pour les patientes que pour les praticiens de s'assurer qu'un écart ne continue pas à se creuser et d'éviter qu'une relation de méfiance s'instaure entre le médecin et sa patiente. La confiance en la parole du médecin étant nécessaire dans la perspective d'une médication quotidienne, et à long terme où la compliance est un facteur essentiel de son efficacité. D'où l'intérêt de relever cet écart et d'en identifier les causes.

## 1.5 Méthodologie

Dans la partie originale de mon travail je vais explorer les préoccupations des femmes en procédant par étapes afin de les confronter pour finir aux connaissances et perceptions médicales ainsi qu'à la réponse médicale qui s'en suit, et le cas échéant de mettre en évidence l'écart suspecté.

---

<sup>1</sup> Halpern V, Grimes D, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD004317.

<sup>2</sup> Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J (2009) Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Hum Reprod 24: 1387-1392.

<sup>3</sup><http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/04/blank/dos/mikrozensus/04.html>

La première étape consistera à explorer l'attitude des femmes vis à vis de la pilule, attitude déterminée par leur observance, leur taux d'interruption et leurs motifs d'interruption mis en évidence par la littérature scientifique. Cette attitude étant dans une certaine mesure influencée par les connaissances des femmes sur la pilule et ses effets, elles seront relevées à sur la base de la littérature y consacrée.

La deuxième étape sera dévouée à une exploration qualitative des préoccupations des femmes à partir de forums internet sur la santé, s'adressant à un public féminin, ainsi qu'à l'identification du contenu des sources d'informations autres que médicales à partir de la presse générale et féminine.

Par après, la description de la position, de l'attitude et de la réponse médicale sera étayée à partir de guidelines existantes.

Finalement ce travail sera complété par des pistes pour de futures recherches et réflexions quant aux raisons possibles de la problématique qui a fait l'objet de l'hypothèse de ce travail. Pour terminer la conclusion retracera les points clés mis en évidence dans ce travail.



## 2. LES FEMMES ET LA PILULE

### 2.1 Attitude des femmes

L'attitude selon G. Allport, se définit comme étant " *Un état mental de préparation à l'action, organisée à travers l'expérience, exerçant une influence directive et dynamique sur le comportement.*"<sup>4</sup> C'est à dire qu'elle représente le degré de complaisance ou de rejet que l'on a acquis, vis à vis d'un objet donné, reflétant ses croyances à propos de cet objet et influençant son comportement.

#### 2.1.1 Compliance

Comme mentionné dans l'annexe 1, l'efficacité de la contraception orale est énormément diminuée par la problématique du manque d'observance et des interruptions. Concernant les oublis de pilule une étude<sup>5</sup> sur l'observance a révélé que 47% des femmes déclarent oublier de prendre une pilule ou plus par cycle et 20% en oublient deux ou plus. L'importance du manque d'observance est propre à cette méthode, puisque selon une étude multicentrique auprès de 26'250 femmes, la pilule a le plus haut taux de non observance avec 71% suivi du patch (32%) et de l'anneau (21,6%)<sup>6</sup>. Les interruptions quand à elles sont très fréquentes, avec un pic d'interruptions à 3 mois<sup>7</sup> et des taux à 6 mois qui varient entre 18% et 57% selon les études<sup>8</sup> et pour les adolescentes, ce taux est encore plus élevé avec près de 50 % d'interruptions à 3 mois<sup>9</sup>. Elles résultent fréquemment en une période sans contraception suivis du choix d'une méthode moins efficace ou d'un arrêt complet de toute contraception<sup>10</sup>.

Le problème de l'observance n'est pas sans conséquences, puisque malgré l'utilisation généralisée de méthodes contraceptives efficaces, il y a chaque année en France 350'000 grossesses non désirées, soit un tiers de l'ensemble des grossesses. 62% de ses grossesses se termineront en avortement et parmi ces avortements on peut estimer que deux tiers sont attribuables à des échecs de contraception, échecs non limités aux formes de contraceptions peu efficaces, mais concernant aussi à la contraception orale<sup>11</sup>.

Aux Etats-Unis la situation n'est pas meilleure, puisque on estime que 50% des grossesses ne sont pas désirées, dont la moitié se terminent en avortement. La part attribuable à un échec de la contraception orale

---

<sup>4</sup>Allport F. H. "Attitudes" in Handbook of social psychology, Clark University Press, 1935 cité par Ghiglione R. & Bromberg M. in "Cours de psychologie" tome 1, Dunod, 1992.

<sup>5</sup> Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. « Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation », *Fam Plann Perspect*, vol. 30, n° 2, 1998, p. 89-92.

<sup>6</sup> Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception* 2008;77: 276–282.

<sup>7</sup> Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:577–82.

<sup>8</sup> Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, et al. *Oral contraceptive discontinuation: Do side effects matter?* *Am J Obstet Gynecol* 2007;196: 412.e1-412.e7.

<sup>9</sup> Balassone ML. *Risk of contraceptive discontinuation among adolescents.* *J Adolesc Health Care* 1989;10:527–33.

<sup>10</sup> Gourdy P. et al. ; *Hormonal Contraception in Woman at Risk of Vascular and Metabolic Disorders : Guidelines of the French Society Of Endocrinology ; Annals of Endocrinology (Paris) (2012), 509, 19*

<sup>11</sup> Ibid

est de 20%<sup>12</sup>. Dans une étude par questionnaire auprès de 305 femmes, 31% déclarent avoir eu une grossesse non désirée dont 11% étaient sous pilule à ce moment là<sup>13</sup>.

### 2.1.2 Motifs d'interruption des COC

“Such high rates of discontinuation almost surely reflect dissatisfaction with current methods”concluent Vaughan et Trussell dans leur étude sur les interruptions de contraception<sup>14</sup>. Cette conclusion est partiellement juste, puisque sur une période de deux ans l’interruption de contraception est dans 61% des cas liée à la méthode contraceptive elle-même<sup>15</sup>. Les 39% restant sont attribués à un désir de grossesse, à l’absence d’activité sexuelle ou encore à une grossesse en cours.

Un taux d’arrêt directement lié au mode de contraception utilisé. Puisque selon une étude<sup>16</sup> de cohorte menée en France, 20% des utilisatrices de la pilule l’arrêtent par manque de satisfaction alors que 11% arrêtent le DIU et 30% les méthodes naturelles ou mécaniques pour le même motif. D’autres résultats d’une étude américaine<sup>17</sup> sur les arrêts révèlent que 30% des utilisatrices arrêtent la pilule, alors que moins de 20% arrêtent le patch et les méthodes dites de « fertility awareness » et moins de 15 % le retrait et le préservatif, par manque de satisfaction.

Les principales raisons de cette insatisfaction sont les effets secondaires, vécus ou craints, les difficultés d’accès (tant économique que logistique), la difficulté à suivre la posologie ou encore le manque de contrôle du cycle<sup>18</sup>. Leurs importances respectives varient selon les études. Les plus fréquemment mentionnés en tête de liste sont les effets secondaires (32,1%- 33,8%)<sup>19 20</sup> et les difficultés d’accès (45,5%)<sup>21</sup>.

L’impact des effets secondaires sur les taux d’interruption est majeur. Puisque dans une étude américaines sur les cause d’insatisfaction, sur les 30% de femmes interrompant leur contraception, 64.6% arrêtent parce qu’elles ont eu des effets secondaire et 13.1% parce qu’elles en ont peur<sup>22</sup>. Les effets causant un arrêt, sont pour 37% des femmes les effets secondaires physiques, pour 33% les effets sur les émotions et pour 8% les

---

<sup>12</sup> Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; *Contraception*. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28.

<sup>13</sup> Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA; *Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill*; *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Apr;20(4):635-42. doi: 10.1089/jwh.2010.2455. Epub 2011 Mar 16

<sup>14</sup> Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S, Jones R ; *Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth*; *Contraception*. 2008 Oct;78(4):271-83. doi: 10.1016/j.contraception.2008.05.007. Epub 2008 Jul 24

<sup>15</sup> Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; *Contraception*. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28.

<sup>16</sup> Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J (2009) *Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort*. *Hum Reprod* 24: 1387-1392.

<sup>17</sup> Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; *Contraception*. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28

<sup>18</sup> Ibid

<sup>19</sup> Lete I, Pérez-Campos E, Correa M, Robledo J et al.; *Continuation rate of combined hormonal contraception: a prospective multicenter study*; *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 May;21(5):490-5. doi: 10.1089/jwh.2011.2967. Epub 2011 Oct 26

<sup>20</sup> Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; *Contraception*. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28.

<sup>21</sup> Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, et al.; *Oral contraceptive discontinuation: Do side effects matter?* *Am J Obstet Gynecol* 2007;196: 412.e1-412.e7

<sup>22</sup> Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; *Contraception*. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28

effets sur la sexualité<sup>23</sup>. Plus spécifiquement il s'agit des saignements irréguliers, du gain de poids, des maux de tête, des troubles de l'humeur<sup>24</sup> et de la diminution de la libido<sup>25</sup>.

Une étude<sup>26</sup> suivant 1716 femmes à 3 et 6 mois a ciblé le rôle de la modification du poids, les maux de tête, les troubles de l'humeur et la satisfaction sexuelle dans les motifs d'arrêts.

Il en ressort, que les femmes rapportant un de ces effets avaient plus de probabilité d'arrêter et que près de 50% des femmes n'attribuaient pas ces symptômes à la contraception mais à d'autres facteurs. Malgré ce fait, que les femmes attribuent ou pas leurs symptômes à la pilule, la probabilité d'interruption était identique à 6 mois. A ce propos, les auteurs concluent que toute perception négative, et ce peut importe l'association, influence négativement la probabilité de continuation.

Les difficultés d'accès mentionnées par les femmes, sont le fait de devoir se procurer une nouvelle plaquette, le renouvellement de l'ordonnance et les problématiques liées à l'initiation d'une contraception sans accord parental<sup>27</sup>. L'argument économique, qui selon l'Inserm<sup>28</sup>, explique la diminution de 10% des utilisatrices de pilule est remis en question par une étude menée en 2008 aux Pays-Bas où le remboursement de la contraception orale a été introduit. Suite au remboursement, le taux d'interruptions a augmenté de 24%. Un taux élevé qu'il faut modérer vu que dans le même temps une diminution d'utilisation globale de 9% a été observée.

Paradoxalement, dans une étude<sup>29</sup> demandant aux femmes quelles sont les raisons les motivant à prendre la pilule plutôt qu'un autre contraceptif, le premier motif est pour 71.3% d'entre-elles sa facilité d'utilisation pour 61.7% son efficacité, pour 37.2% parce qu'elle permet un contrôle sur son corps et 28,8% mentionnent ses effets bénéfiques non contraceptifs.

## 2.2. Connaissances

Les connaissances acquises par une femme sur son contraceptif sont centrales, car elles favorisent la durée d'utilisation<sup>30</sup>, améliorent le processus décisionnel d'une méthode adéquate<sup>31</sup> ou encore diminuent les comportements à risques<sup>32</sup>. Un manque de connaissance aura toutefois un impact limité si elle en est

---

<sup>23</sup> Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. Contraception 2001;64:51-8

<sup>24</sup> Huber LR, Hogue CJ, Stein AD, Drews C et al.; *Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study*; Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1290-5. Epub 2006 Apr 21

<sup>25</sup> Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J ; *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*; Contraception. 2001 Jul;64(1):51-8.

<sup>26</sup> Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, et al.; *Oral contraceptive discontinuation: Do side effects matter?* Am J Obstet Gynecol 2007;196: 412.e1-412.e7

<sup>27</sup> Ibid

<sup>28</sup> Pieter Stolka, Sebastian Schneeweissb, Hubert G.M et al.; *Original research article Impact analysis of the discontinuation of reimbursement: the case of oral contraceptives*; Contraception 78 (2008) 399-404

<sup>29</sup> Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA; *Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill*; J Womens Health (Larchmt). 2011 Apr;20(4):635-42

<sup>30</sup> Ibid

<sup>31</sup> Forrest JD. *US women's perceptions of and attitudes about the IUD*; Obstet Gynecol Surv 1996;51:S30-4

<sup>32</sup> Frost JJ, Lindberg LD, Finer LB; *Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy*; Perspect Sex Reprod Health. 2012 Jun;44(2):107-16. doi: 10.1363/4410712. Epub 2012 May 8

consciente, se montrant par conséquent plus prudente<sup>33</sup>. Sur ce point là, 30% des femmes déclarent ne pas être confiantes quand à leurs connaissances vis-à-vis des effets secondaires et des risques et 20% concernant les bénéfices<sup>34</sup>.

Ces connaissances dépendent en partie de l'information reçue par le médecin. Une étude<sup>35</sup> à ce sujet révèle que 50% des femmes ne sont pas satisfaites de l'information reçue. Avec 30% déclarant n'avoir pas reçu d'information sur l'effet contraceptif, 50% sur les bénéfices non contraceptifs, 41% sur les risques et 31% sur les effets secondaires. Seule 31% disent avoir reçu des informations complètes et 19% aucune. 60% des femmes surestiment l'efficacité de la contraception orale<sup>36</sup>, surestimation probablement expliquée par une connaissance de l'efficacité dans le cadre d'un usage théoriquement parfait, qui comme nous l'avons vu plus tôt, est relativement différent de la réalité.

Concernant les effets secondaires, les connaissances sont effectivement lacunaires, puisque dans une étude<sup>37</sup> sur questionnaire auprès de 418 femmes entre 18 et 49 ans, 42,5% pensent qu'il y a augmentation de l'appétit et gain de poids, 41,1% pensent que la pilule cause l'acné, 13,4% qu'elle cause l'infertilité et 10,3% qu'elle provoque des irrégularités menstruelle. Une autre étude sur 305 femmes effectuées à partir de questionnaire remplis à domicile, révèle que 13,7% et 10% des participantes ont connaissance de la diminution du risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre. Concernant les risques majeurs, 46,5% répondent positivement à l'augmentation de risque de thrombose et 40,5% à celui d'AVC.

Une étude<sup>38</sup> menée cette fois uniquement sur des adolescentes révèle d'autres chiffres, avec 60% de patientes qui pensent que la pilule provoque un gain de poids, un tiers qu'elle cause l'acné, 33% qu'elle augmente le risque de cancer du sein, 34% qu'elle rend infertile, 10% que les hormones sont mauvaises pour la santé, plus de 50% pensent qu'elle agit sur l'humeur et 33% qu'elle réduit la libido.

Par rapport au mode d'administration, 65,5% (37-94%) savent que faire en cas d'oubli d'une pilule, 49,5% (16-83%) en cas d'oubli de deux pilules et 37,5% (3-72%) si elles en oublient trois<sup>39</sup>.

Quant au mécanisme d'action, une étude européenne par questionnaire demandant au participant à quel niveau agit la contraception orale, 43% ont répondu qu'elle agit avant la fertilisation, 22% avant l'implantation et seulement 1,8% ont mentionnés qu'elle agit aux deux niveaux. Un manque de connaissance pouvant poser problème à certaines femmes pour qui un potentiel effet abortif serait inacceptable<sup>40</sup>.

---

<sup>33</sup> Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R ; *Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians* ; Hum Reprod. 2007 Dec;22(12):3078-83. Epub 2007 Sep 27

<sup>34</sup> Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA; *Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill*; J Womens Health (Larchmt). 2011 Apr;20(4):635-42.

<sup>35</sup> Ibid

<sup>36</sup> Eisenberg DL, Secura GM, Madden TE, et al. *Knowledge of contraceptive effectiveness*. Am J Obstet Gynecol 2012;206:479.e1-9

<sup>37</sup> Küçük M, Aksu H, Sezer SD; *Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills*; Gynecol Endocrinol. 2012 Apr;28(4):282-5. doi: 10.3109/09513590.2011.613502. Epub 2011 Oct 31

<sup>38</sup> Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R ; *Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians* ; Hum Reprod. 2007 Dec;22(12):3078-83. Epub 2007 Sep 27

<sup>39</sup> Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D ; *Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review* ; Contraception. 2012 Oct 4. pii: S0010-7824(12)00785-8. doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.026. [Epub ahead of print

<sup>40</sup> Lopez-del Burgo C, Lopez-de Fez CM, Osorio A, Guzman JL, de Irala J. *Spanish women's attitudes towards post-fertilization effects of birth control methods*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;151: 56-61.

## 2.3 Préoccupations des femmes

### 2.3.1 Méthodologie d'exploration des forums

Il s'agit d'une exploration qualitative des forums internet en langue française, s'adressant aux femmes et laissant une place importante à la santé et à la contraception. Leur intérêt a été défini par rapport aux types de femmes ciblées par les forums (jeune adolescente, adolescente, jeunes femmes, tout âge) et essentiellement par leur position lors d'une recherche sur le moteur de recherche google « forum contraception ». Ce dernier critère s'explique par la volonté de retracer le parcours d'une femme cherchant des réponses à ses questions sur internet. Il s'agit des forums suivants, présentés ici dans leur rang d'apparition lors de la recherche sur google à partir d'un IPP suisse :

- doctissimo.ch : site consacré à la santé, il est l'un des plus visité avec plus de 43 millions de visites mensuelles selon les statistiques mesurées par le panel médiamétrie/netratings<sup>41</sup>
- santé-médecine.net : la sous catégorie santé d'un site web appelé « comment ça marche » traitant uniquement de santé et médecine. S'adresse à tout publique
- au féminin.ch : un site web éditorial polyvalent s'adressant aux femmes de tout âge. Plus de 3 millions de visites mensuelles.
- forumdesados.net : un forum polyvalent qui comme son nom l'indique est adressé aux adolescents.

Le forum suivant n'a pas été choisi suite aux résultats du moteur de recherche google. S'il a été inclus, c'est qu'il s'adresse spécifiquement aux adolescents de la région de suisse romande.

- ciao.ch : site internet d'une association romande ciblant les adolescents de 13 à 20 ans leur offrant un espace de questions sur toutes les thématiques.

Pour chaque forum l'exploration a consisté à parcourir les 150 derniers posts en rapport avec la contraception suivis d'une recherche par mot-clé dès que le site internet le permettait. Cette exploration a été effectuée avant la polémique sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération de début janvier 2013. L'objectif était de retranscrire des données dans le temps hors de tout contexte particulier.

### 2.3.2 Aperçu général

De cette exploration plusieurs constatations peuvent être faites. Tout d'abord l'abondance de questions liées à la contraception. Par exemple sur le site doctissimo, le plus fréquenté de tous, le forum consacré à la contraception est le 7<sup>ème</sup> sur 116 comportant le plus de sujets. Il est derrière des thèmes tel que « dépression, déprime, stress », « obésité », « cancer », « anorexie et boulimie », « alcool drogues et tabac » et « arrêter de fumer ».

Un autre point est la place prépondérante de la pilule contraceptive dans le forum consacré à la contraception. Puisque plus de la moitié des sujets en parlent et parfois plus. Avec par exemple pour auféminin.ch 90 des 150 derniers posts directement liés à la pilule.

---

<sup>41</sup> [http://www.doctissimo.fr/asp/espace\\_annonceurs/regie-commerciale-doctissimo.htm](http://www.doctissimo.fr/asp/espace_annonceurs/regie-commerciale-doctissimo.htm)

Quant au contenu des sujets, la répartition est très inégale, avec une grande majorité de sujets relatifs au mode d'administration (que faire en cas d'oubli principalement) suivi de loin par des questions sur les effets secondaires et sur les modifications menstruelles observées.

Une autre observation générale est que la grande majorité des internautes ont une opinion favorable de la pilule, témoignant sans critique vis à vis de la pilule elle-même, mais exprimant plutôt une inquiétude par rapport à ce qui leur arrive. Cherchant à profiter des bénéfices de la pilule et à diminuer les effets indésirables, ne remettant pas en question la prise de la pilule, mais cherchant plutôt la pilule qui leur conviendrait le mieux. Une forme d'acceptation de la présence d'effets indésirables est présente, une conscience que cette contraception n'est pas parfaite. Comme le montre cette citation d'une jeune femme réagissant à un témoignage :

*« Personne n'a jamais caché que la pilule (pas que celles de 3ème génération) peuvent entraîner des effets secondaires graves. D'ailleurs si toutes les filles qui le prennent lisaient la notice, il n'y aurait aucune surprise. C'est malheureux pour cette jeune fille, mais la pilule n'a jamais été et ne sera jamais un bonbon sans conséquences. A chacune de voir si le rapport bénéfique/risque vaut le coup ou pas. Soit on accepte les risques et on la prend, soit on ne les accepte pas et on ne prend pas la pilule. »<sup>42</sup>*

Même si la grande majorité a des propos modérés et plutôt positifs, les deux extrêmes sont présents avec certaines femmes s'improvisant promotrices d'une contraception décrite comme parfaite et d'autres rejetant en bloc la pilule et toute contraception hormonale. La dernière catégorie comporte des femmes ayant forgé cette opinion à la suite de mauvaises expériences ou alors par une vision naturaliste de leur corps, percevant les hormones synthétiques comme une toxine inutile.

Un dernier point concerne le type de femme utilisant ces forums. Au vu des grandes variations de langage essentiellement observable à la forme et la qualité de l'orthographe, il semble que pour la plupart de ces forums, des femmes de tout âge et de tout niveau d'éducation y ont recours.

### **2.3.3 Effets « secondaires »**

Le médecin, plus particulièrement le gynécologue, reste la première source d'information. Mais d'autres sources semblent avoir leur importance. Il y a tout d'abord la notice d'emballage qui est fréquemment citée comme référence d'information valide. D'autres sources apparaissent, telles que les témoignages d'autres femmes ou la presse. Mais pour ces deux dernières sources, les internautes ne les considèrent pas comme une source sûre, et utilisent le forum pour en discuter, alors que pour le médecin et la notice d'emballage, ces informations restent le socle de base auxquels beaucoup de conversations renvoient.

Le sujet des effets secondaires est rarement abordé sous la forme d'une plainte contre la pilule en elle-même. Il est généralement question de savoir quel type de pilule fera quel effet. Le fait même qu'il y ait des effets indésirables n'est pas source de critique envers la pilule, la formulation est plutôt sous forme d'inquiétude et de doute quant au lien entre la cause et l'effet. Voici un exemple typique de la façon d'aborder le sujet :

---

<sup>42</sup> [http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-generation-dangersujet\\_252908\\_1.htm](http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-generation-dangersujet_252908_1.htm) /consulté le 04.01.13

*« Coucou les filles, je vais bientôt commencer une nouvelle pilule (toute récentes) Qlaira ..  
Mais je ne sais pas ce que ça va donner, et je ne trouve personne qui la prend !  
Est ce que vous l'avez testée ? Avez-vous eu des effets secondaires? Une baisse de la libido, ou autre ?  
Merci de vos réponses ! bisous »<sup>43</sup>*

Les effets plus fréquemment mentionnés sont, la prise de poids, les modifications du saignement menstruel, la perte de libido, la dépression et les céphalées. Chacun de ses effets est considéré comme « normal » et faisant partie de effets reconnus, notamment par le corps médical, selon les dires des internautes. Je n'ai constaté aucune mention que l'un de ses effets ne repose pas sur une évidence scientifique.

Concernant les effets liés aux facteurs de risque, les mentions sont extrêmement rares comparé au reste. Sur l'ensemble des forums, le nombre de discussions concernant ces risques ne dépasse pas les vingt (mis à part doctissimo où la recherche par mot-clé n'existe pas et où l'évaluation a été faite à partir des 150 derniers posts uniquement). Les références à ces risques sont liées à la consommation de cigarettes, à des témoignages de femmes ayant souffert de ces pathologies ou encore se référant à la presse.

Un autre point en rapport avec les effets secondaires, est l'importante variation des plaintes exprimées pour une même pilule. En voici un extrait :

*« Bonjour, je prends la pilule leeloo depuis 2 mois, et j'ai constaté une chute dramatique de ma libido (..)   
Donc, personnellement je ne recommande pas leeloo pour retrouver une vie sexuelle épanouie. (..) »*

*« Moi aussi je prend Leeloo Gé!! Le seul effet secondaire que j'ai pu constater est une forte augmentation de ma libido ... :/ »*

*« Pour moi leeloo a fait diminuée fortement ma libido... et elle m'a aussi plongé dans une petite dépression les 3-4 premiers mois ou je l'ai prise! On ne réagi pas toute pareil a la pilule »*

*« En ce qui me concerne, plus du tout de règles depuis des mois et de très fortes migraines à la place : donc j'arrête cette pilule »<sup>44</sup>*

La hiérarchie des effets est variable selon l'âge des internautes. Chez les adolescentes c'est la prise de poids qui vient en tête, suivie des nausées et des migraines. Alors que chez les plus âgées c'est la perte de libido, les troubles de l'humeur et la prise de poids qui apparaissent plus fréquemment.

Un point qui ne dépend pas de l'âge est la modification du saignement menstruel, préoccupation plus fréquente chez les jeunes femmes initiant pour la première fois la pilule, mais aussi présent chez les femmes plus âgées changeant de pilule.

<sup>43</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f24107\\_contra--qui-prend-qlaira.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f24107_contra--qui-prend-qlaira.html)

<sup>44</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-795493-baisse-de-libido-avec-leeloo-ge>

### 2.3.3.1 Effets indésirables

#### *Variations pondérales*

Le terme de « variation pondérale » est utilisé, car même si le gain reste le premier effet préoccupant les adolescentes et qu'il fait partie des quatre premiers chez les plus de vingt ans, la perte de poids, même si peu fréquente proportionnellement, est aussi une plainte des internautes.

Un aspect important par rapport au poids est l'aspect quantitatif. Car il semble évident qu'une femme appréhende ou se plaint d'un gain de 10 à 15 kilos. Mais, comme le montrent ces témoignages, de nombreuses femmes, plus fréquemment des adolescentes, craignent de prendre deux à trois kilos et quand c'est le cas racontent le vivre très mal :

*« Bonjour, je prend Yasminelle depuis 2006, mon poids était de 48 à 49 kg pour 1m58 aujourd'hui avec 3 fois par semaine de sport et 1 alimentation normale je suis à 52 kg !! Je ne me sens pas bien du tout dans ma peau. J'ai 31 ans on peut prendre du poids mais là je ne comprend pas je me dépense et je ne perd rien (...) est ce le moment de changer ? Est ce normal ? Dois je faire un régime j'en peux plus !!! Y a t il des personnes dans mon cas? MERCI de votre aide »<sup>45</sup>*

*« Bonjour, ça fais un an que je prends leeloo gè et j'ai pris 4 kg que faire ??? Je crois que je vais l'arrêter est ce que je peux le faire sans avis médical ??? »<sup>46</sup>*

#### *Modifications du saignement menstruel*

Après les problématiques liées à l'utilisation pratique, c'est le sujet le plus représenté dans les forums tout publics. Le terme de « modification du saignement menstruel » englobe toutes les modifications que les femmes observent suite à la prise de la pilule, soit l'oligo-ménorrhée, l'aménorrhée, les ménorragies, les métrorragies ou encore le changement de la coloration du sang menstruel. Il peut paraître étonnant de retrouver l'oligo-ménorrhée et l'aménorrhée dans les effets « secondaire » alors qu'à priori ce sont des effets bénéfiques, mais pour beaucoup d'internaute ce sont des effets sources d'inquiétude. Inquiétudes liées à un éventuel risque de grossesse ou à l'association modifications menstruelles avec un problème de santé.

*« Bonjour, Voilà maintenant 2 mois que je prend la pilule YAZ. Le premier mois, je n'avais pas mes règles et mon pharmacien a dit que ce n'était pas grave parce que le changement de pilule peut provoquer un dérèglement. Voila que je commence mon deuxième mois avec les 24 pilules roses et les 4 placebos. Mais ce soir je devrais recommencer une nouvelle plaquette, mais j'ai toujours pas eu mes règles. Est ce normal ? Que faire ? »<sup>47</sup>*

#### *Diminution de la libido*

C'est un symptôme apparaissant plus fréquemment chez des femmes plus âgées qui ont déjà une situation de couple stable, il est par contre pratiquement absent des plaintes des adolescences. Il est moins fréquemment mentionné que la prise de poids par exemple, mais il est plus mal toléré, il est d'ailleurs fréquemment mentionné comme motif de changement ou d'arrêt.

<sup>45</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-1021923-jasminelle-pendant-5-ans-et-prise-de-poid> /consulté le 03.01.13

<sup>46</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-1260987-prise-de-poids-avec-leeloo-ge/> consulté le 03.01.13

<sup>47</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-549609-pilule-yaz> consulté le 03.01.13



*« Cette pilule a amélioré plein de choses pour moi : santé générale, sommeil, aspect de la peau...mais libido NEANT. Je viens donc de l'arrêter. Dommage... »<sup>48</sup>*

*« Je me suis trompée il y a bien marqué (se réfère à la notice d'emballage) qu'il peut y avoir une modification de la libido, je pense que je vais changer »<sup>49</sup>*

#### *Troubles de l'humeur*

Tout comme la baisse de libido, les troubles de l'humeur ne sont pas présents dans les forums adolescents. Un effet revenant nettement moins fréquemment que les autres. Un consensus est présent parmi les intervenantes sur le fait que la pilule agit sur l'humeur, mais les propos varient de l'hypothèse de la pilule exacerbant un état pré dépressif à la pilule causant une dépression. Mais comme pour tout les effets, aucune généralité n'est faite, certaines femmes pensent être plus sensible que d'autres. Mais, tout comme la baisse de libido, il s'agit d'un effet non toléré, motif d'arrêt ou changement.

*« Je confirme que dans mon cas, je suis passée de très heureuse au début de ma relation avec mon copain, à très dépressive en moins d'une semaine après avoir commencé la pilule. Ce n'était pas une aggravation: c'est la pilule qui m'a mise dans cet état. (..). Et depuis que je l'ai arrêtée, disons je suis une fille sensible, mais je suis retransformée, et mon copain le reconnaît.*

*Ca arrive seulement à certaines femmes, il semblerait que sur un système hormonal fragile, la pilule déclenche un état dépressif plus ou moins sévère. »<sup>50</sup>*

#### **2.3.3.2 Effet comme facteur de risque**

Le premier constat à ce sujet, est l'absence pratiquement totale de conversations centrées sur les risques thromboemboliques veineux, artériels ou encore de cancer du sein. Si ils sont mentionnés, c'est sous forme de liste de risque suivant d'autres questions sur les effets indésirables. Les seules mentions spécifiques sont présente dans des témoignages de femmes victimes d'AVC ou de thromboembolie ou alors via des mises en garde vis-à-vis du tabagisme associé à la pilule, mais le risque en lui même n'apparaît pratiquement pas.

*« Il n'est pas question de faire peur, mais seulement de prévenir.*

*Ma fille est décédée 4 mois après avoir commencé à prendre cette pilule : thrombose après 2 mois, embolie pulmonaire arrêt cardiaque et œdème cérébral en 48h. Elle ne fumait pas et ne buvait pas. C'était sa première pilule. Elle avait 21 ans. »<sup>51</sup>*

Ces risques sont source de fortes craintes lorsqu'ils sont mentionnés, mais les bénéfices de la pilule restent prioritaire face à des risques évoqués comme étant rarissime.

*« (..)J'ai entendu un témoignage d'une jeune fille de 18 ans qui a fait un AVC à cause de la pilule. Le risque de ces pilules, c'est qu'elles peuvent provoquer à tout moment un caillot de sang dans une artère, provoquant*

<sup>48</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f12961\\_contra--fou-fou-pilule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f12961_contra--fou-fou-pilule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html)

<sup>49</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-790951-baisse-de-libido>

<sup>50</sup> [http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-depression-sujet\\_162947\\_1.html](http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-depression-sujet_162947_1.html)

<sup>51</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f12961\\_contra--fou-fou-pilule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f12961_contra--fou-fou-pilule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html)

*une phlébite, ou un AVC. Ce que j'ai entendu m'a vraiment fait peur (..) Je ne sais pas quoi faire, j'ai envie d'arrêter car j'ai vraiment peur des risques, mais j'ai peur que mon acné revienne. »<sup>52</sup>*

Le constat est que malgré leur fort impact en terme de crainte, ces risques sont désignés comme motif de changement, plutôt qu'un motif d'arrêt.

Depuis la polémique médiatique apparue dès début janvier 2013 sur les risques thromboembolique des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération, j'ai effectué une rapide observation des réactions, révélant une avalanches de commentaires sur les risques de la pilule. Ils vont plutôt vers un désir de changement de pilule, plutôt qu'un arrêt. Mais une grande inquiétude ciblant ces pilules est présente. Plusieurs internaute cherchant à savoir de quelle génération est leur pilule, un tableau des pilules « à risque » a même été mit sur le forum de doctissimo. Voici quelques réactions :

*« Je prend la pilule Qlaira depuis 2 ans (d'abord prescrite par la PMI puis après par mon gynécologue) mais je souhaiterai en changer pour plusieurs raisons : Le prix (..)Mon problème de poids (..) Les polémiques »<sup>53</sup>*

*"Attention, cette pilule tue, ne consommez pas cette saloperie, elle peut causer 2 fois plus de problèmes qu'une pilule standard, et a déjà gâché irrémédiablement bons nombre de vies !(..) J'ai senti dès le début que le problème venait de là, mais les spécialistes m'avaient dit que non. Résultat; n'écoutez pas toujours un médecin, ils n'ont pas la science infuse non plus, écoutez votre corps. »<sup>54</sup>*

### **2.3.3.3 Effets bénéfiques non contraceptif**

Les forums étant un lieu de questionnement, la place accordée aux effets bénéfiques est très faible, non pas par mécontentement, mais l'on ne s'interroge pas sur quelque chose qui fait du bien. Les commentaires où figurent les effets bénéfiques sont liés soit à une réponse d'un sujet critiquant la pilule de manière radicale, soit dans des questions sur les bénéfices à anticiper.

Les effets favorables les plus cités sont la diminution de l'acné, la régulation du cycle, la résolution des dysménorrhées, l'effet contraceptif, l'augmentation de la libido, l'effet protecteur contre le cancer de l'ovaire et de l'endomètre, et, surtout pour les adolescentes, l'augmentation du volume mammaire. Voici quelques extraits :

*« Prendre des hormones c'est pas non plus se tuer, hein, la pilule protège même du cancer des ovaires. C'est pas anodin certes mais faut pas non plus exagérer. »<sup>55</sup>*

*« (..) Je suis méga contente de cette pilule!! Voila c'est dit !! (..) Ma peau s'est purifiée je n'ai plus de boutons (..) mes cycles sont réguliers j'ai pratiquement plus mal le premier jour de mes règles alors qu'avant*

<sup>52</sup> [http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilules-generation-inquietersujet\\_252878\\_1.htm#t1218166](http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilules-generation-inquietersujet_252878_1.htm#t1218166)

<sup>53</sup> [http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/prendre-pilule-qlairasujet\\_253255\\_1.htm](http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/prendre-pilule-qlairasujet_253255_1.htm)

<sup>54</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f29152\\_contra--de-bayer-non.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f29152_contra--de-bayer-non.html)

<sup>55</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f28450\\_contra-Rapport-non-protoger.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f28450_contra-Rapport-non-protoger.html)

*c'était une torture! Attention ce n'est pas non plus le miracle !! Ma peau n'est pas parfaite mais rien avoir avec ce que j'ai pu avoir avant !! (...)*<sup>56</sup>

*« Hello, la pilule fait-elle grossir (des seins notamment) ? Si oui, en combien de temps votre poitrine a grossi ?(..) »*<sup>57</sup>

#### **2.3.3.4 Anticipation ou vécu des effets ?**

Globalement les forums comportent en majorité des avis issus d'expériences personnelles. C'est d'ailleurs ce que recherchent bon nombre d'internautes, connaître l'expérience des autres femmes. Mais un certain phénomène d'anticipation se retrouve chez les plus jeunes, et ce essentiellement par rapport à la prise de poids et à l'effet bénéfique qu'est l'augmentation du volume mammaire.

#### **2.3.4 Questionnement liés À l'utilisation pratique**

*“Je commence à en avoir marre de cette petite pilule que j'ai tendance à oublier assez souvent”*<sup>58</sup>

Les inquiétudes liées à une mauvaise utilisation représentent la grande majorité des sujets, avec en tête les questions liées à l'oubli, mais aussi la prise de pilule supplémentaire, aux retards dans la prise ou encore confusion dans l'ordre des pilules.

Ensuite bon nombre de commentaires se réfèrent au contrôle du cycle, comprenant le décalage des règles, l'enchaînement de plaquettes ou encore l'efficacité contraceptive. Par efficacité contraceptive je désigne les questions relatives au délai d'efficacité de la contraception, au degré d'efficacité ou toute situation générant un doute à ce propos.

*« J'ai commencé à prendre la pilule pour la première fois au début du mois, le premier jour de mes règles, et j'ai eut un rapport non protégé deux jours après avoir commencé à la prendre ? Je n'avais vraiment aucun risque de tomber enceinte ? Et hier, j'ai de nouveau eu un rapport non protégé, et à la fin, il y avait un peu de sang ? C'est normal ? Et maintenant j'ai un peu mal au ventre ... je m'inquiète un petit peu, es-ce normal ? »*<sup>59</sup>

Toujours en relation avec l'efficacité contraceptive, bien que moins fréquents, plusieurs commentaires s'inquiètent des interactions, concernant avant tout les antibiotiques, l'alcool ou les pathologies digestives aiguës. Globalement la grande majorité de ces questions évoquent implicitement ou explicitement une crainte de risque de grossesse liée à un comportement passé ou futur.

*« Alors voila hier après-midi j'ai eu un rapport non protégé avec mon copain comme d'habitude mais hier soir j'ai oublié de prendre ma pilule.*

---

<sup>56</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f12961\\_contra--fou-fou-pillule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f12961_contra--fou-fou-pillule-jasminelle-vos-temoignages-merci-fou-fou.html)

<sup>57</sup> <http://www.forumdesados.net/la-pilule-fait-elle-grossir-t72866.html>

<sup>58</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f29142\\_contra-Arret-pilule-qui.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f29142_contra-Arret-pilule-qui.html)

<sup>59</sup> <http://www.ciao.ch/f/sexualite/qr/?page=2&ociars=0>

*Même si je ne pense pas, je voulais savoir si il y avait des risques de tomber enceinte ou non ? Car cela m'inquiète. Je ne voudrais pas avoir de mauvaise surprise ... »<sup>60</sup>*

Au travers de ces nombreuses questions, le constat d'un important manque de connaissances tant sur le mécanisme d'action de la pilule que sur la physiologie de la reproduction est évident. Ces déficits affectent plus particulièrement les jeunes internautes, mais ces adolescentes sont conscientes de leurs lacunes alors que avec l'âge augmentant, certaines internautes s'improvisent médecin et véhiculent des informations erronées. Voici un extrait d'une conversation mettant en évidence ces deux comportements :

*« J'aurais voulu savoir s'il y aurait un risque que je tombe enceinte si je prends la pilule et que pendant les rapports mon partenaire éjacule à l'intérieur de moi ? »*

Réponse :

*« Aucun risque puisque tu prends la pilule ! (...) ? Après le rapport, ta pilule "rejette" justement les sécrétions. Tu dois forcément le sentir. »<sup>61</sup>*

Un manque de connaissances affectant toutes les tranches d'âge : *« Je me pose la question. Est-il nécessaire d'avoir une contraception quand le médecin déclare formellement que l'on est ménopausée ? »<sup>62</sup>*

### **2.3.4 Les internautes et les médecins**

Les opinions les plus fréquemment exprimées montrent que les femmes tendent à faire confiance à leur gynécologue. De manière générale lorsqu'une décision doit être prise quant à l'arrêt ou le changement d'une pilule, les conseils donnés sont d'en parler avec un professionnel avant. Certaines critiques sont par contre tout de même formulées.

Tout d'abord est évoqué le manque d'information quant aux autres méthodes de contraception. Dans ce contexte, le DIU qui revient très fréquemment, avec le reproche fait aux gynécologues de refuser de le poser chez des nullipares par incapacité ou intérêt économique. Sur doctissimo.fr un groupe d'internautes se dénommant les « cuivrettes » donnent des informations et adresses de gynécologue acceptant la pose de DIU à des nullipares.

*« (...) Même si les médecins ont tendance à la prescrire à tout va je trouve qu'ils devraient orienter les jeunes filles vers d'autres contraceptions plus fiables (stérilet, implant, etc.). »<sup>63</sup>*

Une autre critique fréquente est la tendance des médecins à banaliser la prescription de la pilule, ne rendant pas bien compte des éventuels risques et effets secondaires potentiels.

*« Trop souvent on prescrit la pilule à la va vite et on ne parles que rarement des autres moyens de contraception. Ces médecins sont autant responsables que Bayer. Il faut aussi arrêter de penser que les médecins sont au-dessus, il y en a des tas qui ne sont pas aussi compétents qu'ils ne devraient »<sup>64</sup>*

<sup>60</sup> <http://www.forumdesados.net/oubli-de-pilule-t57456.html>

<sup>61</sup> [ciao.ch](http://ciao.ch)

<sup>62</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-1312563-la-contraception-est-elle-necessaire-a-la-menopause>

<sup>63</sup> <http://www.forumdesados.net/post972225.html#p972225> /consulté le 02.01.13

<sup>64</sup> [http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-generation-dangersujet\\_252908\\_1.htm](http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/pilule-generation-dangersujet_252908_1.htm)

Quant aux autres critiques elles concernent des aspects plutôt relationnels. Les critiques sont individuelles plutôt qu'adressées à l'entier du corps médical. Par exemple ce témoignage d'une jeune femme parlant d'une baisse de libido :

*« Ce qui m'agace c'est que ma gynéco m'a ouvertement ri au nez quand je lui ai parlé de ce problème »<sup>65</sup>*

*« Il faut savoir que j'ai 16 ans et que je ne suis plus vierge depuis peu, ma gynéco m'a fait une belle leçon de morale, c'est pour ça que je doute aussi de son affirmation »<sup>66</sup>*

#### 2.4. Les hormones synthétiques comme danger

*« ...La montée des préoccupations écologiques qui développe une aspiration à des méthodes « naturelles », la crainte des effets à long terme d'une imprégnation hormonale [...] alimentent un climat de suspicion voire de « ras-le-bol » pour reprendre les titres de certains magazines féminins... ».<sup>67</sup>*

L'effet des hormones synthétiques sur notre environnement ou directement sur notre santé, est une question relativement récente. C'est seulement dès la fin des années nonante que les préoccupations autour de l'écologie en général conjuguées à la question des effets des substances chimiques sur notre système endocrinien, ont engendré la notion de « perturbateurs endocriniens ».

Il s'agit, selon l'OFSP d'une « catégorie de substances d'origine naturelle ou artificielle qui peuvent interférer avec le système hormonal »<sup>68</sup> ou plus spécifiquement : « une classe de produits chimiques qui altère le système hormonal et homéostatique empêchant un organisme –qu'il soit humain ou animal – à communiquer avec son environnement et lui répondre. »<sup>69</sup>

Le terme de perturbateurs endocriniens englobe une grande variété de substances chimiques, incluant les pesticides, les composants de l'industrie plastique (bisphénols et phtalates pour les plus connus), de nombreux autres produits industriels et les hormones naturelles et synthétiques, dont font parties l'éthinyl-oestradiol et les œstrogènes naturels.

Ces substances ont toutes en commun d'être des substances exogènes, naturelle ou non, qui en pénétrant dans l'environnement entrent dans la chaîne alimentaire, remontant jusqu'à l'être humain. Leur particularité réside dans un mode d'action ne correspondant pas aux mécanismes classiques de toxicités, elles agissent sur la signalisation, la régulation et l'action physiologique, affectant, même avec de petites doses, le système endocrinien et ses axes de régulation.

<sup>65</sup> <http://sante-medecine.commentcamarche.net/forum/affich-795493-baisse-de-libido-avec-leeloo-ge>

<sup>66</sup> [http://forum.aufeminin.com/forum/contra/\\_f28545\\_contra-Inquietude-concernant-un-oubli-de-prise-de-pilule.html](http://forum.aufeminin.com/forum/contra/_f28545_contra-Inquietude-concernant-un-oubli-de-prise-de-pilule.html)

<sup>67</sup> Aubin C. ; Jourdain M. D. ; *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*; IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A

<sup>68</sup> OFSP, *Perturbateurs endocriniens*, fiche d'information, juillet 2012.

<http://www.bag.admin.ch/themen/chemikalien/00228/05072/index.html?lang=fr>

<sup>69</sup> Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC, et al. *Endocrine-disrupting chemicals: An Endocrine Society scientific statement*. Endoc Rev 2009;30:293–342.

L'attention sur le potentiel délétère de l'action oestrogénique a débuté dans les années 70 avec l'affaire du diéthylstilbestrol (DES). Un diphénol de synthèse découvert en 1938 et utilisé jusque dans les années 50 pour le traitement des complications de la grossesse<sup>70</sup>. Face au manque d'évidence de son efficacité, sa prescription a été abandonnée<sup>71</sup> et c'est seulement dans les années 60 qu'un lien a été observé entre le DES et des néoplasies chez des adolescentes. Une étude menée en 2011 par Robert N. Hoover et al.<sup>72</sup> a cumulé les données de trois études suivant 4'653 femmes exposées in utero au DES depuis les années 70 jusqu'à aujourd'hui. Ils concluent à un risque augmenté : d'infertilité, de néoplasie cervicales supérieur au grade 2, de cancer du sein, de grossesse ectopique, d'avortement spontané, de prématurité et de mort néonatale.

Puis en 1993, un autre effet potentiel des oestrogènes est mit en évidence dans une étude (Sharpe et Skakkebaek)<sup>73</sup> sur le compte spermatique. L'étude a suggéré une diminution de plus de 40% de la quantité de spermatozoïdes chez les hommes entre 1940 et 1990, attribuée par les auteurs à une surexposition aux oestrogènes in utero. D'autres études ont depuis remis en question l'importance de cette diminution, mais l'information était déjà rependue.

C'est à la fin des années 90 que plusieurs recherches<sup>74</sup> ont mit en évidence une féminisation des poissons proche de l'abouchement des stations d'épurations (STEP). Constat confirmé par une étude<sup>75</sup> menée sur les eaux du lac Léman concluant dans un rapport de janvier 2004 que : « *Presque toute l'activité oestrogénique en aval des rejets des STEP est due à l'élimination imparfaite de l'oestrogène naturel et du 17 $\alpha$ -éthynylestradiol synthétique (EE2), le réactif des contraceptifs hormonaux, lors de l'épuration. Plusieurs études ont montré que des poissons prélevés en aval des rejets de stations d'épuration étaient plus souvent affectés par des mutations sexuelles que des poissons d'échantillons de contrôle* ». Même si plusieurs études concluent que la part d'oestrogènes attribuables à la contraception orale est de l'ordre de 1%<sup>76</sup>, la grande majorité l'étant aux femmes enceintes et à l'élevage industriel. Malgré ces résultats le lien entre pilule et pollution a été fait.

Le dernier coup porté aux hormones synthétiques médicales est venu en 2002 par l'étude<sup>77</sup> WHI (Women's Health Initiative), démontrant que la substitution hormonale préventive apportait plus de risques que de bénéfices, notamment sur le plan cardio-vasculaire et oncologique.

Toutes ces inquiétudes ont été soulignées par le Vatican, en déclarant<sup>78</sup> que la contraception orale a des effets « dévastateurs » sur l'environnement et rend les hommes stériles. L'apparition depuis les années 2'000 du

---

<sup>70</sup> Smith OW; *Diethylstilbestrol in the prevention and treatment of complications of pregnancy*. Am J Obstet Gynecol 1948; 56:821-34.

<sup>71</sup> Ferguson JH. *Effect of Diethylstilbestrol on pregnancy compared to the effect of a placebo*. Am J Obstet Gynecol 1953;65:592-601

<sup>72</sup> Robert N. Hoover, et al.; *Adverse Health Outcomes in Women Exposed In Utero to Diethylstilbestrol*, N Engl J Med. 2011 Oct 6 ; 365 (14) :1304-14

<sup>73</sup> Sharpe, R.M. and Skakkebaek, N.F. (1993) *Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract*. Lancet 341, 1392-1395

<sup>74</sup> Liu ZH, Ogejo JA, Pruden A, Knowlton KF ; *Occurrence, fate and removal of synthetic oral contraceptives (SOCs) in the natural environment: a review*. Sci Total Environ. 2011 Nov 15;409(24):5149-61.

<sup>75</sup> Fischnetz (2004). *Sur la trace du déclin piscicole. Rapport final*. EAWAG/OFEFP, Du`bendorf, Bern.

<sup>76</sup> Wise A, O'Brien K, Woodruff T ; *Are oral contraceptives a significant contributor to the estrogenicity of drinking water?*; Environ Sci Technol. 2011 Jan 1;45(1):51-60

<sup>77</sup> Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA 2002 ; 288 : 321-33.

<sup>78</sup> <http://www.catholicnews.com/data/stories/cns/0900033.htm>

« critère écologique » dans le choix d'une méthode de contraception et un autre reflet de ces diverses interrogations<sup>79</sup>.

Cette inquiétude est pratiquement absente de l'exploration des forums, mais une étude<sup>80</sup> menée auprès des médecins prescripteurs de contraception en Europe, révèle que 9% des femmes à qui l'on prescrit une contraception déclarent avoir des inquiétudes vis-à-vis de la composante hormonale. Selon ces praticiens ces inquiétudes sont liées dans 42% des cas au refus d'introduire des hormones dans leur corps, dans 32% lié à des antécédents familiaux de cancer du sein et dans 28% à cause de pathologies cardiaque dans la famille directe.

« *La pilule est loin d'être anodine. C'est un concentré d'hormones. Ça modifie un paquet de truc dans ton organisme* »<sup>81</sup>

## 2.5 Contenu des sources d'informations données aux femmes

L'objectif de ce chapitre est d'identifier le contenu des sources d'informations autres que médicale. D'en identifier l'image véhiculée lorsqu'une femme souhaite se renseigner hors du cadre médical. Je parle d'image, car cette information en tant que telle a un impact limité par la crédibilité relative que lui attribuent les femmes. Leur médecin est identifié comme première source d'information par 63% des femmes, suivi dans 46% des cas par l'information transmise par la notice d'emballage. Seulement 15% désignent les amis, 13% les magazines, 9% internet, 8% la famille, 6% le pharmacien et 4% la télévision, comme source d'information principale<sup>82</sup>. Malgré cela, l'omniprésence de la presse et la facilité d'accès à internet les rendent influant.

Parler de la presse dans ce travail est essentiel, car son impact sur la vision de la contraception orale dans la société est important. Un effet, qui d'ailleurs a déjà été mis en évidence en octobre 1995 lors de la publication de trois études épidémiologique suggérant que les pilules de troisième génération ont un risque thromboembolique augmenté. Dans les dix jours qui ont suivi cette annonce, les femmes utilisant les marques concernées ont dans 1% à 5 % des cas arrêté leur contraception orale, 58% ont changé de pilule et 33% ont continué<sup>83</sup>. La conséquence de cette panique a été une augmentation des grossesses de 5% et 3% lors des trois derniers quarts de l'année 1996, suivi d'une normalisation dès 1997<sup>84</sup>.

Cette polémique datant de 17 ans revient au centre de l'actualité depuis la décision du gouvernement français d'arrêter de rembourser les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération dès le 31 mars 2013. Une décision déclenchée par la récente plainte déposée contre la firme Bayer par une femme victimes d'un AVC attribué à sa pilule contraceptive. Un événement abondamment relayé par la presse<sup>85 86</sup> menant rapidement à une polémique plus

<sup>79</sup> Grayson J. Eco Etiquette: Is There a Green Choice for Birth Control? Huffington Post 2011.

<sup>80</sup> Grove D, Hooper DJ ; *Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys*; J Eval Clin Pract. 2011 Jun;17(3):493-502

<sup>81</sup> <http://www.forumdesados.net/pilule-t2337.html>

<sup>82</sup> Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA; *Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill*; J Womens Health (Larchmt). 2011 Apr;20(4):635-42. doi: 10.1089/jwh.2010.2455. Epub 2011 Mar 16.

<sup>83</sup> Furedi A ; *The public health implications of the 1995 'pill scare'* ; Hum Reprod Update. 1999 Nov-Dec;5(6):621-6

<sup>84</sup> Ibid

<sup>85</sup> [http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/ces-vies-brisees-par-la-pilule\\_1806522\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/ces-vies-brisees-par-la-pilule_1806522_1651302.html)

générale. Une affaire comparée dans les médias à la tristement célèbre affaire du médiateur<sup>87</sup>, ou une firme pharmaceutique est accusée d'avoir sciemment mis sur le marché un médicament dont ils connaissaient les risques potentiels.

Au vu de l'importance de la polémique actuelle, j'ai examiné les réactions présentes sur les forums dont voici quelques extraits :

*“Bonjour, je prends la pilule 3ème génération depuis 2 ans. Depuis je me sens moins en forme (fatigue, pointe dans la tête, nausées, malaises,...).J'en ai déjà parlé à mon médecin qui me dit que ce n'est pas à cause de pilule. Avec tout ce qu'on entend à la télé en ce moment ça me fait peur et j'ai envie de changer de pilule ou d'avoir un stérilet. “*

L'on voit avec cette nouvelle polémique l'impact qu'on les médias sur l'opinion, puisque en quelques semaines, des risques connus depuis 17 ans par le corps médical et largement intégré depuis dans la pratique, sont devenus intolérable, poussant à une décision politique rapide. La question n'est pas de savoir si la décision est justifiée ou pas, ce n'est pas l'objet de ce travail, mais plutôt de prendre la mesure de la dimension et l'impact qu'a le débat médiatique sur la contraception orale.

## 2.5.1 Presse

### 2.5.1.1 Presse généraliste

Pour chaque source, j'ai effectué une recherche avec le mot clé « contraception orale », « pilule » et « pilule contraceptive » sur les sites internet de la presse et la télévision suisse. Pour la presse il s'agit du quotidien Le Matin, du 24heures, du journal Le Temps et du 20 minutes, pour la télévision et la radio, la RTS. Pour chacun de ces médias j'ai exploré les articles ou reportages datant de maximum 3 ans.

La présence de la contraception orale dans la presse généraliste est relativement peu fréquente. C'est dans le 20 minute que l'on retrouve le plus d'article écrits avec six textes. La télévision et la radio en parlent plus avec respectivement dix et neuf sujets liés à la pilule. Les articles ou reportages mettent en grande majorité en évidence les risques. La focalisation est essentiellement sur le risque thromboembolique, avec une courte mention du risque de cancer du sein. Aucun sujet ne relève les bénéfices ou les effets indésirables.

Un article ne parle pas de risque, mais parle du probable impact de la pilule sur l'environnement. Il compare la pilule à l'«atrazine, un herbicide interdit en Suisse. Ce dernier peut provoquer des malformations chez les poissons. La pilule contraceptive a des effets similaires.»<sup>88</sup>

Lorsque le sujet de la contraception orale est abordé, il s'agit généralement d'un contexte particulier généralement négatif, tel qu'un dépôt de plainte ou de nouvelles études mettant en évidence un fait particulier sur la pilule. Les titres sont souvent forts, introduisant le sujet par une voie plutôt négative, voici quelques exemples :

*« Le stérilet plus efficace que la pilule contre la grossesse »<sup>89</sup>*

---

<sup>86</sup> <http://www.rue89.com/2012/12/14/pilules-de-troisieme-et-quatrieme-generation-le-temps-du-proces-237812>

<sup>87</sup> <http://www.franceinter.fr/player/reecouter?play=535561>

<sup>88</sup> <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/L-eau-de-Lausanne-est-la-plus-polluee-de-Suisse-15041369>

<sup>89</sup> <http://www.lematin.ch/sante-environnement/sante/sterilet-efficace-pilule-grossesse/story/22426481> 17.12.12



« *Attention cette pilule peut nuire à votre santé* »<sup>90</sup>

« *Pilule contraceptive : décès d'une jeune femme* »<sup>91</sup>

Le traitement de l'information laisse généralement une part plus ou moins égale à des opinions non médicales et à la réaction de médecins. Les informations relayées se basent le plus souvent sur des études scientifiques, mais l'interprétation et l'utilisation des résultats mentionnés est généralement en défaveur de la pilule. Par exemple cet article consacré aux récentes statistiques de l'office fédéral faisant état d'une diminution de l'utilisation de la contraception orale grandement attribuée à l'utilisation d'autres modes d'administration hormonaux. L'article intitulé « *elle disent non à la pilule* »<sup>92</sup> débute ainsi : « *Trop chère, pas naturelle, trop dangereuse: la pilule ne séduit plus autant qu'avant* » suivi de commentaires par des médecins introduit de manière dirigée : « *Quant à la pilule, elle a encore de beaux jours devant elle, soutiennent les spécialistes* ». Ensuite un paragraphe est consacré à la plainte déposée contre Bayer puis une conclusion sur la contraception masculine.

Un autre exemple est ce reportage de la RTS diffusé au journal télévisé le 29 mai 2009<sup>93</sup> en pleine polémique sur la pilule Yasmine. Dans le reportage la mère d'une adolescente ayant eu un AVC 4 semaines après avoir commencé la pilule est interviewée puis suit le témoignage d'un médecin mettant en évidence l'augmentation du risque thromboembolique « *trois fois plus élevé que les anciennes, ce qui peut être mortel* » suivi du chiffre de 49 cas déclarés de thromboembolie, dont un mortel, entre 2005 et 2009 en Suisse. Le reportage se termine par une interview du porte parole de Swissmedic introduit par « *pour Swissmedic qui dit surveiller de très près la pilule Yasmine, il n'y a aucune raison de la retirer du marché* » Puis, dans l'interview le porte parole mentionne une étude indépendante financée par Bayer révélant un risque identique aux autres pilule de sa génération. L'aspect intéressant du traitement de l'information est l'abondance de citations de sources médicales, faisant du fond de l'article une bonne source, mais l'information est incomplète et largement à la défaveur de la pilule.

Un reportage de la RSR consacré à la pilule nommé « *Attention cette pilule peut nuire à votre santé* »<sup>94</sup> reflète bien l'image de la pilule transmise par la presse. Pour l'illustrer il suffit d'observer les réactions sur le forum de l'émission. Forums faisant partie des trois plus commentés du site. Les réactions sont en grande majorité des questions quant aux dangers de leur pilule et des témoignages de victimes de thromboembolie. En voici quelques exemples :

« *Un reportage qui fait réfléchir, surtout quand on prend la Yasmin depuis 5 ans! Que faire? Changer de pilule immédiatement? Pourtant je n'ai jamais eu de problèmes!* »<sup>95</sup>

<sup>90</sup> <http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/3543070-attention-cette-pilule-peut-nuire-a-votre-sante.html>

<sup>91</sup> <http://www.rts.ch/info/suisse/1043155-pilule-contraceptive-deces-d-une-jeune-femme.html>

<sup>92</sup> <http://www.20min.ch/ro/life/lifestyle/story/20331314>

<sup>93</sup> <http://www.rts.ch/video/info/journal-19h30/1504650-contraception-la-pilule-yasmin-quel-risque-pour-la-sante.html>

<sup>94</sup> <http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/3543070-attention-cette-pilule-peut-nuire-a-votre-sante.html>

<sup>95</sup> <http://www.rtsforum.ch/tp/1871-attention-cette-pilule-peut-nuire-votre-sante/19>

*« Je dirais que si les médecins, qui doivent faire le serment d'hypocrate, ne sont pas capable de nous informer, ce n'est que de la pure hypocrisie que eux mêmes ont décidés de faire serment avec les groupes pharmaceutiques »<sup>96</sup>*

*« J'aimerais en tout premier lieu féliciter l'équipe de personnes qui a fait ce reportage possible car ils ou elles ont mis en lumière des choses importantes que pas toutes les femmes connaissent lors de la prise de ce contraceptif.(..) j'ai pris la yasminelle sans que le gynécologue m'ait averti sur les risques éventuelles ou potentielles d'embolie ou autre.(..) il doit bien y en avoir d'autres qui le prennent sans même pas imaginer les conséquences.(...) certains personnes interviewées se renvoient la balle qui fini dans le camp de la consommatrice ce qui est tout simplement incroyable car:(..) procurer de médicaments ni de pilules sans ordonnance, (...)Je crois que nous ne sommes que consommatrices, (...)On ne peut pas savoir ce qui est bon ou mauvais en termes de médicament pour notre santé (..) faisons confiance au médecin sur ce qu'ils nous conseille, car c'est lui l'expert, pas nous et on pense qu'il veille sur notre santé (..) donc, ça ne nous traverse même pas l'esprit d'imaginer qu'il est en train de nous prescrire quelque chose qui pourrait s'avérer dangereuse. J'espère que ce reportage fasse effet sur nous tous(...) »<sup>97</sup>*

### **2.5.1.2 Presse féminine**

Tout comme la presse généraliste, j'ai choisis d'explorer les sites internet des principaux magazines destinés aux femme. Au vu du grand nombre de résultats avec le mot clé « pilule », la recherche s'est limitée au mot clé « pilule contraceptive ». Le grand nombre de résultats (plus de 2'000 pour certains magazines) m'a obligé de limiter mon exploration aux 30 premiers articles. Les sites visités étaient :

- fémina.ch
- marie-claire.fr
- Elle.fr
- Psychologie.fr
- Cosmopolitain.fr

Contrairement à la presse généraliste, ici la contraception orale est largement représentée. Les articles ne se focalisent pas essentiellement sur les effets indésirables. On retrouve énormément d'articles d'information sur son utilisation, son accès, son histoire et sa place dans la contraception en général.

Lorsque le thème des effets est abordé, il l'est d'une manière très proches des préoccupations relevées plus tôt dans les forums. Ils relèvent les bénéfiques, expliquent les effets indésirables et proposent des solutions sans rejet de la pilule en soi, mais offrent plutôt un conseil contraceptif. Les effets indésirables les plus mentionnés sont la libido et la prise de poids.

Contrairement aux forums une information sur les risques est donnée. Principalement le risque thromboembolique mais le cancer du sein est aussi abordé. Voici quelques titres d'articles :

*« Libido et pilule font-ils bon ménage ? »<sup>98</sup>*

<sup>96</sup> <http://www.rtsforum.ch/tp/1871-attention-cette-pilule-peut-nuire-votre-sante>

<sup>97</sup> <http://www.rtsforum.ch/tp/1871-attention-cette-pilule-peut-nuire-votre-sante/2>

<sup>98</sup> <http://www.cosmopolitain.fr/sexe-libido-et-pilule,2510860,1733422.asp>

« *La pilule ne fait pas grossir !* »<sup>99</sup>

« *La pilule : un secret beauté* »<sup>100</sup>

Les informations ont comme source la littérature scientifique avec globalement un but informatif donnant aux femmes une information de base médicale ciblée sur leurs préoccupations avec une démarche pédagogique claire, cherchant à dépeindre la situation dans son ensemble.

Cette presse ne cherche pas à faire peur, au contraire, comme l'illustre les titres au sujet de la polémique actuelle :

« *Pilules de 3e et 4e génération et déremboursement : les femmes sanctionnées ?* »<sup>101</sup>

« *Nouvelle pilule : contraception, ça bouge* »<sup>102</sup>

« *La pilule dernière génération est-elle dangereuse pour la santé ?* »<sup>103</sup>

---

<sup>99</sup> <http://www.cosmopolitan.fr/sexe-la-pilule-ne-fait-pas-grossir,2116,1397697.asp>

<sup>100</sup> <http://www.psychologies.com/recherche/tag/pilule>

<sup>101</sup> [http://www.elle.fr/recherche/recherche-globale/\(searchText\)/pilule%20contraceptive#](http://www.elle.fr/recherche/recherche-globale/(searchText)/pilule%20contraceptive#)

<sup>102</sup> <http://www.marieclaire.fr/contraception-pilule-nouvelles-methodes-de-contraception,20132,652956.asp>

<sup>103</sup> <http://www.cosmopolitan.fr/la-pilule-derniere-generation-est-elle-dangereuse-pour-la-sante,2510858,1571458.asp>

### 3. QUELLE REPOSE MEDICALE ?

*“In an ideal world, every woman would find a contraceptive method suited to her age, union status and desire for future births, and she would use that method until she was no longer exposed to risk of an unintended pregnancy, or until changing life circumstances led her to choose a different method. Having found the right method, she would always use that method correctly and consistently and reduce her risk of unintended pregnancy to its theoretical minimum.”<sup>104</sup>*

#### 3.1 Mandat médical tel que prôné par les sociétés médicales

Cette citation extraite de l'introduction d'un article sur les motifs d'arrêt de la pilule, illustre bien le mandat médical vis à vis de la contraception : Fournir aux femmes une méthode contraceptive efficace, comportant un minimum de risques et effets secondaires, convenant à chaque femme individuellement, avec pour objectif final de diminuer les grossesses non désirées et les avortements.

L'accès à une contraception efficace ne vient pas uniquement d'une volonté médicale. Il répond à une demande de la société actuelle où la maîtrise de la fertilité, le choix du nombre d'enfant et le choix du moment des grossesses sont devenus des points centraux dans la vie des gens.

Une demande fondamentale, devenue droit fondamental depuis 1995: « *Le droit fondamental pour tous les couples et toutes les personnes de décider librement et avec sérieux de la façon dont ils fonderont leur famille (nombre d'enfants, délai entre chaque grossesse, moment choisi pour la grossesse) et de disposer des renseignements et des moyens pour y arriver, ainsi que le droit de bénéficier des meilleurs soins de santé sexuels et génésiques possibles.* »<sup>105</sup> un droit devant être assuré par le système santé, dont le médecin en est la figure de proue.

Le choix d'une méthode contraceptive pour une femme donnée répond à plusieurs paramètres. Tout d'abord les éventuels problèmes de santé rendant certaines méthodes contre-indiquées. L'OMS<sup>106</sup> classe les pathologies contre indiquant la contraception orale en contre-indications absolues et relatives. Par exemple, un âge supérieur à 35 ans associé à du tabagisme, les migraines avec aura, l'hypertension, allaitement moins de 6 semaines postpartum, des antécédents thromboemboliques ou d'AVC, une cardiopathie ischémique, un cancer du sein ou encore une pathologie hépatique sévère, sont des contre indications absolues alors qu'une hypertension contrôlée, un âge de plus de 35 ans associé à un faible tabagisme, des migraines, une pathologie hépatique ou biliaire légère sont des contre indications relatives.

Dans ces situations l'utilisation d'une contraception sans œstrogènes doit être privilégiée. Un changement de composition est aussi recommandé pour les femmes souffrant d'importants effets indésirables oestrogéniques et pour celles s'inquiétant de l'effet oestrogénique sur leur santé, notamment sur le cancer du sein.

<sup>104</sup> Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S, Jones R ; *Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth*; Contraception. 2008 Oct;78(4):271-83. doi: 10.1016/j.contraception.2008.05.007. Epub 2008 Jul 24

<sup>105</sup> Programmé d'action de la Conférence de Beijing. Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 4-15 septembre 1995, Beijing, Chine, New York, United Nations Department of Public Information, 1996, p. 124.

<sup>106</sup> WHO ; Medical Eligibility For Contraceptive Use ; 2009

Une autre directives est de privilégier des méthodes sans hormones pour les femmes exprimant des craintes vis à vis des hormones en général.

Ces dernières recommandations ont pour seul but de diminuer le risque d'interruption du traitement.

Au delà des questions liées à la santé, le médecin se doit d'intégrer dans son approche professionnel les principaux déterminantes du choix d'une contraception décrites dans les directives du *Consensus Canadien sur la Contraception*.

- Premièrement, le médecin doit fournir une information sur la contraception et la sexualité. Des renseignements constituant une base indispensable à tout choix contraceptif.
- Deuxièmement il doit s'assurer de la motivation à prévenir une grossesse et à adopter une méthode contraceptive. Le rôle de la motivation est central pour diminuer les taux d'interruptions. Un rôle mit en évidence par cette étude<sup>107</sup> cas–contrôle où le contraceptif souhaité a été refusé aux patientes. Celles ayant subi un refus ont un taux d'interruption de 72% à 12 mois alors que celles qui ont eu la liberté de choisir ont un taux de 8.9%. Une motivation dépendante de l'attitude personnelles vis à vis des normes sociales régissant la vie de la patiente, des facteurs personnels affectant l'efficacité de la contraception et encore la perception de sa vulnérabilité par rapport à une grossesse non désirée.
- Troisièmement, il lui est demandé de porter attention aux aptitudes comportementales nécessaire à la méthode. Il s'agit de toutes les aptitudes devant être développées pour permettre un usage optimal de la contraception. Tel que la capacité à obtenir des renseignements sur le sujet et de les comprendre, d'aborder le sujet avec son partenaire ou encore d'utiliser correctement la méthode.

### 3.2 Attitude des médecins

Une récente étude<sup>108</sup> européennes sur le comportement des prescripteurs de contraception, révèle un certains écart entre les directives et la pratique clinique. Selon cette étude un tiers des médecins interrogés n'avaient pas eu connaissance des dernières directives de l'OMS en matière de contraception. Les auteurs concluent que lors du choix contraceptif encore beaucoup de médecins ne prennent pas en compte la tolérance aux effets indésirables ou les inquiétudes liées à la sécurité de la contraception hormonale. Toujours selon cette étude, sur 76% de femmes déclarant vouloir une contraception sans œstrogènes pour éviter certains effets secondaires, seuls 30% ont reçu une prescription correspondant à leur envie.

Un tel écart entre directives et pratique peut aussi être observé en étudiant les perceptions de certains médecins, puisque dans une étude<sup>109</sup> sur les connaissances médecins-patients, 10% des médecins interrogés pensent que la pilule est mauvaise pour la santé, 40% l'associe à des troubles de l'humeur et 77% à une baisse de la libido.

---

<sup>107</sup> Shulman LP ; *The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives* ; Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;205(4 Suppl):S9-13.

<sup>108</sup> Grove D, Hooper DJ ; *Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys*; J Eval Clin Pract. 2011 Jun;17(3):493-502

<sup>109</sup> Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R ; *Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians* ; Hum Reprod. 2007 Dec;22(12):3078-83. Epub 2007 Sep 27

Plus spécifique à la France et à la Suisse, est la tendance à une prescription orientée vers une seule méthode contraceptive. Comme le souligne le dernier rapport de l'IGAS<sup>110</sup> (Inspection Générale de Affaires Sociales) sur la contraception en France, avec 65% et respectivement 60% d'utilisatrices de contraception orale, la Suisse et la France sont les pays Européens ayant le paysage contraceptif le moins diversifié, « *la contraception oestro-progestative est recommandée comme une des méthodes de première intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (...) Dans la pratique, elle est utilisée comme la méthode de première intention et, bien qu'elle puisse être administrée sous diverses formes (timbre, anneau vaginal,...), elle est massivement prescrite sous forme de pilule* ».

D'autres facteurs expliquent cette orientation, tel que la forte demande des femmes qui ne connaissent que très peu d'autres méthodes, les revendications des associations ou des politiques se focalisant sur l'accès à cette forme de contraception, et certainement des considérations économiques, puisque un contraceptif vendu mensuellement est plus rentable qu'un dispositif intra-utérin.

### 3.3 Pilule et recherche médicale

« *Primum non nocere* »<sup>111</sup>

La contraception orale est le médicament ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches sur ces effets depuis son apparition. Mais l'attention portée aux effets est très inégale puisque essentiellement portée sur les risques et nettement moins sur les effets indésirables. Une tendance répondant aux risques vitaux que peut poser la contraception hormonale, mais aussi aux inquiétudes des patients. Le cas du risque thromboembolique en est un bon exemple. Une recherche Medline avec le mot clé « oral contraceptive and thromboembolism » donne 2'339 résultats, avec des pics de recherche correspondant aux deux épisodes de « peur de la pilule », soit dans les années 70 et à la fin des années 90.

L'importance de l'écart quantitatif entre les effets peut être mise en évidence par une simple recherche Medline avec le mot clé « oral contraceptive » et un risque ou un effet donné :

- « oral contraceptive and breast cancer » ; 3137 résultats
- « oral contraceptive and sex drive » 419 résultats
- « oral contraceptive and weight gain » 719 résultats

On observe un manque d'études sur certains effets indésirables que déplorent certains auteurs. Par exemple dans le cas des troubles de l'humeur, c'est dès la commercialisation de la pilule dans les années 60 que la littérature relève que cette modification de l'humeur était déjà un motif d'arrêt majeur. Mais malgré ce constat, la littérature l'a passablement ignoré.

Dans une étude sur l'effet de la contraception orale sur la sexualité, Sanders et al.<sup>112</sup> concluent en déplorant le manque de crédit accordé par les cliniciens aux effets secondaires affectant la sexualité et l'humeur. Alors

---

<sup>110</sup> Aubin C. ; Jourdain M. D.; *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*; IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A

<sup>111</sup> Hippocrate; *traité des Épidémies* (I, 5)

que comme nous l'avons vu précédemment ils jouent un rôle déterminant dans l'observance. Selon ces auteurs ils devraient bénéficier d'une attention renforcée, au même titre que tout effets indésirable somatique.

Paradoxalement, malgré un manque d'attention de la littérature sur ces effets négatifs non somatique, la pilule est actuellement plutôt mise en avant pour ces bénéfices non contraceptifs. Car dans les années 60-80 c'était la contraception qui était mise en avant, son rôle central dans le planning familial et les bénéfices aux femmes de pouvoir choisir le moment d'une grossesse. Cependant dès les années 90, le l'image de la contraception orale s'est orientée vers ce que l'on appelle une « lifestyle drug », c'est à dire un médicament destiné à améliorer la qualité de vie d'une personne en traitant des troubles mineurs.

Un autre point sur la recherche concerne cette fois la recherche fondamentale sur les méthodes contraceptive. Car même si le marché de la contraception a passablement évolué depuis l'apparition de la pilule, toutes ces méthodes reposent sur des découvertes scientifiques faites dans les années 50. Le grand changement a été essentiellement introduit dans le mode d'administration des hormones, mais la base reste la même, une administration combinées d'hormones permettant d'empêcher l'ovulation. Même les technologies derrière ses systèmes de délivrance ont été inventées dans les années 60-70<sup>113</sup>. Un manque d'innovation attribué à un abandon de la recherche, puisque en 1970 treize firmes faisaient de la recherche et en 1987 seul quatre en faisaient encore. Le créateur de la première forme de progestérone oralement active avait d'ailleurs prédit ce phénomène dans un article paru en 1989 appelé : « the bitter pill »<sup>114</sup>. Dans cet article il attribue la mort de l'innovation à l'abandon de la recherche par les pharmas. Voilà ce qu'il prédisait en 1989 :

*« All we can expect well into the beginning of the 21st century are minor modifications of existing methods: different delivery systems for steroids, possible improvements in sterilization techniques and barrier methods, more precise indications of the safe interval, and possibly a more realistic reconsideration of the IUD option. Such modest developments will extend contraceptive use patterns, but they will not affect our total dependence on conventional 19th and 20th century approaches to birth control. »*<sup>115</sup>

### 3.3.1 Qu'en est-il des effets préoccupants les femmes ?

Les effets préoccupants les femmes ont été relevés dans le chapitre précédant, il s'agit essentiellement d'effets indésirables, tels que : le gain de poids, les troubles de l'humeur, la baisse de la libido et les modifications du saignement menstruel. Au delà d'une recherche trop rare sur ces sujets, les conclusions des études montrent un important écart entre ce que l'évidence met en lumière et le vécu des femmes. Ci-dessous voici les résultats résumés d'une revue de littérature sur ces différents effets, les résultats complets sont détaillés dans l'annexe 4.

---

<sup>112</sup> Sanders SA, Graham CA, Bass JL ; *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation* ; Contraception. 2001 Jul;64(1):51-8

<sup>113</sup> Siegel Watkins E. ; *How the pill became a lifestyle drug ; Public health then and now ; American journal of public health ; august 2012, vol 102, N°8*

<sup>114</sup> Carl Djerassi, "The Bitter Pill," *Science* 245 (1989): 356–61.

<sup>115</sup> Ibid 360

### *Gain de poids*

A ce jour, aucune étude placebo<sup>116</sup> n'a pu le mettre en évidence. Seul une modification de poids allant d'un gain ou d'une perte de deux kilos sur une année comporte un certain degré d'évidence. Une absence confirmée par une récente revue Cochrane<sup>117</sup>, concluant au manque d'évidence de l'effet de la contraception orale sur le poids, tout en relevant le nombre insuffisant d'étude et les nombreux biais existants.

### *Diminution de la libido*

La plupart des études<sup>118 119 120 121</sup> n'ont pu mettre en évidence cette perte de désir. Concluant plutôt à une augmentation<sup>122</sup> ou à un effet mixte dépendant de la patiente<sup>123</sup>. Seule une récente étude italienne met en évidence une diminution de la fréquence des relations, une péjoration des douleurs lors de relations et une diminution de la fréquence des orgasmes après 3 mois de traitement<sup>124</sup>.

### *Troubles de l'humeur*

Les études à ce sujet restent contradictoires. Certaines, mettent en évidence une augmentation des symptômes dépressifs objectivement et subjectivement mesurés<sup>125126127</sup>. Cependant, d'autres données<sup>128 129</sup> ne trouvent pas d'évidence pour une augmentation de l'occurrence ou la détérioration d'un état dépressif. Une action qui serait même plutôt positive selon une revue de littérature de 2012<sup>130</sup>, où 61.5% des femmes rapportent une diminution de la nervosité et 70.6% observent une amélioration de leurs humeurs dépressives,

### *Saignements irréguliers*

L'apparition de saignements irréguliers est fréquente lors des premiers mois d'utilisation, plus particulièrement lors des trois à quatre premiers mois, puis diminue progressivement. Sur les neuf premiers cycle il affecte de 3.5% à 12.6% des utilisatrices<sup>131</sup>.

Au travers de cette revue ciblée, on peut constater que seul les modifications du saignement menstruel comportent un certains degré d'évidence, tous les autres étant considérés comme inexistant du point de vue d'une médecine basée sur l'évidence.

<sup>116</sup> Pitts SA, Emans SJ ; *Controversies in contraception* ; Curr Opin Pediatr. 2008 Aug;20(4):383-9

<sup>117</sup> Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. *Combination contraceptives: effects on weight*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD003987.

<sup>118</sup> Jonathan Schaffir (2006): *Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review*, Journal of Sex & Marital Therapy, 32:4, 305-314

<sup>119</sup> Ott MA, Shew ML, Ofner S; *The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents*; Arch Sex Behav. 2008 Aug;37(4):605-13.

<sup>120</sup> Wallwiener M, Wallwiener LM, Seeger H et al.; *Effects of sex hormones in oral contraceptives on the female sexual function score: a study in German female medical students*; Contraception. 2010 Aug;82(2):155-9.

<sup>121</sup> Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML et al; *Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels* ; Contraception. 2010 Aug;82(2):147-54.

<sup>122</sup> Johannes Bitzer, James A. Simon ; *Current Issues And Available Options In Combined Hormonal Contraception* ; Contraception 84 (2011) 342-356

<sup>123</sup> Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT ; *The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review* ; J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213-23.

<sup>124</sup> Battaglia C, Battaglia B, Mancini F ; *Sexual behavior and oral contraception: a pilot study* ; J Sex Med. 2012 Feb;9(2):550-7.

<sup>125</sup> Kay CR, Crombie DL, Kuenssberg EV, et al. Oral contraceptives and health: an interim report from the oral contraception study of the Royal College of General Practitioners ; London: The Whitefriars Press Ltd; 1974

<sup>126</sup> Kulkarni J; *Depression as a side effect of the contraceptive pill*; Expert Opin Drug Saf. 2007 Jul;6(4):371-4

<sup>127</sup> Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P ; *Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study* ; Hum Reprod. 2011 Nov;26(11):3085-93.

<sup>128</sup> Böttcher B, Radenbach K, Wildt L; *Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge*; Arch Gynecol Obstet. 2012 Jul;286(1):231-6

<sup>129</sup> Robinson SA, Dowell M, Pedulla D ; *Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms?*; Med Hypotheses. 2004;63(2):268-73

<sup>130</sup> Poromaa IS, Segebladh B ; *Adverse mood symptoms with oral contraceptives* ; Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Apr;91(4):420-7.

<sup>131</sup> Oddsson K, Leifels-Fischer B, Wiel-Masson D, et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol and 150 microg levonorgestrel: a randomized trial. Hum Reprod 2005;20:557-62



## 4. DISCUSSION

### 4.1 Analyse des résultats

L'exploration des forums féminins et de la littérature médicale confirme l'hypothèse d'un écart entre les préoccupations des femmes et de la médecine. Une différence que l'on peut observer à différents niveaux. Prenons tout d'abord, le sujet même des préoccupations. Les femmes se préoccupant essentiellement de questions liées à l'utilisation pratique et d'effets indésirables tel que la perte de libido, la prise de poids ou encore les troubles de l'humeur. Alors que la littérature médicale, se focalise largement sur les risques, le plus fréquent étant le risque thromboembolique.

Un écart sur les sujets, mais aussi sur leurs validités scientifique. Car comme le met en évidence le chapitre 4.3.1, la majorité des effets mentionnés dans les forums sont inexistant ou du moins non démontrés selon une médecine basée sur l'évidence. Alors que sur les forums ces différents effets sont mentionnés comme valide et faisant partie des effets secondaires reconnus.

Un autre point concernant les effets secondaires, est la différence de leurs perceptions entre la littérature et les femmes. Prenons l'exemple de la prise de poids. Selon la littérature<sup>132</sup>, la prise de poids associée à la contraception orale est de deux kilos sur une année. Un gain potentiel relativement faible, menant à la conclusion de plusieurs auteurs d'une absence de gain de poids. D'un point de vue scientifique cette démarche est évidemment justifiée, mais comme l'exploration des forums le met en évidence, pour certaines femmes, un gain ou même une perte de deux kilos peuvent être source d'un relatif mal être et d'un risque de diminution de l'observance si l'effet est imputé à sa contraception.

Un autre point contribuant de manière importante à cet écart, est le manque de connaissances des femmes quant à l'utilisation pratique et de questions liées à la sexualité et aux notions basiques de la physiologie de la reproduction.

Ce point me paraissant essentiel et ne relevant que très peu du rôle médical est soulevé par le Pr P. Even et le Pr B. Debré: « *la première cause de cette situation bloquée et inacceptable<sup>133</sup> est l'incapacité (...) de donner aux enfants et adolescents une éducation sexuelle claire, vraie, ouverte sur les réalités de la vie des hommes et des femmes, qui fasse place aux données anatomiques et fonctionnelles, aux instincts, aux pulsions, aux déviances, aux sentiments qui les accompagnent (...)* »

Au sujet de l'exploration du contenu de l'information non médicale, il est fort de constater que la presse généraliste véhicule une image plutôt négative de la pilule, en ne relatant que ses aspects négatifs et en ayant un discours fortement orienté. Par ce fait elle véhicule le sentiment que le corps médical cache des informations sur une contraception qui serait dangereuse. Une « information » qui n'est pas sans conséquences au vu de l'angoisse générée sur les forums suite aux polémiques médiatiques.

---

<sup>132</sup> Lindh I, Ellström AA, Milsom I ; *The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight* ; Hum Reprod. 2011 Jul;26(7):1917-24.

<sup>133</sup> L'auteur se réfère ici au bilan plutôt négatif des politiques de contraception actuelle en matière de grossesses non désirées et d'avortements.

Par contre la presse féminine est plus en phase avec son publique, reflétant la diversité des opinions des femmes et répondant à la demande d'informations pratiques des femmes.

Un autre point que met en évidence cette recherche, est l'attitude paradoxale des femmes vis-à-vis de la pilule. Car de manière générale elle bénéficie d'un taux de satisfaction élevé et très peu de réflexions vont dans le sens d'un rejet de cette méthode, saluant plutôt sa grande efficacité et sa facilité d'utilisation. Malgré cela les taux d'observances et d'interruptions sont très élevés et les craintes à son sujet restent présentes.

Quant à la vision de la médecine par les femmes, il ressort que peu d'entre elles se plaignent de cet écart, critiquant que très rarement la médecine ou plutôt les médecins à ce propos. Les médecins devenant source d'une information scientifique utilisée essentiellement pour l'utilisation pratique et les risques. En ce qui concerne le vécu et les effets secondaires, une sorte de système d'informations parallèle s'est mit en place où l'expérience de chacune reste la meilleure des informations.

Au travers de ce constat, les femmes signifient qu'elles considèrent l'information médicale comme véridique mais incomplète, ne pouvant rendre compte de l'expérience individuelle ou comprendre un vécu subjectif.

En ce qui concerne la littérature à ce sujet, je n'ai trouvé aucune étude ayant le même objectif, mais les résultats de cette recherche concordent avec ceux d'autres études quant aux principales préoccupations des femmes, leurs niveaux de connaissances et leurs degrés de satisfaction<sup>134</sup>.

## 4.2 Pourquoi y a t il un écart ?

L'objectif de ce travail était de vérifier l'hypothèse d'un écart entre les femmes et la médecine, mais à l'issue de ce travail il me paraît essentiel d'aller plus loin et à comprendre pourquoi. En se basant sur ce travail, plusieurs pistes peuvent être explorées.

### *Une divergence d'intérêt*

Cet écart n'est pas du à une négligence de la médecine ou à une exagération des femmes, mais tout simplement à deux perspectives totalement différentes d'un même objet. Avec d'un côté, les médecins, raisonnant à partir de populations, pensant en terme d'efficacité et de rapport risques-bénéfices, tout cela dirigés par un mandat médical imposant d'avant tout préserver la santé des patients, « *Primum non nocere* » disait Hippocrate. Une vision amenant logiquement la médecine à se focaliser sur des effets pouvant causer mortalité et morbidités.

De l'autre côté, des femmes, en bonne santé, qui prennent et vivent les effets de la pilule au quotidien et ce pendant plusieurs années. Et parce que tout le monde utilise cette contraception et parce qu'un médecin ne

---

<sup>134</sup> Laveissière MN, Péliissier C, Lê MG; *Oral contraception in France in 2001: results of an opinion poll survey conducted on 3609 women between 15 and 45* ; Gynecol Obstet Fertil. 2003 Mar;31(3):220-9.

prescrirait pas un médicament mettant en danger leur vie, les risques ne sont pas la première des préoccupations, mais bien les effets affectant la vie quotidienne et l'utilisation pratique.

#### *Un besoin de recherche scientifique*

Une telle différence entre les plaintes des patientes et les résultats de la recherche basée sur l'évidence pose la question des connaissances sur l'action hormonale. Comme le met en évidence une étude<sup>135</sup> sur la physiologie des effets secondaires, de nombreuses variations pharmacocinétiques entre individus et populations existent. Une importante variabilité qui, selon une autre étude<sup>136</sup>, pourrait être expliquée par l'exposition prénatale et la sensibilité post pubertaire à la testostérone, prédisposant certaines femmes aux effets secondaires. Cette hypothèse est formulée à partir du constat que les femmes ayant le plus d'effets indésirables ont une association positive avec des marqueurs d'exposition androgénique (longueur du deuxième et quatrième doigt ainsi que la pilosité de la première phalange).

De plus il faut souligner la difficulté d'évaluation d'effets subjectifs de manière objective. A ce propos un biais fréquemment mentionné dans les études<sup>137</sup>, est le fait que les études ne peuvent se baser que sur des femmes ne les ayant pas quittées, un fait agissant comme un filtre sélectionnant les participantes supportant le mieux la pilule. Une autre hypothèse, suggérée par les récentes recherches sur les perturbateurs endocriniens, est la simple méconnaissance d'une action hormonale qu'il resterait encore à découvrir.

#### *Un manque d'information*

Que ce soit dans le chapitre 3.1.3 ou dans l'exploration des forums, tout indique que les femmes manquent de connaissances, que ce soit sur l'action, sur les risques ou l'utilisation de la contraception orale. Dans un monde où tout type d'informations est rapidement disponible, si le médecin ne joue pas son rôle d'intermédiaire en transmettant ses connaissances, il favorise le maintien de mythes et de craintes liées à des informations incomplètes. De plus ces lacunes génèrent des préoccupations qui pourraient aisément être calmées par une information plus complète, notamment en ce qui concerne l'utilisation. Elle permettrait aussi de diminuer l'impact des polémiques médiatiques et d'éviter à de nombreuses femmes des angoisses inutiles.

### **4.3 Solutions ?**

Tout d'abord il me paraît essentiel de reconnaître les limites du modèle basé sur l'évidence en ce qui concerne les effets indésirables. Car comme l'a mis en évidence la recherche sur les forums, l'expérience vécue pour un contraceptif donné varie énormément d'une femme à l'autre et la même expérience peut être perçue de manière complètement différente selon la personne. L'essentiel ici est donc de sortir d'un schéma

---

<sup>135</sup> Vitzthum VJ, Ringheim K; *Hormonal contraception and physiology: a research-based theory of discontinuation due to side effects*; Stud Fam Plann. 2005 Mar;36(1):13-32.

<sup>136</sup> Oinonen KA; *Putting a finger on potential predictors of oral contraceptive side effects: 2D:4D and middle-phalangeal hair*; Psychoneuroendocrinology. 2009 Jun; 34(5):713-26.

<sup>137</sup> Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? J Affect Disord. 2002;70:229-40

généraliste, faisant d'une évidence basée sur le plus grand nombre une vérité applicable à tous, pour entrer dans une prise en charge individuelle considérant le vécu du patient comme la première des évidences.

Un autre point essentiel, est de sortir d'une vision « pathologisante » de phénomènes physiologiques tel que la grossesse ou encore les menstruations. Par exemple, dans la plupart des études la grossesse est systématiquement utilisée comme comparaison entre le risque étudié et les risques qui lui sont liés. Il est vrai que l'absence de contraception expose à une grossesse non désirée, mais refuser la contraception hormonale ne signifie pas l'absence de contraception et surtout, rappelons que la grossesse est un état physiologique particulier, la contraception orale elle ne l'est pas. Ce dernier fait est important, car une femme – et tout patient - acceptera aisément un risque lié à situation physiologique, alors que tout risque mortel ou invalidant demandera à être évalué pour un médicament a fonction préventive et non curative.

Une piste permettant de mieux comprendre les nombreux enjeux autour de la contraception orale (et pas seulement), me semble être fournie par le modèle d'« attitude tripartite révisé » tel que définit par Zanna et Rempel. Dans ce modèle issu de la psychologie, l'attitude est une opinion, un jugement, représentant le degré d'aversion ou d'attraction pour un objet donné. Cette opinion repose sur trois types d'informations : une information cognitive, une information affective et une information comportementale reflet d'action antérieure ou d'une intention d'agir. Reprendre la problématique de la contraception orale pour chaque type d'information permet de mettre en évidence les nombreuses contradictions à l'œuvre et de certainement mieux comprendre une attitude pouvant paraître paradoxale. De plus ce modèle offre la possibilité au praticien d'explorer ces différents aspects dans le but d'améliorer l'attitude résultante.

### *L'affect*

Deux sentiments distincts cohabitent vis à vis de la pilule. Le premier, est un sentiment global de satisfaction nourrit par les nombreux effets bénéfiques, un contrôle du cycle facilitant le quotidien et un risque de grossesse pratiquement nul facilitant la vie sexuelle. Le second est un sentiment de crainte<sup>138</sup>, alimenté par la presse et ses articles à sensation, par les histoires d'expériences tragiques et par les mythes et informations incomplètes. Un autre enjeux vient de la temporalité, car au cours du temps le renouvellement quotidien du refus d'une grossesse ne pourra être constant, la prise d'un contraceptif n'exclut donc pas un désir de grossesse.

Des sentiments certes contradictoires, mais totalement justifiés. Il est donc essentiel de les identifier et de les suivre au cours du temps.

### *Cognitif*

Il y a d'un côté, des informations médicales incomplètes, banalisant l'usage de la pilule et la présentant pour ses avantages. De l'autre, de multiples sources d'informations exposant des effets probables ou avérés dont le médecin n'avait pas parlé. En résulte une contradiction des informations où il devient difficile de discerner le vrai du faux, surtout pour des femmes dont les connaissances de base sont fréquemment lacunaires.

---

<sup>138</sup> Ibid

Une situation rendant essentiel l'information de base donnée à une femme, tant sur le mécanisme d'action que sur son utilisation et ses effets, lui permettant de pouvoir juger par elle-même les différentes informations qu'elle reçoit.

### *Comportement*

Le comportement relève d'expérience passée ou d'une intention future. Dans le cas de pilule, les expériences passées sont incarnées par le phénomène d'anticipation d'effets « secondaires ». Une étude<sup>139</sup> à ce propos, révèle que 30% des futures utilisatrices anticipent l'apparition ou la péjoration d'effets tel que la prise de poids. Quant aux intentions futures elles dépendent fortement de la possibilité d'exercer un choix sur la méthode<sup>140</sup>, induisant une augmentation de l'observance.

Il est donc important lors du choix d'un contraceptif d'explorer les effets anticipés et leurs sources. Puis fort de cette exploration proposer un choix le plus large possible.

---

<sup>139</sup> Rosenthal SL, Cotton S, Ready JN, Potter LS, Succop PA. *Adolescents' attitudes and experiences regarding levonorgestrel 100 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2002

<sup>140</sup> Grove D, Hooper DJ ; *Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys*; J Eval Clin Pract. 2011 Jun;17(3):493-502

## 5. CONCLUSION

Les résultats de cette recherche confirment la présence d'un écart entre préoccupations médicale et préoccupations des patientes. On peut l'observer de manière évidente lorsqu'il s'agit des effets « secondaires », où les préoccupations diffèrent autant dans leur contenu que dans leur perception. Elles mettent en évidence une vision et des attentes très différentes entre les femmes et la médecine vis à vis de la contraception orale, des différences pleinement justifiées, du fait de rôles et objectifs différents. Mais s'agissant de la contraception orale ce fait n'est pas sans conséquences. Car la pilule et ses différents enjeux dépassent largement le cadre médical, pour se retrouver fréquemment au centre de nombreuses polémiques où mythes et malentendu se perpétuent. Cette situation affecte fortement l'efficacité même du contraceptif, en créant craintes et méfiances induisant une diminution de l'observance et de haut taux d'interruptions ou d'arrêts du traitement.

Il est nécessaire de sortir d'un clivage où la médecine présente un contraceptif « idéal » à des femmes qui vivent et ressentent des effets que la médecine basée sur l'évidence ne peut démontrer. Pour les praticiens il est donc essentiel de saisir les différents enjeux autour de cette forme de contraception, de manière à mieux adapter et mieux répondre à une demande complexe, qui tend à évoluer dans le temps et qui influe la vie d'une patiente de manière importante.

Pour ce faire fournir une plus ample information sur les connaissances médicale en est le fondement, mais ce n'est pas tout. Il est nécessaire d'explorer les représentations, le vécu et les attentes d'une patiente par rapport à son choix contraceptif. Par cette attitude, la médecine, remettra les patientes au centre de leurs choix, en adoptant une position d'ouverture où le médecin n'est plus « celui qui sait » mais « celui qui conseille ».

## 9. BIBLIOGRAPHIE

1. Lohr PA, Creinin MD; *Oral contraceptives and breakthrough bleeding: what patients need to know*; J Fam Pract. 2006 Oct; 55(10):872-80
2. A.Edelman, M.F. Gallo et al.; *Continuous versus cyclic use of combined oral contraceptives for contraception : systemic Cochrane review of randomized controlled trials* ; Human Reproduction Vol.21, No.3 pp. 573-578,2006
3. Aegidius K, Zwart JA, Hagen K et al.; *Oral contraceptives and increased headache prevalence: the Head-HUNT Study*. Neurology. 2006 Feb 14;66 (3):349-53
4. Allport F. H. "Attitudes" in *Handbook of social psychology*, Clark University Press, 1935 cité par Ghiglione R. & Bromberg M. in "Cours de psychologie" tome 1, Dunod, 1992.
5. Amanda Black, Diane Francoeur, Timothy Rowe et al.; *Consensus Canadien sur la Contraception* ; N°143, part one of three ; march 2004
6. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. *Combined oral contraceptive pills for treatment of acne*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD004425.
7. Aubin C. ; Jourdain M. D.; *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence; IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A*
8. Balassone ML. *Risk of contraceptive discontinuation among adolescents*. J Adolesc Health Care 1989;10:527-33.
9. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F ; *Sexual behavior and oral contraception: a pilot study* ; J Sex Med. 2012 Feb;9(2):550-7.
10. Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C ; *Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis* ; Hum Reprod Update. 2009 Sep-Oct;15(5):489-98
11. Böttcher B, Radenbach K, Wildt L; *Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge*; Arch Gynecol Obstet. 2012 Jul;286(1):231-6.
12. Brinton LA, Vessey MP, Flavel R, Yeates D. *Risk factors for benign breast disease*. Am J Epidemiol 1981;113(3):203-14
13. Brito MB, Nobre F, Vieira CS ; *Hormonal contraception and cardiovascular system* ; Arq Bras Cardiol. 2011 Apr;96(4):e81-9. Epub 2011 Feb 25
14. Burkman RT, Schlesselman J, Ziemann M. *Safety concerns and health benefits associated with oral contraception*. Am J Obs Gyn. 2004;190:S5-S22.
15. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT ; *The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review* ; J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213-23.
16. Carl Djerassi, "The Bitter Pill," *Science* 245 (1989): 356-61.
17. Chris Kahlenborn, Francesmary Modugno, Douglas M.Potter, Walter B. Severs ; *Oral Contraceptive Use As a Risk Factor For Premenopausal Breast Cancer : A Meta-Analysis* ; Mayo Clin Proc ; October 2006 ; 81 (10) : 1290-1302
18. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies*. Lancet 1996;347:1713-27. :
19. D. Cibula, A.Gompel, A.O. Mueck et al. ; *Hormonal Contraception and Risk of Cancer* ; Human Reproduction Update, Vol.16 pp.631-650, 2010

20. Davis A, Godwin A, Lippman J, et al.; *Triphasic norgestimate-ethinyl estradiol for treating dysfunctional uterine bleeding*. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):913-20
21. Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC, et al. *Endocrine-disrupting chemicals: An Endocrine Society scientific statement*. *Endoc Rev* 2009; 30:293–342.
22. DM Parkin ; *Cancers Attributable to Exposure To Hormones in The UK in 2010* ; *British Journal of Cancer* (2011) 105, 542-548
23. Edelman A, Jensen JT, Bulechowsky M; *Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain? A primate model* ; *Hum Reprod*. 2011 Feb;26(2):330-6.
24. Edelman AB, Gallo MF, et al.; *Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3): CD004695.
25. Eisenberg DL, Secura GM, Madden TE, et al. *Knowledge of contraceptive effectiveness*. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:479.e1-9
26. ESHRE Capri Workshop Group ; *Hormones and cardiovascular health in women* ; *Hum Reprod Update*. 2006 Sep-Oct;12(5):483-97.
27. ESHRE Capri Workshop Group; *Non contraceptive health benefits of combined oral contraception*; *Hum Reprod Update*. 2005 Sep-Oct;11(5):513-25.
28. Ferguson JH. *Effect of Diethylstilbestrol on pregnancy compared to the effect of a placebo*. *Am J Obstet Gynecol* 1953;65:592-601
29. Fernandez E, La Vecchia C, Balducci A, et al.; *Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis*. *Br J Cancer* 2001;84(5):722-7
30. Fischnetz (2004). *Sur la trace du déclin piscicole. Rapport final*. EAWAG/OFEFP, Dubendorf, Bern.
31. Forrest JD.; *US women's perceptions of and attitudes about the IUD.*; *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:S30-4
32. Francisca Martinez, Isabel Martinez, Ezequiel Perez-Campos, et al. ; *Venous and Pulmonary Thromboembolism and Combined Hormonal Contraceptives. Systemic review and Meta-Analysis* ; *The European Journal Of Contraception and Reproductive Health Care*, February 2012 ; 17 : 7-29.
33. Frost JJ, Lindberg LD, Finer LB; *Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy*; *Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Jun;44(2):107-16
34. Furedi A ; *The public health implications of the 1995 'pill scare'* ; *Hum Reprod Update*. 1999 Nov-Dec;5(6):621-6
35. G. S. Merki-Feld, J. Bitzer, J. Seydoux, M.Birkhauser ; *Lettre d'expert concernant le risque thromboembolique sous contraception hormonale* ; *Gynécologie Suisse* ; lettre d'expert n°35
36. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. *Combination contraceptives: effects on weight*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, Issue 9. Art. No.: CD003987.
37. Gibbs N., Van Dyk D., Adams K.; *Love, Sex, Freedom and The Paradox Of the Pill* ; *Time magazine* ; 5.03.2010, Vol.175 Issue 17. P40-47, 8p, 3color
38. Gourdy P. et al. ; *Hormonal Contraception in Woman at Risk of Vascular and Metabolic Disorders : Guidelines of the French Society Of Endocrinology* ; *Annals of Endocrinology (Paris)* (2012), 509, 19
39. Grayson J. *Eco Etiquette: Is There a Green Choice for Birth Control?* *Huffington Post* 2011.
40. Grimbizis GF, Tarlatzis BC ; *The use of hormonal contraception and its protective role against endometrial and ovarian cancer* ; *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Feb;24(1):29-38.



41. Grossman Barr N ; *Managing adverse effects of hormonal contraceptives* ; Am Fam Physician. 2010 Dec 15;82(12):1499-506
42. <sup>1</sup> Grove D, Hooper DJ ; *Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys*; J Eval Clin Pract. 2011 Jun;17(3):493-502
43. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF; *Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD004317.
44. Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R ; *Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians* ; Hum Reprod. 2007 Dec;22(12):3078-83.
45. Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane et al.; *Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study*; BMJ. 2010 Mar 11;340:c927.
46. Hippocrate; *traité des Épidémies* (I, 5)
47. Hirschberg AL ; *Sex hormones, appetite and eating behaviour in women* ; Maturitas. 2012 Mar;71(3):248-56.
48. Huber JC, Bentz EK, Ott J, Tempfer CB ; *Non-contraceptive benefits of oral contraceptives* ; Expert Opin Pharmacother. 2008 Sep;9(13):2317-25. doi: 10.1517/14656566.9.13.2317 .
49. Huber LR, Hogue CJ, Stein AD, Drews C et al.; *Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study*; Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1290-5. Epub 2006 Apr 21
50. IARC. *Combined Estrogen–Progestogen Contraceptives and Combined Estrogen– Progestogen Menopausal Therapy*, Lyon : IARC, 2007
51. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. *Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding*. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000154
52. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. « *Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components* », *Lancet*, vol. 346, 1995, p. 1589-93.
53. Johannes Bitzer, James A. Simon ; *Current Issues And Available Options In Combined Hormonal Contraception* ; Contraception 84 (2011) 342-356
54. Jonathan Schaffir (2006): *Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review*, Journal of Sex & Marital Therapy, 32:4, 305-314
55. Jordan WM: Pulmonary embolism. *Lancet* 2, 1146–1147 (1961).
56. Kay CR, Crombie DL, Kuenssberg EV, et al.; *Oral contraceptives and health: an interim report from the oral contraception study of the Royal College of General Practitioners* ; London: The Whitefriars Press Ltd; 1974
57. Dec;50(4):868-77
58. Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77<sup>1</sup>.
59. Küçük M, Aksu H, Sezer SD; *Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills*; Gynecol Endocrinol. 2012 Apr;28(4):282-5.
60. Kulkarni J; *Depression as a side effect of the contraceptive pill*; Expert Opin Drug Saf. 2007 Jul;6(4):371-4
61. Laveissière MN, Péliissier C, Lê MG; *Oral contraception in France in 2001: results of an opinion poll survey conducted on 3609 women between 15 and 45* ; Gynecol Obstet Fertil. 2003 Mar;31(3):220-9.

62. Lete I, Doval JL, Pe ´rez-Campos E, et al. *Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method*. Contraception 2008;77: 276–282.
63. Lete I, P´erez-Campos E, Correa M, Robledo J et al.; *Continuation rate of combined hormonal contraception: a prospective multicenter study*; J Womens Health (Larchmt). 2012 May;21(5):490-5.
64. Levi F, Pasche C, Lucchini F, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal cancer. Dig Liver Dis 2003;35:85–87.
65. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. « *Oral contraceptives and venous thromboembolism: a case-control study* », Contraception, vol. 57, 1998, p. 291-301.
66. Lidegaard O., Milsom I. et al. ; *Hormonal Contraception and Venous Thromboembolism* ; Acta Obstet Gynecol Scand 2012 ; 91 : 769-778
67. Lindh I, Ellström AA, Milsom I ; *The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight* ; Hum Reprod. 2011 Jul;26(7):1917-24.
68. Liu ZH, Ogejo JA, Pruden A, Knowlton KF ; *Occurrence, fate and removal of synthetic oral contraceptives (SOCs) in the natural environment: a review*. Sci Total Environ. 2011 Nov 15;409(24):5149-61.
69. Loder EW, Buse DC, Golub JR. *Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 pt 1):636-649.
70. Lohr PA, Creinin MD; *Oral contraceptives and breakthrough bleeding: what patients need to know*; J Fam Pract. 2006 Oct;55(10):872-80
71. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. *Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD006586.
72. Lopez-del Burgo C, Lopez-de Fez CM, Osorio A, Guzman JL, de Irala J.; *Spanish women's attitudes towards post-fertilization effects of birth control methods*; Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;151: 56–61.
73. Lundberg, V., Tolonen, H., Stegmayr, B., Kuulasmaa, K. & Asplund, K. (2004) *Use of oral contraceptives and hormone replacement therapy in the WHO MONICA project*. Maturitas, 48, 39–49
74. MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al. *Age at first birth and breast cancer risk*. Bull Wld Health Org 1970;43:209–21
75. Maguire K, Westhoff C ; *The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits* ; Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;205(4 Suppl):S4-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.056.
76. Middeldorp S., MD ; *Oral contraceptives and the Risk of Venous Thromboembolism* ; Gender Medicine/ Vol.2, Supplement A, 2005
77. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J (2009) *Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort*. Hum Reprod 24: 1387-1392.
78. Moreau C, Cleland K, Trussell J; *Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States*; Contraception. 2007 Oct;76(4):267-72. Epub 2007 Aug 28.
79. Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J. *Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter?* Obstet Gynecol. 2007;109(6): 1277-1285.
80. N.Bajos, C. Moreau et coll. *La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques?*; Population et sociétés. N°492 septembre 2012

81. Nadler RD, Dahl JF, Gould KG, Collins DC ; *Effects of an oral contraceptive on sexual behavior of chimpanzees (Pan troglodytes)* ; Arch Sex Behav. 1993 Oct; 22(5):477-500
82. *Obstetrics and Gynecology* 18 (1961): 62–3.
83. Oddsson K, Leifels-Fischer B, Wiel-Masson D, et al.; *Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol and 150 microg levonorgestrel: a randomized trial.* Hum Reprod 2005;20:557–62
84. OFSP, *Perturbateurs endocriniens*, fiche d'information, juillet 2012, <http://www.bag.admin.ch/themen/chemikalien/00228/05072/index.html?lang=fr>
85. Oinonen KA ; *Putting a finger on potential predictors of oral contraceptive side effects: 2D:4D and middle-phalangeal hair*; Psychoneuroendocrinology. 2009 Jun;34(5):713-26.
86. Oinonen KA, Mazmanian D. *To what extent do oral contraceptives influence mood and affect?* J Affect Disord. 2002;70:229–40
87. Ojvind Lidegaard, Dr. Med. Sci., Ellen Lokkegaard et al. ; *Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception* ; N Engl J Med 2012 ; 366 :2257-66
88. Ott MA, Shew ML, Ofner S; *The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents*; Arch Sex Behav. 2008 Aug;37(4):605-13.
89. Philip C Hannaford, Sivasubramaniam Selvaraj, Alison M. Elliott et al.; *Cancer Risk Among Users Of Oral Contraceptives : Cohort data from the Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study* ; BMJ. 2007 September 29; 335(7621): 651
90. Philipson S, Wakefield CE, Kasparian NA; *Women's knowledge, beliefs, and information needs in relation to the risks and benefits associated with use of the oral contraceptive pill*; J Womens Health (Larchmt). 2011 Apr;20(4):635-42.
91. Pieter Stolka, Sebastian Schneeweissb, Hubert G.M et al.; *Original research article Impact analysis of the discontinuation of reimbursement: the case of oral contraceptives*; Contraception 78 (2008) 399–404
92. Pitts SA, Emans SJ ; *Controversies in contraception* ; Curr Opin Pediatr. 2008 Aug;20(4):383-9.
93. Polly A. Marchbanks, Ph.D., Jill A. MacDonald, Ph.D., Hoyt G. Wilson, Ph.D et al.; *Oral Contraceptives and the Risk Of Breast Cancer* ; N Engl J Med, Vol. 346, No.26, June 27, 2002
94. Poromaa IS, Segebladh B ; *Adverse mood symptoms with oral contraceptives* ; Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Apr;91(4):420-7.
95. Potter L, Oakley D, de Leon-Wong E, Canamar R. « *Measuring compliance among oral contraceptive users* », *Fam Plann Perspec*, vol. 8, n° 4, 1996, p. 154-8.
96. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception : recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13.
97. Programme d'action de la Conférence de Beijing. Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 4–15 septembre 1995, Beijing, Chine, New York, United Nations Department of Public Information, 1996, p. 124.
98. Rachel E. D'Souza ; *Risks and benefits of oral contraceptive pills* ; Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Volume 16, Issue 2 , Pages 133-154, April 2002
99. 1 Robert N. Hoover, et al.; *Adverse Health Outcomes in Women Exposed In Utero to Diethylstilbestrol*, N Engl J Med. 2011 Oct 6 ; 365 (14) :1304-14

100. Robinson SA, Dowell M, Pedulla D ; *Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms?*; Med Hypotheses. 2004;63(2):268-73
101. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. *Compliance, counseling, and satisfaction with oral contraceptives: A prospective evaluation. Fam Plann Perspect* 1998;30:89–92,–104.
102. Rosenberg MJ, Waugh MS, Stevens CM. *Smoking and cycle control among oral contraceptive users. Am J Obstet Gynecol* 1996;174:628–632.
103. Rosenberg MJ, Waugh MS. *Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. Am J Obstet Gynecol* 1998;179:577–82.
104. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. « *Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation* », *Fam Plann Perspect*, vol. 30, n° 2, 1998, p. 89-92.
105. Rosenthal SL, Cotton S, Ready JN, Potter LS, Succop PA. *Adolescents' attitudes and experiences regarding levonorgestrel 100 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2002
106. Ross, J., Hardee, K., Mumford, E. & Eid, S. (2002) *Contraceptive method choice in developing countries. Int. Fam. Plann. Perspect.*, 28, 32–40
107. Sabatini R, Cagiano R; *Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives*; *Contraception*. 2006 Sep;74(3):220-3
108. Sanders SA, Graham CA, Bass JL ; *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-*
109. Save the children. *State of the world's mothers 2007: saving the lives of children under 5. Westport (CT): Save the Children; 2007.*
110. Sharpe, R.M. and Skakkebaek, N.F. (1993) *Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract. Lancet* 341, 1392–1395
111. Shulman LP ; *The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives* ; *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Oct;205(4 Suppl):S9-13. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.057.
112. Siegel Watkins E. ; *How the pill became a lifestyle drug ; Public health then and now ; American journal of public health ; august 2012, vol 102, N°8*
113. Smith OW; *Diethylstilbestrol in the prevention and treatment of complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol* 1948; 56:821-34.
114. Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML et al; *Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels* ; *Contraception*. 2010 Aug;82(2):147-54.
115. Sulak P, Willis S, Kuehl T, Coffee A, Clark J. *Headaches and oral contraceptives: impact of eliminating the standard 7-day placebo interval. Headache.* 2007;47(1):27-37
116. Svetlana N. Tachaikovski, Jan Rosing ; *Mechanisms of Estrogen-Induced Venous Thromboembolism* ; *Thrombosis Research* 126 (2010): 5-11
117. Thomas G. DeLoughery ; *Estrogen and Thrombosis : Controversies and Common sens* ; *Rev Endocr Metab Disord* (2011) 12 :77-84
118. Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P ; *Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study* ; *Hum Reprod.* 2011 Nov;26(11):3085-93.

119. Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, Bakken K et al. ; *Oral contraceptives, reproductive history and risk of colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* ; Br J Cancer. 2010 Nov 23;103(11):1755-9. doi: 10.1038/sj.bjc.6605965. Epub 2010 Nov 2
120. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World contraceptive use 2007. 2007.
121. Van Vliet HAAM, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. *Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD003553.
122. Van Vliet HAAM, Raps M, Lopez LM, Helmerhorst FM. *Quadriphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD009038.
123. Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S, Jones R ; *Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth*; Contraception. 2008 Oct;78(4):271-83. doi: 10.1016/j.contraception.2008.05.007. Epub 2008 Jul 24
124. Vincent Coglianò, Yann Grosse, Robert Baan et al.; *WHO International Agency for Research on Cancer ; Carcinogenicity of Combined Oestrogen-Progestagen Contraceptives and Menopausal Treatment* ; Lancet Vol 6, August 2005
125. Vitzthum VJ, Ringheim K; *Hormonal contraception and physiology: a research-based theory of discontinuation due to side effects*; Stud Fam Plann. 2005 Mar;36(1):13-32.
126. Wallwiener M, Wallwiener LM, Seeger H et al.; *Effects of sex hormones in oral contraceptives on the female sexual function score: a study in German female medical students*; Contraception. 2010 Aug;82(2):155-9.
127. Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, et al. *Oral contraceptive discontinuation: Do side effects matter?* Am J Obstet Gynecol 2007;196: 412.e1-412.e7.
128. Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, et al.; *Oral contraceptive discontinuation: Do side effects matter?* Am J<sup>1</sup>
129. WHO ; *Medical Eligibility For Contraceptive Use* ; 2009
130. Winner B. ; Peipert J.F. et al. ; *Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception* ; N Engl J Med 2012 ; 366 :1998-2007 May 24, 2102
131. Wise A, O'Brien K, Woodruff T ; *Are oral contraceptives a significant contributor to the estrogenicity of drinking water?*; Environ Sci Technol. 2011 Jan 1;45(1):51-60
132. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA 2002 ; 288 : 321-33.
133. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D ; *Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review* ; Contraception. 2012 Oct 4.
134. Department of Obstetrics and Gynecology, Tufts University School of Medicine, Baystate Medical Center, Springfield, MA, USA, *The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ration*, Contraception 84 (2011) 19-34
135. Halpern V, Grimes D, Lopez L, Gallo MF. *Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception*. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD004317.

Ressources internet:

1. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/04/blank/dos/mikrozensus/04.html>
2. [http://www.telegraph.co.uk/health/women\\_shealth/7728971/The-Pill-womans-best-friend.html](http://www.telegraph.co.uk/health/women_shealth/7728971/The-Pill-womans-best-friend.html)
3. [www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)
4. [www.sante-medecine.commentcamarche.net](http://www.sante-medecine.commentcamarche.net)
5. [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch)
6. [www.aufeminin.com](http://www.aufeminin.com)
7. [www.forumdesados.net](http://www.forumdesados.net)
8. [www.rts.ch](http://www.rts.ch)
9. [www.lematin.ch](http://www.lematin.ch)
10. [www.24heure.ch](http://www.24heure.ch)
11. [www.20minutes.ch](http://www.20minutes.ch)
12. [www.letemps.ch](http://www.letemps.ch)
13. [www.femina.ch](http://www.femina.ch)
14. [www.marie-claire.fr](http://www.marie-claire.fr)
15. [www.Elle.fr](http://www.Elle.fr)
16. [www.Psychologie.fr](http://www.Psychologie.fr)
17. [www.Cosmopolitain.fr](http://www.Cosmopolitain.fr)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Histoire de la création de « la pilule »

L'histoire de « la pilule » n'est pas une histoire ne concernant que le monde médical, il s'agit d'une histoire remontant au désir toujours présent de faire des enfants uniquement lorsqu'on le souhaite. L'apparition de la contraception hormonale au cours du 19<sup>ème</sup> siècle représente l'aboutissement d'une recherche en contraception initiée il y a bien longtemps.

Par exemple les Egyptiennes introduisaient dans leur vagin du miel ou des pommades à base d'excréments de crocodile, les romains eux pratiquaient les « douches vaginales » après leur rapport et c'est au 16<sup>ème</sup> siècle qu'apparaissait en Chine l'ancêtre du préservatif. Un préservatif en soie huilée avec une variante Japonaise en écailles de tortue. Dès le 17<sup>ème</sup> on utilise des « sachet péniens », composés de boyau animal. C'est la découverte du latex par Charles Goodyear en 1839 qui va permettre aux premiers « vrais » préservatifs d'arriver sur le marché. Le stérilet lui est mit au point au début du 20<sup>ème</sup> siècle. A cette même époque sont développées deux méthodes contraceptives basées sur le suivi du cycle féminin ; incluant des périodes d'abstinence lors de l'ovulation. Il s'agit de la méthode Ogino, se basant sur les jours du cycle et de la méthode Knaus se basant sur la température<sup>1</sup>.

C'est en 1951 que la recherche sur la contraception hormonale débute sous l'impulsion de Margaret Sanger, fondatrice de l'American Birth Control League, qui propose au Dr Grégory Pincus et John Rock de débiter les recherches. Recherche initiée au départ dans le but de traiter l'infertilité. Elles se basaient sur le pouvoir anti-ovulatoire de la progestérone, démontré quelques années plus tôt. L'idée était de traiter les femmes infertiles pendant 4 mois avec de la progestérone, qui aurait pour effet de favoriser la croissance utérine et des trompes de Fallope, créant un effet rebond favorisant la fertilité.

Les premiers tests cliniques sur son potentiel contraceptif ont été menés à Puerto Rico dès 1956, délocalisation nécessaire étant donné que la contraception était en encore illégale aux USA. C'est donc en 1957 que la FDA approuve la première formulation composée de mestranol et de norethynodrel, mais uniquement pour la régulation de la menstruation. Cependant, très rapidement l'information sur son potentiel contraceptif se répandit et une soudaine épidémie d'irrégularité menstruelle fut observée. On estime qu'à ce moment là environs 0,5 millions de femmes utilisaient déjà la pilule comme contraceptif.

C'est en 1960 que la FDA approuve la pilule en tant que contraceptif et dès 1961 que la première pilule contraceptive orale combinée fera son apparition sur le marché, l'« Enovid-10 ». Pilule contenant 10 mg de norethynodrel et 150ug de mestranol. Son équivalent européen fera lui son apparition sur le marché sous un autre nom quatre ans plus tard, l' « Anovlar ». Dès sa

---

<sup>1</sup> <http://www.bluets.org/spip.php?article173>

commercialisation, son ascension n'a cessé d'augmenter de manière pratiquement constante, renversant rapidement la domination de diaphragme et du préservatif. Dès 1965, 27% de femmes américaines déclaraient utiliser la pilule, 18% le préservatif et 10% le diaphragme. En 1973, elles étaient déjà 36%<sup>2</sup>. En France<sup>3</sup>, de 1978 à 1994 la proportion d'utilisatrices passe de un peu moins de 40% à un peu plus de 50%, puis de 1994 à 2002 de 50% à près de 60%. Et comme nous l'avons vu plus tôt. Depuis 2002, la tendance est plutôt à la baisse, pour atteindre aujourd'hui les chiffres de 1994.

## Annexe 2 : Pharmacologie

### Définition

Comme son nom l'indique, la contraception orale combinée contient la combinaison de deux hormones synthétiques, une hormone à l'action oestrogénique et un gestagène.

C'est l'action combinée de ces deux hormones déjà présentes à des doses nettement inférieures à l'état physiologique, qui va permettre d'interrompre le cycle menstruel féminin en le maintenant dans un état de « pseudo grossesse » induisant une stérilité réversible.

### Rappel du cycle physiologique

Le cycle menstruel est d'une durée moyenne de 28 jours, mais de nombreuses variations existent que ce soit selon le moment de vie d'une femme (premier cycle, période pré-ménopausale) ou d'un mois à l'autre. Un cycle « physiologique » peut donc aller de 21 à 35 jours. Il implique des changements cycliques essentiellement au niveau de deux organes : les ovaires et l'utérus. Le cycle ovarien est composé d'une phase folliculaire puis d'une phase lutéale qui sont séparées par l'ovulation. Le cycle endométrial est lui-même composé de la menstruation, la phase proliférative et la phase sécrétoire.

### Régulation du cycle

Le cycle menstruel est régulé par l'axe hypothalamo-pituitaire-gonadique. C'est au niveau hypothalamique que la sécrétion pulsatile de gonadotrophine releasing hormone (GnRH) stimule la sécrétion antéhypophysaire de gonadotrophines : la follicle-stimulating hormone (FSH) et la luteinising hormone (LH). Ces hormones trophiques stimulent la production des stéroïdes sexuels (progestérone et œstrogènes) ovariens en agissant sur le développement tardif du follicule. (voir annexe)

La régulation de l'axe est assurée par des effets rétroactifs des hormones sur la sécrétion de l'hormone favorisant sa propre sécrétion. Cet effet rétroactif peut être « long », comme c'est le cas de l'action

---

<sup>2</sup> Siegel Watkins E. ; How the pill became a lifestyle drug ; Public health then and now ; American journal of public health ; august 2012, vol 102, N°8

<sup>3</sup> N.Bajos, C. Moreau et coll. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et sociétés. N°492 septembre 2012



inhibitrice de la sécrétion de GnRH par les œstrogènes et la progestérone ou court via l'action des stéroïdes sexuels sur la LH et FSH. Les œstrogènes si donnés en continus, vont avoir un effet inhibiteur sur la sécrétion de gonadotrophines, alors qu'une sécrétion endogène élevée aura un effet stimulateur sur la sécrétion de LH.

### *Cycle menstruel*

#### Jours 1 à 5, phase menstruelle

On marque habituellement le début du cycle par le premier jour des menstruations, qui durent entre 3-6 jours phase durant laquelle la couche fonctionnelle de la muqueuse utérine se desquame provoquant une hémorragie. A ce moment là les taux hormonaux sont au plus bas signalant à l'hypophyse d'augmenter la sécrétion de gonadotrophines. Sécrétion favorisant la maturation d'un follicule ovarique qui dès le 5<sup>ème</sup> jour commencent à progressivement sécréter des œstrogènes.

#### Jours 6 à 14, phase proliférative (préovulatoire)

Elle correspond à la production d'un gamète femelle haploïde capable d'être fertilisé.

C'est la phase la plus variable du cycle, au cours de laquelle les taux d'œstrogènes augmentent progressivement, favorisant la reconstitution de l'endomètre et l'apparition de récepteurs à la progestérone. Ils agissent aussi sur la glaire cervicale, qui normalement est épaisse et collante, qui sous l'action ostrogénique devient claire et cristalline. Elle forme alors des canaux facilitant le passage des spermatozoïdes.

Aux environs du 14<sup>ème</sup> jour le pic de concentration ostrogénique est atteint, induisant un pic de LH, causant la rupture du follicule de Graaf et l'ovulation. Quand au follicule il devient corps jaune (corpus luteum) qui sera le principal producteur de progestérone.

#### Jours 15 à 28, phase sécrétoire

Cette phase dont la durée est la plus constante s'étale sur 14 jours. C'est lors de cette phase que l'endomètre se prépare à l'implantation d'un embryon. Contrairement à la phase proliférative où les œstrogènes étaient l'hormone dominante, ici c'est la progestérone qui prévaux notamment par un effet inhibiteur sur la sécrétion d'œstrogènes. Sous son action l'endomètre nouvellement reconstitué devient sécrétoire, la glaire cervicale redevient visqueuse formant un bouchon muqueux empêchant toute entrée de spermatozoïde et le taux élevé de progestérone inhibe la sécrétion de LH et FSH au niveau pituitaire permettant d'éviter la maturation d'un autre follicule.

Si il n'y a pas eu fécondation, le corpus luteum va dégénérer et les taux d'estrogènes et progestérone chutent. C'est la phase menstruelle qui débute.

### **Mode d'action**

Lorsqu'une femme utilise une contraception orale, les œstrogènes synthétiques vont supprimer la production de FSH empêchant la maturation d'un follicule. Sans maturation d'un follicule il n'y aura

pas de sécrétion d'œstrogènes et donc pas de prolifération de l'endomètre ni de pic de LH permettant l'ovulation.

L'apport constant de progestérone va rendre l'endomètre inhospitalier pour un embryon, empêchant la survie d'un éventuel blastocyte s'implantant. Il va maintenir le bouchon muqueux empêchant l'entrée de spermatozoïdes et va diminuer la motilité des trompes, affectant le transport de l'ovocyte et sa rencontre avec un spermatozoïde.

L'intervalle libre ou la période « placebo » de 4 à 7 jours, va causer une déprivation hormonale induisant la desquamation d'une fine couche de l'endomètre.

La pilule contraceptive agit donc sur chaque étape nécessaire à la formation d'un embryon implanté. Elle empêche l'ovulation, diminue la mobilité tubaire rendant difficile la fécondation, rend la glaire cervicale visqueuse et empêche une implantation viable.

### **Mode d'administration**

Comme son nom l'indique, la pilule est administrée quotidiennement par voie orale. Différentes formulations existent, la formulation « classique » de la pilule est dite monophasique, puisque elle comporte une dose constante d'œstrogènes et de progestagènes tout au long du cycle, dose suivie par un intervalle libre de 7 jours ou par 4 jours placebo. Le choix d'effectuer une pause de 7 jours était basé sur l'idée que pour une bonne acceptation des utilisatrices il était nécessaire qu'elles aient un épisode de saignement qui sera perçu comme une forme de menstruation. Il a donc été décidé de faire une pause de 7 jours, étant donné qu'à l'époque des premières pilules la dose de progestagènes était relativement élevée et que le temps requis pour éliminer le progestagènes de la circulation et provoquer un saignement était plus long qu'actuellement.

D'autres schémas d'administration sont apparus dans les années huitante avec des schémas dit « biphasique » « triphasique »<sup>4</sup> et même « quadriphasique ». Schémas créés afin de diminuer les effets secondaires en étant le plus proche possible du cycle physiologique. Mais selon deux revues Cochrane<sup>5 6</sup> les schémas multiphasés n'apportent pas de bénéfices particuliers et au vu d'une posologie plus complexe, les auteurs recommandent les formules monophasées en première intention.

Étant donné que la « pause hormonale » est avant tout présente pour des raisons psychologiques, des schémas continus ont fait leurs apparitions. Mais toujours selon une revue Cochrane<sup>7</sup> l'administration continue ne présente pas de bénéfice évident que ce soit en terme de compliance ou de saignements. .

---

<sup>4</sup> IARC. *Combined Estrogen-Progestogen Contraceptives and Combined Estrogen-Progestogen Menopausal Therapy*, Lyon : IARC, 2007

<sup>5</sup> Van Vliet HAAM, Raps M, Lopez LM, Helmerhorst FM. Quadriphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> A.Edelman, M.F. Gallo et al. ; *Continuous versus cyclic use of combined oral contraceptives for contraception : systemic Cochrane review of randomized controlled trials* ; Human Reproduction Vol.21, No.3 pp. 573-578,2006

Malgré des études rassurantes quand à une grande partie des effets potentiels d'une administration continue, ce schéma n'est pas recommandé en première intention.

### **Efficacité contraceptive**

L'efficacité théorique de la pilule est très élevée, avec un taux d'échec lors de la première année de 0,3%<sup>8</sup> et une efficacité contraceptive de 99,9%<sup>9</sup>. Mais ce haut degré d'efficacité est loin des données réelles, puisque les taux d'échec lors de la première année se situent entre 3 et 8% selon le pays<sup>10</sup>.

Le large écart entre théorie et réalité est essentiellement lié à des problèmes d'observances<sup>11</sup>. Un problème remettant en question le statut de la pilule comme contraceptif le plus efficace. Une récente étude<sup>12</sup> prospective sur 7486 patientes, a comparé les différents contraceptifs existant quant à leur efficacité à long terme. Selon les auteurs une utilisation typique de la pilule a un taux d'échec annuel de 9% pour la population générale, de 13% pour les adolescentes et jusqu'à 30% pour les sous-groupes les plus à risques (moins de 21 ans, niveau d'éducation faible, pauvreté,...). En comparant ces résultats à des méthodes contraceptives longue durée dont l'efficacité n'est pas utilisatrice dépendante, tel que le DIU et l'implant sous-cutané, les auteurs concluent que l'utilisation de la pilule contraceptive, l'anneau ou le patch présentent un risque de grossesse non désirée vingt fois supérieur.

### **Annexe 3 : Epidémiologie**

Apparue il y a maintenant 52 ans la pilule contraceptive est arrivée sur le marché aux USA sous le nom de « Enovid-10 » et quatre ans plus tard son équivalent européen, l' « Anovlar ». Son utilisation s'est rapidement répandue à travers le monde au cours de ces dernières décennies. On estime qu'aujourd'hui près de 100 millions de femmes dans le monde l'utilisent soit environ 9% des femmes en âge de reproduction<sup>13</sup>. Ce qui fait de la contraception orale combinée la forme de contraception la plus répandue dans les pays industrialisés et la troisième plus répandue dans le tiers monde<sup>14</sup>. La prévalence mondiale reste très inégale avec une variation mondiale chez les femmes de 25-44 ans allant de <1 à 58% selon les pays<sup>15</sup>. Avec des variations très faibles au sein d'un même pays.

---

<sup>8</sup> Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD004317. DOI: 10.1002/14651858.CD004317.pub3.

<sup>9</sup> Amanda Black, Diane Francoeur, Timothy Rowe et al. ; *Consensus Canadien sur la Contraception* ; N°143, part one of three ; march 2004

<sup>10</sup> Ibid

<sup>11</sup> Potter L, Oakley D, de Leon-Wong E, Canamar R. « Measuring compliance among oral contraceptive users », *Fam Plann Perspec*, vol. 8, n° 4, 1996, p. 154-8.

<sup>12</sup> Winner B. ; Peipert J.F. et al. ; Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception ; *N Engl J Med* 2012 ; 366 :1998-2007 May 24, 2102

<sup>13</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Tufts University School of Medicine, Baystate Medical Center, Springfield, MA, USA, *The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ration*, *Contraception* 84 (2011) 19-34

<sup>14</sup> United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World contraceptive use 2007*. 2007.

<sup>15</sup> Lundberg, V., Tolonen, H., Stegmayr, B., Kuulasmaa, K. & Asplund, K. (2004) *Use of oral contraceptives and hormone replacement therapy in the WHO MONICA project*. *Maturitas*, 48, 39-49

Du côté de la Suisse, selon l'office fédéral des statistique, en 2011, avec 90% des femmes entre 20 et 24 ans utilisant un moyen de contraception, 65% d'entre-elles utilisent la contraception oral combinée. Faisant de la pilule le moyen contraceptif le plus utilisé, loin devant le préservatif avec 22,5% d'utilisatrices.<sup>16</sup> Une prédominance de la pilule en Suisse qui est une relative particularité dans le paysage contraceptif européen, puisque seul la France a des taux d'utilisation comparables, d'autres pays tel que l'Espagne n'a que 20% d'utilisatrices<sup>17</sup>.

La tendance actuelle tend plutôt vers une forte augmentation dans les pays en voie de développement et vers une stabilisation, voir une diminution dans les pays développés. Une récente publication de l'Inserm<sup>18</sup> confirme cette évolution, elle fait état d'une diminution de 10,4% de l'utilisation de la pilule contraceptive orale chez les femmes de 20-24 ans, diminution en partie compensée par le recours en augmentation de nouvelles méthodes contraceptives hormonale (+ 5,1%) que sont, l'implant, le patch et l'anneau vaginal.

Le profil typique d'une utilisatrice, est une jeune femme entre 20 et 24 ans et éduquée<sup>19</sup>. Ce profil tend à se rajeunir au cours des dernières décennies avec des femmes initiée de plus en plus fréquemment entre 15 et 19 ans. Un rajeunissement certainement lié à l'évolution des mœurs et à la prescription non contraceptive relativement fréquente, avec près de 34% des femmes concernées. La dysménorrhée (25%), la régularisation du cycle (18%) et l'acné (11%) étant les motifs principaux.

## Annexe 4 : Principaux effets de la pilule

### Effets indésirables

#### *Gain de poids*

Bien que le gain de poids soit un des motifs principaux d'arrêt<sup>20</sup>, et qu'il soit largement reconnu comme étant un effet indésirable de la pilule, à ce jour, aucune étude placebo<sup>21</sup> n'a pu le mettre en évidence. Seul une modification de poids allant d'un gain ou d'une perte de deux kilos sur une année comporte un certain degré d'évidence. Sur le long terme les résultats sont identiques, puisque une étude<sup>22</sup> cas contrôle menée de 1986 à 2006 ne met pas non plus en évidence de gain de poids. Les

---

<sup>16</sup><http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/04/blank/dos/mikrozensus/04.html>

<sup>17</sup> Aubin C. ; Jourdain M. D.; *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence; IGAS, RAPPORT N°RM2009-104A*

<sup>18</sup> N.Bajos, C. Moreau et coll. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et sociétés. N°492 septembre 2012

<sup>19</sup> Ross, J., Hardee, K., Mumford, E. & Eid, S. (2002) *Contraceptive method choice in developing countries*. Int. Fam. Plann. Perspect., 28, 32-40

<sup>20</sup> Edelman A, Jensen JT, Bulechowsky M; *Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain? A primate model* ; Hum Reprod. 2011 Feb;26(2):330-6.

<sup>21</sup> Pitts SA, Emans SJ ; *Controversies in contraception* ; Curr Opin Pediatr. 2008 Aug;20(4):383-9

<sup>22</sup> Lindh I, Ellström AA, Milsom I ; *The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight* ; Hum Reprod. 2011 Jul;26(7):1917-24.

modèles animaux n'apportent pas plus de réponses, puisqu'une étude<sup>23</sup> menée sur des singes rhésus constate une diminution de la masse graisseuse attribuée à l'augmentation du métabolisme de base. La tendance à la perte de poids est confirmée par une revue<sup>24</sup> sur le rôle des hormones sexuelle dans le comportement alimentaire, mettant en évidence qu'une administration combinée d'œstrogènes (anorexigène) et de progestérone (orexigène) empêche le gain de poids et diminue la graisse abdominale. Les auteurs concluent même à l'intérêt de l'utilisation des stéroïdes sexuel face à l'épidémie actuelle d'obésité.

Une absence d'évidence confirmée par une récente revue Cochrane<sup>25</sup>, concluant au manque d'évidence de l'effet de la contraception orale sur le poids, tout en relevant le nombre insuffisant d'étude et les nombreux biais existant.

#### *Diminution de la libido*

Les plaintes liées à une modification de la libido sont très fréquentes, mais malgré cela, cet effet reste difficilement objectivable. La plupart des études<sup>26 27 28 29</sup> n'ont pu mettre en évidence cette perte de désir. Concluant plutôt à une augmentation du désir<sup>30</sup> ou à un effet mixte dépendant de la patiente<sup>31</sup>. Seule une récente étude italienne met en évidence une diminution de la fréquence des relations, une péjoration des douleurs lors de relations et une diminution de la fréquence des orgasme après 3 mois de traitement<sup>32</sup>. Toujours dans les même sens, mais cette fois chez les primates, une étude<sup>33</sup>, conclu à une diminution de la prise d'initiative des mâle face à une femelle sous contraception orale.

Le mécanisme sous-jacent serait une action anti androgénique directe, ainsi qu'une augmentation des taux de SHBG (sexual hormone-binding globulin) diminuant les taux circulant de testostérone qui a un rôle central dans le désir sexuel<sup>34</sup>. Un autre mécanisme évoqué, mais cette fois allant dans le sens d'une augmentation, est la perte de craintes liées à une grossesse, permettant une plus grande liberté dans l'expression du désir.

---

<sup>23</sup> Edelman A, Jensen JT, Bulechowsky M; *Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain? A primate model* ; Hum Reprod. 2011 Feb;26(2):330-6.

<sup>24</sup> Hirschberg AL ; *Sex hormones, appetite and eating behaviour in women* ; Maturitas. 2012 Mar;71(3):248-56.

<sup>25</sup> Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. *Combination contraceptives: effects on weight*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD003987.

<sup>26</sup> Jonathan Schaffir (2006): *Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review*, Journal of Sex & Marital Therapy, 32:4, 305-314

<sup>27</sup> Ott MA, Shew ML, Ofner S; *The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents*; Arch Sex Behav. 2008 Aug;37(4):605-13.

<sup>28</sup> Wallwiener M, Wallwiener LM, Seeger H et al.; *Effects of sex hormones in oral contraceptives on the female sexual function score: a study in German female medical students*; Contraception. 2010 Aug;82(2):155-9.

<sup>29</sup> Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML et al; *Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels* ; Contraception. 2010 Aug;82(2):147-54.

<sup>30</sup> Johannes Bitzer, James A. Simon ; *Current Issues And Available Options In Combined Hormonal Contraception* ; Contraception 84 (2011) 342-356

<sup>31</sup> Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT ; *The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review* ; J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213-23.

<sup>32</sup> Battaglia C, Battaglia B, Mancini F ; *Sexual behavior and oral contraception: a pilot study* ; J Sex Med. 2012 Feb;9(2):550-7.

<sup>33</sup> Nadler RD, Dahl JF, Gould KG, Collins DC ; *Effects of an oral contraceptive on sexual behavior of chimpanzees (Pan troglodytes)* ; Arch Sex Behav. 1993 Oct; 22(5):477-500

<sup>34</sup> Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML et al; *Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels* ; Contraception. 2010 Aug;82(2):147-54.

Une autre piste serait la dose d'œstrogènes, mais la corrélation reste peu claire, puisque même si bon nombres d'études<sup>35</sup>, s'accordent sur la corrélation entre la dose et l'augmentation du taux de SHGB, les études se focalisant sur le sentiments subjectif des utilisatrices, révèlent qu'une dose de 15 ug d'EE induit le plus haut taux de plaintes négatives alors que 47% des femmes avec 20ug d'EE constatent une augmentation du désir et de satisfaction sexuelle<sup>36</sup>.

Plusieurs hypothèses sont formulées quant à cette absence d'évidence. Certains auteurs l'expliquent, par une forte influence de facteurs non biologiques (psychologiques, sociaux et relationnelles) rendant les réactions individuelles imprédictible. D'autres mettent en évidence le manque de sensibilité des outils de mesures, ne reflétant le désir qu'à un moment donné, sans tenir compte des variations physiologique. Une autre hypothèse, est que les effets secondaires tel que les troubles de l'humeur, la prise de poids, les saignements irréguliers, souvent associés, sont tous des effets pouvant altérer en eux-mêmes la sexualité<sup>37</sup>.

#### *Céphalées*

Un lien, entre l'apparition de nouveaux épisodes de céphalées et l'initiation d'une contraception orale, est constaté chez 10% des femmes<sup>38</sup>. Des épisodes apparaissant le plus souvent lors des premiers cycles d'utilisation avec une tendance à disparaître au court du temps<sup>39</sup>. Affectant autant les utilisatrices actuelles que passées avec une prédominance d'apparition des formes migraineuses<sup>40</sup>.

Un fort lien avec la composante ostrogénique semble exister, puisque selon une étude<sup>41</sup> auprès de 13'944 femmes, seules les femmes avec une contraception contenant des œstrogènes étaient affectées et qu'une augmentation de la fréquence lors de la période placebo a été constatée dans une autre étude<sup>42</sup>. D'autres constatations confirment ce lien, avec un déclenchement qui serait du à une chute des taux d'œstrogènes<sup>43</sup>.

Malgré l'importance de la composante ostrogénique, aucune relation dose-effet n'a été constatée, et le type de gestagène ne semble pas avoir d'influence<sup>44</sup>. Par contre selon une revue Cochrane<sup>45</sup>, un schéma

---

<sup>35</sup> Ibid

<sup>36</sup> Sabatini R, Cagiano R; *Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives*; Contraception. 2006 Sep;74(3):220-3

<sup>37</sup> Jonathan Schaffir (2006): *Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review*, Journal of Sex & Marital Therapy, 32:4, 305-314

<sup>38</sup> Loder EW, Buse DC, Golub JR. *Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 pt 1):636-649.

<sup>39</sup> Ibid

<sup>40</sup> Aegidius K, Zwart JA, Hagen K et al. ; *Oral contraceptives and increased headache prevalence: the Head-HUNT Study*. Neurology. 2006 Feb 14;66(3):349-53

<sup>41</sup> Aegidius K, Zwart JA, Hagen K et al. ; *Oral contraceptives and increased headache prevalence: the Head-HUNT Study*. Neurology. 2006 Feb 14;66(3):349-53

<sup>42</sup> Pitts SA, Emans SJ ; *Controversies in contraception* ; Curr Opin Pediatr. 2008 Aug;20(4):383-9.

<sup>43</sup> Ibid

<sup>44</sup> Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J. *Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter?* Obstet Gynecol. 2007;109(6): 1277-1285.

<sup>45</sup> Edelman AB, Gallo MF, et al.; *Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception*. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3): CD004695.

d'administration continu permet une diminution des céphalées menstruelle par rapport à un schéma classique de 28 jours, une diminution affectant essentiellement les céphalées sévères<sup>46</sup>.

#### *Troubles de l'humeur*

Bien que les sauts d'humeur et les états dépressifs soient des plaintes fréquemment attribuées à la contraception orale, les études à ce sujet restent contradictoires. Certaines, mettant en évidence une augmentation des symptômes dépressifs objectivement et subjectivement mesurés<sup>47 4849</sup>. Cependant d'autres données, tel que cette récente revue de littérature par Böttcher B et al.<sup>50 51</sup> ne trouvent pas d'évidence pour une augmentation de l'occurrence ou la détérioration d'un état dépressif, lié à la contraception orale. Une action qui serait même plutôt positive selon cette revue de littérature de 2012<sup>52</sup>, où 61.5% des femmes rapportent une diminution de la nervosité et 70.6% observent une amélioration de leurs humeurs dépressives, alors que seules 10% rapportent une péjoration de leurs humeurs et 6,7% de leur nervosité.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats contradictoires, tout d'abord la difficulté d'objectiver un effet subjectif dans des études randomisées, étant donné qu'il est plus sensible à un effet placebo<sup>53</sup>. Un autre facteur est la perception de l'effet stabilisateur de l'humeur induit par la pilule. Un effet pouvant être perçu comme une amélioration ou comme une péjoration selon le ressenti individuel<sup>54</sup>.

#### *Saignements irréguliers*

Les résultats d'une étude menée en 1982 révélaient que 20% de femmes arrêtaient la pilule à cause de saignements irréguliers, que ce soit sur leur propre initiative ou sur les conseils de leurs médecins. Il se trouve que 30 ans plus tard, cet effet indésirable reste toujours aussi problématique<sup>55</sup>.

---

<sup>46</sup> Sulak P, Willis S, Kuehl T, Coffee A, Clark J. *Headaches and oral contraceptives: impact of eliminating the standard 7-day placebo interval. Headache.* 2007;47(1):27-37

<sup>47</sup> Kay CR, Crombie DL, Kuenssberg EV, et al. *Oral contraceptives and health: an interim report from the oral contraception study of the Royal College of General Practitioners*; London: The Whitefriars Press Ltd; 1974

<sup>48</sup> Kulkarni J; *Depression as a side effect of the contraceptive pill*; Expert Opin Drug Saf. 2007 Jul;6(4):371-4

<sup>49</sup> Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P; *Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study*; Hum Reprod. 2011 Nov;26(11):3085-93.

<sup>50</sup> Böttcher B, Radenbach K, Wildt L; *Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge*; Arch Gynecol Obstet. 2012 Jul;286(1):231-6

<sup>51</sup> Robinson SA, Dowell M, Pedulla D; *Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms?*; Med Hypotheses. 2004;63(2):268-73

<sup>52</sup> Poromaa IS, Segeblad B; *Adverse mood symptoms with oral contraceptives*; Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Apr;91(4):420-7.

<sup>53</sup> Böttcher B, Radenbach K, Wildt L; *Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge*; Arch Gynecol Obstet. 2012 Jul;286(1):231-6.

<sup>54</sup> Ott MA, Shew ML, Ofner S; *The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents*; Arch Sex Behav. 2008 Aug;37(4):605-13.

<sup>55</sup> Lohr PA, Creinin MD; *Oral contraceptives and breakthrough bleeding: what patients need to know*; J Fam Pract. 2006 Oct;55(10):872-80

L'apparition de saignements irréguliers est fréquente lors des premiers mois d'utilisation, plus particulièrement lors des trois à quatre premiers mois, puis diminue progressivement. Sur les neuf premiers cycle il affecte de 3.5% à 12.6% des utilisatrices<sup>56</sup>. Cet effet ne semble pas être directement influencé par le taux d'œstrogène, le type de progestagènes ou encore le schéma d'administration<sup>57</sup>. Mais c'est la balance entre l'œstrogène et le gestagène qui semble être déterminante<sup>58</sup>.

Au delà de la composition, c'est le comportement des utilisatrices qui semble jouer un rôle, puisque les oublis ou l'irrégularité de la prise de la pilule<sup>59</sup> mais aussi le tabagisme, qui avec une action anti-ostrogénique dépendante de la dose, augmentent la fréquence des saignements<sup>60</sup>.

## **Effets comme facteur de risque de maladies**

### *Cancer du sein*

C'est une étude menée par le CGHFBC (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer), publiée en 1996<sup>61</sup> qui mettra pour la première fois en évidence une augmentation de risque du cancer du sein liée aux COC. Selon cette étude le risque relatif est de 1,24 et diminue progressivement après l'arrêt, pour être nul après 10 ans. Depuis, de nombreuses études ont été effectuées. Certaines faisant état d'une absence d'augmentation du risque<sup>62 63</sup> mais pour la plupart d'entre elles s'accordent pour une augmentation du risque relatif de 1,2 à 1,6 selon les auteurs<sup>64</sup>.

Le risque qui semble être plus important pour les femmes pré-ménopausées<sup>65</sup>, avec une augmentation de près de 40% pour cette tranche d'âge. Un autre facteur important semble être la parité. Une femme nullipare sera plus à risque qu'une femme ayant déjà eu une grossesse. La dose ou le type de pilule ne semblent pas jouer un rôle.

La contraception orale agit sur le tissu mammaire par deux voies, une directe et une indirecte. L'action directe est ostrogénique, elle provoque une augmentation de la prolifération des cellules épithéliales<sup>66</sup>

---

<sup>56</sup> Oddsson K, Leifels-Fischer B, Wiel-Masson D, et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol and 150 microg levonorgestrel: a randomized trial. *Hum Reprod* 2005;20:557-62

<sup>57</sup> Grossman Barr N ; *Managing adverse effects of hormonal contraceptives* ; *Am Fam Physician*. 2010 Dec 15;82(12):1499-506

<sup>58</sup> Lohr PA, Creinin MD; *Oral contraceptives and breakthrough bleeding: what patients need to know*; *J Fam Pract*. 2006 Oct;55(10):872-80

<sup>59</sup> Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling, and satisfaction with oral contraceptives: A prospective evaluation. *Fam Plann Perspect* 1998;30:89-92,-104.

<sup>60</sup> Rosenberg MJ, Waugh MS, Stevens CM. *Smoking and cycle control among oral contraceptive users*. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:628-632.

<sup>61</sup> Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies*. *Lancet* 1996;347:1713-27. :

<sup>62</sup> Polly A. Marchbanks, Ph.D., Jill A. MacDonald, Ph.D., Hoyt G. Wilson, Ph.D et al. ; *Oral Contraceptives and the Risk Of Breast Cancer* ; *N Engl J Med*, Vol. 346, No.26, June 27, 2002

<sup>63</sup> Philip C Hannaford, Sivasubramaniam Selvaraj, Alison M. Elliott et al. ; *Cancer Risk Among Users Of Oral Contraceptives : Cohort data from the Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study* ; *BMJ*. 2007 September 29; 335(7621): 651

<sup>64</sup> D. Cibula, A.Gompel, A.O. Mueck et al. ; *Hormonal Contraception and Risk of Cancer* ; *Human Reproduction Update*, Vol.16 pp.631-650, 2010

<sup>65</sup> Chris Kahlenborn, Francesmary Modugno, Douglas M.Potter, Walter B. Severs ; *Oral Contraceptive Use As a Risk Factor For Premenopausal Breast Cancer : A Meta-Analysis* ; *Mayo Clin Proc* ; October 2006 ; 81 (10) : 1290-1302

<sup>66</sup> Vincent Cogliano, Yann Grosse, Robert Baan et al. ; *WHO International Agency for Research on Cancer ; Carcinogenicity of Combined Oestrogen-Progestagen Contraceptives and Menopausal Treatment* ; *Lancet* Vol 6, August 2005



alors que l'effet indirect est lié au fait même de l'effet contraceptif, il retarde le moment de la première grossesse<sup>67</sup> et favorise la nulliparité. Deux facteurs de risques connus du cancer du sein. En effet il semble que la grossesse permet une différenciation du tissu mammaire ayant un effet protecteur contre le développement tumoral.

En termes absolu, les COC seraient responsable de 1.1% des cancers du sein. Mais si on attribue le risque à l'âge, étant donné que l'excès de risque (14%) est le plus important à l'âge (20-24 ans) où la prévalence d'usage est la plus forte, la fraction de cancer du sein attribuable aux COC atteint 12% pour cette tranche d'âge<sup>68</sup>.

#### *Risque thromboembolique*

La thrombose veineuse (TEV) est connue comme complication associée à la contraception orale depuis son apparition sur le marché<sup>69</sup>. L'incidence de la TEV chez une femme en bonne santé, qui n'est pas enceinte et qui n'utilise pas de COC est d'environ 0,3 par 10'000 par année pour les 20 à 24 ans et passe à 0,6 par 10'000 par année pour les femmes entre 40 et 44 ans<sup>70</sup>. Les conséquences sont pour environ 20% des femmes touchées, un syndrome post-thrombotique invalidant et pour 10% d'entre elles une embolie pulmonaire. La mortalité des TEV est elle estimée à 1-2%<sup>71</sup>.

Le risque relatif de TEV lié aux COC de deuxième génération (lévonorgestrel) est de 1.26 à 1.93<sup>72</sup> selon les études. Une augmentation du risque attribuée à la dose d'œstrogènes, mais des résultats contradictoires existent quant au bénéfice apporté par une réduction de dose en deçà de 50µg. Certaines études rapportant aucune diminution<sup>73</sup> et d'autre<sup>74</sup> une réduction du risque de 25% (17-32). Pour les formulations de moins de 30µg, aucune évidence existe<sup>75</sup>. Mais malgré la diminution progressive des doses d'œstrogènes, une étude<sup>76</sup> parue en 1995 mettait en évidence un risque doublé pour les progestatifs de troisième (désogestrel et gestodène) et quatrième génération (cyproteroneacetate et drospironone), un effet attribué à l'action du gestagène qui agit comme potentialisateur de l'effet oestrogénique<sup>77</sup>. L'ampleur de cette augmentation est encore discutée de nos

---

<sup>67</sup> MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al. Age at first birth and breast cancer risk. Bull Wld Health Org 1970;43:209-21

<sup>68</sup> DM Parkin ; *Cancers Attributable to Exposure To Hormones in The UK in 2010* ; British Journal of Cancer (2011) 105, 542-548

<sup>69</sup> Jordan WM: Pulmonary embolism. *Lancet* 2, 1146-1147 (1961).

<sup>70</sup> Thomas G. DeLoughery ; *Estrogen and Thrombosis : Controversies and Common sens* ; Rev Endocr Metab Disord (2011) 12 :77-84

<sup>71</sup> G. S. Merki-Feld, J. Bitzer, J. Seydoux, M. Birkhauser ; *Lettre d'expert concernant le risque thromboembolique sous contraception hormonale* ; Gynécologie Suisse ; lettre d'expert n°35

<sup>72</sup> Francisca Martinez, Isabel Martinez, Ezequiel Perez-Campos, et al. ; *Venous and Pulmonary Thromboembolism and Combined Hormonal Contraceptives. Systemic review and Meta-Analysis* ; The European Journal Of Contraception and Reproductive Health Care, February 2012 ; 17 : 7-29.

<sup>73</sup> Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. « *Oral contraceptives and venous thromboembolism: a case-control study* », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 291-301.

<sup>74</sup> Thomas G. DeLoughery ; *Estrogen and Thrombosis : Controversies and Common sens* ; Rev Endocr Metab Disord (2011) 12 :77-84

<sup>75</sup> Svetlana N. Tachaikovski, Jan Rosing ; *Mechanisms of Estrogen-Induced Venous Thromboembolism* ; Thrombosis Research 126 (2010): 5-11

<sup>76</sup> Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. « Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components », *Lancet*, vol. 346, 1995, p. 1589-93.

<sup>77</sup> Lidegaard O., Milsom I. et al. ; *Hormonal Contraception and Venous Thromboembolism* ; Acta Obstet Gynecol Scand 2012 ; 91 : 769-778

jours, mais les études<sup>78 79</sup> récentes s'accordent sur un risque de 6 à 9 fois par rapport aux non-utilisatrices et de deux fois par rapport aux pilules de 2<sup>ème</sup> génération.

En termes absolu, les pilules de deuxième génération induiront 8 cas de VTE /10'000/année et celles de 3<sup>ème</sup> et de la 4<sup>ème</sup> génération de progestatifs, 2 à 7 cas supplémentaire<sup>80</sup>. Soit 2% des utilisatrices auront une VTE après 10 ans d'utilisation<sup>81</sup>. Un risque certes faible, mais au vu d'une prévalence très basse, on peut considérer que la grande majorité des événements thrombotiques chez ces femmes, si ce n'est tous, sont lié à la prise de COC<sup>82</sup>.

Hormis la composition, la durée d'utilisation agit aussi sur ce risque, puisque c'est lors de la première année d'utilisation, et principalement lors des trois premier mois que le risque est le plus élevé. Il diminue ensuite mais reste plus élevé pendant toute la durée de la prise de la pilule, disparaissant 3 mois après l'arrêt de la contraception orale combinée<sup>83</sup>. Le taux élevé d'évènements thrombotiques dans les premiers mois, s'explique par le fait que les femmes présentant un trouble de la coagulation seront affectées rapidement<sup>84</sup>.

#### *Infarctus du myocarde*

L'infarctus du myocarde est extrêmement rare chez les femmes en âge de reproduction. Chez une femme sans autres facteurs de risques cardiovasculaire, le risque est de 0.2 pour 100,000 de 30 à 34 ans et de 2.0 pour 100,000 de 40 à 44 ans<sup>85</sup>. Pour une femme utilisant une contraception orale contenant plus de 50µg, ce risque sera triplé<sup>86</sup> et pour les doses inférieures à 50µg, il n'est pas encore clair si le risque est doublé<sup>87</sup> ou alors inchangé<sup>88 89</sup>.

Même si ce risque est très faible, il peut devenir important en présence d'autres facteurs de risque. Il s'agit essentiellement du tabagisme, de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie<sup>90</sup>. Le diabète et l'obésité restent discutés. Une femme tabagique de moins de 35 ans, verra son incidence augmentée de 10 fois par rapport à une non fumeuse, et pour une femmes de plus de 35 ans, l'incidence augmentera

---

<sup>78</sup> Ibid

<sup>79</sup> Middeldorp S., MD ; *Oral contraceptives and the Risk of Venous Thromboembolism* ; Gender Medicine/ Vol.2, Supplement A, 2005

<sup>80</sup> Francisca Martinez, Isabel Martinez, Ezequiel Perez-Campos, et al. ; *Venous and Pulmonary Thromboembolism and Combined Hormonal Contraceptives. Systemic review and Meta-Analysis* ; The European Journal Of Contraception and Reproductive Health Care, February 2012 ; 17 : 7-29.

<sup>81</sup> Lidegaard O., Milsom I. et al. ; *Hormonal Contraception and Venous Thromboembolism* ; Acta Obstet Gynecol Scand 2012 ; 91 : 769-778

<sup>82</sup> Svetlana N. Tachaikovski, Jan Rosing ; *Mechanisms of Estrogen-Induced Venous Thromboembolism* ; Thrombosis Research 126 (2010): 5-11

<sup>83</sup> Thomas G. DeLoughery ; *Estrogen and Thrombosis : Controversies and Common sens* ; Rev Endocr Metab Disord (2011) 12 :77-84

<sup>84</sup> Svetlana N. Tachaikovski, Jan Rosing ; *Mechanisms of Estrogen-Induced Venous Thromboembolism* ; Thrombosis Research 126 (2010): 5-11

<sup>85</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.09

<sup>86</sup> Amanda Black, Diane Francoeur, Timothy Rowe et al. ; Consensus Canadien sur la Contraception ; N°143, part one of three ; march 2004

<sup>87</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.093

<sup>88</sup> Burkman RT, Schlesselman J, Ziemann M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. Am J Obs Gyn. 2004;190:S5-S22.

<sup>89</sup> Amanda Black, Diane Francoeur, Timothy Rowe et al. ; Consensus Canadien sur la Contraception ; N°143, part one of three ; march 2004

<sup>90</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77

de prêt de 15 fois, passant de 3 pour 100,000 à 40 pour 100,000. Le risque ne semble pas être modifié par le type de gestagène<sup>91</sup>, par la voie d'administration ou par la durée d'utilisation.

#### *Accident vasculaire cérébral*

Tout comme le risque d'infarctus du myocarde, le risque d'AVC pour une femme sans autres facteur de risque est nettement augmenté pour les anciennes formules comportant plus de 50 µg d'EE avec un RR 3.95 (95% CI, 2.4-6.5)<sup>92</sup>. Concernant les formulations à faible dose, certains auteurs ne mentionnent aucune augmentation du risque alors que d'autres font état d'un risque de l'ordre du double, RR 2.19 (95% CI; 1.1-4.2)<sup>93 94 95 96</sup>.

Les mécanismes sous-jacent étant les mêmes que pour l'infarctus du myocarde, les facteurs principaux augmentant le risque sont identiques, l'hypertension (RR 7.6, 3.5 to 16.3), le tabagisme (RR 4.4, 2.7-7.3.) et l'hypercholestérolémie (RR. 10.8, 2.3 to 49.9)<sup>97</sup>.

Un risque majeur d'AVC lié à la contraception orale est la présence de migraine avec aura. En risque absolu une femme en bonne santé aura un risque de 3/100'000 par année alors que si elle présente des migraines avec aura, son risque triple pour atteindre 9/100'000 par année et si elle prend une contraception orale ce risque passe à 18/ 100'000 par année<sup>98</sup>. Un risque accru ne s'appliquant pas aux migraines sans aura.

Le type de progestatif semble avoir son importance, puisque selon une étude de l'OMS, les seconde génération présentent un risque relatif de 2.7 (95% CI, 1.8 to 4.1) et la troisième génération de 1.8 (95% CI, 0.6 to 5.2)<sup>99</sup>.

En conclusion, une formule à base d'EE à la dose de 30 à 40µg a un risque de thrombose artérielle de 1.3 à 2.3 fois celle des non utilisatrices. Et avec 20µg un risque de 0.9 à 1.7 fois, avec de faibles différences selon le type de progestatif. On estime à partir de ces données, que sur 10'000 femmes prenant une pilule de 20µg avec EE et du desogestrel pour une année, deux auront une thrombose artérielle et 6.8 une thrombose veineuse<sup>100</sup>. Même si la thrombose veineuse est trois à quatre fois plus fréquente, les conséquences de la thrombose artérielle font de ce risque un point central à considérer lors de la prescription.

---

<sup>91</sup> ESHRE Capri Workshop Group ; *Hormones and cardiovascular health in women* ; Hum Reprod Update. 2006 Sep-Oct;12(5):483-97. Epub 2006 Jun 28

<sup>92</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77.

<sup>93</sup> Ibid

<sup>94</sup> Amanda Black, Diane Francoeur, Timothy Rowe et al. ; Consensus Canadien sur la Contraception ; N°143, part one of three ; march 2004

<sup>95</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.093

<sup>96</sup> Brito MB, Nobre F, Vieira CS ; *Hormonal contraception and cardiovascular system* ; Arq Bras Cardiol. 2011 Apr;96(4):e81-9. Epub 2011 Feb 25

<sup>97</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77.

<sup>98</sup> Pitts SA, Emans SJ ; *Controversies in contraception* ; Curr Opin Pediatr. 2008 Aug;20(4):383-9. doi: 10.1097/MOP.0b013e328305e13f

<sup>99</sup> Ojvind Lidegaard, Dr. Med. Sci., Ellen Lokkegaard et al. ; *Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception* ; N Engl J Med 2012 ; 366 :2257-66

<sup>100</sup> Ibid

## Effets bénéfiques non contraceptifs

### *Cancer de l'endomètre*

Dès les années 80 l'effet protecteur de la contraception orale a été découvert par Weiss et Sayvetz<sup>101</sup>, constatant une réduction de 50% des cancers de l'endomètre chez les utilisatrices de COC. Depuis, plus de 15 autres études cas contrôle ont confirmé cet effet protecteur<sup>102</sup>.

Un effet indépendant de la formulation et égal pour toutes les formes de cancer de l'endomètre. Seule la durée est importante puisque plus la durée de prise est longue, plus la diminution du risque est importante. A quatre ans la diminution est de 50% et à 12 ans de 70%<sup>103</sup>. De plus cet effet protecteur persiste dans le temps et ce jusqu'à 20 ans après l'arrêt de la contraception avec une diminution maintenue à 50%<sup>104</sup>.

### *Cancer de l'ovaire*

L'effet protecteur du cancer de l'ovaire est essentiellement lié la suppression de l'ovulation par le progestagène<sup>105</sup>. L'effet protecteur est présent dès 6 mois à 1 année après l'initiation, et cela jusqu'à 20 ans après l'arrêt<sup>106</sup>. Il réduit l'incidence de 41%, 54% et 61% à 4, 8 et 12 ans respectivement, pour une réduction globale de 5% par 5 ans d'utilisations<sup>107 108</sup>. La réduction de risque est égale selon les formules et selon les sous-types histologiques à l'exception des tumeurs mucineuses. Quant au cancer héréditaire, la pilule semble aussi être bénéfique avec une réduction du risque permettant de rejoindre celui des femmes n'ayant pas d'antécédents familiaux. Avec une protection maximale après 6 ans d'utilisation<sup>109</sup>.

### *Cancer colorectal*

La diminution du risque relatif varie selon les études entre 0.82 (95% CI 0.74 – 0.92)<sup>110</sup> et 0.8 (95% CI: 0.4–1.7)<sup>111</sup> correspondant à une réduction du risque d'environ 20%. Une réduction égale est

---

<sup>101</sup> Maguire K, Westhoff C ; *The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits* ; Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;205(4 Suppl):S4-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.056.

<sup>102</sup> D. Cibula, A.Gompel, A.O. Mueck et al. ; *Hormonal Contraception and Risk of Cancer* ; Human Reproduction Update, Vol.16 pp.631-650, 2010

<sup>103</sup> Grimbizis GF, Tarlatzis BC ; *The use of hormonal contraception and its protective role against endometrial and ovarian cancer* ; Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010 Feb;24(1):29-38. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.08.010. Epub 2009 Oct 30

<sup>104</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.093

<sup>105</sup> D. Cibula, A.Gompel, A.O. Mueck et al. ; *Hormonal Contraception and Risk of Cancer* ; Human Reproduction Update, Vol.16 pp.631-650, 2010

<sup>106</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.093

<sup>107</sup> Grimbizis GF, Tarlatzis BC ; *The use of hormonal contraception and its protective role against endometrial and ovarian cancer* ; Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010 Feb;24(1):29-38. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.08.010. Epub 2009 Oct 30

<sup>108</sup> Ibid

<sup>109</sup> Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine ; *Hormonal contraception: recent advances and controversies* ; Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.093

<sup>110</sup> Fernandez E, La Vecchia C, Balducci A, et al. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis. Br J Cancer 2001;84(5):722-7

<sup>111</sup> Levi F, Pasche C, Lucchini F, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal cancer. Dig Liver Dis 2003;35:85–87.

observée pour le cancer du colon ou rectal<sup>112</sup>. Une diminution du risque qui ne semble pas être corrélée avec la durée d'utilisation, mais les données sont contradictoire avec certaines études faisant état d'une protection augmentée pour les utilisatrices les plus récentes<sup>113</sup>. Elle semble être renforcée pour les femmes post ménopausées<sup>114</sup>. Le mécanisme reste peu connu, une hypothèse serait la diminution de la sécrétion de bile induite par les hormones<sup>115</sup>.

#### *Mastopathies bénignes*

Malgré le fait que la contraception orale induise une augmentation du cancer du sein, elle semble diminuer l'incidence des pathologies tumorales bénignes. Une réduction variant de 15%<sup>116</sup> à 40% (RR 0.64, CI 0.47- 0.87)<sup>117</sup> selon les auteurs, et plus spécifiquement de 30% des pathologies fibrokystiques, de 60% des fibroadénomes et de 40% des masses mammaires non biopsiées<sup>118</sup>.

La diminution de risque est liée à la durée de prise du contraceptif avec un effet présent dès une à deux années d'utilisation et encore présent une année après l'arrêt<sup>119</sup>.

#### *Dysménorrhée*

La dysménorrhée est le plus fréquent des troubles menstruels avec 40 à 50% de femmes affectées. Une douleur qui semble être due à une libération de prostaglandines causant une activité utérine douloureuse. Une libération qui est réduite par la contraception orale<sup>120</sup> induisant un soulagement de 70 à 80% des douleurs<sup>121</sup>.

Une autre action des COC est le contrôle du cycle permettant de diminuer la fréquence des saignements et donc les épisodes douloureux. Il s'agit d'un effet observable avec toutes les préparations, indépendamment de la dose d'œstrogènes ou du schéma d'administration<sup>122</sup>.

#### *Ménorragie*

L'hyperménorrhée, définie comme étant une perte de sang de plus de 80ml<sup>123</sup>, touche 10% des femmes, avec une incidence qui augmente avec l'âge. Au delà de la gêne occasionnée, elle n'est pas sans conséquence, car elle peut provoquer une anémie ferriprive pouvant aller jusqu'à l'hystérectomie pour les cas les plus graves.

---

<sup>112</sup> Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C ; Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis ; Hum Reprod Update. 2009 Sep-Oct;15(5):489-98. doi: 10.1093/humupd/dmp017. Epub 2009 May 4

<sup>113</sup> D. Cibula, A.Gompel, A.O. Mueck et al. ; *Hormonal Contraception and Risk of Cancer* ; Human Reproduction Update, Vol.16 pp.631-650, 2010

<sup>114</sup> Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, Bakken K et al. ; *Oral contraceptives, reproductive history and risk of colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* ; Br J Cancer. 2010 Nov 23;103(11):1755-9. doi: 10.1038/sj.bjc.6605965. Epub 2010 Nov 2

<sup>115</sup> Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C ; Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis ; Hum Reprod Update. 2009 Sep-Oct;15(5):489-98. doi: 10.1093/humupd/dmp017. Epub 2009 May 4

<sup>116</sup> Maguire K, Westhoff C ; *The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits* ; Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;205(4 Suppl):S4-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.056

<sup>117</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77

<sup>118</sup> Brinton LA, Vessey MP, Flavel R, Yeates D. Risk factors for benign breast disease. Am J Epidemiol 1981;113(3):203-14

<sup>119</sup> Huber JC, Bentz EK, Ott J, Tempfer CB ; *Non-contraceptive benefits of oral contraceptives* ; Expert Opin Pharmacother. 2008 Sep;9(13):2317-25. doi: 10.1517/14656566.9.13.2317 .

<sup>120</sup> ESHRE Capri Workshop Group; *Non contraceptive health benefits of combined oral contraception*; Hum Reprod Update. 2005 Sep-Oct;11(5):513-25. Epub 2005 Jul 8

<sup>121</sup> Huber JC, Bentz EK, Ott J, Tempfer CB ; *Non-contraceptive benefits of oral contraceptives* ; Expert Opin Pharmacother. 2008 Sep;9(13):2317-25. doi: 10.1517/14656566.9.13.2317 .

<sup>122</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77

<sup>123</sup> Ibid

Dans une étude randomisée sur l'effet de la contraception orale sur les ménorragies, Davis et al. rapportent que 73.2% des patients notent une 'amélioration' ou "une nette amélioration" alors que seulement 39.6% des femmes sous placebo rapportent le même degré d'amélioration<sup>124</sup>. Ce résultat est confirmé par d'autres études<sup>125</sup>, faisant état d'une réduction des saignements de 40% à 50% selon les auteurs. L'efficacité concerne essentiellement les saignements légers, car une revue Cochrane<sup>126</sup> conclut à l'absence d'évidence pour les saignements très importants.

#### *Syndrome prémenstruel*

C'est un syndrome recouvrant un cluster de symptômes physiques et psychiques survenant avant les menstruations. Si ces manifestations se répètent à chaque cycle et empêchent le maintien d'une vie normale c'est ce que l'on appelle le syndrome prémenstruel.

Un syndrome tendant à disparaître lors d'événement ou pathologies inhibant l'ovulation, tel que la grossesse ou la lactation. De part son action sur l'ovulation, la contraception orale permet dans certains cas le traitement de ce syndrome ainsi que des formes plus sévères<sup>127,128</sup>. Une revue Cochrane<sup>129</sup> confirme l'effet bénéfique de la contraception orale, mais souligne l'importance de l'effet placebo avec certaines études où 48% du groupe sous COC observaient une amélioration alors que 36% du groupe placebo observaient le même effet. La composition semble avoir son importance, puisque certaines études<sup>130</sup>, rapportent que les formules à base de drospirénone seraient plus efficaces.

#### *Acné*

L'acné est la pathologie dermatologique la plus fréquemment traitée par les médecins de premier recours. Elle touche 40% des adolescentes et 10% des femmes à l'âge adulte. L'acné est une manifestation d'hyperandrogénisation modérée qui tendait à être péjorée par les progestatifs de première génération qui étaient tous des dérivés de la testostérone. Le développement de progestagènes avec une faible activité androgénique et même une activité anti-androgénique, a permis de traiter l'acné avec les COC.

Une réduction de 20<sup>131</sup> à 50%<sup>132</sup> des lésions inflammatoire et non inflammatoires peut être observée, une action bénéfique confirmée par une récente revue Cochrane<sup>133</sup>, concluant à l'effet bénéfique mais

---

<sup>124</sup> Davis A, Godwin A, Lippman J, et al. Triphasic norgestimate-ethinyl estradiol for treating dysfunctional uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):913-20

<sup>125</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77

<sup>126</sup> Iyer V, Farquhar C, Jepson R. *Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding*. Cochrane Database Syst Rev 2000

<sup>127</sup> Kiley J, Hammond C ; *Combined oral contraceptives: a comprehensive review* ; Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec;50(4):868-77.

<sup>128</sup> Huber JC, Bentz EK, Ott J, Tempfer CB ; *Non-contraceptive benefits of oral contraceptives* ; Expert Opin Pharmacother. 2008 Sep;9(13):2317-25.

<sup>129</sup> Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. *Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD006586. DOI: 10.1002/14651858.CD006586.pub4.

<sup>130</sup> Maguire K, Westhoff C ; *The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits* ; Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;205(4 Suppl):S4-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.056.

<sup>131</sup> ESHRE Capri Workshop Group; *Non contraceptive health benefits of combined oral contraception*; Hum Reprod Update. 2005 Sep-Oct;11(5):513-25. Epub 2005 Jul 8.

relève la difficulté de quantifier ce résultat face au manque d'études randomisée. Certains progestagènes, tel que le chlormadinone acétate ou encore le cyproterone acétate semblent être plus efficaces que le lévonorgestrel<sup>134</sup>.

### Rapport risques et bénéfiques

Une grande étude<sup>135</sup> de cohorte au Royaume Unis suivant 46'112 femmes pendant près de 39ans, a permis de mettre en évidence que le rapport risques-bénéfiques de la contraception orale est nettement en faveur des bénéfiques.

Des bénéfices autant en terme de mortalité, où une réduction de 12% (risque relatif ajusté 0.88, 95% CI 0.82 to 0.93) a été constatée, que pour des causes de décès spécifique, où une diminution de pathologies telles que les cancers colorectaux, de l'endomètre, de l'ovaire ainsi que les causes cardiovasculaires, on été observés.

Un bénéfice moins important chez les femmes de moins de 30 ans avec 20 décès en moins sur 100'000 alors que pour la tranche 50-59 ans cela représente 86 décès en moins et 308 pour les plus de 70ans.

Pour mieux illustrer le risque de mortalité associé à la contraception orale, J.Guillebaud<sup>136</sup> a comparé différentes activités en selon le temps nécessaire pour qu'un risque sur 1'000'000 de décéder apparaisse. (table 1.)

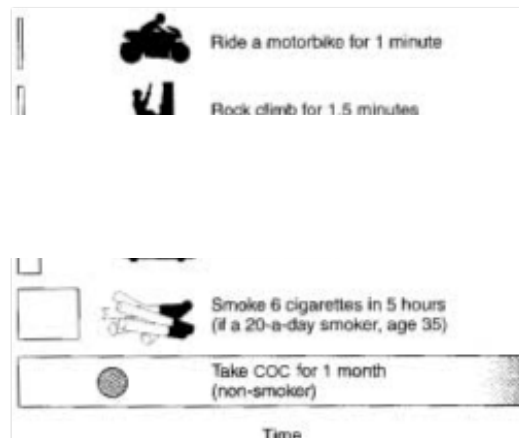


Figure 1. Time required to have a 1:1 000 000 risk of dying. From: Contraception today, J Guillebaud.<sup>1</sup> Adapted from Minerva, British Medical Journal, 1988.

Table

1

<sup>132</sup> Ibid

<sup>133</sup> Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub5.

<sup>134</sup> Johannes Bitzer, James A. Simon ; *Current Issues And Available Options In Combined Hormonal Contraception* ; Contraception 84 (2011) 342-356

<sup>135</sup> Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane et al.; *Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study*; BMJ. 2010 Mar 11;340:c927. doi: 10.1136/bmj.c927

<sup>136</sup> Rachel E. D'Souza ; *Risks and benefits of oral contraceptive pills* ; Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Volume 16, Issue 2 , Pages 133-154, April 2002

## Annexe 5 : La pilule, plus qu'un médicament

*“Development of the Pill, has done more to reorder human life than any event since Adam and Eve ate the apple. Why? Because sex, sexuality, and reproduction are so central to human life, to marriage, and to the future of humanity.”<sup>137</sup>*

### La pilule et son impact sur la société

Réduire la pilule à une découverte médicale, serait diminuer l'impact qu'à le fait de se reproduire à l'échelle d'une vie humaine. Car ne l'oublions pas, lorsque l'on parle de contraception, on parle de méthode permettant de choisir le moment et la nombre d'enfants que l'on souhaite. Et la contraception orale offrant une efficacité en théorie de pratiquement 100%, on peut considérer que pour la première fois dans l'histoire de l'Homme, nous avons le choix de contrôler les naissances.

La pilule en soit représente un paradoxe que son histoire reflète parfaitement. Paradoxe parce qu'il s'agit du premier médicament inventé pour être prit régulièrement par des patients n'étant pas malade. Second paradoxe, ses concepteurs sont des catholiques conservateurs qui cherchaient une solution à l'infertilité qui au lieu de ça ont trouvés une manière de la maintenir.

La pilule est arrivée sur le marché à une époque où d'importants changements sociaux étaient entrain de naître. Une époque où une révolution tant sexuelle, que religieuse et bientôt féministe couvait. Il y a encore bon nombre de débats sur l'impact que la pilule a pu avoir sur ces évolutions sociales. Certains prétendant qu'elle en est la cause, d'autres que sans l'activisme sous-jacent, elle n'aurait été qu'une contraception de plus.

Une chose reste sûre, la pilule a eu un fort impact sur la société, générant enthousiasme et polémique. Un enthousiasme illustré par cette chanson de Loretta Lynn, chanteuse des années 70, appelée « the pill », dont voici un extrait :

*“All these years I've stayed at home while you had all your fun  
And every year that's gone by another baby's come  
There's gonna be some changes made right here on Nursery Hill  
You've set this chicken your last time `cause now I've got the pill”*

---

<sup>137</sup> <http://www.albertmohler.com/2010/04/26/the-pill-turns-50-time-considers-the-contraceptive-revolution/>



ou encore par cette couverture de l'Economist en 1999<sup>138</sup> déclarant la pilule comme étant la découverte scientifique la plus importante du 20<sup>ème</sup> siècle. Elle a même eu un rôle dans la stratégie anti-communiste de la guerre froide sévissant à l'époque. Les anti-communistes virent en la pilule une arme permettant de réduire la vulnérabilité de certains pays au « péril communiste » en réduisant les naissances et donc les besoins en nourritures. Une autre évidence de son impact, est son utilisation comme indicateur de la santé des femmes par certains tel que l'ONG « Save the Children »<sup>139</sup>.

Son grand impact allait avec son lot de polémiques sociales. Les conservateurs l'accusaient de favoriser la décadence et l'anarchie sexuelle, les leader afro-américains d'être l'outil d'un « génocide » orchestré par les blancs ou encore, pour les plus modérés, d'avoir séparé la reproduction et la sexualité.

Un reflet de son fort lien aux normes sociales est le fait que lors de son invention, la contraception était encore un crime, puis légalisée 2 ans plus tard mais uniquement pour les femmes mariées puis autorisée à la vente aux femmes non mariées après seulement 10 ans d'existence.

### **Pilule et féminisme**

*« From the beginning, woman has been a vassal to the temporal demands—and frequently the aberrations—of the cyclic mechanism of her reproductive system. Now to a degree theretofore unknown, she is permitted normalization, enhancement, or suspension of cyclic function and procreative potential. This new physiologic control is symbolized in an illustration borrowed from Greek mythology— Andromeda freed from her chains.»<sup>140</sup>*

Cette publicité pour Enovid publiée en 1961 dans *Obstetrics and Gynecology* montre bien l'image donnée à l'avènement de la contraception. Une libération de la femme de son cycle.

Dès les prémisses de son histoire, la pilule a toujours été empreinte d'une volonté féministe de pouvoir choisir le moment de sa grossesse. Une revendication fréquemment réduite à une libération sexuelle des femmes, leur permettant de séparer reproduction et sexualité. Souvent synonyme de décadence dans la bouche de ses opposant. Le changement profond qu'a permit la pilule, n'est pas tant dans le comportement sexuel des femmes, puisque un rapport (Kinsey report) publié en 1953 révèle que la moitié des femmes avaient eu une relation sexuelle avant le mariage et que ¼ des femmes mariées avaient commit un adultère à l'âge de 40 ans.

Le vrai changement est venu d'une accélération du changement de rôle des femmes dans la société. Le choix du moment de la grossesse a permit aux femmes de planifier leurs vies différemment, de pouvoir accéder aux mêmes fonctions que des hommes en quittant le paradigme du Dr Mobius et sa « femme utérus » pour aller vers une égalité des chances face à la vie socioprofessionnelle.

---

<sup>138</sup> <http://www.economist.com/node/347484>

<sup>139</sup> Save the children. State of the world's mothers 2007: saving the lives of children under 5. Westport (CT): Save the Children; 2007.

<sup>140</sup> *Obstetrics and Gynecology* 18 (1961): 62–3.

Terry O'Neill, président de la National Organization for Woman, souligne bien cette évolution. « Il y a une ligne droite entre la pilule et les changements de la structure familiale. Avec 22% de femmes gagnant plus que leur maris. En 1970, 70% des femmes avec des enfants de moins de 6 ans étaient femmes au foyer et 30% travaillaient. De nos jours c'est pratiquement l'inverse. »<sup>141</sup>

Comme souvent avec la pilule, tout n'est pas que bénéfiques. En matière de droit des femmes, certaines voix critiquent la contraception efficace, car elle donne l'impression aux hommes que la femme est toujours disposée sexuellement, rendant plus difficile le refus. Une disposition permanente pouvant devenir une pression sociale<sup>142</sup>.

De plus le fait de vouloir déplacer l'âge de la grossesse mène bon nombre de femmes à ne pas en avoir, il semblerait que près d'une femme sur cinq n'aura pas d'enfant. Ce constat est corroboré par l'office des statistiques américain, qui démontre que plus une femme réussit sa vie professionnelle moins elle a de chance d'avoir d'enfant.

---

<sup>141</sup> Gibbs N., Van Dyk D., Adams K. ; Love, Sex, Freedom and The Paradox Of the Pill ; Time magazine ; 5.03.2010, Vol, 175 Issue 17. P40-47, 8p, 3color

<sup>142</sup> [http://www.telegraph.co.uk/health/women\\_shealth/7728971/The-Pill-womans-best-friend.html](http://www.telegraph.co.uk/health/women_shealth/7728971/The-Pill-womans-best-friend.html)

