

PARTIE 1 : GENERALITES

Chapitre 1 : La contraception actuelle en France

1. L'utilisation de la contraception aujourd'hui en France

Depuis de nombreuses années, la France bénéficie d'une bonne couverture contraceptive. Parmi les femmes de 15 à 49 ans, 72% sont concernées par la contraception. En effet, 18% déclarent ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des douze derniers mois, 9% sont enceintes et 1% est ménopausé ou stérile, ces femmes n'ont donc pas besoin de contraception. Parmi les femmes concernées par la contraception, 92 % déclarent utiliser un moyen contraceptif pour éviter une grossesse en 2016 [2].

Cette large utilisation de la contraception soulève pourtant, toujours de nombreuses questions, de par le taux élevé d'échecs contraceptifs et de recours à l'IVG [3], en particulier chez les jeunes. Les échecs s'expliquent, en partie, par une inadéquation des solutions contraceptives proposées au mode de vie de certaines femmes, à certaines périodes de leur vie. En effet, avant les années 2010, en France, le parcours contraceptif des femmes est plutôt stéréotypé en fonction de leur âge : ainsi la pilule apparaît comme le contraceptif le plus choisi, surtout par les plus jeunes, remplacé, après la survenue d'une ou plusieurs grossesses, par un dispositif intra-utérin (DIU) [3].

L'inertie thérapeutique en matière de contraception représente une absence de prescription de la contraception, par un manque d'adaptation de la contraception, par une insuffisance d'informations données à la patiente, par un manque d'écoute de ses questions. Cette inertie peut conduire à la grossesse non désirée et aux interruptions de grossesse dans au moins un tiers des cas. Chez l'adolescente, cette proportion est encore plus importante [4].

Il a fallu adapter au mieux le mode de contraception aux besoins des femmes utilisatrices, et abandonner les prescriptions médicales automatisées. Dans ce but, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis, en 2004, des recommandations professionnelles pour valoriser la personnalisation de la contraception, permettre une diversification des méthodes utilisées, une meilleure adaptation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de chaque femme, ceci au travers d'une relation soignant-patient qui favorise l'aide au choix.

Parmi les femmes se retrouvant en échec de contraception, les causes les plus retrouvées sont le manque d'information concernant l'utilisation de la méthode ou un mauvais usage de celle-ci. Certaines femmes ne disposent pas de méthode de contraception et ne savent pas où il est possible de s'en procurer, d'autres encore arrêtent ou refusent une contraception suite à une première expérience difficile. Toutes ces interrogations devraient être abordées lors d'une consultation de contraception en prenant en compte les facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques qui rendent chaque femme différente [5].

En effet, d'après certaines publications, il est démontré que le choix de la méthode de contraception par la patiente bien informée et éclairée sur les différentes options possibles, est associé à une meilleure satisfaction ainsi qu'à une utilisation plus élevée de la méthode choisie [6]. Par conséquent, les consultations de contraception basées sur les méthodes de communication du counseling et de la démarche éducative s'imposent aux praticiens (orienter, aider, informer, soutenir, traiter).

2. Evolution du panel contraceptif en France

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le panel contraceptif n'a cessé d'évoluer en France. Ces changements se sont traduits par une diversification progressive des méthodes contraceptives, avec l'arrivée, dans les années 2000, de nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau et patch), puis, à partir de 2001, l'autorisation de la contraception définitive [7]. Ces méthodes sont venues s'ajouter à l'offre déjà constituée des pilules, du dispositif intra-utérin (DIU) et du préservatif. Cette diversification a été soutenue par des recommandations de prescription [6] qui ont progressivement ouvert l'usage des DIU aux femmes nullipares et facilité le recours à l'implant, à l'anneau et au patch contraceptif.

En 2016, la prévalence contraceptive est l'une des plus importantes au monde : 92 % des femmes sexuellement actives déclarent utiliser un moyen de contraception pour éviter une grossesse. Elles sont donc 8 % à indiquer ne pas utiliser de moyen de contraception. Cependant, ce pourcentage varie selon l'âge : 2,3% parmi les 15-19 ans, 4,3 % parmi les 20-24 ans, 5,5% parmi les 25-29 ans et 6,7% ses femmes âgées de 30 à 44 ans n'ont pas de contraception [2].

L'INSERM évoque le fait qu'un tiers des grossesses est qualifié de « non prévue » par les femmes, dont les deux tiers surviennent sous contraception. Ces données nous révèlent que l'efficacité contraceptive théorique n'est pas la même que l'efficacité en pratique courante, et montrent les difficultés rencontrées par les femmes dans la gestion de leur contraception. Cette différence résulte le plus souvent d'arrêts ou de changements de méthode contraceptive, ainsi que des défauts d'observance (retard de prise, oubli, évènement digestif en cas de contraception orale), traduisant une inadéquation entre les besoins contraceptifs des femmes et la méthode utilisée [6].

La contraception orale est de loin le contraceptif le plus plébiscité par les femmes. Ainsi, parmi les femmes qui déclarent avoir une contraception en 2010, un peu plus de la moitié (55,5 %) utilisent la pilule. Ce sont les jeunes qui y ont le plus recours [8].

Cependant, l'utilisation de la pilule diminue depuis les années 2010. En effet, en 2012, le débat médiatique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération a généré des interrogations sur la sécurité des contraceptifs. Les risques associés aux contraceptifs médicalisés ont alors été mis en avant. Cette « crise de la pilule » a entraîné un changement dans les conditions d'accès à certaines de ces pilules avec le déremboursement de ces catégories de pilules (3^{ème} et 4^{ème} génération) en mars 2013 [9]. Immédiatement après le débat, une diminution globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le DIU et le préservatif ont été constatés [8]. En effet, de 2010 à 2016, une chute de 10% des utilisatrices de la pilule est observée (passage d'environ 50% des femmes utilisant une contraception en 2010, à 33% en 2016) [2] (annexe 1).

Les autres méthodes médicalisées comme l'anneau, le patch, l'implant sont restées utilisées par moins d'une femme sur dix (5,4% des femmes). Ce sont les femmes âgées de 20 à 29 ans qui y ont le plus souvent recours. Parmi ces méthodes, l'implant est la plus utilisée (4,3% des femmes de 15-49 ans), devant l'anneau vaginal (1,0 %) puis le patch contraceptif (0,4 %) (annexe 1).

Le DIU est utilisé par plus d'une femme sur cinq. L'utilisation du préservatif est en augmentation. Le recours à la stérilisation est faible : il concerne 3,9% des femmes et 0,3% des hommes.

Les méthodes naturelles (le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là) sont utilisées par 4,5% des femmes, en baisse régulière depuis les années 1970, et ce pourcentage est stable depuis 2000 [10].

Environ 8% des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune contraception [2].

Chapitre 2 : Compliance thérapeutique au cours de la vie d'une femme

Les chercheurs qualifient de paradoxale la situation qui associe une large diffusion des méthodes contraceptives, au taux toujours élevé des IVG.

Les femmes attribuent les « échecs » du moyen contraceptif qu'elles utilisent au fait qu'elles n'ont pu choisir la méthode qui leur a été prescrite, et que celle-ci ne leur convient pas. Elles évoquent également une utilisation incorrecte de la méthode ou la survenue d'une difficulté lors de son utilisation : oubli de pilule, mauvaise utilisation ou rupture de préservatif, échec des méthodes naturelles. Elles sont également perdues lorsqu'un accident de méthode survient, par manque d'information, elles n'adoptent pas la conduite à tenir adaptée pour éviter la survenue d'une grossesse [11].

Une « norme médicale contraceptive » s'est peu à peu imposée. En pratique, certains médecins opteraient parfois pour la prescription de méthodes qu'ils jugent très efficaces, avec un indice de Pearl théorique faible, alors qu'elles ne sont pas forcément adaptées aux attentes et au mode de vie des femmes et des couples. En conséquence, elles sont moins bien utilisées et parfois arrêtées, ce qui diminue leur efficacité [11].

La première consultation de demande contraceptive doit permettre, après une anamnèse personnelle et familiale, de proposer une contraception appropriée respectant les contre-indications et, dans la mesure du possible, les préférences de la patiente. Le mode d'emploi de la contraception choisie doit être expliqué ainsi que l'attitude à adopter en cas de mauvaise observance. L'efficacité de la contraception est liée à la méthode et à l'observance thérapeutique. Celle-ci peut être influencée par les informations dispensées par le praticien et par sa connaissance des antécédents médicaux de la patiente.

Une fois la méthode instaurée, celle-ci doit être évaluée rapidement. Si cette méthode n'est pas optimale, d'autres, moins contraignantes ou mieux adaptées, seront proposées après discussion avec la patiente.

La tolérance de la contraception doit aussi être évaluée. Trois mois après l'instauration d'une pilule oestroprogestative, une modification anormale du poids, de la pression artérielle, du taux de cholestérol et de triglycérides peut conduire à un changement de méthode.

D'autres obstacles, propres à la patiente ou au couple, sont parfois plus difficiles à déceler. Il peut s'agir de réticences extérieures (parents, religion), de peur d'effets secondaires (infertilité, cancers, prise de poids...), de croyances erronées sur les risques réels de grossesse, de résistances psychologiques diverses (réticence à avaler un médicament, crainte d'un corps étranger, préférence pour les méthodes «naturelles») voire d'une réelle ambivalence quant au désir de grossesse.

Mis à part les contres indications médicales, la meilleure contraception sera celle qui est la mieux comprise et la mieux acceptée par la patiente. Les explications du médecin et l'éducation des patientes face à leur contraception est indispensable pour une efficacité optimale. L'information concernant les méthodes de rattrapage est une nécessité. De même, il est important que la patiente soit suivie régulièrement afin de détecter des changements dans la santé de cette dernière qui nécessite une adaptation de la contraception.

Chapitre 3 : Patch et anneau vaginal

Les dernières innovations en matière de contraception permettent d'améliorer significativement l'observance en administrant le système de manière hebdomadaire, ou mensuel, voire annuel. Parmi ces nouveaux dispositifs, le patch et l'anneau vaginal ne sont pour l'instant que peu utilisés par la population de femmes ayant recours à une contraception. Ces méthodes peuvent apporter à la fois un confort contraceptif à long terme mais aussi une tolérance comparable à celle de la contraception orale [12].

1. Le patch transdermique contraceptif Evra®

a. Description

La libération d'un principe actif par voie transdermique est utilisée dans différents domaines médicaux comme le sevrage tabagique, le traitement de la douleur, le traitement hormonal substitutif de la ménopause... Le patch Evra®, patch contraceptif, mis sur le marché en 2004 par le laboratoire Janssen-Cilag, est actuellement le seul dispositif contraceptif transdermique existant en France. En effet, en 2016, un autre patch contraceptif nommé patch Lisvy®, a été commercialisé en mars 2016 mais rapidement retiré du marché, suite à la mise en évidence de résultats décevants, observés lors des tests de stabilité. Ce patch contraceptif, mince, d'une surface de 20mm², contient un progestatif, la norelgestromine (6mg), et un œstrogène, l'éthinylestradiol (EE) (0,75µg). Une dose quotidienne de 150µg de norelgestromine et de 20µg d'EE est délivrée quotidiennement pendant une semaine. Il s'agit d'un système matriciel comportant 3 couches dont l'une des couches contient un film flexible de polyester au milieu duquel sont fixés les principes actifs.

Les sites d'application recommandés sont le bas-ventre, la face externe du bras, la partie haute du torse en dehors des seins et de la fesse.

b. Pharmacocinétique

Le fait que les hormones soient diffusées par voie transdermique permet une libération en continu et non par pics comme les contraceptifs oraux. Cela permet de relever des concentrations hormonales constantes et plus faibles dans le temps dans la circulation sanguine.

Quel que soit le site d'application du patch conseillé (bas ventre, fesse, face externe du bras et le thorax sauf les seins) l'absorption est la même [13].

De plus, ce mode de libération hormonale permet de maintenir ce taux d'hormones plus longtemps dans l'organisme. En effet, si l'utilisatrice oublie de changer son patch au bout de 7 jours, celui-ci continue de libérer des hormones 48 à 60 heures après (la patiente est protégée efficacement pendant 10 jours d'application du patch) [14].

c. Observance

Selon les études, l'observance des utilisatrices du patch est supérieure à celle des utilisatrices de la pilule. En effet, on a une observance d'environ 88,2% pour le patch contre 77,7% pour la contraception orale aux Etats-Unis et au Canada [15]. Il faut cependant rester prudent face à ces résultats car l'observance diffère selon les pays, or aucune étude n'a été réalisée en France.

Cette meilleure observance pour le patch peut s'expliquer par le schéma contraceptif de celui-ci qui paraît plus simple avec une seule administration par semaine, contrairement à la prise journalière de la contraception orale.

d. Efficacité

En regroupant plusieurs études, certains auteurs ont mis en évidence que l'index de Pearl pour le patch contraceptif est de 0,88. L'index de Pearl représente le nombre total de grossesses non désirées survenant chez 100 femmes durant 12 mois d'utilisation de la méthode en question. Ce taux d'échec est un indicateur de la sécurité d'une méthode. Un regroupement d'études montre que celui du patch est meilleur qu'une pilule classique triphasique (Index de Pearl en pratique =1,24) [16]. Cependant, d'autres études sur les contraceptifs oraux triphasiques évoquent un index de Pearl plus faible à 0,18.

L'efficacité qui serait plus importante pourrait s'expliquer par une meilleure observance liée au dispositif du patch. De plus le taux d'hormones relativement constant délivré par le patch permet un développement folliculaire moindre et a donc une incidence sur l'ovulation plus faible par voie transdermique que par voie orale [17].

L'efficacité est la même quel que soit l'âge ou l'ethnie de la patiente. Mais attention, une baisse de l'efficacité du patch contraceptif est remarquée chez les patientes dont le poids est supérieur à 90 kg [17].

e. Effets indésirables

La tolérance du métabolisme des utilisatrices du patch n'est pas meilleure que celle de la contraception orale, ce qui semble logique puisque ce sont les mêmes hormones qui sont administrées.

Cependant, avec le patch, les patientes n'ont pas l'effet de premier passage hépatique (le fait que les molécules passent d'abord par le foie avant d'atteindre la circulation sanguine générale), ce qui permet une meilleure métabolisation des molécules.

Les effets indésirables sont sensiblement les mêmes que ceux observés lors de la prise d'une contraception orale oestroprogestative : les nausées, les céphalées et les douleurs abdominales.

Le taux de réactions allergiques, de mastodynies (douleurs mammaires) et de dysménorrhées (douleurs abdominales pendant les règles) est tout de même majoré chez les utilisatrices du patch [18]. Néanmoins, les études cliniques ont montré que ces effets indésirables diminuaient au-delà du 3^{ème} cycle d'utilisation du patch.

Concernant le risque thrombo embolique, les résultats des études sont divergents. En effet, une étude évoque le fait que l'utilisation du patch augmente le risque thrombo embolique [19] alors qu'une autre étude explique que ces risques sont identiques pour les utilisatrices ou du patch ou de la pilule [20]. En ce qui concerne l'adhésivité du produit, lors d'essais cliniques (70 000 patchs mis en place) avec mises en condition d'extrême de chaleur, d'humidité, ou de froid, seuls 4,7% des patchs ont dû être remplacés car ils étaient décollés partiellement ou complètement [20].

f. Satisfaction des patientes et profil des utilisatrices

Le fait que la femme soit mariée ou célibataire ainsi que le nombre d'enfant n'interfère pas dans son choix d'utiliser le patch.

Plus de la moitié des utilisatrices ont déjà eu recours à un autre moyen de contraception pendant au moins un an avant d'utiliser le patch (60%). Deux tiers de celles-ci avaient recours à la pilule oestroprogestative avant de choisir le patch. Seules 14% des utilisatrices n'avaient pas de moyen de contraception avant le patch [21].

2. L'anneau vaginal Nuvaring®

a. Description

L'anneau Nuvaring® est aujourd'hui le seul contraceptif hormonal utilisé par voie vaginale. Il est composé d'une matrice en polymère d'éthylène d'acétate de vinyl. Sa taille est de 54 mm et son diamètre a une section de 4 mm. Les hormones sont placées dans le centre de l'anneau et sont progressivement libérées dans le vagin et de façon constante quotidiennement pendant 3 semaines consécutives : 15 µg/jour d'éthinyl-oestradiol et 120µg/jour d'étonogestrel, permettant l'inhibition de l'ovulation. Ces hormones passent alors dans la circulation systémique au travers des nombreux plexus artériels et veineux contenus dans la muqueuse vaginale.

L'un des avantages de cet anneau vaginal est qu'il peut être inséré et retiré par la patiente elle-même, la patiente utilise un anneau par cycle. En effet, ce dispositif est efficace pendant 3 semaines sans interruption et doit être retiré pendant 1 semaine, pendant laquelle surviennent les saignements. Après la délivrance du produit par la pharmacie, l'anneau doit être utilisé dans les 4 mois et peut être conservé à température ambiante. L'apprentissage de l'utilisation de l'anneau est assez simple.

b. Pharmacocinétique

Certains auteurs ont cherché à étudier la concentration d'éthinyl-oestradiol en fonction du temps chez les utilisatrices soit de la contraception orale, soit du patch contraceptif ou de l'anneau vaginal. Ils ont démontré que les utilisatrices de l'anneau étaient beaucoup moins exposées à l'éthinyl-oestradiol que les utilisatrices du patch (3,4 fois moins) et que celles de la pilule (1,6 fois moins) en prenant l'aire sous la courbe. Donc l'anneau délivre des doses plus faibles d'hormones que le patch et la pilule.

On remarque aussi que les taux sériques hormonaux sont constants tout au long du cycle et ne présentent pas de pics quotidiens comme dans le cas de la pilule [22].

c. Observance

Ne nécessitant qu'une insertion mensuelle, l'anneau vaginal a démontré une excellente observance (environ 90,8%). Le taux européen est meilleur que celui des Etats Unis.

La voie d'administration vaginale, peut parfois étonner les patientes mais il s'avère que l'anneau est simple d'utilisation. Les utilisatrices évoquent une insertion et un retrait sans rencontrer de problème dans plus de 95% des cas. L'anneau leur convient aussi du fait que quelle que soit sa position dans le vagin il est efficace.

La plupart des patientes ne ressentent pas de gêne lors du port de Nuvaring® (83%), c'est dû au fait que les ⅔ supérieurs du vagin sont moins sensibles que l'utérus ou les ovaires par exemple.

En ce qui concerne la gêne lors des rapports sexuels, 7 hommes sur 10 disent ne pas ressentir l'anneau. Peu de ceux qui le ressentent le présentent comme un problème [23]. Si cette gêne existe, l'anneau peut être retiré pendant maximum 3h. Si ce délai est dépassé, il faut considérer cela comme un échec contraceptif et y remédier en ayant recours à la contraception d'urgence.

d. Efficacité

L'efficacité de l'anneau Nuvaring® est similaire à celle des pilules oestro progestatives [24]. L'indice de Pearl est de 0,4 à 0,65 dans les études européennes tandis qu'il est de 1,3 aux Etats-Unis, cela doit s'expliquer par une différence d'observance [25].

e. Effets indésirables

Des études ont prouvé que l'anneau vaginal n'avait pas d'impact défavorable sur le col et la cytologie cervicale. Il est possible d'observer une augmentation des leucorrhées, mais elles ne sont pas d'origine infectieuse.

Les saignements irréguliers observés sont plus faibles que ceux observés sous pilule. Ce sont principalement des spotting [25].

Les effets secondaires rencontrés sont les mêmes que pour les utilisatrices des pilules oestroprogestatives orales : céphalées, mastodynies, nausées et changements d'humeur [26].

L'anneau vaginal ne modifie pas de manière significative les taux lipidiques sanguins, malgré une légère augmentation du taux de cholestérol ou des triglycérides. Le risque thromboembolique est le même que celui de la contraception orale oestroprogestative.

Ce contraceptif est contre indiqué chez les femmes présentant une contre-indication aux oestroprogestatifs et chez les femmes possédant une hypersensibilité à l'un des composants de Nuvaring®. De plus, il est conseillé de ne pas l'utiliser chez les personnes présentant un prolapsus du col utérin, un cystocèle ou un rectocèle, ou encore une constipation chronique. Dans ces cas-là, la femme peut ne pas réussir à placer correctement l'anneau ou elle peut le perdre. Il existe également, un risque d'interaction médicamenteuse avec les inducteurs enzymatiques, en particulier chez les épileptiques. En revanche, l'utilisation d'un antimycosique n'altère pas l'efficacité ni la tolérance de l'anneau.

f. Satisfaction et profil des femmes utilisatrices

Après l'utilisation de l'anneau Nuvaring® pendant 3 cycles, le taux de satisfaction général s'élève à 96% [23].

Les femmes qui utilisent Nuvaring® sont celles qui souhaitent une contraception faiblement dosée, simple d'utilisation et efficace, plutôt bien tolérée. Enfin l'anneau peut s'avérer adapté aux femmes qui savent qu'elles auront du mal avec l'observance de la contraception orale ou des troubles digestifs avec défaut d'absorption.

Le principal inconvénient de ces contraceptifs est le prix. En effet, ces contraceptifs ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. Leur coût mensuel avoisine les 15€, ce qui peut être un frein dans le choix de ces méthodes de contraception.

Depuis 2010, le planning familial réclame un remboursement de l'ensemble des contraceptifs proposés en France. Cette instance dénonce l'absence de choix réel d'une contraception : les femmes ne peuvent pas choisir librement la contraception qui leur convient le mieux, puisque le facteur « coût » interfère dans celui-ci. En effet, si les critères médicaux sont bien pris en compte dans leur choix contraceptif, pour le reste ce sont souvent les critères économiques qui tendent à prévaloir sur d'autres considérations. De par les inégalités sociales, certaines femmes peuvent alors se retrouver sans contraception, ce qui pourrait expliquer une des raisons du taux élevé d'IVG en France [27].