

FAUT-IL AVOIR PEUR DES PILULES DE 3^e GÉNÉRATION ?

Depuis dix ans, on suspecte qu'elles provoquent des thromboses veineuses. **Aujourd'hui, de nouvelles études viennent confirmer ces doutes.** Pourquoi ce contraceptif oral est-il toujours prescrit à plus de 2 millions de Françaises ?

Sur environ 7 millions de Françaises sous contraceptif oral, de 2 à 3 millions prennent une pilule de troisième génération. Des millions de femmes pour qui Mercilon, Cycléane, Minesse, Varnoline, Phaeva... sont associés à un geste quotidien pour prévenir une grossesse non désirée. Mais combien savent que, ce faisant, elles courent un risque de thrombose veineuse, même si elles ne fument pas ? Deux nouvelles études viennent de confirmer que, par rapport à celles de deuxième génération, ces pilules doublent le risque de caillots sanguins, qui peuvent provoquer une phlébite ou une embolie pulmonaire. Ce n'est pas une découverte : les premières alertes remontent à 1995 et, dès 2001, la Haute Autorité de Santé a appelé les médecins à la prudence. Pourtant, dix ans après, on continue à les prescrire comme si elles étaient la panacée, y compris comme première contraception. Faut-il s'en inquiéter ? Enquête.

Quels sont les risques ?

Le « British Medical Journal » a publié le 26 octobre dernier une étude du D^r Ojvind Lidegaard menée sur 1,7 million de Danoises de 2001 à 2009. Elle montre que le risque de thrombose veineuse est deux fois plus élevé sous une pilule de troisième génération (contenant du désogestrel ou du gestodène) que sous une de deuxième génération (contenant du lévonorgestrel), et quatre fois plus élevé que sans contraceptif hormonal. Une seconde étude publiée le 1^{er} novembre par la FDA (Food and Drug Administration), l'agence américaine du médicament, corrobore un autre résultat de l'étude danoise : les pilules de quatrième génération (à la drospirénone), comme Jasmine ou Yaz, doublent également ce risque. « Il est certes grave, mais rare, temporeuse l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), et reste inférieur au risque de thrombose chez la femme enceinte. » Pour 100 000 femmes, le nombre de thromboses veineuses est évalué à : 5 à 10 cas par an chez celles qui ne prennent pas la pilule, 10 à 20 cas chez celles qui en prennent une de deuxième génération et 20 à 40 cas chez celles sous contraceptif de troisième génération. Rapporté à 3 millions de femmes, cela représente de 600 à 1 200 cas par an.

Peut-on en mourir ?

Selon l'Afssaps, « la grande majorité de ces accidents veineux étant pris en charge à temps, seuls 1 à 2 % conduisent au décès ». « Un événement exceptionnel donc », assure le département de l'évaluation des risques. De son côté, Bernard Delorme, responsable de l'information du public de l'agence, avance dans « Le Monde » une fourchette de « 20 à 40 décès par an », rien que pour les pilules de troisième génération. « Mais les chiffres officiels sont largement sous-estimés », selon le président de l'Association des victimes d'embolie pulmonaire (AVEP), Pierre Markarian. Depuis le décès de sa fille de 17 ans, Théodora, en octobre 2007, deux mois et demi après qu'elle a commencé à prendre la pilule, il a entrepris de recenser les cas. « La plupart passent totalement inaperçus car même le personnel médical ne fait pas le lien avec la pilule. Il a fallu que nous déposions un recours devant la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux pour que la pilule de troisième génération que prenait ma fille soit mise en cause par un expert. Cela a pris deux ans. La plupart des parents n'ont pas l'énergie pour déposer un tel recours et exiger des explications. »

Comment peut-on réduire les risques ?

Dans les affaires de Théodora, son père a trouvé un papier sur lequel elle avait noté les problèmes veineux dans la famille et la question : « Dois-je arrêter la pilule ? » Elle n'a pas eu la réponse à temps. Elle ignorait en plus qu'elle avait une anomalie génétique du sang qui entraîne une hypercoagulabilité, exacerbée par la pilule. « On ne tient pas toujours compte des antécédents familiaux et on ne dépiste pas le facteur de coagulation rapide », regrette Pierre Markarian. Toute prescription doit pourtant impérativement être précédée d'un entretien intensif sur les antécédents personnels et familiaux (phlébites, thromboses, embolies...), le poids, l'âge (commencer la pilule après 35 ans augmente le risque)... « En cas de risque élevé, on demande des analyses complémentaires, mais on ne peut chercher toutes les maladies génétiques du sang, cela coûte trop cher pour une efficacité limitée, explique Elisabeth Paganelli, du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de



France, pourtant très prudente depuis qu'une patiente de son associée qui était sous pilule est décédée. La meilleure solution, en cas de doute, est de proposer une pilule de deuxième génération ou un stérilet. »

Faut-il revenir aux pilules de deuxième génération ?

« J'ai toujours eu une pilule de troisième génération », « Je croyais que c'était mieux », « Il y a moins d'effets secondaires, non ? »... La plupart des femmes sont convaincues, comme leur gynécologue, que les pilules de troisième génération apportent un vrai progrès puisqu'elles sont censées réduire les effets « androgéniques » liés au progestatif (le lévonorgestrel) utilisé dans la deuxième génération : prise de poids, acné, seins douloureux, jambes lourdes... Au point que certains médecins les prescrivent d'office sans chercher si une deuxième génération, moins risquée, conviendrait à leur patiente. C'est pourtant ce que recommande la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2001 ! « L'étude danoise confirme qu'il faut systématiquement commencer par une pilule de deuxième génération, insiste le Pr Gilles Bouvenot, président

de la commission de la transparence de l'HAS, chargée de donner son avis sur le remboursement des médicaments. D'autant qu'aucune étude n'a prouvé formellement que les troisième génération suppriment les effets indésirables ni qu'elles réduisent les accidents artériels. » Toutefois, nuance-t-il, pas de panique : « Les thromboses interviennent dans les six premiers mois de prise. Les femmes qui prennent ces pilules depuis plus de six mois n'ont pas besoin d'en changer. » Mais elles doivent être vigilantes à tout signe de phlébite et arrêter de la prendre en cas d'alitement prolongé.

Pourquoi sont-elles autant prescrites ?

« A force de marketing, les laboratoires ont réussi à les imposer dans la pratique des médecins, alors qu'elles étaient plus chères et moins remboursées, analyse Sophie Eyraud, la présidente de l'Ancic (Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception). Pendant des années, ils ont distribué des plaquettes gratuitement. Une fois qu'une femme est habituée à une pilule, elle redemande la même. » Une autre justification est avancée par nombre de médecins : « Le consensus politique veut que plus les femmes seront à l'aise avec leur contraception et moins il y aura d'IVG. Or, plus l'offre de pilules est large et plus on a de chances de trouver celle qui convient à chaque femme », explique la gynécologue Sylvie Mesrine. Or, certaines pilules œstro-progestatives à prendre en continu, pratiques pour celles qui oublient après la semaine d'interruption, n'existent qu'en troisième génération. De même, jusqu'à récemment, seules les pilules de troisième génération étaient peu dosées en éthynylestradiol. Mais de nouvelles pilules sont venues élargir la gamme des deuxième génération, dont les prix continuent de baisser (elles reviennent à environ deux euros par mois, remboursés à 65 % par la Sécurité sociale). « Il n'y a pas de raison de ne pas prescrire les deuxième génération en première intention », souligne Elisabeth Paganelli. A moins de faire courir aux femmes des risques supplémentaires inutiles. **ISABELLE DURIEZ**