

Éditorial

L'histoire de la contraception s'écrit encore !

Geneviève Plu-Bureau, Brigitte Raccah-Tebeka

► De tout temps, les femmes ont tenté de maîtriser leur fertilité et le nombre d'enfants correspondant à leur projet parental. Dès l'antiquité, les manuscrits romains ou égyptiens décrivaient déjà des méthodes abortives mais aussi contraceptives. Plus généralement, les mélanges d'épines d'acacia, de dattes et de miel utilisés sur des « tampons de fibres » placés dans le vagin constituaient une des méthodes de contraception bien décrites chez les égyptiens [1].

Les femmes, dès le début des années 1960, ont milité et se sont plus particulièrement battues pour l'accès à la contraception. Ce combat avait été initialement précédé, aux États-Unis, par les engagements de deux figures majeures. Il s'agit de Margaret Sanger qui créa en 1921 l'*American Birth Control League*, précurseur du planning familial américain de 1942 et de Gregory Pincus, qui, grâce à de remarquables expériences montrant le blocage de l'ovulation par des doses importantes de progestatif qu'il mena au milieu des années 1950 [2], va être à l'origine en 1956 de la première pilule contraceptive uniquement progestative, suivie en 1960 de la commercialisation aux États-Unis de la première pilule estroprogestative (Enovid®).

En France, c'est Lucien Neuwirth qui réussit, après plusieurs propositions de loi repoussées (onze propositions en 10 ans), à faire adopter, non sans des débats parlementaires extrêmement violents, le 28 décembre 1967, un texte de loi autorisant la contraception et abrogeant la loi du 31 juillet 1920. En effet, en 1920, l'Assemblée Nationale avait voté une loi « réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ». Cette dernière avait, par la suite, été renforcée en 1939 avec la création de sections spéciales de policiers chargées de traquer les « faiseuses d'anges ». Cette politique très répressive aboutira à l'exécution capitale par la guillotine de Marie-Louise Giraud et de Désiré Piogé en 1943, tous deux pratiquant des avortements clandestins. Ce n'est que le 3 février 1969 qu'un décret réglementant la fabrication et la prescription des contraceptifs (décret 69-104 sur les médicaments et produits contraceptifs) fut publié. Enfin, en mars 1972, le décret 72-180¹ autorisa plus spécifiquement l'utilisation des contraceptifs intra-utérins qui pouvaient, dès lors, être mis à disposition dans les services de gynécologie. Ainsi, la législation concernant la contraception fut un des grands moments de la vie parlementaire de la V^e République, sans oublier, bien sûr,

le rôle fondamental de Simone Veil et la loi du 17 janvier 1975 autorisant l'interruption volontaire de grossesse. Les travaux scientifiques d'Étienne-Émile Baulieu aboutiront d'ailleurs des années plus tard à la mise au point et à la mise sur le marché en France en 1988 d'une molécule (le RU 486) permettant l'interruption médicamenteuse de grossesse, progrès incontestable dans ce domaine.

Parallèlement aux révolutions du cadre institutionnel et à ces derniers travaux scientifiques, la recherche dans le domaine de la contraception hormonale se poursuivait avec comme objectif majeur, une meilleure tolérance clinique et métabolique, grâce à l'évolution rapide des compositions des pilules. Ainsi, le choix contraceptif a été fortement élargi. En 1995, la mise sur le marché du dispositif intra-utérin délivrant de petites doses de lévonorgestrel (développé initialement par le *Population Council* localisé à New York) a eu un impact important dans l'offre contraceptive. Mais c'est toujours la contraception estroprogestative qui fait l'objet de plus de recherches. Ainsi, les doses d'estrogènes contenues dans les pilules actuellement commercialisées ont fortement diminué. Les molécules progestatives associées dans ces combinaisons sont beaucoup plus nombreuses, aboutissant à une classification en fonction de leur date de mise sur le marché. De même, de nouvelles voies d'administration supposées moins contraignantes (patchs et anneaux vaginaux) se sont développées. Toutefois, aucune de ces innovations n'a permis d'aboutir à une absence de risque, notamment sur le plan vasculaire, ou à une meilleure efficacité contraceptive [3].

Plusieurs crises médiatiques ont émaillé cette évolution avec des retentissements très différents.

La crise du milieu des années 1990 liée à l'impact plus délétère des contraceptions dites de 3^e génération (associations d'éthinyl-estradiol et de désogestrel ou de gestodène) n'a d'abord eu qu'une portée limitée. En effet, l'utilisation de ces contraceptifs n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2013, au détriment des contraceptions dites de 2^e génération (association d'éthinyl-estradiol et de lévonorgestrel) alors même que des études épidémiologiques montraient déjà des différences de risque sur le plan vasculaire [4]. En 2013, la plainte d'une jeune femme a eu plus de répercussions, entraînant un véritable tsunami et

¹ Décret portant application du quatrième alinéa de l'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.



un immense changement de comportement des femmes. Cette patiente avait en effet eu un accident vasculaire alors qu'elle utilisait une contraception de 3^e génération [5].

Plusieurs explications permettent d'éclairer l'évolution de l'utilisation des différentes méthodes contraceptives. Ainsi, le développement des réseaux sociaux où les informations (qu'elles soient justes mais aussi fausses hélas) se répandent à très grande vitesse, le recours plus fréquent à des procédures juridiques, les mesures des autorités de santé prises et diffusées plus rapidement dans ce contexte de recours juridique et l'intérêt plus profond de la population pour l'écologie sont autant d'arguments qui contribueraient à expliquer cette évolution. Dans ce contexte, les femmes s'interrogent de plus en plus sur l'impact écologique des hormones pour notre planète, préférant pour certaines l'utilisation, même à un âge très jeune, de méthodes non hormonales, dispositif intra-utérin au cuivre principalement (dont la balance bénéfico-risque est optimale même à cet âge). Malheureusement, pour d'autres jeunes femmes, aucune contraception efficace n'est utilisée... Faut-il pour autant délaissier les contraceptions à l'efficacité reconnue (pilule, dispositif intra-utérin, implant...) et se tourner vers des méthodes contraceptives « naturelles » telles que le retrait ou encore les méthodes Ogino, des températures ou Billings dont on sait qu'elles sont bien moins performantes sur le plan contraceptif ? La réponse est bien sûr non !

Par ailleurs, si la connaissance des effets secondaires des contraceptions fait toujours couler beaucoup d'encre (s'accompagnant malheureusement d'informations erronées, évoquons par exemple cette folle idée que la pilule réduirait le cerveau des femmes !), les effets bénéfiques devraient probablement être plus largement médiatisés. Que dire de la protection prolongée, même après l'arrêt de la contraception, contre le cancer ovarien, tant redouté car dépisté le plus souvent à un stade bien tardif, et également contre le cancer de l'endomètre et du côlon. Ces impacts bénéfiques sont généralement méconnus des femmes, de même que la diminution de fréquence des ménorragies ou des dysménorrhées invalidantes, participant à l'amélioration de la qualité de vie des femmes [6].

Enfin, fort heureusement, la recherche pour le développement de méthodes contraceptives innovantes se poursuit. Ainsi, des contraceptions « à la carte » pré- ou post-rapport sexuel, de nouvelles voies d'administration, les combinaisons associant molécules contraceptives et traitements antiviraux ou encore les molécules ciblant des voies spécifiques de la folliculogénèse, sont autant de pistes à l'étude et pour certaines déjà bien avancées [7]. Les voies de recherche actuelles ciblent les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2, de la phosphodiesterase, ou de métalloprotéases matricielles et explorent l'inhibition de protéines impliquées dans la méiose ovocytaire. Enfin, le développement de puces contraceptives (puces carrées de 4 cm² implantées en sous-cutané) et délivrant des petites doses de progestatifs

via une télécommande *on/off* permettant de l'activer ou de la désactiver quand on le souhaite représenterait une nouvelle stratégie contraceptive « à la carte ».

Regrettons que la recherche dans le domaine de la contraception masculine n'ait pas encore abouti à une méthode disponible, même si elle se poursuit au niveau international. En dehors du préservatif masculin dont l'utilisation est importante, surtout au début de la vie sexuelle, la maîtrise de la contraception est toujours principalement assumée par les femmes en 2020.

Espérons que la recherche innovante et performante associée à de bonnes pratiques vaincra les « fake-news » et redonneront confiance aux femmes dans l'adoption de contraceptions efficaces, que celles-ci soient hormonales ou non hormonales. Détailler pour chaque femme la balance bénéfico-risque des différentes options contraceptives permet d'en dé-diaboliser certaines et d'opter, avec elle, pour la meilleure stratégie contraceptive, évolutive si besoin avec le temps. ♦

The history of contraception is still being written!

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteures déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Sullivan R. Divine and rational: the reproductive health of women in ancient Egypt. *Obstet Gynecol Surv* 1997 ; 52 : 635-42.
2. Pincus G, Chang MC. The effects of progesterone and related compounds on ovulation and early development in the rabbit. *Acta Physiol Latino-Amer* 1953 ; 3 : 177.
3. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF contraception guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 ; 46 : 823-33.
4. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet* 1995 ; 346 : 1593-6.
5. Arie S. French doctors are told to restrict use of third and fourth generation oral contraceptives. *BMJ* 2013 ; 346 : f121.
6. Bahamondes L, Bahamondes MV, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intra-uterine reversible contraceptive methods. *Human Reprod Update* 2015 ; 21 : 640-51.
7. Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell DR Jr. Contraception technology: past, present and future. *Contraception* 2013 ; 87 : 319-30.

Geneviève Plu-Bureau¹

Brigitte Raccah-Tebeka²

¹Hôpital Port-Royal, Unité de gynécologie médicale et Université de Paris, 75014 Paris, France.

²Hôpital Robert Debré, service de gynécologie-obstétrique 75019 Paris, France.

genevieve.plu-bureau@aphp.fr

brigitte.tebeka@aphp.fr

TIRÉS À PART

G. Plu-Bureau