

Contraception orale sans ordonnance? Servez-vous!

Timothy Rowe, MB, BS, FRCSC, FRCOG

Rédacteur en chef

Le jour de la publication du premier rapport de l'étude *Women's Health Initiative*, en 2002¹, je m'entretenais avec une de mes patientes postménopausées qui suivait un traitement œstrogènes-progestatif depuis quatre ans et qui se sentait généralement bien. Quelle signification ce rapport avait-il pour elle? J'ai été tout aussi estomaqué que l'ensemble de la population par le tsunami qu'a provoqué la publication de ce rapport. Nous avons lu ce rapport ensemble, paragraphe par paragraphe, en tentant d'en mettre au jour les éléments pertinents en ce qui concernait son traitement. Issue par issue (et après deux tasses de thé), nous en sommes venus à la conclusion que la poursuite du traitement n'entraînerait pour elle que peu de risques absolus; de plus, puisqu'un cancer du côlon avait récemment été diagnostiqué chez sa sœur, le traitement semblait lui conférer un avantage théorique. Ainsi, cette patiente a décidé de poursuivre le traitement, tout en réévaluant sa décision de temps à autre par la suite. En raison de sa préoccupation particulière, elle a accepté de faire face aux autres préoccupations moins particulières qui sont associées à l'utilisation d'hormones.

Bien qu'il ne s'agisse guère d'une idée originale, permettez-moi de la répéter : Nos attitudes envers des pathologies particulières et leur prise en charge sont grandement influencées par nos propres expériences et le domaine dans lequel nous œuvrons. Abordez le sujet de la vaccination anti-VPH pour la prévention du cancer du col utérin avec un gynécologue-oncologue et vous obtiendrez une réponse enthousiaste de sa part vous en vantant les bienfaits; abordez le même sujet auprès de la population générale et vous obtiendrez une réponse fort différente. L'idée de rendre les contraceptifs oraux (CO) disponibles sans ordonnance est susceptible de donner lieu à une réponse fractionnée similaire. Cette idée a une fois de plus

été mise de l'avant² en réaction à une réanalyse des données démontrant l'effet considérable qu'exercent les CO en matière de prévention à long terme du cancer de l'ovaire³. Puisqu'ils sont susceptibles d'être plus conscients de l'importance de prévenir le cancer de l'ovaire (ainsi que le cancer de l'utérus, les grossesses ectopiques et les saignements utérins dysfonctionnels), les professionnels de la santé des femmes sont plus susceptibles de favoriser la libéralisation de l'accès aux CO que la population générale. En fait, un sondage mené récemment aux États-Unis auprès d'étudiantes universitaires a indiqué que celles-ci n'accordaient qu'un soutien modéré (37 % de la cohorte d'étude) à l'idée d'obtenir des CO sans ordonnance⁴. Pourquoi? L'étude n'offrait pas de réponse précise à cette question, mais indiquait que les répondantes associaient les CO d'ordonnance à une meilleure protection contre la grossesse accidentelle et à une meilleure maîtrise hormonale que les CO obtenus sans ordonnance. Ainsi, aux yeux de consommatrices prétendument éclairées, la valeur de l'accroissement de l'accès aux CO était moindre que nous ne l'avions prévu.

Si l'utilisation généralisée des CO engendre un avantage potentiel en matière d'efficacité contraceptive et de prévention des maladies⁵, quel mal y aurait-il à en permettre la vente sans ordonnance? Un rayon de lumière est parvenu à percer le mystère entourant les CO lorsque le Canada a mis en œuvre des politiques visant à permettre aux pharmaciens d'offrir des moyens de contraception d'urgence sans ordonnance. Ainsi, au moins une préparation hormonale destinée aux femmes est actuellement disponible sans ordonnance. Les préparations de CO actuellement disponibles au Canada sont toutes, à une exception près, des préparations à faible dose d'œstrogènes et sont toutes sans équivoque associées à une seule complication potentiellement grave : la thromboembolie veineuse⁵. Lorsque l'on met la situation des CO en contraste avec les conséquences du tabagisme (produits disponibles sans ordonnance), il est clair que les opposants ne sont plus en mesure d'invoquer les risques

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 4, 2008, p. 305-306

potentiels pour la santé à titre de motif pour limiter la disponibilité des CO en exigeant une ordonnance. Toutes les préparations de CO actuellement disponibles au Canada sont, en général, remarquablement exemptes d'effets indésirables.

L'évacuation de la nécessité d'une consultation avec un clinicien avant de commencer à prendre des CO ne présente-t-elle pas le potentiel d'en compromettre l'utilisation appropriée? Lorsqu'une femme en viendrait à prendre, de façon indépendante, la décision d'avoir recours à des CO, il est probable qu'elle serait motivée à en apprendre plus au sujet de la façon de les utiliser correctement et à en dépister les problèmes de façon précoce; cependant, nous ne disposons que de peu de données permettant de confirmer cette hypothèse. Si les CO en venaient à être offerts sans ordonnance, il serait alors crucial de s'assurer que les consignes d'utilisation les accompagnant soient limpides, uniformes et faciles à comprendre pour toutes les catégories d'utilisatrices. Plusieurs traitements qui, auparavant, n'étaient offerts que sur ordonnance (comme les médicaments contre les infections aux levures, les antihistaminiques et les décongestionnants) et dont la disponibilité a par la suite été élargie nous offrent des antécédents nous permettant d'étayer notre hypothèse. Il semble peu probable que la consultation d'un clinicien avant le lancement d'un traitement aux CO entraîne une hausse significative de la probabilité d'une utilisation appropriée; cependant, nous ne disposons pas de données nous permettant de réfuter catégoriquement cette hypothèse. Il est réconfortant de constater que les CO sont remarquablement efficaces en matière de prévention de la grossesse, même en présence d'une utilisation imparfaite⁶.

Qu'en est-il de l'utilisation de la nécessité d'une consultation de renouvellement d'ordonnance de CO à titre de prétexte pour la tenue d'un examen de santé générale et la mise en œuvre de mesures de dépistage, telles que les frottis de Pap et l'examen mammaire? De façon superficielle, il s'agit là d'un des avantages de la nécessité d'une ordonnance; toutefois, en y pensant bien, il s'agit plutôt là d'une association coercitive, voire paternaliste. L'objectif principal du recours aux CO est de prévenir les grossesses non prévues; les femmes devraient être libres de poursuivre cet objectif tout en n'ayant à faire face qu'à un minimum d'interférences. Si elles sont libres de prendre des décisions en matière de contraception de façon indépendante, elles doivent être tout aussi libres de prendre des décisions en matière de dépistage de la même façon. Autre argument de

poids : nous n'exigeons pas des hommes qu'ils subissent un examen des testicules ou de la prostate avant d'utiliser des condoms; il semble donc déraisonnable d'exercer des pressions pour que les femmes se soumettent à un dépistage semi-analogue avant de pouvoir utiliser le mode de contraception le plus efficace sur le marché.

Quoi qu'il en soit, puisque l'utilisation de CO met aussi en jeu nos perceptions en matière de sexualité, de moralité et de promiscuité, il semble peu probable que leur mise en disponibilité sans restrictions jouisse, à court terme, d'un large soutien. Nous devons prendre en considération les effets qu'aurait une telle disponibilité sur les cliniques de planification familiale et les pharmacies, ainsi que les conséquences auxquelles les assureurs et les sociétés pharmaceutiques auraient à faire face. Bien que les risques associés à l'utilisation de CO à faible dose soient, en général, des risques à long terme (plutôt qu'aigus), la hausse du potentiel de thrombose veineuse, particulièrement chez celles qui ont recours aux CO pour la première fois, pourrait s'avérer suffisante pour justifier l'imposition d'une ordonnance pour ces dernières.

La démonstration de l'effet majeur et de longue durée qu'exercent les CO sur le risque de cancer de l'ovaire devrait nous pousser (nous, les consommateurs et les fournisseurs de soins) à explorer les façons de faciliter l'accès aux contraceptifs oraux et, en bout de ligne, d'en favoriser l'utilisation. Une évaluation prospective des conséquences de l'offre de CO avec et sans ordonnance constituerait une bonne manière de partir le bal. Aucune vaccination nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et coll. « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 288, 2002, p. 321–33.
2. Éditorial. « The case for preventing breast cancer », *Lancet*, vol. 371, 2008, p. 275.
3. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. « Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls », *Lancet*, vol. 371, 2008, p. 303–14.
4. Nayak R, Brushwood D, Kimberlin C. « Should oral contraceptives be sold without a prescription? An analysis of women's risk and benefit perceptions regarding nonprescription birth control pills », *J Pharm Pract*, vol. 18, 2005, p. 479–85.
5. Black A, Fleming N, Pymar H, Brown T, Smith T. « Contraception hormonale combinée », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, 2004, p. 256–75.
6. Letterie GE, Chow GS. « Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness », *Obstet Gynecol*, vol. 79, 1992, p. 979–82.