



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

AVIS

19 janvier 2011

GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 µg / 20 µg, comprimé enrobé

Plaquette de 21, B/1 (CIP : 377 346-4)

Plaquette de 21, B/3 (CIP : 377 347-0)

GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 µg / 30 µg, comprimé enrobé

Plaquette de 21, B/1 (CIP : 377 368-8)

Plaquette de 21, B/3 (CIP : 377 369-4)

LABORATOIRE RATIOPHARM

Gestodène 0,075 mg / éthinylestradiol 0,020 mg

Gestodène 0,075 mg / éthinylestradiol 0,030 mg

Liste I

Code ATC (2010) : G03AA10

Date de l'AMM : 11 octobre 2006 (procédure de reconnaissance mutuelle)

Motif de la demande : Inscription Sécurité Sociale et Collectivités

1. CARACTERISTIQUES DU MEDICAMENT

1.1. Principe actif

Gestodène 75 µg / éthinylestradiol 20 µg

Gestodène 75 µg / éthinylestradiol 30 µg

1.2. Indication thérapeutique

« Contraception hormonale orale. »

1.3. Posologie et mode d'administration

Comment prendre GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé

Les comprimés doivent être pris régulièrement, et sans oublier :

1 comprimé par jour au même moment de la journée, pendant 21 jours consécutifs avec un arrêt de 7 jours entre chaque plaquette.

Une hémorragie de privation débute habituellement 2 à 3 jours après la prise du dernier comprimé et peut se poursuivre après le début de la plaquette suivante.

Comment commencer à prendre GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé

Aucune contraception hormonale le mois précédent

La femme doit prendre le premier comprimé le premier jour de son cycle naturel.

On peut commencer à prendre les comprimés aux jours 2 à 5, mais dans ces cas, il est recommandé d'utiliser aussi une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours sur lesquels les pilules sont prises pendant le premier cycle.

Passer d'une autre contraception orale combinée (COC = contraception orale œstroprogestative combinée) à GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé.

La femme doit prendre le premier comprimé le jour suivant le dernier comprimé actif de la précédente contraception ou au plus tard le jour suivant l'intervalle habituel sans comprimé ou avec comprimé placebo de sa précédente contraception orale.

Passer d'une contraception progestative (pilule à progestatif seulement, injection, implant) à GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé.

Passer d'une pilule à progestatif seulement à GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé est possible à n'importe quel jour du cycle, et GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé doit être commencé le jour suivant l'arrêt de la méthode précédente.

Le relais d'un implant se fait le jour de son retrait, et le relais d'un contraceptif injectable se fait le jour prévu pour la nouvelle injection.

Dans tous les cas, il est recommandé d'utiliser une méthode complémentaire de contraception pendant les 7 premiers jours de traitement.

Après une interruption de grossesse du premier trimestre:

Il est possible de débuter GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé immédiatement sans utiliser de méthode complémentaire de contraception.

Après accouchement ou avortement au second trimestre

Le post-partum immédiat étant associé à une augmentation du risque thrombo-embolique, le traitement ne doit pas être débuté moins de 21 à 28 jours après un accouchement chez les femmes qui n'allaitent pas, ou après une interruption de grossesse au deuxième trimestre. Si le début de la prise se fait plus tardivement, il est conseillé d'utiliser une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de prise des comprimés. Cependant, si des rapports sexuels ont déjà eu lieu, la grossesse doit être exclue avant de commencer à prendre des COC, ou la femme doit attendre ses prochaines règles.

Pour les femmes qui allaitent, voir rubrique grossesse et allaitement.

Cas d'oubli d'un ou de plusieurs comprimés

Si l'oubli d'un comprimé est constaté **dans les 12 heures** qui suivent l'heure habituelle de la prise, prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre le traitement normalement en prenant le comprimé suivant à l'heure habituelle. La protection contraceptive n'est pas réduite.

Si l'oubli d'un comprimé est constaté **plus de 12 heures** après l'heure normale de la prise, la sécurité contraceptive n'est plus assurée.

Les deux règles suivantes peuvent être utiles pour gérer l'oubli de comprimés.

1 - La prise des comprimés ne devrait jamais être interrompue plus de 7 jours.

2 - Il faut 7 jours de prise ininterrompue des comprimés pour atteindre la suppression suffisante de l'axe hypothalamus ovarien pituitaire.

En conséquence, les conseils suivants pourront être donnés dans le cadre de la pratique quotidienne.

Semaine 1

Il devra être demandé aux femmes de prendre le dernier comprimé oublié dès que l'oubli est constaté, même si cela implique la prise de deux comprimés en même temps. Les comprimés suivants devront être pris à l'heure habituelle. Une contraception mécanique complémentaire (préservatifs, spermicides, etc.) est cependant nécessaire pendant les 7 jours suivants.

Si des rapports sexuels ont eu lieu au cours des 7 jours précédant l'oubli, il existe un risque de grossesse. Le risque de grossesse est d'autant plus élevé que le nombre de comprimés oubliés est important ou que la date de l'oubli est proche du début de la plaquette.

Semaine 2

Il devra être recommandé aux femmes de prendre le dernier comprimé oublié dès que l'oubli est constaté, même si cela implique la prise de deux comprimés en même temps. Les comprimés suivants devront être pris à l'heure habituelle. Si les comprimés ont été pris correctement au cours des 7 jours précédant le premier comprimé oublié, aucune mesure contraceptive complémentaire n'est nécessaire. Cependant, en cas d'oubli de plusieurs comprimés, il devra être recommandé aux femmes de prendre des précautions complémentaires pendant 7 jours.

Semaine 3

Le risque de diminution de l'activité contraceptive est maximal en raison de la proximité de l'arrêt de 7 jours. Il est cependant possible d'empêcher la diminution de l'effet contraceptif en ajustant comme suit les modalités de prise des comprimés. Si la femme a pris correctement tous les comprimés pendant les 7 jours précédant l'oubli d'un comprimé, aucune mesure contraceptive complémentaire n'est nécessaire. Il est alors possible de suivre l'un des 2 schémas de prise décrits ci-dessous.

Dans le cas contraire, il devra être recommandé aux femmes de suivre le premier schéma de prise et d'utiliser une méthode contraceptive complémentaire pendant les 7 jours suivants.

Schéma 1 :

Il sera recommandé aux femmes de prendre le dernier comprimé oublié dès que cet oubli est constaté, même si deux comprimés doivent être pris en même temps. Les comprimés suivants sont ensuite pris à l'heure habituelle. La plaquette suivante doit être commencée

dès la fin de la précédente, c'est-à-dire sans arrêt entre les deux plaquettes. Une hémorragie de privation est peu probable avant la fin de la seconde plaquette, mais des «spottings » (gouttes ou taches de sang) ou des métrorragies peuvent être observées pendant la durée de prise des comprimés.

Schéma 2 :

Un arrêt de la prise des comprimés de la plaquette en cours peut alternativement être conseillé aux femmes dans cette situation. Dans ce cas, un arrêt de 7 jours maximum, incluant le nombre de jours où des comprimés ont été oubliés, sera respecté avant de commencer la plaquette suivante.

Chez une femme ayant oublié de prendre un (des) comprimé(s), l'absence d'hémorragie de privation entre les deux plaquettes devra faire rechercher une éventuelle grossesse.

Conseil en cas de trouble gastro-intestinal (vomissements ou diarrhée sévère)

Si des troubles digestifs intercurrents, tels que vomissements ou diarrhée sévère, surviennent dans un délai 4 heures après la prise d'un comprimé, l'absorption peut ne pas être totale. Dans ce cas, les conseils concernant l'oubli d'un comprimé dans les 12 heures est applicable et un nouveau comprimé doit être pris dès que possible. Si ces épisodes se produisent pendant plusieurs jours, une méthode contraceptive supplémentaire non hormonale doit alors être utilisée (préservatif, spermicide, etc.) jusqu'au début de la plaquette suivante.

Comment avancer ou retarder les règles?

La survenue des règles peut être retardée en commençant une nouvelle plaquette de GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé sans respecter d'intervalle libre. Les règles peuvent être retardées jusqu'à la fin de la seconde plaquette si nécessaire. Pendant cette période, des métrorragies ou des « spottings » peuvent se produire.

GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM, comprimé enrobé peut ensuite être repris de manière habituelle après l'intervalle libre de 7 jours.

Il est possible de décaler la survenue des règles à un autre jour de la semaine en raccourcissant la durée de l'intervalle libre du nombre de jours nécessaires.

Comme pour un retard de règles, plus l'intervalle entre deux plaquettes est court, plus le risque d'absence d'hémorragie de privation et de survenue de métrorragies ou de « spottings » lors de la prise des comprimés de la plaquette suivante est important.

2. MEDICAMENTS COMPARABLES

2.1. Classement ATC (2010)

G	: Système génito-urinaire et hormones sexuelles
G03	: Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale
G03A	: Contraceptifs hormonaux à usage systémique
G03AA	: Progestatifs et estrogènes en association fixe
G03AA10	: Gestodène et estrogène

2.2. Médicaments de même classe pharmaco-thérapeutique

2.2.1 Médicaments strictement comparables.

Contraceptifs estroprogestatifs oraux :

DCI	Dosage en estrogène	Spécialité
Contraceptifs estroprogestatifs de 1^{ère} génération		
Noréthistérone acétate/éthinyloestradiol	Biphasique : 30 et 40 µg (remboursable)	MINIPHASE
Noréthistérone/éthinyloestradiol	Monophasique : 35 µg (non remboursable)	ORHO-NOVUM
	Triphasique (progestatif) : 35 µg (remboursable)	TRIELLA
Contraceptifs estroprogestatifs de 2^{ème} génération (remboursables)		
Lévonorgestrel/éthinyloestradiol et leurs génériques	Monophasiques : 20 µg	LEELOO
	Monophasiques : 30 µg	MINIDRIL, LUDEAL GE
	Biphasique : 30 et 40 µg	ADEPAL
	Triphasique : 30, 40 et 30 µg	TRINORDIOL, DAILY GE, AMARANCE
Norgestrel/éthinyloestradiol	Monophasique : 50 µg	STEDIRIL
Contraceptifs estroprogestatifs de 3^{ème} génération (remboursables)		
Désogestrel/éthinyloestradiol et leurs génériques	20 µg	DESOBEL 150 µg/20 µg
	30 µg	VARNOLINE CONTINU, DESOBEL 150 µg/30 µg
Gestodène/éthinyloestradiol et leurs génériques	20 µg	EFEZIAL 75 µg/20 µg, CARLIN 75 µg/20 µg, Gestodène/éthinyloestradiol 75 µg/20 µg BIOGARAN
	30 µg	EFEZIAL 75 µg/30 µg, CARLIN 75 µg/30 µg Gestodène/éthinyloestradiol 75 µg/30 µg BIOGARAN
Contraceptifs estroprogestatifs de 3^{ème} génération (non remboursables)		
Désogestrel/éthinyloestradiol et leurs génériques	20 µg	CYCLEANE 20 µg, MERCILON, Désogestrel/éthinyloestradiol BIOGARAN 150 µg/ 20 µg
	30 µg	CYCLEANE 30 µg, VARNOLINE Désogestrel/éthinyloestradiol BIOGARAN 150 µg/ 30 µg
Gestodène/éthinyloestradiol et leurs génériques	15 µg	MELODIA, MINESSE
	20 µg	MELIANE, FELIXITA 75 µg/20 µg, HARMONET, Gestodène/éthinyloestradiol 75 µg/20 µg TEVA, ACTAVIS, ARROW, EG, RANBAXY, RATIOPHARM, SANDOZ, WINTHROP, ZYDUS
	30 µg	MINULET, MONEVA, , FELIXITA 75 µg/30 µg, Gestodène/éthinyloestradiol 75 µg/30 µg TEVA, ACTAVIS, ARROW, EG, RANBAXY, RATIOPHARM, SANDOZ, WINTHROP, ZYDUS
	Triphasique : 30, 40 et 30 µg	PHAEVA, TRI MINULET, PERLEANE
Norgestimate/éthinyloestradiol	35 µg	CILEST, EFFIPREV
	35 µg ; triphasique (progestatif)	TRICILEST, TRIAFEMI
Autres contraceptifs estroprogestatifs (non remboursables)		
Chlormadinone acétate /éthinyloestradiol	30 µg	BELARA
Drospirénone/éthinyloestradiol	30 µg	JASMINE
	20 µg	JASMINELLE, JASMINELLE CONTINU, YAZ
Diénogest/valérate d'estradiol	2 mg	CLIMODIENE
	3mg/2mg/1mg Biphasique (progestatif)	QLAIRA

2.2.2 Médicaments non strictement comparables

- Autres contraceptifs estroprogestatifs :
 - EVRA, dispositif transdermique (norelgestromine/éthinyloestradiol) (non remboursable)
 - NUVARING, système de diffusion vaginal (étonogestrel/éthinyloestradiol) (non remboursable)
- Contraceptifs uniquement progestatifs

2.3. Médicaments à même visée thérapeutique

Dispositifs intra-utérins, spermicides.

3. ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES

Aucune nouvelle donnée n'a été fournie par le laboratoire.

3.1. Rappel des précédents avis de la Commission concernant MONEVA et MELIANE et concernant les contraceptifs oraux de 3ème génération

3.1.1 Avis du 10 juillet 2002 concernant MONEVA et MELIANE

Conclusion de l'analyse des données disponibles :

« Efficacité contraceptive :

Il n'y a pas de différence entre les estroprogestatifs de 2ème et de 3ème génération.

Tolérance et effets indésirables :

- Le risque thromboembolique veineux relatif entre les estroprogestatifs de 3ème et de 2ème génération est compris entre 1,5 et 2.
- On ne peut conclure à une différence entre les estroprogestatifs de 3ème et de 2ème génération sur le risque artériel.
- Le dossier ne contient aucune donnée : (i) permettant d'apprécier la tolérance de ce contraceptif en dehors du risque vasculaire, et donc de le situer versus ses alternatives, (ii) permettant d'identifier les femmes qui en tireraient un avantage particulier.

En l'absence de donnée suffisante, les contraceptifs estroprogestatifs de 3ème génération contenant moins de 30 µg d'éthinyloestradiol ne peuvent être distingués des autres contraceptifs estroprogestatifs de 3ème génération. »

Conclusion de la Commission de la transparence :

SMR important et absence d'ASMR par rapport aux contraceptifs de 2^{ème} génération ; avis favorable à l'inscription en ville et aux collectivités.

La Commission a demandé des informations complémentaires :

« Cet avis sera revu au plus tard dans 24 mois. En effet, en l'état des données, il est très difficile de situer cette spécialité *versus* ses alternatives. Pour cette révision la firme devra fournir des données permettant d'évaluer la tolérance de sa spécialité *versus* un estroprogestatif de 2^{ème} génération. »

Ces informations complémentaires n'ont pas été fournies.

3.1.2 Avis du 10 octobre 2007 : réévaluation des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération.

Suite à une saisine du Ministre de la santé et des solidarités, la Commission de la transparence a réévalué les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération sur la base d'un « état actuel de la science en vue d'une éventuelle admission au remboursement ».

Cette réévaluation concernait trois associations de principes actifs :

- Ethinylestradiol/désogestrel
- Ethinylestradiol/gestodène
- Ethinylestradiol/norgestimate

Conclusion de l'analyse de la littérature :

« La Commission avait examiné en 2002 un certain nombre de spécialités et son évaluation était fondée sur les résultats de la réévaluation du rapport bénéfice/risque des contraceptifs de 3^{ème} génération effectuée par l'EMA en 2001. Il avait été souligné que la prise de contraceptifs oraux de 3^{ème} génération était associée à un risque accru de survenue d'accidents thromboemboliques veineux. Aucune différence entre les contraceptifs de 2^{ème} génération et de 3^{ème} génération en termes de risque thromboembolique artériel n'avait été mise en évidence.

Depuis cette réévaluation, on ne dispose d'aucune donnée nouvelle relative à l'efficacité ; seules de nouvelles données de tolérance ont été publiées.

Ces données confirment que les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération sont associés à un risque accru de survenue d'accidents thromboemboliques veineux par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération.

En termes de tolérance artérielle, dans l'étude RATIO, aucune différence entre les contraceptifs oraux de 2^{ème} et 3^{ème} générations n'a été observée sur le risque de survenue d'un AVC. Mais une méta-analyse ayant évalué la tolérance cardio-vasculaire à long terme suggère une association entre les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération et une augmentation du risque d'AVC.

Aucune donnée ne permet de différencier les différents progestatifs des contraceptifs de 3^{ème} génération entre eux.

Les études incluses dans les méta-analyses et l'étude RATIO sont observationnelles. Les résultats sont donc à interpréter avec précaution compte-tenu des biais potentiels liés à ce type d'étude (biais de sélection, d'indication, de confusion, d'évaluation et/ou de mesure, de mémorisation). Le niveau de preuve des résultats reste par conséquent peu élevé, et les seules conclusions possibles sont de nature exploratoire.

Au terme de l'analyse de l'ensemble des données nouvelles, il n'existe aucun argument scientifique de niveau de preuve suffisant permettant de démontrer pour les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération un meilleur profil de tolérance en termes de survenue d'AVC ischémiques ou d'infarctus du myocarde par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération. Enfin, il semble exister un surcroît de risque thromboembolique veineux sous contraceptifs oraux de 3^{ème} génération en comparaison aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération. Ce surcroît avait été précédemment souligné par la Commission. Aucune différence n'est observée entre les progestatifs de 3^{ème} génération ; le risque de survenue d'accidents thromboemboliques veineux étant augmenté quelque soit le progestatif de 3^{ème} génération¹.

1 Le norgestimate est un progestatif de 3^{ème} génération peu évalué. Dans une étude, l'Odds Ratio (norgestimate versus levonorgestrel) de survenue d'un accident thromboembolique veineux était de 1,1 (IC 95% [0,8 ; 1,6]). Jick

Seule une étude prospective, comparative, de très large échelle permettrait de mettre en évidence des différences pertinentes entre les deux générations de contraceptifs. »

Conclusion de la Commission de la transparence :

La Commission a conclu à un SMR important et a situé les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération en traitement de seconde intention.

La Commission a conclu à l'absence d'ASMR par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération :

« Compte tenu de l'augmentation du risque de survenue d'accidents thromboemboliques veineux et d'AVC ischémique associée aux contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, de l'absence d'étude prospective comparative permettant d'évaluer le bénéfice apporté par les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération versus les contraceptifs oraux de 2^{ème} génération, la Commission de la transparence considère que les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération. »

3.1.3 Avis du 31 mars 2010 concernant MONEVA et MELIANE

Service médical rendu

Les spécialités entrent dans le cadre d'un traitement préventif ;

Le rapport efficacité/effets indésirables est important ;

Place dans la stratégie thérapeutique : ces spécialités sont des médicaments de deuxième intention ;

Il existe des alternatives thérapeutiques ;

Le service médical rendu par ces spécialités est important.

Amélioration du service médical rendu

Compte tenu de l'augmentation du risque de survenue d'accidents thromboemboliques veineux et d'AVC ischémique associée aux contraceptifs oraux de 3^{ème} génération et de l'absence d'étude prospective comparative permettant d'évaluer le bénéfice apporté par les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération versus les contraceptifs oraux de 2^{ème} génération, la Commission de la transparence considère que MELIANE et MONEVA n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération.

3.2. Données de la littérature publiées depuis la réévaluation des contraceptifs de 3^{ème} génération

3.2.1 Risque d'infarctus du myocarde :

Une étude de cohorte prospective suédoise² avait pour objectif de rechercher une relation entre la survenue d'un infarctus du myocarde et la prise de contraceptifs oraux.

Cette étude a inclus des femmes âgées de 30 à 49 ans sélectionnées par tirage au sort à partir d'un registre de population. Les inclusions ont eu lieu en 1991-1992. Les informations concernant l'utilisation passée et présente d'une contraception orale ont été recueillies sur questionnaire au moment de leur inclusion.

Le suivi concernant la survenue d'infarctus du myocarde fatals ou non a été effectué à partir de registres nationaux des décès et des hospitalisations. Aucune information n'a été

S. et al. Risk of non fatal venous thromboembolism with oral contraceptives containing norgestimate or desogestrel compared with oral contraceptives containing levonorgestrel. Contraception 2006 566-570

2 Margolis K, Adami H-O, Luo J, Ye W, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. Fertil Steril 2007;88: 310-316

recueillie sur l'utilisation de contraceptifs oraux après inclusion. L'analyse finale a porté sur 48 321 femmes. La durée moyenne de suivi a été de 11 ans.

Pour chaque comparaison, les femmes n'ayant jamais utilisé de contraception orale ont constitué le groupe de référence.

Il n'a pas été mis en évidence d'augmentation du risque d'infarctus du myocarde (ajusté sur l'âge et les facteurs de risque cardiovasculaires) chez les femmes ayant utilisé des contraceptifs oraux, qu'elles les aient arrêtés ou non au moment de leur inclusion : RR = 1 ; IC à 95% : 0,7 – 1,4.

Il n'a pas non plus été mis en évidence d'augmentation du risque en fonction du type de contraception (génération du progestatif et dose d'estrogène).

3.2.2 Tolérance clinique à la contraception orale

L'étude COCON³ a comparé la fréquence de symptômes cliniques (prise de poids, nausées, mastodynies, aménorrhée, métrorragies, dysménorrhée, ménorragies, jambes lourdes) en fonction du type de contraception orale (dose d'estrogène, nature du progestatif, séquence d'administration).

Il s'agissait d'une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2 863 femmes vivant en France, âgées de 18 à 44 ans et interrogées une fois par an entre 2000 et 2004.

La seule différence significative entre contraceptifs oraux estroprogestatifs de 2^{ème} et 3^{ème} générations a concerné la diminution de la fréquence des règles, significativement plus souvent mentionnée par les utilisatrices de pilules de 3^{ème} génération (OR 2,3 ; [IC à 95% : 1,1 – 5,7], p=0,01). Toutefois, dans une analyse en sous-groupe chez les femmes utilisant des pilules dosées à 30 µg d'estrogène, les femmes utilisant une pilule contenant du désogestrel ont signalé moins souvent une diminution de la fréquence des règles que les femmes utilisant une pilule contenant du lévonorgestrel (OR 0,2 ; [IC à 95% : 0,03 – 0,6], p=0,01).

Cette enquête n'a donc pas montré de différence entre les contraceptifs de 2^{ème} et 3^{ème} génération au plan de la tolérance clinique.

Une revue Cochrane⁴ avait pour but de comparer les contraceptifs oraux contenant 20 µg d'éthinyl estradiol à ceux en contenant une dose supérieure, sur le plan de l'efficacité, des saignements et du taux d'interruptions. Les auteurs ont conclu que les données issues des études randomisées étaient inadéquates pour détecter une éventuelle différence d'efficacité. Un taux plus élevé de problèmes de saignements et d'interruptions a été constaté avec les contraceptifs comportant une faible dose d'estrogènes. Cependant la plupart des études comparaient des pilules contenant des progestatifs différents qui peuvent aussi être à l'origine de différences sur le plan des saignements.

3.2.3 Risque thrombo-embolique

Une étude cas-témoins réalisée aux Pays-Bas⁵ dans 6 hôpitaux avait pour but d'évaluer le risque thrombo-embolique associé aux contraceptifs oraux estroprogestatifs en fonction de la dose d'estrogène et du type de progestatif administré. L'étude a duré de mars 1999 à septembre 2004. Les événements pris en compte étaient la survenue pendant l'étude d'un premier épisode de thrombose veineuse profonde (jambe ou bras) ou d'une embolie pulmonaire. Les femmes incluses avaient entre 18 et 50 ans, 1 524 patientes et 1 760 contrôles. Les odds ratio ont été ajustés sur l'âge et la période d'inclusion.

3 Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Boyer J. Oral contraceptive tolerance – does the type of pill matter ?. *Obstetrics and gynecology* 2007; 109:1277-1285

4 Gallo MF, Nanda K, et al. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003989. DOI:10.1002/14651858.CD003989.pub3.

5 van Hyecklama Vlieg A, Helmerhorst FM, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effect of estrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b 2921

L'utilisation d'une contraception orale a été associée à une augmentation du risque d'événement thrombo-embolique : pour les contraceptifs contenant du lévonorgestrel l'odds ratio était 3,6 [IC 95% : 2,9-4,6], 5,6 [3,7-8,4] pour ceux contenant du gestodène, 6,3 [2,9-13,7] pour ceux contenant de la drospirénone, 6,8 [5,3-10,0] pour ceux contenant de l'acétate de cyprotérone et 7,3 [5,3-10,0] pour ceux contenant du désogestrel.

Comparativement aux contraceptifs contenant du lévonorgestrel, une augmentation du risque thrombo-embolique a été associée à ceux contenant du gestodène (OR 1,6 [1-2,4]), du désogestrel (OR 2,0 [1,4-2,8]), de l'acétate de cyprotérone (OR 2,0 [1,3-3,0]). Pour la drospirénone l'odds ratio a été 1,7 [0,7-3,9]).

L'étude de l'influence de la dose d'estrogène a été limitée aux préparations monophasiques contenant du lévonorgestrel, du gestodène ou du désogestrel. Comparativement aux contraceptifs contenant 30 µg d'estrogènes, le risque de thrombose était 0,8 (IC 95% : 0,5-1,2) pour ceux contenant 20 µg et 1,9 (1,1-3,4) pour ceux contenant 50 µg

Une étude de cohorte danoise⁶ effectuée à partir des données de 4 registres nationaux (population, niveau d'éducation, prescriptions médicales, hospitalisations avec leur diagnostic) a évalué le risque thrombo-embolique sous contraception hormonale. L'étude a duré de janvier 1995 à décembre 2005. La population de l'étude comprenait les femmes danoises âgées de 15 à 49 ans, hors période de grossesse, sans antécédents de cancer ni de maladie cardiovasculaire. Les événements pris en compte étaient la survenue pendant l'étude d'une première thrombose veineuse profonde, d'une thrombose portale, de la veine cave, d'une veine rénale, d'une thrombose veineuse profonde de localisation non précisée ou d'une embolie pulmonaire. Les données recueillies sur la contraception comprenaient la période d'utilisation (en cours, passée ou aucune), le moyen utilisé (contraception orale combinée, orale progestative uniquement, ou stérilet libérant un progestatif), la dose d'estrogène (50 µg, 30-40 µg ou 20 µg), le type de progestatif (noréthistérone, lévonorgestrel, norgestimate, désogestrel, gestodène, drospirénone ou cyprotérone) et la durée d'utilisation de la contraception orale combinée pour l'utilisation en cours (< 1 an, 1-4 ans ou > 4 ans). L'analyse a porté sur 3,4 millions d'années-femmes pour l'utilisation en cours. Les résultats ont été ajustés sur l'âge, l'année calendaire, le niveau d'éducation et la durée d'utilisation.

L'incidence des événements thrombo-emboliques a été de 3,01/10 000 années-femmes chez les non utilisatrices et de 6,29/10 000 années-femmes chez les utilisatrices de contraception orale.

Chez les utilisatrices de contraception orale estroprogestative, le risque thromboembolique diminuait avec la dose d'estrogène pour un progestatif donné : diminution non significative du risque entre 50 µg et 30-40 µg pour le lévonorgestrel (17%) et pour la noréthistérone (32%) ; diminution significative du risque entre 30-40 µg et 20 µg pour le désogestrel et le gestodène (18% ; 7% à 27%).

Relativement aux contraceptifs oraux estroprogestatifs contenant du lévonorgestrel et pour une même dose d'estrogène, le rapport des taux d'incidence d'événements thrombo-emboliques a été significativement plus élevé pour les contraceptifs oraux contenant de la drospirénone (1,64 [IC 95% : 1,27-2,10]), du désogestrel (1,82 [1,49-2,22]), du gestodène (1,86 [1,59-2,18]) et de la cyprotérone (1,88 [1,47-2,42]) ; pour la noréthistérone le rapport a été 0,98 [0,71-1,37] et pour le norgestimate 1,19 [0,96-1,47].

6 Lidegaard O, Lokkegaard E *et al.* Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism : national follow-up study. *BMJ*, 2009 ;339 : b2890.

Au total, les données récentes de la littérature confirment l'augmentation du risque thrombo-embolique associé aux contraceptifs oraux de 3^{ème} génération par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération.

En l'absence d'étude comparative randomisée, les données de la littérature publiées depuis le précédent avis de la Commission de la Transparence n'apportent pas d'éléments permettant de modifier les conclusions de l'analyse de la littérature sur la tolérance des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération.

4. CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

4.1. Service médical rendu

- Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement préventif
- Le rapport efficacité/effets indésirables est important
- Ces spécialités sont des médicaments de deuxième intention
- Il existe des alternatives thérapeutiques

Le service médical rendu par ces spécialités est important.

4.2. Amélioration du service médical rendu

Les spécialités GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/20 microgrammes et GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/30 microgrammes n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport aux princeps MONEVA et MELIANE.

4.3. Place dans la stratégie thérapeutique

4.3.1 Stratégie thérapeutique

Selon les recommandations pour la pratique clinique élaborées par l'Afssaps, l'ANAES et l'INPES (décembre 2004)⁷ toute méthode contraceptive doit être simple, efficace, bien tolérée et réversible. On considère actuellement que l'efficacité contraceptive des différents types de contraceptifs estroprogestatifs par voie orale donnés au long cours est équivalente. Avant la prescription d'une contraception estroprogestative, il importe de rechercher systématiquement des facteurs de risque thromboembolique artériel ou veineux et de prendre en compte les contre-indications et précautions d'emploi. Le choix de l'estroprogestatif est fonction, de l'âge, de la survenue d'un avortement ou d'un accouchement récent et des antécédents personnels et familiaux.

La contraception estroprogestative par voie orale est l'une des méthodes de 1^{ère} intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, carcinologique, hépatique, etc.). Il s'agit d'une méthode très efficace lorsqu'elle est utilisée de manière optimale. De nouvelles formes d'administration (timbre et anneau vaginal libérant des estroprogestatifs) ont fait la preuve de leur efficacité et peuvent constituer des alternatives⁷.

⁷ Recommandations pour la pratique clinique Afssaps-ANAES-INPES : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004

Aucune donnée ne permet, en termes d'efficacité contraceptive et de contrôle du cycle, de privilégier la prescription d'un type particulier de pilule estroprogestative (selon sa génération ou son caractère mono-, bi-, ou triphasique), ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle à la pilule testée⁷.

Tous les contraceptifs estroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique⁷ (niveau de preuve 3⁸).

Toutefois il semble exister un surcroît de risque thromboembolique veineux avec les contraceptifs estroprogestatifs par voie orale de 3^{ème} génération par rapport aux contraceptifs estroprogestatifs par voie orale de 2^{ème} génération (contenant du lévonorgestrel). C'est pourquoi la Commission de la Transparence a situé les contraceptifs de 3^{ème} génération en traitements de seconde intention⁹.

Deux études récentes^{5,6}, ont conclu également à un risque thrombo-embolique associé aux contraceptifs estroprogestatifs par voie orale de 2^{ème} génération inférieur à celui associé aux contraceptifs estroprogestatifs par voie orale de 3^{ème} génération et suggèrent que ce risque diminue avec la dose d'estrogène.

Le risque artériel augmente avec l'âge : à partir de 35 ans, le rapport bénéfice/risque de cette contraception devra être réévalué régulièrement.

Après 45 ans, les estroprogestatifs ne sont pas conseillés en raison de l'accroissement des risques vasculaire et métabolique, on conseille donc une contraception mécanique.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin (niveau de preuve 2)¹⁰. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge les plus jeunes mais augmentent avec l'âge⁷. A contrario, la littérature met en évidence des effets bénéfiques potentiels de la contraception estroprogestative orale sur la survenue des cancers de l'endomètre (niveau de preuve 2), de l'ovaire (niveau de preuve 2), colorectal (niveau de preuve 2)¹¹.

Le recul est insuffisant pour ce qui est du risque carcinologique des dispositifs médicaux libérant des estroprogestatifs (timbre et anneau vaginal)⁷ et des estroprogestatifs oraux contenant moins de 30 µg d'éthinylestradiol.

Une étude de cohorte anglaise effectuée entre 1968 et 2004¹² a étudié le risque de cancer associé à la prise de contraceptifs oraux. Les contraceptifs estroprogestatifs représentaient 97% des contraceptifs utilisés et les progestatifs seuls, 3% ; 75% des contraceptifs contenaient 50 µg d'éthinyl estradiol, 12% en contenaient plus et 10% en contenaient moins. La plupart des femmes ont utilisé plus d'un type de contraceptif oral estroprogestatif, le plus souvent dans le sens d'une diminution de la dose d'estrogènes. Cette étude suggère que la contraception orale ne serait pas associée à un risque global accru de cancer et entraînerait une réduction du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire ; en revanche, chez les

8 Grade des recommandations :

- niveau 1 : preuve scientifique établie (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées)
- niveau 2 : présomption scientifique (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte)
- niveau 3 : faible niveau de preuve (études cas-témoins)
- niveau 4 : faible niveau de preuve (études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas)

9 Commission de la transparence – Avis du 10 octobre 2007 – réévaluation des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération

10 À titre indicatif, la survenue des cancers du sein varie de 0,2/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 138/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans ; l'augmentation du risque liée à l'utilisation en cours d'une pilule estroprogestative est de l'ordre de 25%. La survenue des cancers du col utérin varie de 0,1/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 20/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans ; l'augmentation du risque de cancer cervical liée à l'utilisation d'une pilule estroprogestative est de l'ordre de 50% après 5 à 9 ans d'utilisation. Pour le cancer du foie, considéré comme exceptionnel (<1/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans), le risque après 5 ans d'utilisation est multiplié par un facteur de l'ordre de 2 relativement aux non-utilisatrices.

11 À titre indicatif, les cancers de l'endomètre sont rares (< 5/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans) et la réduction du risque lié à l'utilisation en cours d'une pilule estroprogestative est de l'ordre de 66 % 5 ans après l'arrêt. La survenue des cancers de l'ovaire varie de 1/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 9/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans et la réduction du risque liée à l'utilisation d'une pilule estroprogestative est de l'ordre de 30 % dans les 5 à 20 ans après l'arrêt. La survenue des cancers colorectaux varie de 0,2/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 12/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans et la réduction du risque est de l'ordre de 15 à 20 %.

12 Hannaford PC. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of general Practitioner's oral contraception study. BMJ 2007; 335: 651

utilisatrices au long cours (8 ans et plus), les risques seraient accrus pour les cancers du col de l'utérus et du système nerveux central.

Les principales contre-indications des méthodes contraceptives estroprogestatives sont d'ordre cardio-vasculaire, carcinologique et hépatique.

Bien que la pratique réserve son usage en 2^{ème} intention pour les femmes qui présentent certaines contre-indications (notamment cardio-vasculaires), la contraception progestative est à classer, de même que les estroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale⁷.

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une autre méthode contraceptive de 1^{ère} intention⁷.

4.3.2 Place des spécialités dans la stratégie thérapeutique

L'avis de la commission de la transparence du 10 octobre 2007 a situé les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération en traitements de seconde intention. Les données de la littérature publiées depuis, notamment celles confirmant l'augmentation du risque thrombo-embolique veineux associée aux contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, justifient leur maintien, et donc celui des spécialités GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/20 microgrammes et GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/30 microgrammes, en seconde intention dans la stratégie thérapeutique.

4.4. Population cible

Il y a en France environ 10,6 millions de femmes âgées de 20 à 44 ans¹³. D'après L'Inpes (baromètre santé 2005)¹⁴ 76,6% des personnes sexuellement actives âgées de 25 à 44 ans utilisaient un moyen de contraception. La pilule représentait la principale méthode utilisée : 57,2%.

Dans l'étude COCON³, un changement de pilule pour survenue d'effets secondaires a été noté dans 10,7% des cas au cours de la période de suivi de 4 ans.

Sur ces bases, la population cible de GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/30 microgrammes et GESTODENE/ETHINYLESTRADIOL RATIOPHARM 75 microgrammes/20 microgrammes serait d'environ 500 000 femmes.

4.5. Recommandations de la Commission de la Transparence (proposition)

Avis favorable à l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans l'indication et à la posologie de l'AMM.

4.5.1 Conditionnements : ils sont adaptés aux conditions de prescription

4.5.2 Taux de remboursement : 65 %

13 INSEE projection au 1^{er} janvier 2008

14 http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/baro2005_1R/ouvrage/presentation.asp