



HAL
open science

**L'implant contraceptif: le point de vue des femmes.
Étude prospective sur 85 femmes porteuses d'un implant
contraceptif**

Aurélie Dramard

► **To cite this version:**

Aurélie Dramard. L'implant contraceptif: le point de vue des femmes. Étude prospective sur 85 femmes porteuses d'un implant contraceptif. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00903396

HAL Id: dumas-00903396

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903396v1>

Submitted on 12 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

L'IMPLANT CONTRACEPTIF : LE POINT DE VUE DES FEMMES

Étude prospective sur 85 femmes porteuses d'un implant contraceptif

Mémoire présenté par
Mademoiselle Aurélie DRAMARD
Née le 12 mai 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Je remercie,

*Monsieur Bruno Guillon et madame Florence Le Guen pour avoir dirigé et
guidé ce mémoire, pour leur soutien, leur disponibilité, leur patience et
leurs conseils avisés
et
mesdames Dubuc, Le Bihan et Girard sans qui ce travail n'aurait pas été
possible.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	
1. GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION.....	3
1.1 Les enjeux de la contraception en France.....	3
1.1.1 Le « french paradox ».....	3
1.1.2 Pourquoi un tel décalage?.....	3
1.1.3 Stratégies d'amélioration de la compliance.....	4
1.2 Le nouveau rôle de la sage-femme dans la contraception.....	4
1.2.1 La place privilégiée de la sage-femme.....	5
1.2.2 Loi HPST de 2009.....	5
1.3 Comment aider une femme à choisir sa contraception.....	6
1.3.1 Impliquer la femme et le couple dans ce choix.....	6
1.3.2 Une consultation dédiée à la contraception.....	7
2. LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION ACCESSIBLES AUX SAGES-FEMMES.....	8
2.1 La contraception hormonale estroprogestative.....	8
2.1.1 La forme orale.....	9
2.1.2 Le patch.....	11
2.1.3 L'anneau vaginal.....	11
2.2 La contraception par progestatif seul.....	12
2.2.1 La pilule microdosée.....	12
2.2.2 Les progestatifs injectables.....	12
2.3 Les dispositifs intra-utérins.....	13
2.3.1 Le DIU à la progestérone.....	13
2.3.2 Le DIU au cuivre.....	14

2.4	Les autres méthodes contraceptives.....	14
2.4.1	Les préservatifs masculins et féminins.....	14
2.4.2	Les spermicides.....	15
2.4.3	La cape cervicale et le diaphragme.....	15
2.5	La contraception d'urgence.....	15
2.5.1	La pilule du lendemain.....	16
2.5.2	Le DIU au cuivre.....	16
3.	L'IMPLANT CONTRACEPTIF.....	17
3.1	De nombreux avantages.....	17
3.1.1	Efficacité indépendante de l'observance.....	17
3.1.2	Peu de contre-indications.....	18
3.1.3	Une contraception à faible coût.....	18
3.2	Effets indésirables et satisfaction des patientes.....	19
3.2.1	Les perturbations du cycle menstruel.....	19
3.2.2	Les variations de poids.....	19
3.2.3	L'acné.....	20
3.2.4	Les autres effets indésirables.....	20
	ETUDE.....	21
1.	PROBLEMATIQUE.....	21
2.	HYPOTHESES.....	21
3.	OBJECTIFS.....	21
4.	METHODOLOGIE.....	22
4.1	Les moyens de l'étude : l'enquête auprès des femmes.....	22

4.2 Les démarches.....	22
4.3 Le questionnaire auprès des femmes.....	23
4.4 Les tests statistiques.....	24
5. RESULTATS DE L'ENQUETE.....	24
5.1 A propos de la population.....	24
5.2 Trajectoire contraceptive des femmes.....	27
5.3 Satisfaction des patientes.....	29
5.4 Effets indésirables.....	32
5.5 Information reçue par les patientes.....	38
DISCUSSION	
1. LA METHODOLOGIE CHOISIE.....	42
1.1 Points faibles de l'étude.....	42
1.2 Points forts de l'étude.....	43
2. FACTEURS PREDICTIFS DE BONNE OU DE MAUVAISE TOLERANCE.....	43
3. INFORMATION RECUE ET SATISFACTION DES PATIENTES.....	47
3.1 L'information sur le profil des saignements.....	47
3.2 L'information sur les autres effets indésirables.....	50
4. PROPOSITIONS	
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

INTRODUCTION

L'implant contraceptif est un progestatif à longue durée d'action. Il bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 1999. Dès lors, il a connu un véritable succès auprès des femmes et du corps médical avec un million d'implants vendus en France entre 2001 et 2010. Aujourd'hui, il est utilisé par 2,6% des femmes en âge de procréer.

Cette méthode de contraception présente en effet de nombreux avantages. Son efficacité est indépendante de son observance. Sa confidentialité est également un véritable atout tout comme le fait qu'il fasse partie des contraceptions remboursées.

Il n'a pas d'effets secondaires graves et est indiqué pour les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs estroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou présentant des problèmes d'observance aux pilules. Cependant, des effets secondaires bénins ont été recensés. Ils entraînent l'inconfort des patientes et parfois même le retrait de l'implant contraceptif au bout de quelques mois mais sa tolérance est très variable entre les femmes.

Nous avons constaté au cours de certains stages et avec le témoignage de patientes et de personnes de notre entourage à quel point la tolérance à l'implant contraceptif était variable. Nous avons également pu remarquer un certain décalage entre la vision des professionnels de santé vis-à-vis de l'implant pour lesquels il est avant tout un contraceptif efficace et peu coûteux et le ressenti des femmes. En effet, en allant sur des sites internet de discussions, nous avons lu de nombreux témoignages de femmes ayant eu une mauvaise expérience avec l'implant et seulement une faible proportion de femmes favorables à ce dernier. Ainsi, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'avoir le point de vue des femmes vis-à-vis de ces effets secondaires.

Nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature faisant un état des lieux sur la contraception en France organisée autour de trois grands axes. Nous allons commencer par exposer les enjeux actuels de la contraception en France, puis nous détaillerons les différents moyens de contraception pour enfin nous concentrer particulièrement sur l'implant contraceptif.

Ensuite, nous présenterons notre enquête auprès de femmes portant un implant contraceptif depuis six mois afin d'avoir leur avis sur ce mode de contraception et de connaître leur tolérance à l'implant et leur vécu. Nous serons également intéressés par l'information qu'elles avaient reçue sur l'implant avant la pose. Nous vous exposerons les méthodes et les résultats de cette étude.

Enfin, en prenant en compte les deux premières parties, nous discuterons les résultats obtenus et pourrons réfléchir à des moyens pour améliorer la délivrance de l'information avant la pose d'un implant, ce qui pourrait représenter un bénéfice en terme de tolérance.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION

1.1 Les enjeux de la contraception en France

1.1.1 Le « french paradox » [2] [16] [20] [21] [22]

La contraception concerne potentiellement toute femme en âge de procréer c'est-à-dire 15 millions de femmes en France soit environ 23% de la population. Elle a été légalisée en 1967 par la loi Neuwirth. Depuis, de grands progrès ont été faits et elle a été distribuée à une très large échelle. Au total, 97% des femmes à risque de grossesse utilisent un moyen de contraception. La France est désormais le pays qui connaît le plus fort taux d'utilisation de méthodes contraceptives dites efficaces : plus de 75% des femmes en âge de procréer utilisent soit une contraception hormonale soit un stérilet.

Bien que la contraception soit très largement utilisée par les françaises, le nombre de grossesses non désirées reste important. En effet, 33% des grossesses ne sont pas planifiées (350 000) dont 65% surviennent chez des femmes sous contraception dont près d'un quart chez les utilisatrices de pilule. Sur ces 350 000 grossesses, la moitié aboutit à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Ainsi, il y a 200 000 IVG chaque année en France. Ce chiffre reste stable depuis plusieurs années.

1.1.2 Pourquoi un tel décalage ? [2] [7] [16] [18] [26]

Nous pouvons donner plusieurs explications à ce décalage. Tout d'abord, le fossé qui existe entre l'efficacité « théorique » d'une méthode et son efficacité réelle « pratique ». Par exemple, pour la contraception orale oestroprogestative (OP), l'utilisation parfaite d'une pilule donne un taux de grossesse de 0,1% assez éloigné de l'utilisation typique pour laquelle le taux est de 3%. Pour ce type de contraception l'utilisation typique s'avère encore différente de l'utilisation « réelle ». Ainsi, les taux de grossesses sous OP ont augmenté de façon conséquente avec le temps. Les données de 1973 indiquaient 2% et celles de 1995, 7%. D'après l'étude Cocon, une grossesse non planifiée sur trois résulte d'un usage irrégulier de la contraception.

La contraception est le traitement qui connaît le plus grand défaut d'observance, cela s'explique par plusieurs raisons : un désir inconscient des femmes

d'avoir un enfant occasionnant des oublis, des erreurs dans la prise, des peurs, une mauvaise information, une mauvaise compréhension de la part de la patiente, des difficultés pour accéder à la contraception ou encore un arrêt dû aux effets secondaires de la méthode choisie. On sait également qu'un nouvel emploi, une rupture amoureuse ou au contraire une stabilisation de la vie de couple, la fugue d'un enfant, un rythme de travail intense ou des violences conjugales peuvent perturber la prise orale quotidienne.

Les femmes ayant eu une grossesse non planifiée sous contraception donnent plusieurs explications : 63,6% des femmes ont pensé qu'il n'y avait pas de risque de grossesse et une sur huit déclare ne pas savoir où aller demander conseil.

1.1.3 Stratégies d'amélioration de la compliance [26] [27]

Il existe trois stratégies pour améliorer la compliance d'une patiente à sa contraception : organiser un suivi rapproché et personnalisé des patientes, minimiser les effets indésirables et développer les méthodes contraceptives demandant une moins grande observance. Ainsi, de nouvelles méthodes de contraception moins contraignantes en termes d'observance ont vu le jour depuis une dizaine d'années (le stérilet hormonal, le patch, l'anneau vaginal et l'implant contraceptif) afin d'améliorer la compliance des femmes à la contraception.

Avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, les sages-femmes ont bénéficié d'une ouverture de leur champ de compétences en matière de contraception. La sage-femme est maintenant une actrice importante dans ce domaine. Le développement de cette activité, ajoutée à celle pré-existante des gynécologues et des médecins traitants, offre une possibilité supplémentaire pour les femmes d'avoir accès à la contraception, de s'informer et pourrait favoriser la mise en place d'un suivi rapproché pour plus de patientes.

1.2 Le nouveau rôle de la sage-femme dans la contraception

La contraception a toujours été au cœur de la mission de prévention et d'information de la sage-femme que ce soit dans le post-partum ou dans les

consultations de planification et d'orthogénie. Mais la sage-femme est en train d'acquérir un rôle de plus en plus important dans ce domaine.

1.2.1 La place privilégiée de la sage-femme

Historiquement, la sage-femme a toujours été une actrice locale qui a une place privilégiée aux yeux des femmes qui parlent souvent de « leur sage-femme ». Elles apparaissent très accessibles en particulier en matière de prévention primaire car elles sont des professionnels de santé de proximité par le biais des centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et l'installation de sages-femmes libérales. L'extension de leurs compétences permet ainsi de toucher davantage les populations qui, pour des raisons économiques ou du fait d'une raréfaction de l'offre de soins en zone péri-urbaine ou rurale, ne peuvent accéder normalement aux soins dispensés par les médecins.

Les sages-femmes vont être d'autant plus sollicitées qu'il est constaté depuis les années 2000 une véritable raréfaction des gynécologues médicaux. En effet, leur nombre qui avait peu diminué depuis 1993 (passant de 1 889 à 1 846 spécialistes en 2000), a fortement baissé depuis 2000, avec en prévision seulement 550 gynécologues médicaux en 2020 (soit une baisse de 70%).

1.2.2 Loi HPST de 2009

L'article 86 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a étendu le champ de compétences de la sage-femme en matière de contraception. Elle a autorisé les sages-femmes à pratiquer les consultations de suivi gynécologique et de contraception auprès des femmes ne présentant pas de pathologie. Les sages-femmes peuvent également dorénavant poser des DIU (Dispositifs Intra-Utérins) et des implants contraceptifs depuis la circulaire du 17 juillet 2012. Mais à l'origine, la loi HPST indiquait, concernant la contraception, que « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant ». Ce n'est que récemment, le 29 décembre 2011, que la loi n°2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de

santé a été promulguée. Elle précise, dans son article 44, que la phrase « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant » est supprimée.

Une sage-femme est à présent en mesure de suivre une femme tout au long de sa vie génitale dans le cadre de la physiologie.

Ainsi, les consultations de suivi gynécologique et de contraception pour une femme ne présentant pas de pathologie pourront être de plus en plus déléguées aux sages-femmes exerçant en libéral, dans un centre de planification et d'orthogénie ou en PMI. Il est donc primordial pour une sage-femme d'avoir des connaissances solides en matière de contraception afin d'informer au mieux sa patiente sur les différents moyens de contraception et de choisir avec elle la méthode la plus adaptée.

1.3 Comment aider une femme à choisir sa contraception ?

1.3.1 Impliquer la femme et le couple dans ce choix [2] [12] [18] [26] [32]

Le choix d'une contraception doit s'effectuer en respectant certaines règles établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2004.

En France et dans le monde, on dispose maintenant d'une diversité intéressante de méthodes contraceptives. On parle de « méthodes médicales » auxquelles s'ajoutent les méthodes dites « naturelles ». Chacune a ses avantages et ses inconvénients le choix de la femme devra être éclairé par le professionnel de santé prescripteur.

La relation soignant-soigné a évolué au cours des dernières décennies, avec une participation de plus en plus grande du patient concernant sa santé. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes.

En effet, « la meilleure contraception est celle que la patiente choisit ». Il est essentiel d'adapter la contraception aux besoins de la patiente et donc tout à fait capital de s'intéresser à la vie de la patiente, sa psychologie, sa sexualité, son vécu des contraceptions antérieures et ses moyens financiers. C'est en effet elle qui en dernier ressort décidera ou non de la prise de sa contraception et qui donc en déterminera son efficacité. Il existe également un impact positif de l'acceptation du partenaire sur le suivi de la méthode, il est donc important de considérer le couple dans la démarche

contraceptive. Cependant, la volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une femme à l'autre. Il est donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chaque femme.

1.3.2 Une consultation dédiée à la contraception [12] [32]

Il existe de nombreuses occasions pour aborder la question de la contraception : au début de la vie sexuelle, en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'IVG, en cas de souhait de changement de méthode ou en présence d'un facteur de risque.

La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait être autant que possible dédiée à cette question. Si cela n'est pas possible, il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et d'en programmer une autre, à court terme, qui lui sera consacrée.

Pour aider une femme dans son choix, le modèle BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Chacune peut-être plus ou moins approfondie en fonction du besoin :

✦ Bienvenue : Il sera tout d'abord question d'expliquer le déroulement de la consultation.

✦ Entretien : Laisser la femme s'exprimer sur ses besoins, ses souhaits et ses doutes.

✦ Renseignement : Délivrer une information claire et sur mesure ; il est alors important d'aborder l'efficacité de chaque méthode, les contre-indications, ses avantages, ses inconvénients, ses risques et son coût

✦ Choix : Il revient à la patiente mais le soignant peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, ses préférences, les bénéfices et les risques des différentes méthodes.

✦ Explication : Quand la femme aura fait son choix, on instaurera une discussion autour de la méthode choisie et de son emploi. La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier une autre consultation.

▲ Retour : Enfin, les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée. Elles peuvent être l'opportunité pour discuter d'un changement de méthode.

2. LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION ACCESSIBLES AUX SAGES-FEMMES

Une méthode contraceptive est caractérisée par quatre grands principes : son efficacité, sa réversibilité, son innocuité et son acceptabilité. Pour mesurer son efficacité, on utilise l'indice de Pearl qui, pour une méthode contraceptive donnée, comptabilise le nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes en un an. Ainsi, plus l'indice de Pearl est proche de zéro, plus la méthode est efficace.

Nous allons maintenant détailler les différents moyens de contraception existant qu'une sage-femme peut-être amenée à prescrire.

2.1 La contraception hormonale estroprogestative [10] [18]

La contraception oestroprogestative est dite « combinée ». En effet, elle est composée de deux hormones sur toute la durée de la plaquette : des oestrogènes soit de synthèse (éthynil estradiol) dans la grande majorité des cas mais on retrouve dans quelques pilules récentes des oestrogènes « naturels ». (valérate d'oestradiol). On retrouve également un progestatif dont la nature va déterminer la « génération » du moyen contraceptif. Il existe des progestatifs de 1ère génération (noréthistérone et noréthindrome), de 2ème génération (lévonorgestrel) et de 3ème génération (gestodène, désogestrel et norgestimate). Les progestatifs à fort pouvoir anti-gonadotrope ont permis de diminuer les doses d'oestrogènes nécessaires sans en diminuer l'efficacité.

Toutes les contraceptions par oestroprogestatifs ont une action triple : elles entraînent un blocage de l'ovulation, une modification de l'endomètre qui le rend impropre à la nidation et une modification de la glaire empêchant les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus.

Elles comportent quelques risques qui sont rares mais graves. Il existe un risque thrombo-embolique artériel (accident vasculaire-cérébral, infarctus du myocarde) et veineux (phlébite, thromboses veineuses), une augmentation non significative du risque de cancer du sein sans différence significative sur la mortalité (les risques relatifs étaient de 0,98 à 1,12 selon les études) et une légère augmentation du risque de cancer du col utérin. Le risque de cancer du foie, bien qu'exceptionnel, est également augmenté.

En revanche, on remarque un effet protecteur sur les cancers de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal.

Compte tenu de ces facteurs de risques, l'administration d'oestrogènes est contre-indiquée pour les femmes à risque cardiovasculaire par son action sur les facteurs de l'hémostase. Cela inclut les femmes ayant des antécédents de thrombose artérielle ou veineuse, souffrant d'hypertension artérielle, de dyslipidémies et les femmes tabagiques de plus de 35 ans.

Les patientes ayant des antécédents de cancers oestrogéno-dépendants (sein et endomètre), d'affections hépatiques sévères, d'insuffisance rénale ou de tumeurs hypophysaires devront également s'orienter vers d'autres méthodes contraceptives sans oestrogènes.

Les oestrogènes sont déconseillés chez les patientes souffrant d'obésité, atteintes de tumeurs bénignes du sein et d'affections de l'utérus. La présence de varices doit également faire discuter d'une autre méthode contraceptive.

Les effets secondaires mineurs sont ceux qui incommode le plus les patientes. Il s'agit de perturbations du cycle, variations de poids, sensations de jambes lourdes, nausées, céphalées, tensions mammaires ou baisse de la libido.

La contraception estroprogestative présente des effets bénéfiques : la régularisation des cycles, la réduction des dysménorrhées et la réduction des kystes ovariens fonctionnels.

La contraception estroprogestative existe sous plusieurs formes que nous allons à présent détailler.

2.1.1 La forme orale [28]

La pilule estroprogestative est une des méthodes de première intention pour les femmes sans facteurs de risques particuliers. C'est également la plus utilisée en France : une femme de 15-49 ans sur deux l'utilisait en 2010. Cependant, son utilisation a légèrement diminué depuis les années 2000 (-4,6%). Cette baisse est globalement compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales (anneau, patch, implant sous-cutané).

Comme nous l'avons déjà souligné, il existe un décalage entre son efficacité théorique qui est excellente (indice de Pearl = 0,3) et son utilisation réelle avec des défauts d'observance fréquents. Ainsi, 20% des IVG sont dues à une utilisation non conforme de la pilule.

Les pilules sont classées en fonction de différents facteurs : leur dosage en oestrogènes : les pilules contenant 50 μ g d'éthinyl estradiol sont qualifiées de normodosées, elles ne sont pratiquement plus utilisées. Celles contenant 15 à 35 μ g sont dites minidosées.

Les taux d'oestrogènes et de progestatif peuvent varier au cours de la plaquette. La pilule est dite monophasique lorsque les taux d'hormones ne varient pas, elle est bi-phasique lorsque les taux varient selon deux paliers et tri-phasique lorsqu'ils varient selon trois paliers.

La plupart des pilules ont une utilisation discontinue, c'est-à-dire une prise à heure fixe pendant 21 jours et 7 jours d'arrêt entre deux plaquettes au cours desquels surviennent les saignements de privation. Il existe également des pilules dites « continues » pour lesquelles 7 comprimés inactifs suivent les 21 comprimés actifs. Ces dernières permettent de diminuer les défauts d'observance à la reprise d'une nouvelle plaquette. Certaines pilules faiblement dosées sont commercialisées sous le schéma de 24 comprimés actifs et 4 comprimés inactifs.

Il est aujourd'hui recommandé d'associer la prise de la pilule à un geste de la vie quotidienne plutôt le matin ou le midi afin d'améliorer l'observance.

Il ne faut pas oublier que le prix et le remboursement par la sécurité sociale peuvent être des facteurs déterminants pour certaines femmes. Il est recommandé de

prescrire une pilule de 1ère ou 2ème génération remboursée en première intention. De plus, les pilules de 3ème génération n'ont pas montré d'efficacité supplémentaire, les progestatifs qui les composent présentent un risque thrombo-embolique plus important. Devant ce risque augmenté et la forte médiatisation récente de certains accidents thrombo-emboliques supposés en lien avec les progestatifs de 3ème génération, le gouvernement actuel a décidé de dérembourser (depuis le 31 mars 2013) les quelques pilules de 3ème génération qui bénéficiaient d'un remboursement par la sécurité sociale. Ces pilules sont pour la plupart coûteuses (de 3 à 12€ par mois en moyenne).

2.1.2 Le patch [9]

Il est composé de 20 μ g d'éthinyl estradiol et d'un progestatif : la norelgestromine 150 μ g, principal métabolite actif du norgestimate (3ème génération) délivrés par voie transcutanée. Le patch est à renouveler chaque semaine pendant 3 semaines suivies d'une semaine d'arrêt au cours desquelles surviennent les saignements de privation. Il peut être appliqué partout sur le corps en dehors des seins.

Son efficacité théorique est identique à celle de la pilule estro-progestative (indice de Pearl = 0,3). Il bénéficie en plus, d'une meilleure observance que la pilule car ne dépend pas d'une prise quotidienne.

Il est en revanche assez coûteux (environ 14€ pour un mois) et n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

2.1.3 L'anneau vaginal

C'est un anneau flexible et incolore qui contient 15 μ g d'éthinyl estradiol et d'un progestatif : l'étonorgestrel 120 μ g (métabolite actif du désogestrel). L'anneau est à insérer par la patiente elle-même et reste en place pendant 3 semaines suivies d'une semaine d'arrêt pendant lesquelles apparaissent les saignements de privation.

Il est moins contraignant du point de vue de l'observance mais suppose néanmoins que la femme soit à l'aise avec son corps. Son indice Pearl est identique à celui du patch et d'une pilule combinée.

Son prix est comparable à celui du patch (environ 16€ pour un mois). Il n'est pas

remboursé non plus.

2.2 La contraception par progestatif seul

Elle est préconisée en 2ème intention lorsque les femmes présentent des contre-indications aux oestrogènes ou en cas d'allaitement. La contraception par progestatif seul existe sous plusieurs formes galéniques que nous allons détailler. Nous consacrerons un chapitre plus important à l'implant progestatif.

2.2.1 La pilule microdosée

Les « micropilules » ont une double action : elles rendent l'endomètre impropre à la nidation et modifient la glaire cervicale de façon à empêcher les spermatozoïdes de traverser le col utérin. Pour cela, elles doivent être prises en continu et à heure fixe. Leur efficacité est variable en fonction du progestatif : l'indice de Pearl est de 0,5 pour le Cérazette® (désogestrel) et de 1 pour le microval® (lévonorgestrel). Cérazette® inhibe l'ovulation de manière plus efficace que Microval® (0% d'ovulation pour Cérazette au cycle 7 contre 38% pour Microval).

Elles présentent des effets indésirables bénins. Les patientes décrivent fréquemment des spotting. Elles entraînent également une baisse de la motilité tubaire et donc un risque légèrement augmenté de grossesse extra-utérine.

La pilule microdosée présente également des contre-indications : les accidents thrombo-emboliques veineux ou artériels évolutifs, la présence de tumeurs sensibles aux progestatifs (cancers du sein et de l'endomètre), les affections hépatiques sévères et les hémorragies génitales non expliquées.

2.2.2 Les progestatifs injectables

Le Depo-Provera® a obtenu l'AMM en France depuis 1983 mais n'est quasiment plus utilisé en France. Il consiste en une injection IM de progestatif retard tous les 3 mois. Il dispose d'un excellent indice de Pearl (0,3).

Il entraîne souvent des métrorragies comme la plupart des progestatifs.

2.3 Les dispositifs intra-utérins (DIU) [2] [20]

C'est la méthode de contraception la plus utilisée au monde et la plus ancienne. Ils comprennent les DIU à la progestérone et au cuivre. Les sages-femmes peuvent en assurer la prescription, la pose, la surveillance et le retrait.

En 2010, ils concernaient 21% des femmes en âge de procréer en France, leur utilisation connaît cependant une légère diminution ces dernières années.

Son utilisation majoritaire est retrouvée chez les femmes plus âgées ou à celles qui ont déjà eu des enfants, en dépit des recommandations de la Haute Autorité de Santé depuis 2004. En effet, le stérilet peut être utilisé à tous les âges que la femme ait eu des enfants ou non. Seules 1,3% des femmes n'ayant pas d'enfant utilisent un stérilet en 2010, 20% pour les femmes ayant un enfant et 40% des femmes ayant deux enfants ou plus utilisent ce mode de contraception.

Les femmes et les professionnels continuent à penser que cette contraception n'est pas adaptée aux femmes n'ayant pas eu d'enfant. C'est en effet ce qu'avancent 54% des femmes et parmi les professionnels : 69% chez les gynécologues et 84% des généralistes. Il n'y a pourtant pas de raison de limiter leur utilisation notamment quand le partenaire est stable.

2.3.1. Le DIU à la progestérone

Il délivre 20µg de lévonorgestrel par 24h et peut rester en place pendant 5 ans. Il rend la glaire imperméable aux spermatozoïdes, atrophie l'endomètre mais ne bloque pas l'ovulation. Les effets indésirables sont identiques à ceux des autres progestatifs. Les règles sont souvent minimales ou inapparentes. Son indice de Pearl est de 0,1.

Ses effets secondaires combinent ceux liés aux DIU (risque d'expulsion, de grossesse extra-utérine, risque infectieux) et ceux liés à la progestérone : spotting, règles prolongées, saignements irréguliers, aménorrhée. Il peut être indiqué en cas de ménorragies fonctionnelles, en effet, les saignements menstruels diminuent de 88% en 3 mois chez les femmes présentant des ménorragies.

Etant donnée sa durée d'action, il est peu coûteux (125€) et est remboursé par la sécurité sociale.

2.3.2. Le DIU au cuivre

Son action est principalement toxique pour les spermatozoïdes, les ions cuivre ont également un effet sur la mobilité des spermatozoïdes en affectant la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Son principal effet indésirable est qu'il peut entraîner une augmentation de la durée, de l'abondance et de la douleur des règles chez 5 à 15% des femmes. Il présente cependant l'avantage de ne pas contenir d'hormones.

Il est très peu coûteux (30€) et est remboursé par la sécurité sociale.

2.4 Les autres méthodes contraceptives

Elles sont également appelées méthodes « barrières ». Ce sont les premières dont la prescription a été accessible aux sages-femmes. Elles sont en vente libre mais non remboursées à l'exception du diaphragme. Ces méthodes contraceptives sont peu efficaces.

2.4.1. Les préservatifs masculins et féminins

Ils sont les seuls à protéger des infections sexuellement transmissibles. Ils sont en vente libre et disponibles gratuitement dans les centres de planification. L'indice de Pearl est de 3 pour le préservatif masculin et de 5 pour le féminin mais peut aller jusqu'à 14 en fonction de son utilisation. Leur efficacité est plus importante chez les couples expérimentés et habitués que lors d'utilisations en début de vie sexuelle.

Le préservatif est utilisé comme contraception par 60% des jeunes de 15-17 ans dont 15% de manière combinée avec une pilule. Il est en moyenne utilisé par 12% des femmes en âge de procréer.

Le préservatif masculin est le plus largement utilisé. En effet le préservatif féminin est coûteux (2€ contre 0,20€ pour le masculin), peu pratique et suppose que la femme soit à l'aise avec son corps.

2.4.2. Les spermicides

Ils sont peu efficaces. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés aux préservatifs, aux diaphragmes et aux capes cervicales, ceci permettant de réduire le risque de grossesse lié à une éventuelle rupture ou fuite du préservatif et apportant un surcroît de lubrification.

Ces produits font appel à des agents surfactants ioniques ou non ioniques ou à pH acide.

2.4.3. La cape cervicale et le diaphragme

▲ Les capes cervicales ont pour la plupart la forme d'un dôme souple ou d'une corolle qui recouvre complètement le col utérin. Elles ne sont à retirer que plusieurs heures après le rapport sexuel et ne sont à conserver que pour une durée maximale de 36h. Certaines sont à usage unique.

▲ Les diaphragmes sont des disques souples en latex, bordés par un anneau flexible qui s'insère dans le vagin pour le recouvrir. Il peut augmenter le risque d'infection urinaire en raison de la pression que l'anneau exerce sur l'urètre.

Ces méthodes sont peu efficaces (indice de Pearl égal à 6). Ils doivent être prescrits par un médecin ou une sage-femme afin d'en définir le modèle et d'apprendre à le placer soi-même. Cependant leur prescription est tout à fait marginale en France.

2.5 La contraception d'urgence [18]

C'est l'ensemble des méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé.

Elle peut être utilisée à n'importe quel moment du cycle, s'il y a eu un rapport

sexuel dans la semaine précédent un oubli de pilule (surtout dans les sept premiers jours de la plaquette).

2.5.1 La pilule du lendemain

Elle existe sous deux formes :

▲ Norlevo[®] est composé de lévonorgestrel sous forme d'un comprimé en prise unique de 15 mg à prendre dans les 72h après un rapport non protégé. Elle n'a aucune contre-indication et peut être accessible sans ordonnance et de manière anonyme dans toutes les pharmacies, centres de planification et infirmeries scolaires. Elle est gratuite pour les mineures.

Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport. On relève 95% d'efficacité lorsque la prise est réalisée avant 24 h, à 58 % lorsqu'elle est réalisée à 72 h.

Ses effets secondaires sont en général très modérés (nausées 20%, vomissements 5%, fatigue 20%, douleurs abdominales 15 à 20%, céphalées 15 à 20%, vertiges 10 à 15%, tensions mammaires 10 à 15%, et spotting moins de 5%).

▲ Ellaone[®] également appelée contraception du « surlendemain », elle existe depuis 2009 et est composée d'ulipristal acétate un des récepteurs sélectifs à la progestérone. Il a une action inhibitrice de l'ovulation même en cas de pic de LH déjà enclenché, son efficacité est prolongée jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel, elle ne diminue pas avec le temps. Elle n'a aucune contre-indication.

Ellaone[®] est disponible sur prescription médicale et remboursée par la sécurité sociale.

2.5.2 Le DIU au cuivre

C'est une contraception d'urgence extrêmement efficace, mais il est rarement posé dans cette indication. Il est possible de poser un DIU jusqu'à 5 jours après la date théorique de l'ovulation (19e jour du cycle habituel). Le DIU au cuivre est donc la méthode la plus efficace (taux d'échec de 0,1 à 0,2%) et celle qu'on peut utiliser le plus

tard après un rapport non protégé. Son avantage est qu'il sert ensuite de contraception permanente mais il doit être posé par un médecin ou une sage-femme. Il faut cependant faire preuve de précautions pour les rapports avec un partenaire occasionnel (plus à risques d'infections sexuellement transmissibles).

3. L'IMPLANT CONTRACEPTIF

L'implant est un bâtonnet flexible de 4cm. C'est une contraception progestative à base d'étonorgestrel qui est libéré de manière continue. L'insertion se fait en sous-cutané à la face interne du bras non dominant sous anesthésie locale. Il peut être conservé pendant 3 ans (2 ans et demi chez les patientes en surcharge pondérale).

C'est une contraception de seconde intention indiquée en cas de contre-indication aux oestrogènes, d'allaitement mais qui est aussi très largement utilisée pour les patientes présentant des problèmes d'observance à leur contraception. Il bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché depuis 1999.

D'après l'enquête *Fecond*, il était utilisé par 2,6% des femmes en âge de procréer en 2010. L'implant est plus souvent utilisé par les femmes ayant des difficultés financières que par celles qui déclarent ne pas en avoir. Il est également plus utilisé parmi les femmes de nationalités d'Afrique sub-saharienne (23,5%) contre 2,4% pour les femmes de nationalité française.

3.1 **De nombreux avantages [15] [18] [29]**

3.1.1 **Efficacité indépendante de l'observance [33]**

L'implant contraceptif a les mêmes actions que les autres progestatifs (modification de la glaire et de l'endomètre) auxquelles s'ajoute une inhibition de l'ovulation très efficace.

Il est à poser au début des règles ou en relais immédiat de pilule à condition de ne pas être enceinte au moment de la pose et de respecter sept jours de contraception locale après la pose. Après l'insertion de l'implant, l'étonorgestrel est rapidement absorbé dans la circulation, les concentrations permettant l'inhibition de l'ovulation

sont atteintes en un jour et les concentrations sériques maximales sont atteintes en 1 à 13 jours. Elles diminuent ensuite rapidement au cours des premiers mois. Des variations existent dans les concentrations sériques qui sont liées aux différences de poids corporel.

Ce dispositif peut rester en place trois ans. Il est très efficace avec un indice de Pearl à 0,05. Contrairement à de nombreuses autres contraceptions (toutes exceptés les DIU), son efficacité est totalement indépendante de son observance et son utilisation idéale est quasiment égale à son utilisation typique. Ainsi, les patientes utilisatrices d'implant contraceptif n'auront pas à penser à leur contraception pendant 3 ans. Ceci est un avantage considérable pour beaucoup de femmes qui ont des difficultés d'observance avec la pilule, ou encore pour celles travaillant en horaires décalés ou voyageant beaucoup.

The national Survey of Family Growth estime que 9% des femmes utilisant une pilule auront une grossesse non prévue au cours de la première année d'utilisation, ce chiffre est de 0,001% chez les utilisatrices d'implant contraceptif.

3.1.2 Peu de contre-indications [3] [8] [14] [16]

L'implant est une contraception contenant uniquement des progestatifs et donc adaptée aux patientes présentant une contre-indication aux oestrogènes. Il n'a que très peu de contre-indications : les accidents thrombo-emboliques veineux ou artériels évolutifs, les tumeurs sensibles aux progestatifs (sein et endomètre), les affections hépatiques graves et les hémorragies génitales non expliquées. Une efficacité a même été prouvée concernant les symptômes des dysménorrhées et de l'endométriose.

Il peut ainsi être utilisé dans les post-partum et abortum et au cours de l'allaitement maternel.

Les délais de reprise d'ovulation après le retrait de l'implant sont rapides : d'après une étude indienne sur 200 femmes, 40% ont eu un retour de l'ovulation en 1 mois et 95% des patientes ont pu concevoir dans l'année suivant le retrait.

3.1.3 Une contraception à faible coût [13]

L'implant est remboursé par la sécurité sociale. Bien qu'étant plutôt onéreux (125€), s'il reste en place pendant 3 ans il revient à un coût mensuel de moins de 4€ soit le prix habituel d'une contraception remboursée. Ce prix ne comprend cependant pas les coûts liés à la pose et au retrait.

3.2 Effets indésirables et satisfaction des patientes [6] [23] [33]

Les effets secondaires de l'implant contraceptif sont, comme nous l'avons vu, souvent comparables à ceux des microprogestatifs, du DIU au Lévonorgestrel. Ce sont eux qui entraînent le retrait précoce de l'implant dans la grande majorité des cas. En fonction des études, on retrouve un taux d'abandon de cette contraception à un an variant de 18 à 32%.

Dans une étude américaine de 2011, parmi 493 porteuses d'implant, 21% n'étaient pas satisfaites par cette méthode de contraception à un an, 79% étaient satisfaites dont 55% très satisfaites.

3.2.1 Les perturbations du cycle menstruel [3] [5] [25]

Les variations du cycle comme les saignements continus, abondants, irréguliers ou les aménorrhées sont les principales raisons de retrait de l'implant.

Les saignements irréguliers sont décrits par le laboratoire fabricant Nexplanon® comme un effet indésirable très fréquent (c'est-à-dire supérieur à une patiente sur 10). Ainsi, il a rapporté des saignements fréquents et/ou prolongés chez 1 femme sur 5, une aménorrhée chez 1 femme sur 5. De manière plus occasionnelle, les patientes signalent des saignements plus abondants.

Le profil des saignements observé au cours des trois premiers mois est généralement prédictif du futur profil des saignements.

Si l'aménorrhée peut être pour certaines femmes un avantage important, les saignements imprévisibles sont presque toujours mal vécus.

3.2.2 Les variations de poids

La prise de poids fait partie des effets indésirables décrits comme très fréquents. Elle est cependant inconstante et modérée mais c'est un élément à prendre en compte notamment chez les femmes en surpoids ou présentant déjà des variations de poids.

La perte de poids est moins fréquente, elle est retrouvée chez 1 à 10% des femmes.

3.2.3 L'acné [4] [5]

On retrouve des effets secondaires à type d'acné pour environ 11% des femmes sous implant. Il convient alors d'être prudent avec les patientes qui y sont particulièrement sujettes.

3.2.4 Les autres effets indésirables

Il existe d'autres effets secondaires déclarés comme très fréquents (présents chez plus d'une femme sur 10) : des infections vaginales, des céphalées et des mastodynies.

D'autres effets indésirables à type de labilité émotionnelle, d'augmentation de l'appétit, d'étourdissements, de bouffées de chaleur, de douleurs abdominales, d'alopécie, de baisse de la libido et de douleurs au site d'insertion sont également recensés comme fréquents (présents chez 1 femme sur 100 à 1 femme sur 10).

ÉTUDE

1. PROBLEMATIQUE

Comme nous l'avons vu, Nexplanon® représente une alternative intéressante à la pilule contraceptive. La tolérance entre les femmes semble très variable et bien que la grande majorité des patientes en soit satisfaite (79%) dans une enquête américaine de 2011, l'implant a plutôt mauvaise presse auprès de beaucoup de femmes. Cela est probablement dû à ses effets indésirables qui sont certes mineurs mais semblent entraîner un réel inconfort puisque certaines femmes souhaitent retirer leur implant rapidement. Il semble donc intéressant de connaître le point de vue des femmes ayant choisi cette méthode de contraception. Nous nous sommes alors posé plusieurs questions : Quels sont les facteurs incitant les femmes à choisir l'implant contraceptif ? Existe-t-il des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise tolérance à l'implant ? Quels effets indésirables sont à l'origine des demandes de retrait ?

2. HYPOTHESES

Nos hypothèses sont que la tolérance à l'implant contraceptif dépend en partie de l'information sur les effets indésirables donnée à la patiente avant la pose de l'implant.

Nous pensons qu'il existe des critères pouvant prédire la bonne ou mauvaise tolérance à l'implant (âge, IMC de départ, moyens de contraception précédents...).

3. OBJECTIFS

Notre objectif est avant tout de comprendre pourquoi certaines femmes choisissent de retirer leur implant au bout de seulement quelques mois, d'étudier si l'information reçue au départ influence ce choix et si certains caractères inhérents à la patiente peuvent laisser présager de l'apparition d'effets indésirables.

L'objectif final sera d'éclairer les professionnels concernant cette méthode de contraception, d'améliorer l'information délivrée aux patientes ainsi que le suivi des femmes porteuses d'un implant et particulièrement celles présentant des effets indésirables.

4. METHODOLOGIE

4.1 Les moyens de l'étude : l'enquête auprès des femmes

Notre enquête repose sur une étude prospective, multicentrique par questionnaire destiné aux patientes porteuses d'un implant depuis 6 mois. L'enquête s'est déroulée dans 3 maternités : Le CH du Belvédère (niveau II), dans les centres de planification du CHU de Rouen (niveau III) et du CH Havre (niveau III) ainsi qu'au centre médico-social Flaubert du Havre. Les patientes s'étant fait poser un implant dans ces centres ont été recontactées à 6 mois.

4.2 Les démarches

Les patientes ont été recontactées par téléphone 6 mois après la pose d'un implant contraceptif. Pour les maternités du CH du Havre, du CHU de Rouen et du centre médico-social Flaubert, les patientes avaient été prévenues de notre enquête auparavant par la sage-femme du centre concerné.

Initialement nous souhaitions effectuer une enquête prospective en recontactant les mêmes patientes à 1 mois, 3 mois et 6 mois afin d'étudier l'évolution des effets indésirables au cours des premiers mois après la pose d'un implant contraceptif. Mais les délais étaient finalement trop courts pour réaliser l'enquête de cette façon.

Nous avons donc recontacté des femmes déjà porteuses d'un implant depuis 6 mois, période déterminante du point de vue des effets indésirables. En effet, on conseille souvent aux femmes d'attendre la fin des 6 premiers mois pour que les premiers effets indésirables qui peuvent apparaître sous implant se régularisent. Il était donc intéressant de faire un bilan à 6 mois. Nous souhaitions particulièrement connaître la proportion de femmes retirant l'implant de manière si précoce et les raisons de ce retrait.

Cependant, notre enquête n'étant qu'une photographie à un instant « t » de la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'implant, nous avons souhaité ajouter aux

femmes ayant déjà retiré leur implant, celles femmes envisageant de le faire à 6 mois et qui seront donc probablement, elles aussi, amenées à retirer leur implant de manière précoce.

Pour cela, dans nos tests statistiques, nous avons comparé les femmes portant toujours leur implant et n'envisageant pas de le retirer à celles ayant déjà retiré leur implant ou envisageant de le faire à 6 mois.

L'enquête s'est déroulée du 15 novembre 2012 au 31 janvier 2013 et s'est donc intéressée aux patientes à qui un implant avait été posé entre mai et juillet 2012.

Au total, 138 patientes ont été incluses dans l'étude : 57 au CHU, 40 au CH du Belvédère, 27 au CH du Havre et 14 au CMS Flaubert. 94 patientes ont été contactées par téléphone (27 changements de numéro, 17 patientes restant injoignables). Au final, 85 questionnaires ont été exploitables (5 patientes parlant peu le français, 3 patientes sous tutelle, 1 questionnaire aux réponses non exploitables). Soit un taux de retour global de 61,6% : 59,6% au CHU, 62,5% au CH du Belvédère, 70,4% au CH du Havre et 50% au CMS Flaubert. Les patientes ont été relancées par au moins trois appels et messages laissés sur leur répondeur. Ces relances téléphoniques n'ont pas permis d'obtenir plus de questionnaires.

4.3 Le questionnaire auprès des femmes (annexe 1)

L'enquête s'est faite par téléphone. Le questionnaire devait être rapide afin d'être le plus acceptable possible pour les patientes. Il était composé de 29 questions organisées en plusieurs parties avec 18 questions fermées, 4 questions à choix multiples et 8 questions ouvertes. Le questionnaire ne prenait ainsi que 5 minutes. Rappeler les femmes après 6 mois leur a également permis de soumettre, à leur tour, les questions qu'elles avaient sur leur contraception.

Faire les questionnaires directement aux femmes a également pu permettre de préciser certaines questions si elles étaient mal comprises par la patiente ; ainsi la quasi totalité des réponses a été exploitable.

En ce qui concerne les questions ouvertes, nous avons également pu faire préciser leurs réponses aux femmes et distinguer plusieurs catégories de réponses

pour une question.

▲ La première partie s'intéresse à la satisfaction globale de la patiente vis-à-vis de l'implant (a-t-elle déjà ou envisage-t-elle de retirer son implant et pourquoi, quel est son degré de satisfaction globale, le conseillerait-elle à une amie)

▲ La deuxième partie cherche à savoir par quel biais la patiente a connu l'implant et ce qui lui a donné envie de l'essayer

▲ La troisième partie s'intéresse à la présence ou non d'effets indésirables chez la patiente en détaillant le profil des saignements, la variation de poids, l'acné et les mastodynies. Nous interrogeons en parallèle la patiente sur l'information qu'elle a reçue concernant ces effets indésirables.

Une question ouverte laisse la femme s'exprimer sur d'autres effets indésirables.

Après le 30ème questionnaire, il nous a semblé intéressant d'ajouter une question directe concernant les troubles de la vie sexuelle que les femmes n'auraient peut-être pas abordé spontanément à l'occasion de cette question ouverte.

Pour finir, nous souhaitons savoir si la femme est satisfaite de l'information qu'elle a reçue sur l'implant et laissons ensuite une question complètement ouverte pour lui laisser la parole.

▲ La quatrième partie permet de dresser le profil de la patiente : âge, profession, parité et gestité (la question du poids et de la taille ayant été posée dans les questions sur la variation de poids).

4.4 Les tests statistiques

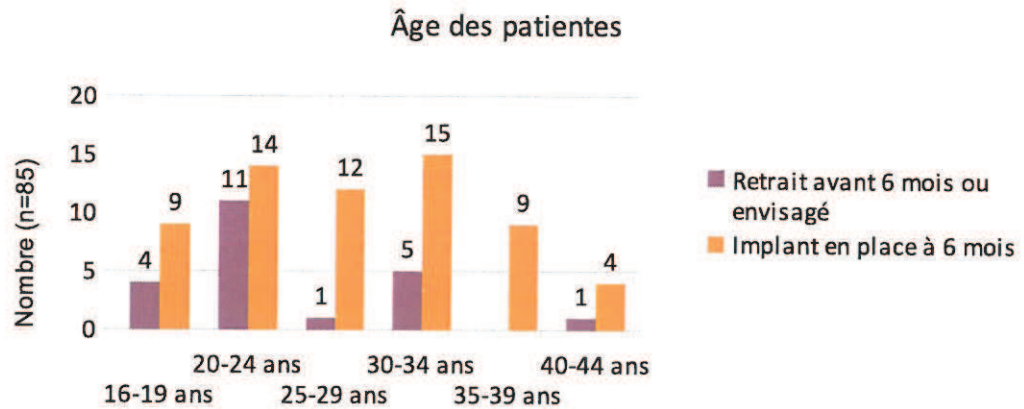
L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel stata 7.0. Pour comparer les groupes de femmes entre eux, nous avons utilisé le test du Chi2 et le test exact de Fisher lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5. Le seuil de significativité pris en compte est inférieur à 0,05.

La représentation graphique des résultats a été réalisée par le logiciel Open Office 3.3.

5. RESULTATS DE L'ENQUETE

5.1 A propos de la population

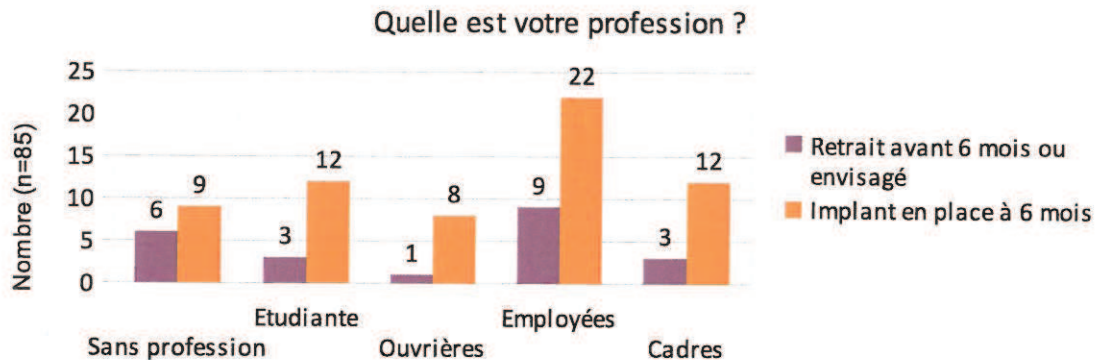
- Groupes d'âges



Nous constatons que le groupe de femmes le plus représenté est celui des 20-24 ans.

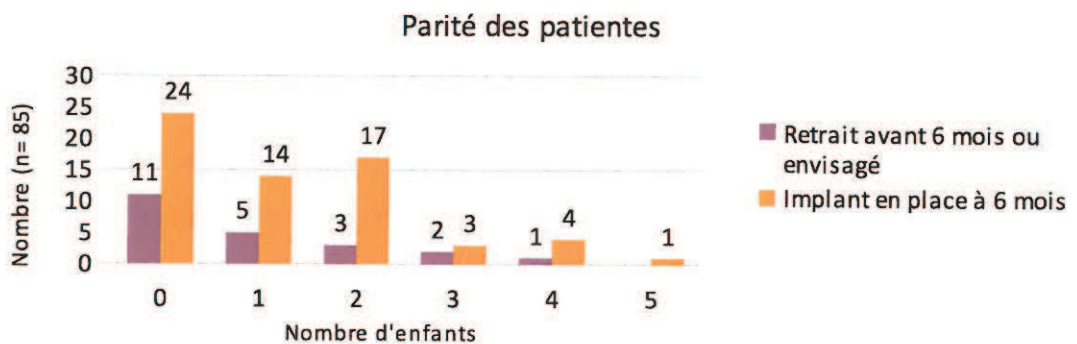
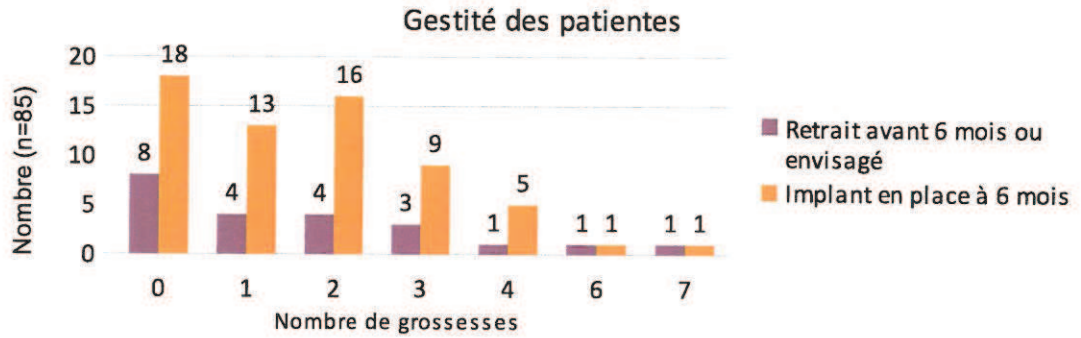
La moyenne d'âge est de 27,2 ans, la médiane est de 26 ans. La patiente la plus jeune est âgée de 16 ans et la plus âgée a 44 ans ; l'étendue est de 28.

- Catégorie socio-professionnelle



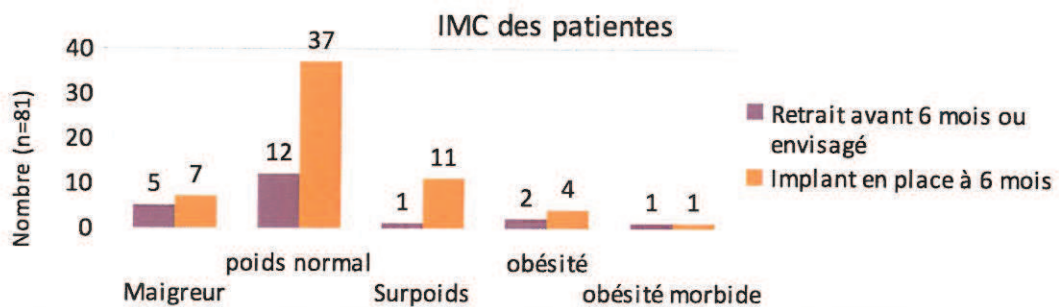
La classe la plus représentée est celle des employées (36% des patientes interrogées). Suivent les femmes exerçant une profession dite qualifiée (24% des patientes interrogées). Les étudiantes ou élèves représentent 18% tout comme les femmes sans profession et les cadres. Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre la catégorie socio-professionnelle et le fait de retirer son implant de manière précoce.

- **Gestité et parité des patientes**



Il n'existe pas de dépendance entre la parité ou la gestité et le fait de retirer son implant avant 6 mois ou de l'envisager d'après le test de Fisher ($p > 5\%$).

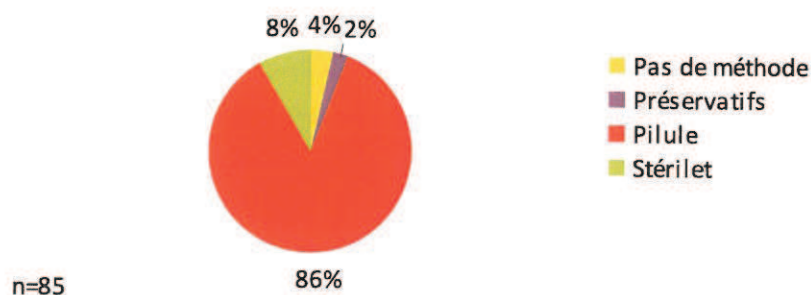
- **Indices de masse corporelle**



Il n'existe pas de dépendance entre l'indice de masse corporelle et le fait de retirer son implant avant 6 mois ou de l'envisager d'après le test de Fisher ($p > 5\%$).

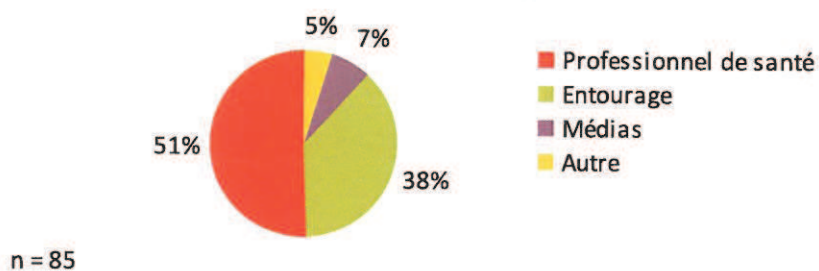
5.2 Trajectoire contraceptive des femmes

Quel moyen de contraception utilisiez-vous auparavant ?



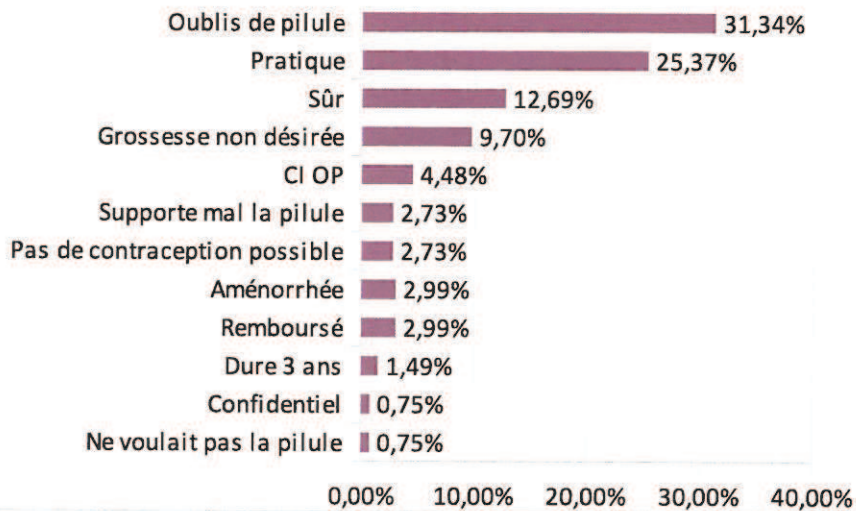
On retrouve une part très importante de femmes utilisatrices de pilule. Parmi les femmes interrogées, seulement 2 femmes utilisaient le préservatif et 3 n'utilisaient aucune méthode de contraception.

Comment avez-vous connu l'implant ?



Plus de la moitié des femmes ont connu l'implant par le biais d'un professionnel de santé. Il existe également une part importante des femmes ayant entendu parler de l'implant par leur entourage.

Pourquoi avez-vous souhaité essayer l'implant ?



Cette question était ouverte, il y a en moyenne 1,57 réponse par femme.

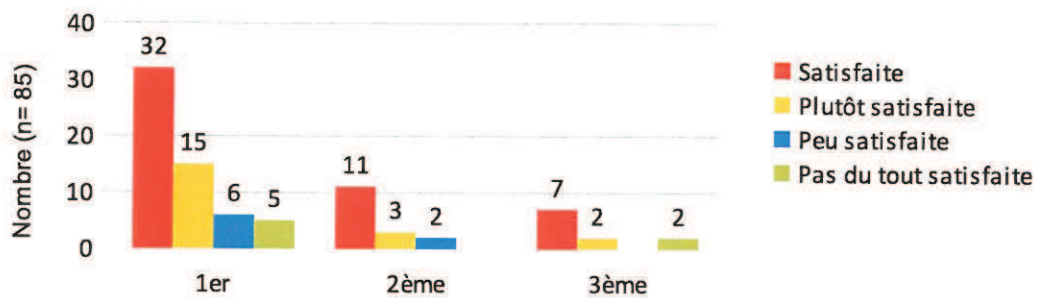
Pour près d'un tiers des femmes interrogées, l'implant est une contraception de seconde intention après la pilule pour laquelle elles ont rencontré des défauts d'observance.

Au final, 80% des femmes s'orientent vers l'implant car elles le voient comme une méthode sûre et qui ne demande pas d'investissement particulier du point de vue de l'observance, 1 femme sur 10 a choisi l'implant suite à une grossesse non désirée.

Seules 4,48% des femmes ont fait poser un implant en raison d'une contre-indication aux estroprogestatifs.

4 des femmes interrogées ont vu le fait qu'il soit remboursé comme un critère de choix.

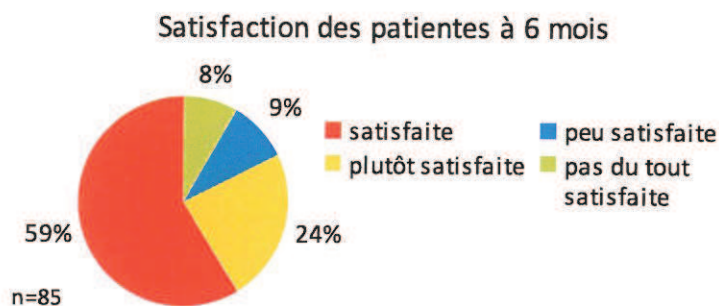
Est-ce votre premier implant ?



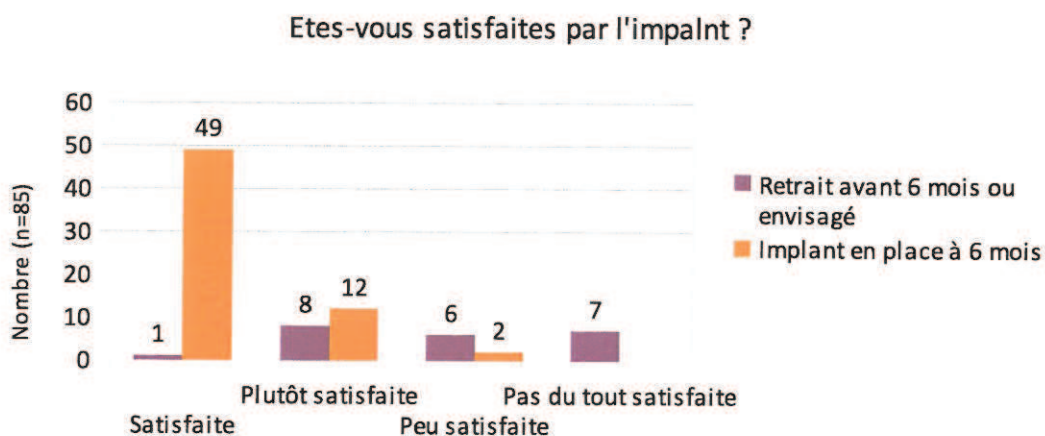
68% des femmes (58 femmes) interrogées se sont fait poser leur premier implant, 19% un deuxième implant et 13% un troisième.

Il n'existe pas de lien significatif entre le nombre d'implants que la femme a déjà eu et sa satisfaction vis-à-vis de celui-ci ($p > 5\%$).

5.3 Satisfaction des patientes

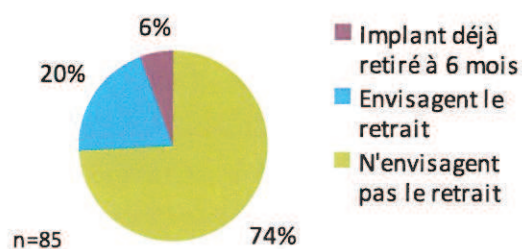


83% des femmes interrogées se disent « satisfaites » ou « plutôt satisfaites » et 17% des femmes se disent « peu satisfaites » ou « pas du tout satisfaites ».



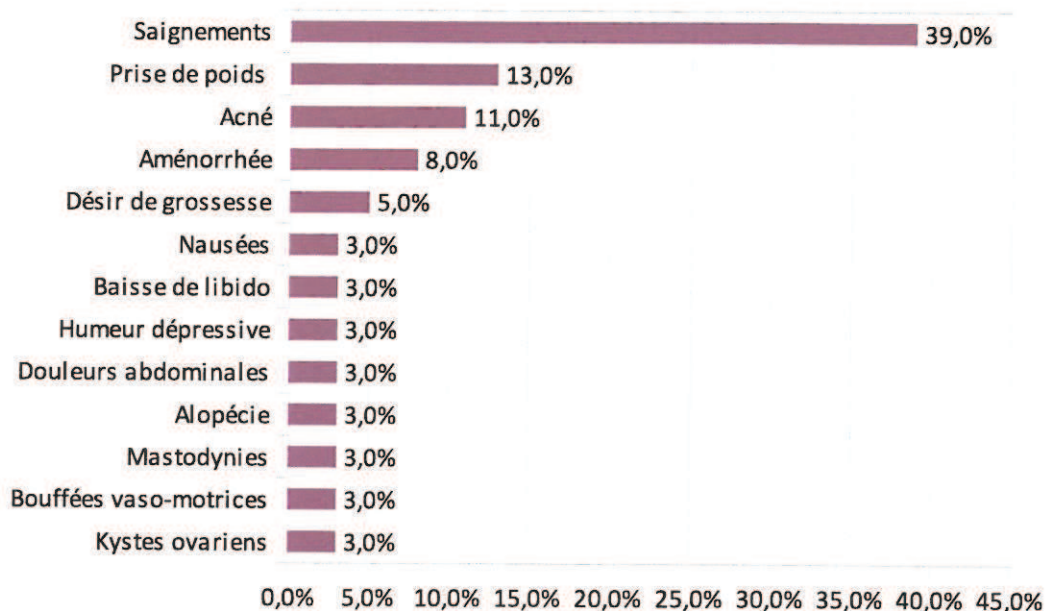
Il existe un lien significatif entre la satisfaction des patientes à 6 mois et le fait de retirer son implant avant 6 mois ou de l'envisager d'après le test de Fisher ($p < 5\%$). Les femmes peu ou pas satisfaites ont plus tendance à retirer leur implant de manière précoce ou à envisager de le faire à 6 mois.

Envisagez-vous de retirer votre implant ?



26% des femmes (22 parmi les femmes interrogées) ont déjà retiré leur implant à 6 mois ou envisagent de le faire.

Pourquoi avez-vous retiré ou envisagez-vous de retirer votre implant ?



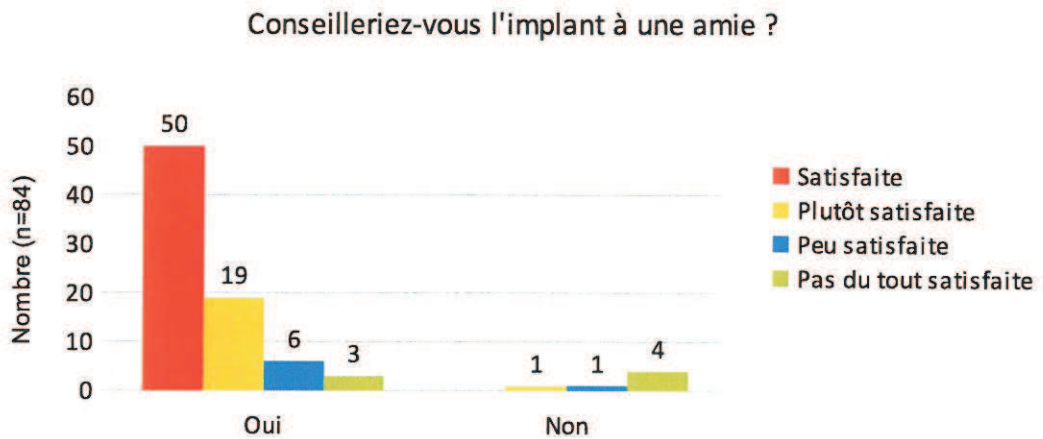
Cette question était ouverte, il y a 1,6 réponse par femme.

Les femmes qui, à 6 mois, ont déjà retiré leur implant ou envisagent de le faire évoquent pour raison principale des saignements fréquents, prolongés, abondants ou irréguliers (39% des femmes interrogées). La prise de poids est retrouvée dans 13% des cas, l'acné 11% et l'absence de saignements est évoquée dans 11% des cas. 2 femmes souhaitent retirer leur implant pour désir de grossesse.

Parmi les 5 femmes ayant déjà retiré leur implant à 6 mois, 4 l'ont fait en raison de saignements prolongés, fréquents ou abondants et 1 en raison d'une prise de poids (+4kg).



A 6 mois, 78 (93%) des femmes interrogées conseilleraient l'implant à une amie.



Les femmes qui ne conseillent pas l'implant sont significativement moins satisfaites par ce dernier ($p < 5\%$).



Cette question était ouverte, il y a 1,7 réponse par femme. Cette question nous a permis de mettre en avant les avantages que les femmes appréciaient dans ce moyen de contraception.

Elles mettent en premier lieu en avant le côté pratique de l'implant auquel s'ajoutent les 11,9% de femmes pensant que l'implant est une « tranquillité d'esprit » contrairement à d'autres moyens de contraception nécessitant une observance quotidienne.

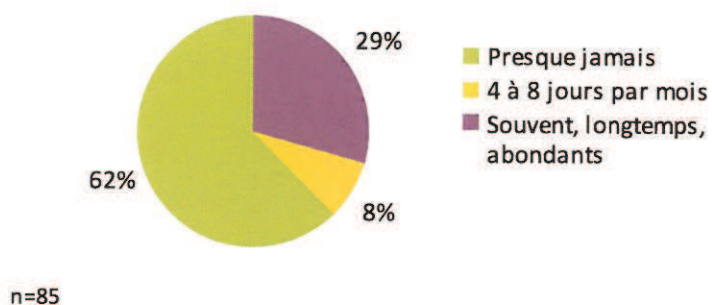
9% des femmes évoquent l'aménorrhée comme un des avantages de cette contraception.

6,7% des femmes sont conscientes que la tolérance à l'implant est variable entre les femmes. Ainsi, certaines femmes se disant insatisfaites par ce mode de contraception pourront tout de même être amenées à le conseiller autour d'elles.

5.4 Effets indésirables

- Profil des saignements

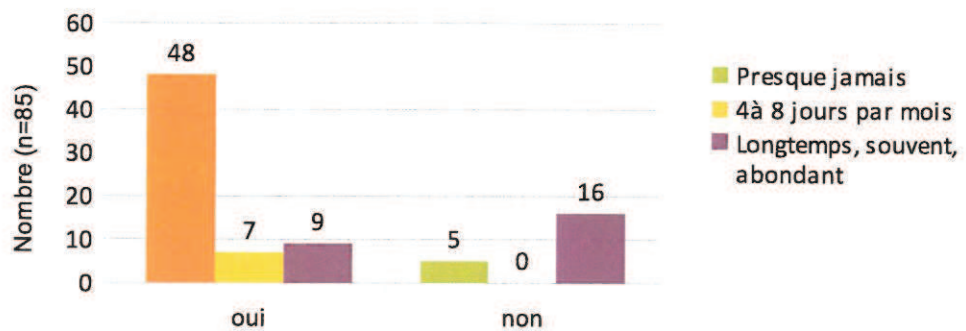
Fréquence des saignements à 6 mois



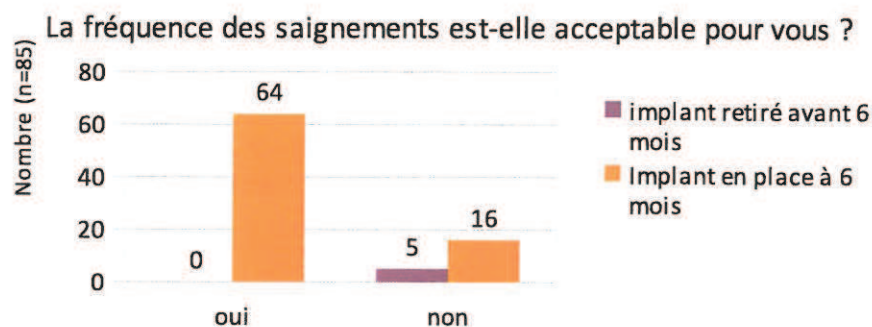
A 6 mois, 62% des femmes interrogées sont en aménorrhée ou n'ont presque pas eu de saignements depuis la pose.

29% d'entre elles ont des saignements fréquents, prolongés ou abondants. La part des femmes ayant un profil de saignements s'apparentant à ceux d'un cycle menstruel normal est minoritaire (8%).

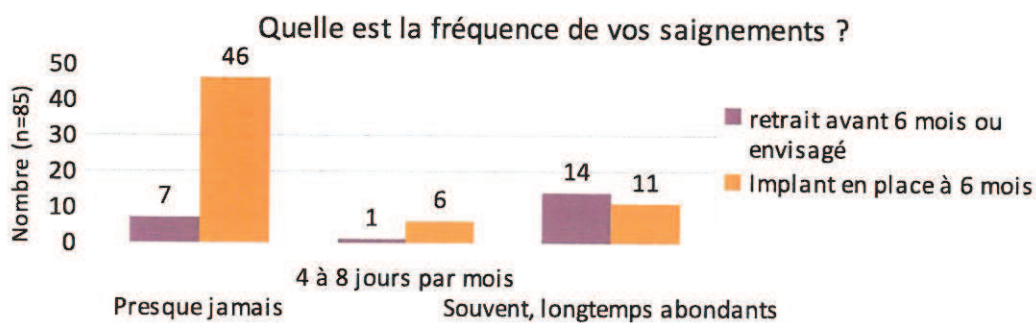
La fréquence des saignements est-elle acceptable pour vous ?



Il existe une dépendance significative entre la fréquence des saignements et la tolérance de la patiente à ces derniers ($p < 5\%$). Les femmes acceptent moins des saignements fréquents, prolongés ou abondants. Les femmes en aménorrhée à 6 mois, jugent en majorité l'absence de saignements comme acceptable (91% des femmes en aménorrhée), seuls 9% de ces dernières jugent l'aménorrhée comme non acceptable.



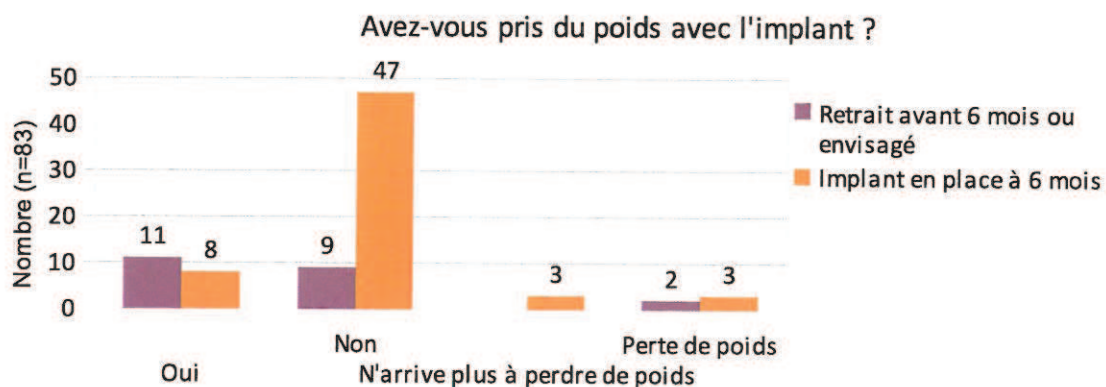
Les femmes jugeant la fréquence de leurs saignements comme « non acceptable » retirent significativement plus leur implant de manière précoce que les femmes jugeant leurs saignements acceptables ($p < 5\%$).



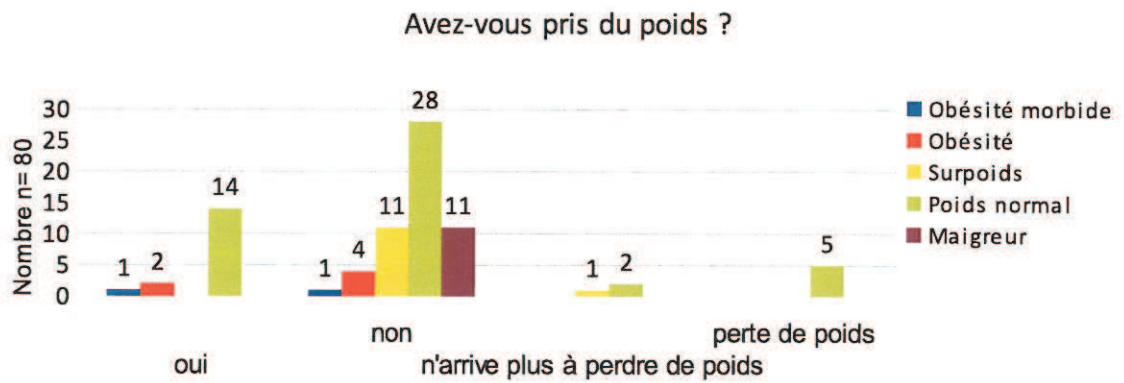
Les femmes présentant des saignements prolongés, fréquents ou abondants ont significativement plus tendance à retirer leur implant de manière précoce ou à l'envisager que les autres ($p < 5\%$).

56% des femmes présentant ce type de saignements ont déjà retiré leur implant à 6 mois ou l'envisagent. Pour les femmes en aménorrhée, ce chiffre est de 13% et de 14% chez les femmes ayant un profil de saignements proche de celui d'un cycle menstruel normal.

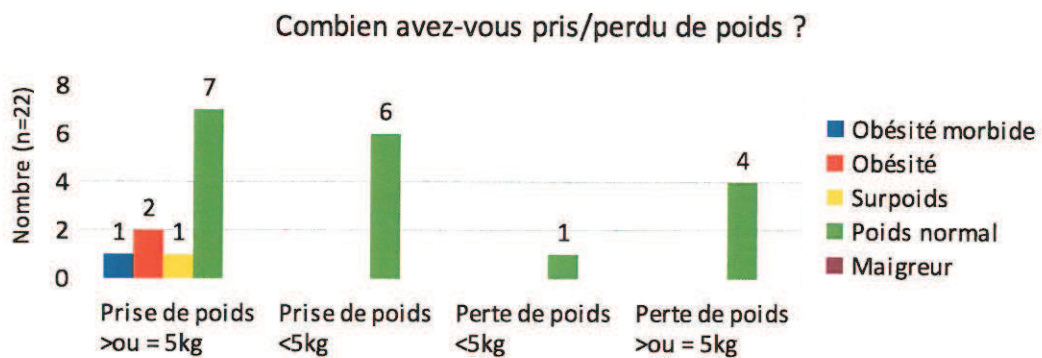
- **Variations de poids**



Il existe un lien significatif entre la prise de poids et le retrait précoce de l'implant ($p < 0,5$). Les femmes qui n'ont pas eu de variations de poids avec l'implant retirent significativement moins leur implant de manière précoce que les autres ($p < 5\%$).



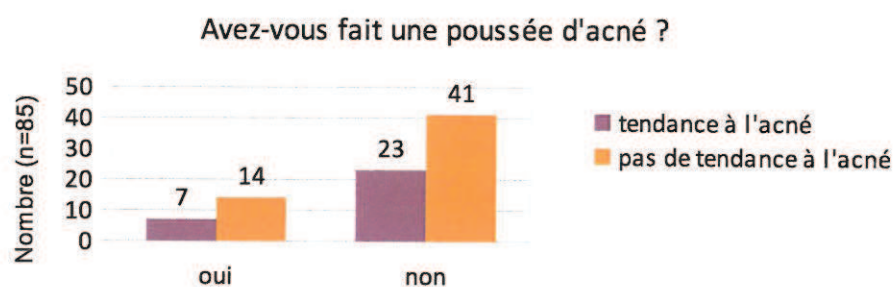
Il n'existe pas de lien significatif entre l'IMC de départ et la variation de poids. Aucune des femmes ayant un IMC<20 n'a pris ou perdu de poids.



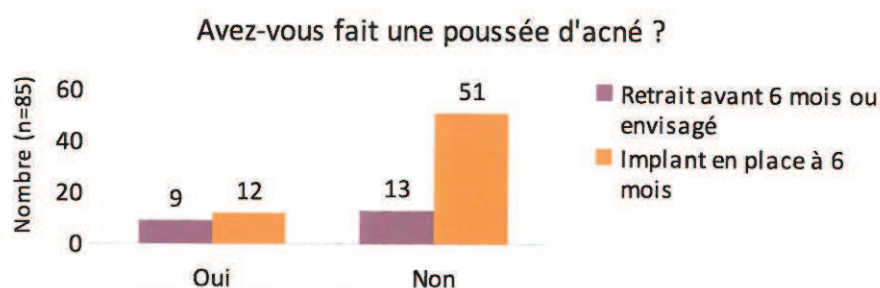
Dans les variations de poids qui concernent 26% des patientes, la prise de poids >5kg est la plus souvent rencontrée (50% des patientes ayant eu une variation de poids et 13% des femmes interrogées au total).

Il n'existe pas de lien significatif entre l'IMC de départ et l'importance de la prise ou perte de poids ($p>0,5$).

- **Acné**

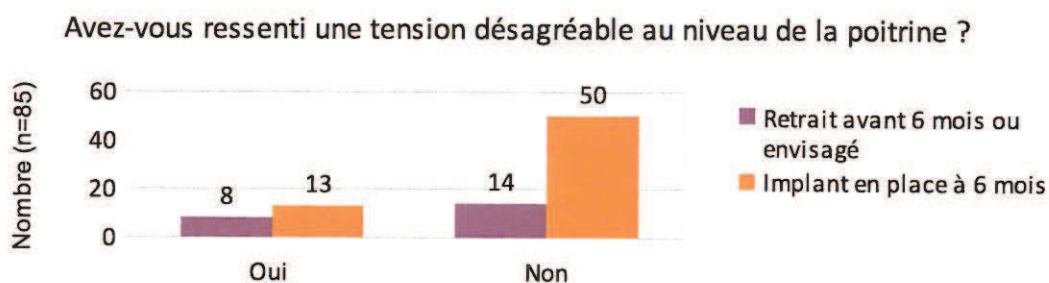


25% des femmes interrogées ont fait une poussée d'acné. Les femmes ayant tendance à l'acné ne font pas significativement plus de poussées d'acné que les autres ($p > 5\%$).



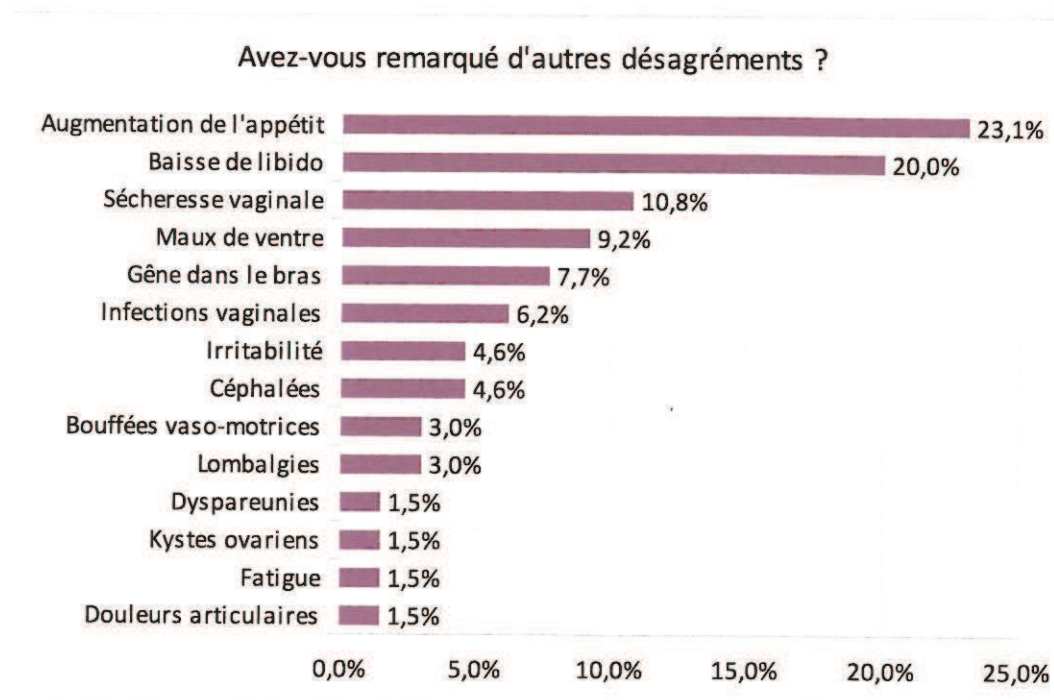
Les femmes qui ont fait une poussée d'acné avec l'implant ne retirent pas plus leur implant de manière précoce que les autres.

- **Mastodynies**



Il n'existe pas de lien significatif entre la présence de mastodynies à 6 mois et le retrait précoce de l'implant.

- **Autres effets indésirables**

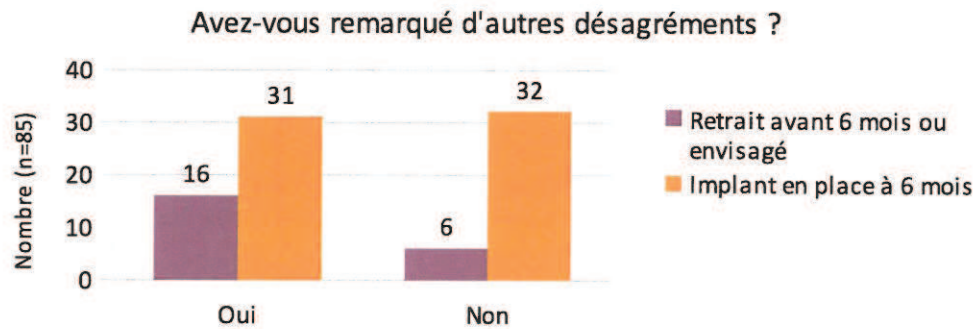


Cette question était ouverte (ajout d'une question fermée concernant la baisse de libido et sensation de sécheresse vaginale au 31ème questionnaire). 55% des femmes interrogées ont signalé un ou plusieurs autres désagréments.

Il y a en moyenne, 1,5 réponse par femme ayant rencontré d'autres désagréments.

Les effets indésirables les plus fréquents recensés sont :

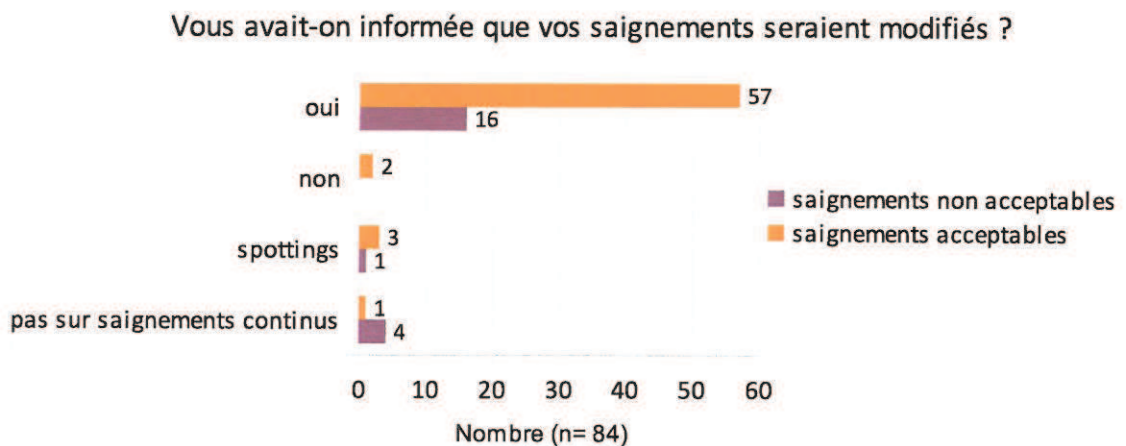
- ▲ Une augmentation de l'appétit pour 15 femmes (soit 18% des femmes interrogées)
- ▲ Une baisse de libido pour 13 femmes (15% des femmes interrogées)
- ▲ Une sécheresse vaginale pour 7 femmes (8% des femmes interrogées)
- ▲ Des douleurs abdominales pour 6 femmes (7% des femmes interrogées)
- ▲ Une gêne dans le bras pour 5 femmes (6% des femmes interrogées)



Il n'existe pas de lien significatif entre la survenue d'autres effets indésirables et le fait de retirer l'implant de manière précoce ou de l'envisager ($p > 0,5$).

5.5 Information reçue par les patientes

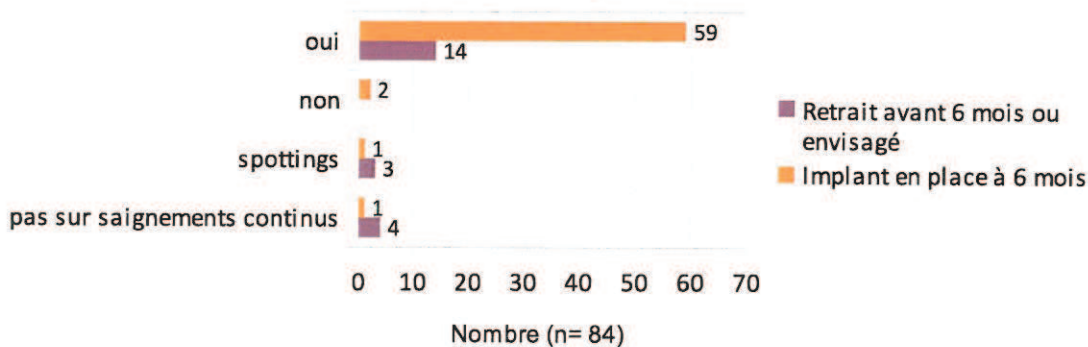
- **Sur la modification du profil des saignements**



86,9% des femmes avaient été informées que leur cycle pourrait être perturbé dans le sens d'une aménorrhée tout comme dans celui de saignements plus fréquents que la normale. 6% des femmes avaient été informées de la possibilité d'aménorrhée et de spottings mais ne savaient pas qu'il existait une possibilité de saignements continus, 4,8% n'ont été informées que de la possibilité de spottings et 2,4% des femmes n'ont reçu aucune information concernant la modification des règles.

Il existe un lien significatif entre l'information reçue sur la modification des saignements et le fait que ces derniers soient plus moins bien acceptés par la patiente ($p > 5\%$)

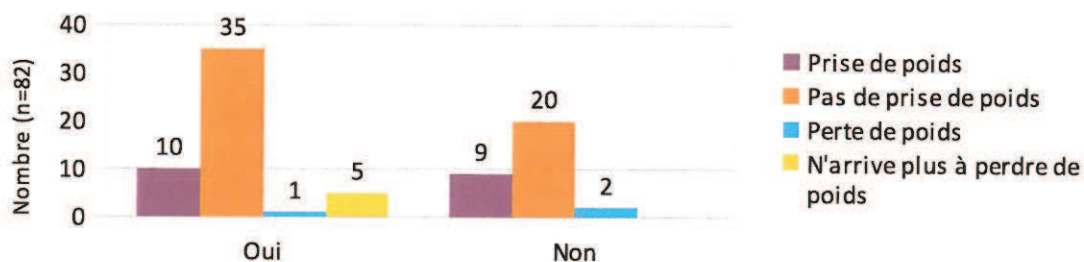
Vous avait-on informée que vos saignements seraient modifiés ?



Les femmes ayant reçu une information complète sur la modification de leurs saignements retirent moins ou envisagent moins de le faire à 6 mois de manière significative ($p < 5\%$).

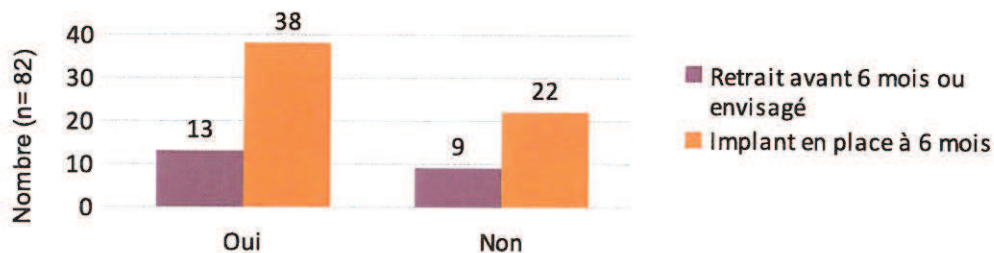
- **Sur la prise de poids**

Vous avait-on informée d'une possible prise de poids ?



38% des femmes interrogées n'ont pas été informées d'une possibilité de prise de poids. Ces femmes n'ont pas eu plus tendance à prendre de poids que les autres ($p > 5\%$).

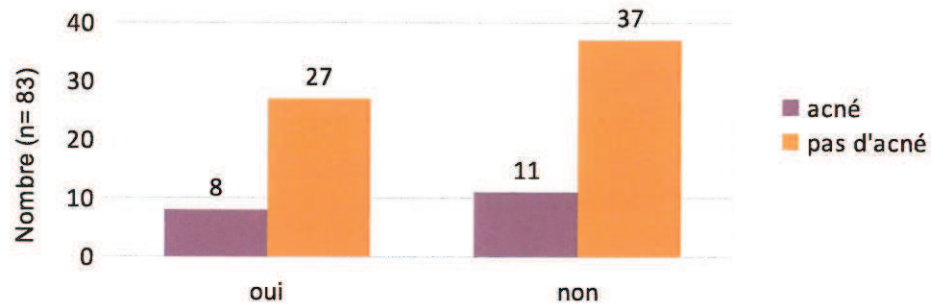
Vous avait-on informée d'une possible prise de poids ?



Les femmes qui n'ont pas reçu d'information sur la prise de poids ne retirent pas plus leur implant de manière précoce ou n'envisagent pas de le faire à 6 mois ($p>5\%$).

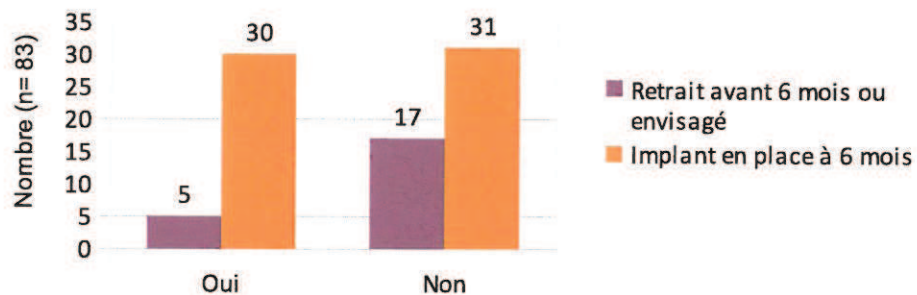
- **Sur l'acné**

Vous avait-on informée qu'une poussée d'acné était possible ?



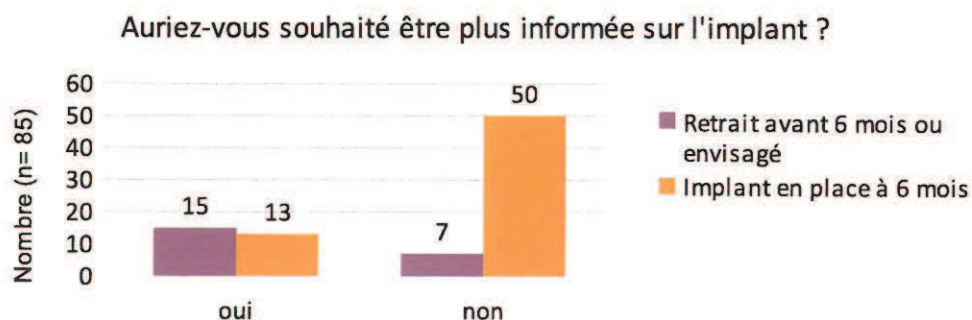
57,8% des femmes interrogées n'avaient pas été informées d'une possibilité d'acné avec l'implant. Ces femmes n'ont pas eu plus tendance à faire de l'acné avec l'implant que les autres ($p>5\%$).

Vous avait-on informée qu'une poussée d'acné était possible ?

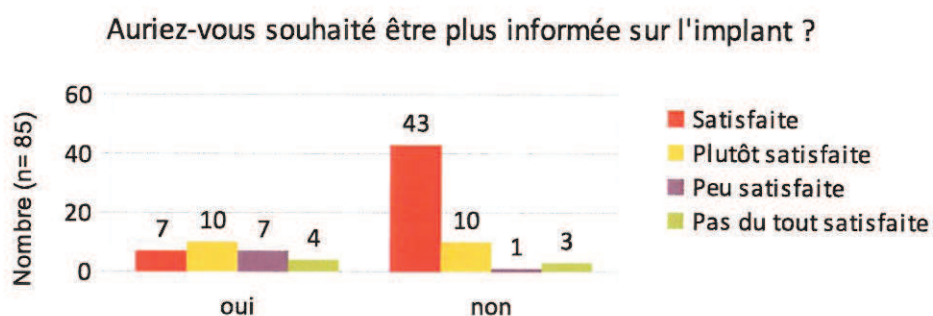


De manière faiblement significative ($p<5\%$), les femmes n'ayant pas été informées de la possibilité d'acné ont plus tendance à retirer leur implant avant 6 mois ou à envisager de le faire que les femmes en ayant été informées.

- **L'information en général**



33% des femmes interrogées auraient souhaité être plus informées sur l'implant. Les femmes estimant avoir été bien informées ont moins tendance à retirer leur implant de manière précoce ou à l'envisager à 6 mois de manière significative ($p < 5\%$).



Les femmes estimant avoir été bien informées sur l'implant sont significativement plus satisfaites que celles qui auraient souhaité plus d'informations.

DISCUSSION

1. LA METHODOLOGIE CHOISIE

1.1 Points faibles de l'étude

Notre étude ne comporte qu'un petit nombre de questionnaires. Sur 138 femmes incluses nous n'avons pu recueillir que 85 questionnaires exploitables. Le taux de réponse est de 61,6%. La perte principale est due aux changements de numéros des patientes et au fait que certaines soient restées injoignables. Si nous avions pu informer les patientes de notre enquête au moment de la pose de l'implant, certaines auraient sans doute recontacté le centre concerné en cas de changement de numéro.

Les informations que nous avons pu rechercher dans les dossiers des patientes étaient parfois incomplètes (poids initial, gestité, parité..). A 6 mois les patientes ne se rappelaient pas toujours de leur poids initial ou de l'information reçue au moment de la pose de l'implant.

Ainsi dans notre enquête, la question de la variation de poids est difficilement interprétable car nous savons qu'il est probable qu'un certain nombre de femmes n'ait pas osé donner leur poids réel étant donné les tabous qui existent tant sur les questions de grande maigreur que d'obésité.

La question aurait été plus pertinente si nous avions revu la patiente à 6 mois pour un entretien au cours duquel nous lui aurions demandé de se peser.

Nous n'avons pas inclus les réponses des femmes ayant des doutes sur ces questions (concernant le poids et l'information reçue).

En ce qui concerne le profil des saignements, nous aurions dû ajouter un item concernant les saignements irréguliers car il a parfois été difficile de classer le profil des saignements parmi les 3 catégories que nous proposons.

Il existe un biais de recrutement du fait qu'une grande majorité de notre population provienne de centres de planification (70%). Ainsi, notre population est plutôt jeune (médiane des âges à 26 ans), la catégorie des élèves et étudiantes est ainsi probablement surreprésentée (18% des femmes interrogées) ce qui ne reflète pas la population générale. Les nulligestes et nullipares sont également surreprésentées.

1.2 Les points forts de l'étude

Aucune équivalente s'intéressant aux facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise tolérance et l'information reçue par les patientes sur les effets indésirables n'avait été effectuée.

Le caractère prospectif de l'étude constitue sa principale force, assurant ainsi une actualisation des résultats concernant le profil des patientes, le taux de satisfaction et de retraits précoces.

Le fait que l'enquête ait été par téléphone nous a permis de préciser les questions aux patientes qui ne les avaient pas bien comprises.

2. FACTEURS PREDICTIFS DE BONNE OU MAUVAISE TOLERANCE

Notre première hypothèse était que l'on pouvait retrouver des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise tolérance chez les patientes. Ainsi nous avons étudié le taux de retrait en fonction de certaines caractéristiques des patientes (âge, indice de masse corporelle de départ, gestité, parité et le contexte socio économique).

L'implant semble attirer particulièrement les femmes jeunes puisque 83,5% des femmes interrogées ont moins de 35 ans et la médiane d'âge est de 26 ans. Dans une étude américain portant sur 522 femmes porteuses d'un implant contraceptif [23], la médiane des âges est de 23,2 ans. Ces résultats sont proches et contredisent le biais que nous craignons concernant la surreprésentativité des femmes jeunes.

D'après une enquête de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) de 2010, ce sont en effet les femmes de 20 à 34 ans qui sont les plus grandes utilisatrices de « nouvelles méthodes hormonales » (implant, patch et anneau).

Dans notre étude, 68% des femmes ayant retiré leur implant ou l'envisageant à 6 mois ont moins de 25 ans.

Ces femmes sont d'anciennes utilisatrices de pilule pour 89% d'entre elles (86%

pour l'ensemble des patientes interrogées). La part d'utilisation de la pilule contraceptive est plus importante que dans la population générale (39% chez les femmes de 15-44 ans, 78% des 18-19 ans chez qui son utilisation est la plus élevée).

Ainsi, 75% des femmes de moins de 25 ans de notre étude ont opté pour l'implant en raison d'oublis de pilule et 42% ont déjà eu une grossesse sous contraception (62% chez les moins de 20 ans et dans l'ensemble de l'étude : 9,7% des femmes ont souhaité essayer l'implant suite à une grossesse non désirée). Ces jeunes femmes sont à la recherche d'une méthode efficace et peu contraignante. D'ailleurs, toutes celles qui conseilleraient l'implant à une amie lui trouvent l'avantage d'être pratique et/ou sûr. Ces critères rentrent en compte dans le choix d'une population de femmes (80% des femmes interrogées) qui ne souhaitent pas rythmer leur quotidien par la prise d'un comprimé ou les contraintes d'une contraception mécanique. Il s'agit là d'un critère de bien-être, de tranquillité qui se retrouve tout à fait dans les critères de satisfaction.

C'est parmi les femmes de moins de 20 ans que la proportion de retraits à 6 mois est la plus importante : 40% des patientes ayant retiré leur implant à 6 mois ont moins de 20 ans.

On peut supposer que ces jeunes filles, ayant choisi cette méthode par défaut en raisons d'oublis de pilule, étaient peut-être moins motivées concernant l'implant et ont plus tendance à le retirer facilement devant l'apparition d'effets indésirables.

Les femmes de moins de 20 ans sont plus susceptibles de mal connaître leur corps et les changements occasionnés sur leur cycle par exemple peuvent être mal supportés voire occasionner des peurs. Chez ces jeunes filles il faudra donc être particulièrement vigilants sur l'information donnée de manière à être sûrs qu'elles choisissent l'implant et qu'elles adhèrent à ce mode de contraception en ayant parfaitement conscience de ses effets indésirables.

De plus, à l'âge du début de la sexualité les conversations concernant la contraception sont fréquentes. Les principaux interlocuteurs sont souvent des proches (amies, famille..) en effet, 72% de ces jeunes filles ont d'abord entendu parler de l'implant par un membre de leur entourage. La satisfaction de cette tranche d'âge vis-

à-vis de l'implant paraît donc particulièrement importante pour son image, souvent mauvaise aux yeux des jeunes femmes.

Concernant les autres paramètres étudiés nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre les critères et les taux d'abandon précoce.

Néanmoins, nous avons remarqué que c'est chez les femmes sans profession que l'on retrouve la proportion de retraits précoces ou envisagés à 6 mois la plus importante. En effet, 66,7% des femmes sans profession envisagent le retrait de l'implant à 6 mois et 60% des femmes ayant retiré leur implant de manière précoce sont sans profession. 53% estiment ne pas avoir été bien informées sur les effets indésirables de l'implant.

Concernant l'indice de masse corporelle (IMC) : dans notre étude, 75% des femmes ont un $IMC < 25$. D'après l'étude Ob-Epi de 2009, ce chiffre est de 83% chez les 18-24 ans et de 64% chez les femmes de 25 à 34 ans qui constituent la majorité de notre population. Les chiffres de notre enquête sont également similaires à ceux de l'étude Ob-Epi en ce qui concerne le surpoids et l'obésité.

Si l'on compare nos chiffres à ceux de la population générale dans les catégories d'âges qui nous concernent dans cette étude, on peut dire qu'il n'existe à priori pas de recrutement préférentiel des patientes en fonction de leur indice de masse corporelle, on aurait pu penser à une proportion moins importante des femmes obèses étant donnée la possibilité de prise de poids supplémentaire avec l'implant.

En ce qui concerne la fréquence des variations de poids, il faut bien sûr rappeler qu'elles ne peuvent jamais être uniquement corrélées à une contraception mais relèvent en général de facteurs multiples (activité physique, alimentation, arrêt du tabac...). C'est pour cela que nous posons une question supplémentaire aux femmes afin de savoir si elles avaient changé certaines de leurs habitudes qui pourraient être la raison d'une prise de poids.

Cependant, nous retrouvons des chiffres proches de ceux retrouvés dans la littérature. En effet la prise de poids est un effet secondaire très fréquent (présent chez

plus d'une femme sur 10). Dans notre étude, elle concerne 13% des femmes interrogées au total. 65% des prises de poids sont supérieures à 5 kg (soit 13% des femmes interrogées). Dans la littérature, on retrouve une prise de poids >5 kg chez 7,5% des patientes. 3 femmes ont également déclaré ne plus réussir à perdre de poids malgré leurs efforts.

Les femmes qui ont pris du poids ont plus tendance à retirer leur implant de manière précoce ou à l'envisager. Cependant, parmi les femmes qui ont pris du poids, 1 seule a retiré son implant à 6 mois.

Parmi les femmes qui envisagent de retirer leur implant à 6 mois, 13% évoquent un lien avec une prise de poids.

On peut en effet comprendre que les femmes supportent mal cette prise de poids. Le principe de contraception en lui-même repose sur la maîtrise de sa fécondité et donc de son corps. L'image que l'on renvoie aux autres est très importante et la maîtrise de son poids en représente une grande partie. On comprend bien que voir son image changer malgré soi peut s'avérer être compliqué à supporter pour certaines femmes prenant du poids avec l'implant. Cette constatation est cependant la même pour d'autres contraceptions.

Une perte de poids a été énoncée par 6% des femmes interrogées ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature. Aucune des femmes interrogées n'a retiré son implant ou ne l'a envisagé pour cette raison.

C'est chez les femmes ayant un poids dit « normal » ou chez les femmes en surpoids que les taux de retraits effectifs ou envisagés à 6 mois sont les plus bas.

50% des femmes ayant un IMC>30 envisagent de retirer leur implant à 6 mois, dont une pour désir de grossesse, une autre pour prise de poids et une en raison de saignements continus. Ces 3 femmes ont toutes eu une prise de poids supérieure à 5kg.

3. INFORMATION RECUE ET SATISFACTION DES PATIENTES

Notre deuxième hypothèse était que l'information reçue initialement sur les effets indésirables à l'implant pouvait influencer la tolérance à ces derniers.

Pour cela, nous avons interrogé les femmes sur les informations qu'elles avaient reçues au départ concernant la modification des saignements, la possibilité de prise de poids, l'acné et les tensions mammaires. Des effets indésirables courant et pouvant s'avérer gênants. En fin de questionnaire, nous leur demandions également si de manière globale elles auraient souhaité être plus informées ou si elles estimaient que l'information reçue était suffisante.

Nous pensons qu'en interrogeant les femmes 6 mois après la pose de leur implant, elles pourraient éprouver des difficultés à se souvenir de l'information délivrée à ce moment. Trois femmes ne se souvenaient pas si l'information avait été délivrée ou n'étaient pas sûres d'elles concernant la possibilité de prise de poids et deux concernant la possibilité d'acné et tensions mammaires, nous n'avons pas pris ces réponses en considération.

L'information sur les effets indésirables, a été très variable en fonction des femmes.

3.1 L'information sur le profil des saignements

Au cours de notre analyse, nous avons constaté que le profil des saignements était en lien direct avec la satisfaction des patientes. En effet, la raison principale des retraits précoces est la survenue de saignements fréquents, prolongés ou abondants.

A 6 mois, 29% des femmes présentent des saignements fréquents, prolongés ou abondants. Les chiffres varient dans la littérature entre 20 et 45%.

Ils sont la raison de quatre retraits d'implants sur cinq avant 6 mois et sont

évoqués par 39% des femmes envisageant le retrait à 6 mois. 56% des femmes présentant ce profil de saignements ont retiré leur implant à 6 mois ou envisagent de le faire. En effet, une fréquence importante de saignements peut être réellement contraignante dans la vie quotidienne des femmes (travail, sport, vie sexuelle...) . Pour les femmes ayant des saignements très fréquents ou très irréguliers le stress occasionné par le côté souvent imprévu des saignements peut être comparable à celui d'une femme sous pilule ayant peur de l'oublier. Au final, le caractère pratique et efficace qui attirait la patiente au départ perd de sa valeur.

En revanche, 36% des femmes présentant des saignements fréquents, prolongés ou abondants les trouvent acceptables. Concernant ces saignements fréquents, le seuil de tolérance semble varier d'une patiente à l'autre.

Chez les femmes jugeant leurs saignements non acceptables, 76% ont toujours leur implant en place à 6 mois dont 29% n'envisageant pas de le retirer. Ainsi, bien que la fréquence des saignements soit en lien avec le souhait de retirer l'implant de manière précoce, pour une minorité de femmes le confort que représente l'implant en terme d'observance et d'efficacité semble contrebalancer une fréquence élevée de saignements.

Concernant les saignements absents ou peu fréquents, nos chiffres sont plus élevés (62% des femmes ne présentant pas ou peu de saignements) dans notre étude comparés à ceux retrouvés dans la littérature (de 24 à 33% en aménorrhée). Cela s'explique sans doute par le fait que nous n'avons pas différencié les patientes ayant des saignements peu fréquents (moins d'une fois par mois) de celles étant en totale aménorrhée depuis 6 mois.

La grande majorité des femmes ne présentant pas ou peu de saignements (91%) accepte l'absence de saignements et en est même très satisfaite. L'aménorrhée était d'ailleurs la raison pour laquelle 3% des femmes interrogées ont choisi l'implant comme moyen de contraception et pour laquelle 9% conseilleraient l'implant à un membre de leur entourage.

En revanche, 9% ne sont pas satisfaites par cette fréquence de saignements.

Ces femmes ont souvent évoqué les règles comme une « purification » et pensent pour certaines qu'il n'est « pas bon que le mauvais sang ne s'évacue pas », quelques unes ont mis en lien l'absence de règles avec la survenue de douleurs abdominales.

Bien que la majorité des femmes recherche à ne plus avoir de règles, qu'elles voient comme un handicap dans leur vie quotidienne, les règles ont encore un côté rassurant pour un certain nombre de femmes.

Cependant, seulement 1 femme sur les 53 n'ayant pas ou peu de saignements a retiré son implant à 6 mois et 6 des femmes interrogées envisagent le retrait à 6 mois. L'aménorrhée est évoquée par 9% des femmes ayant retiré leur implant ou envisageant de le faire et représente ainsi la quatrième cause de retraits précoces possibles.

On peut supposer que l'information délivrée sur le côté bénin de l'absence de saignements n'a pas été bien faite ou bien comprise par la patiente. Cependant, parmi les trois femmes souhaitant retirer leur implant en raison d'une aménorrhée, deux disent avoir été informées concernant la modification du profil des saignements.

Concernant l'information sur le profil des saignements, seules deux femmes n'ont reçu aucune information concernant la modification du profil des saignements et neuf femmes n'ont eu qu'une information partielle dont quatre n'avaient été informées que de la possibilité de spotting et cinq avaient reçu une information concernant la possibilité d'aménorrhée et de spotting mais pas de saignements fréquents, prolongés ou abondants.

On peut se demander si ce manque d'information totale ou partielle est dû à une méconnaissance de la part du professionnel s'étant entretenu avec la patiente sur cet effet indésirable et sur sa fréquence élevée, à un oubli de sa part ou bien une volonté de ne pas alarmer la patiente sur des perturbations importantes du cycle de peur qu'elle ne choisisse pas l'implant, particulièrement chez les femmes qui présentent des problèmes d'observance à leur contraception antérieure ou ayant déjà eu un grossesse non désirée et pour qui une contraception efficace telle que l'implant peut être nécessaire aux yeux d'un professionnel de santé.

Pourtant, bien que notre résultat ne soit pas significatif, nous avons pu

remarquer que les femmes qui ont reçu une information complète sur la modification du profil de leurs saignements ont plus tendance à les trouver « acceptables » et de manière significative, elles retirent moins leur implant de manière précoce comparées à celles n'ayant pas eu d'informations sur la possibilité de saignements continus.

En effet, 24% des femmes présentant des saignements prolongés, fréquents ou abondants n'avaient pas été informées de cette possibilité. On peut comprendre qu'une femme ne s'attendant pas à ce type de saignements les tolère moins et envisage de retirer son implant. Pour une femme n'étant pas informée, une fréquence élevée de saignements peut également être source d'inquiétude. Ainsi, beaucoup de femmes n'acceptant pas ce profil de saignements se sont dites « complètement dérégées ». 4 femmes sur 5 présentant des saignements fréquents, prolongés ou abondants pour lesquels elles n'avaient pas été informées ne sont pas ou peu satisfaites par l'implant et le retirent de manière précoce.

Chez les femmes présentant ce type de saignements et ayant reçu une information complète, le taux de retraits envisagés ou effectifs ne s'élève qu'à 47%.

L'information sur tous les aspects possibles de la modification du profil des saignements apparaît alors comme primordiale d'autant plus qu'elle est la principale raison des retraits précoces d'implant (80% des retraits dans notre étude).

En effet, si la patiente se fait poser un implant sans être en toute connaissance de cause sur la modification du profil des saignements, on ne peut pas savoir si elle adhèrera toujours à ce moyen de contraception en cas de saignements prolongés. Il est probable que si ces femmes avaient été totalement informées, elles n'auraient finalement pas choisi l'implant comme méthode de contraception.

3.2 L'information sur les autres effets indésirables

Nous avons été étonnés de constater que 38% des femmes n'avaient pas été informées d'une possibilité de prise de poids, effet indésirable pourtant très fréquent. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les femmes ayant reçu une information concernant la prise de poids et celles n'en ayant pas reçu.

Concernant l'acné, la majorité des femmes interrogées n'avaient pas été informées de cette possibilité bien que cet effet indésirable soit très fréquent. Il est en effet présent chez 25% des femmes interrogées dans notre étude c'est-à-dire plus que dans la littérature (11%).

Elle est évoquée par 11% des femmes envisageant de retirer leur implant mais n'apparaît pas comme le critère principal dans leur choix. Comme nous l'avons dit plus haut, l'image corporelle est très importante et l'apparition d'acné est souvent mal vécue par ces dernières qui ont l'impression de ne plus avoir le contrôle de leur image d'autant plus que les deux tiers des femmes ayant fait une poussée d'acné déclarent ne pas avoir de problèmes de peau habituellement.

Ainsi, nous retrouvons que le taux de retraits d'implants est lié de manière faiblement significative à l'information délivrée sur la possibilité d'acné. Toutes les femmes ayant fait une poussée d'acné pour laquelle elles n'avaient pas reçu d'information envisagent de retirer leur implant.

Nous avons interrogé les femmes sur d'autres effets indésirables sans leur demander l'information qu'elles avaient reçu sur ces derniers. Cependant, nous pouvons dire qu'étant donné la fréquence de certains il convient de bien informer les femmes sur ces effets indésirables :

- L'augmentation de l'appétit (18% des femmes interrogées), cette proportion est très importante mais rentre au final dans le cadre de la question « Avez-vous changé vos habitudes alimentaire ? » d'où un taux important de réponses.

- La baisse de la libido (15%) et la sécheresse vaginale (8%) sont également décrites comme très fréquentes comparées aux autres réponses. Leurs fréquences retrouvées dans la littérature sont inférieures (< 1 femme sur 10) mais il existait une question directe sur ce sujet ainsi, les femmes ont ainsi pu être amenées à faire le lien et à se poser davantage la question que si la réponse avait été spontanée. Elles n'auraient d'autant plus peut-être pas osé aborder ces questions intimes d'elles-mêmes.

La baisse de la libido est évoquée par une des femmes qui envisagent de retirer leur implant à 6 mois en étant associée à d'autres désagréments. Même s'il est difficile

de mettre en lien l'implant et une baisse de libido, au vu de la forte proportion de femmes ayant remarqué ce désagrément, il paraît intéressant d'informer les patientes sur cette possibilité pour anticiper une situation qui pourrait s'avérer difficile au sein du couple.

Il en est de même pour les problèmes de sécheresse vaginale qu'il faudra évoquer avant la pose de l'implant afin de permettre aux femmes d'être plus vigilantes face à ce problème.

En ce qui concerne les autres désagréments évoqués par les patientes : douleurs abdominales, gêne dans le bras, irritabilité, infections vaginales, céphalées...Ils ne sont pas la raison principale d'un retrait mais se surajoutent parfois à un autre effet indésirable et amplifient l'inconfort de la patiente.

Il convient alors d'informer les femmes face à ces effets indésirables certes peu fréquents mais pouvant être gênants.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'information reçue dans sa globalité.

Nous avons constaté que 77% des femmes interrogées pensaient avoir été bien informées sur l'implant.

Nous avons ainsi pu remarquer que les femmes pensant avoir été bien informées sont significativement plus satisfaites et envisagent moins de retirer leur implant de manière précoce.

Les femmes s'estimant bien informées n'ont pas particulièrement reçu une information exhaustive, en effet nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le fait de s'estimer bien informée et l'information reçue sur la possibilité d'acné ou de tensions mammaires. En revanche, les patientes ayant été informées d'une possibilité de prise de poids et de modification du profil des saignements se sentent significativement mieux informées que les autres. D'ailleurs, la grande majorité des femmes souhaitant plus d'informations aurait souhaité être plus informée concernant les effets indésirables de l'implant

Notre deuxième hypothèse est ainsi vérifiée.

4. PROPOSITIONS

Notre travail et nos lectures nous ont permis de mieux cerner les facteurs influençant la tolérance à l'implant. Ainsi, comme nous l'avons vu, l'information reçue semble être un facteur comptant dans les taux de retraits des implants et certains effets indésirables sont plus fréquents dans notre étude par rapport aux chiffres retrouvés dans la littérature.

Pour pallier à cela nous pouvons proposer plusieurs choses :

– Favoriser la mise en place de consultations exclusivement dédiées à l'information sur la contraception. Un moment de dialogue entre la patiente et le professionnel de santé qu'elle pourra interroger sur les questions qu'elle se pose. Le professionnel pourra ainsi dégager le profil de sa patiente et lui conseiller les méthodes s'adaptant le mieux à sa situation tout en laissant sa patiente faire le choix final.

– Informer la patiente sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode afin que son choix soit parfaitement éclairé et qu'elle n'ait pas de mauvaise surprise par la suite.

– En ce qui concerne l'implant, on pourra informer la patiente sur les effets indésirables les plus fréquents (modification du profil des saignements, prise de poids, acné, tensions mammaires, baisse de libido, sécheresse vaginale et douleurs abdominales dans notre étude). Afin de ne pas l'assaillir d'informations, nous pourrions lui donner un exemplaire écrit détaillant l'ensemble des effets indésirables et ajouter en regard la fréquence de ces derniers. La femme s'engageant potentiellement pour 3 ans, il conviendrait également de lui laisser quelques jours de réflexion si elle le souhaite afin d'être sûre de son choix.

– Enfin, nous proposerons une consultation à 3 mois après la pose de l'implant afin de faire le point avec la femme sur l'apparition d'éventuels effets indésirables et pouvoir répondre à d'éventuelles questions. Nous pourrions les revoir à 6 mois afin d'évaluer la présence ou non d'effets indésirables et leur évolution. Puis

elles pourront être revues si elles le souhaitent lors d'une autre consultation.

Nous espérons ainsi pouvoir améliorer la satisfaction des femmes vis-à-vis de ce moyen de contraception très efficace.

CONCLUSION

L'implant contraceptif a connu un véritable effet de mode à sa sortie en raison de ses nombreux avantages notamment pour son efficacité indépendante de l'observance des patientes. Cependant, beaucoup de femmes ont rapidement déchanté devant la survenue d'effets indésirables bénins mais plus que gênants qui se traduisent par des retraits précoces de l'implant. Nous avons ainsi constaté que leur point de vue était en décalage avec celui de la plupart des professionnels.

Nous avons donc souhaité nous intéresser au point de vue des femmes afin de comprendre pourquoi elles retiraient leur implant de manière précoce. Nos hypothèses étaient qu'il existait des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise tolérance à l'implant et que l'information donnée à la patiente sur les effets indésirables influait cette tolérance.

Notre étude, malgré son faible effectif nous a permis d'appréhender les raisons de retraits précoces d'implants. Au-delà des effets indésirables en eux-mêmes, l'information reçue semble influencer la tolérance des patientes. Les femmes ayant une relation de confiance avec le professionnel de santé « conseil » sont probablement plus enclines à adhérer à la contraception choisie.

Un temps d'information et d'échange où le professionnel fait connaissance avec sa patiente est une étape fondamentale pour aider une femme à choisir sa contraception.

Notre travail rappelle l'importance de la création d'une consultation spécifique dédiée où les sages-femmes par leurs compétences récemment acquises peuvent jouer un rôle essentiel.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES :

[1] ALEMAYEHU M., BELACHEW T., TILAHUN T. - « Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia »
Biomed Central Pregnancy & Childbirth – 2012

[2] ANDRE G. « Efficacité réelle et théorique des différentes contraceptions disponibles en 2005 » - Les dossiers de l'obstétrique – Juillet 2005 – n°340 – pages 23-25

[3] BATHIA P., NANGIA S., AGGARWAL S., TEWARI C. - « Implanon : Subdermal Single Rod Contraceptive Implant » - Journal of Obstetrics & Gynecology of India - Août 2011 – pages 422-425

[4] BITZER J., TSCHUDIN S., ALDER J. - « Acceptability and side-effects of Implanon in Switzerland: a retrospective study by the Implanon Swiss Study Group » - The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception – Décembre 2004 - n°9

[5] FAURE M., DRAPIER-FAURE E. - « Acné et contraception hormonale » - Annales de Dermatologie et Vénérologie – 2010 – n°137 – pages 746-749

[6] FREEMAN S., SCHULMAN LP. - « Considerations for the use of progestin-only contraceptives » - Journal of the American Academy of Nurse Practitioners

[7] HALL KS., WHITE KO., REAME N., WESTHOFF C. - « Studying the use of oral contraception: a review of measurement approaches » - Journal of Women's Health - décembre 2010 - n°19

[8] HOHMANN H. - « Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the etonogestrel implantable contraceptive » - Patient preference adherence – 2009 – n°3 – pages 205-211

[9] JAKIMIUK AJ., CROSIGNANI PG., CHERNEV T., PRILEPSKAYA V., BERGMANS P., VON PONCET M., MARELLI S., LEE EJ. - « High levels of women's satisfaction and compliance with transdermal contraception: results from a European multinational, 6-month study » - Gynecological endocrinology – Octobre 2011 – n°27 – p 849-856

[10] JAMIN C. - « La contraception estroprogestative : comment déterminer son choix ? » - Profession Sage-Femme – n°171 – pages 28-30

[11] KALMUSS D., DAVIDSON A., CUSHMAN L., HEARTWELL S., RULLIN M. - « Potential barriers to the removal of Norplant among family planning clinic patients » - American Public health association – December 1998 – n°88 - 1846-1850

- [12] LEE J., PARISI S., AKERS Y., BORRERRO S., SCHWARTZ E. - « The Impact of Contraceptive Counseling in Primary Care on Contraceptive use » - Journal of General Internal Medicine – Juillet 2011 – n°26 – pages 731-736
- [13] LIPETZ C., PHILLIPS CJ., FLEMING CF - « The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon) relative to oral contraception in a community setting » - Contraception – Avril 2009 – n°79 – pages 304-313
- [14] MADELENAT P., KOSKAS M. - « Mise au point sur la contraception progestative » - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - Octobre 2008 – n°37 - pages 6-13
- [15] MESTAD R., KENERSON J., PEIPERT J. - « Reversible Contraception Update : The Importance of Long-Acting Reverse Contraception » - Postgraduate Medicine – Juillet 2009 – n°121 – pages 18-25
- [16] MULET F., DESCAMPS P. - « Contraception du post-partum, contraception du post-abortum » - Juillet/Août 2007 - Profession Sage-Femme – n°137 – pages 32-34
- [17] MUZARD C. - « Première contraception » - Profession sage-femme – n°180 – pages 39-40
- [18] NOUR R. - « Contraception mode d'emploi » - Profession sage-femme – n°166 – pages 37-39
- [19] NOUR R. - « La contraception des jeunes : propositions à foison » - Profession sage-femme – n°180 – page 15
- [20] NOUR R. - « Contraception : Mais comment faisaient-elles avant ? » - Profession Sage-Femme – Juin 2006 - n°126 – page 38
- [21] OUAHRANI C. - « A chaque âge son contraceptif » - Profession sage-femme – n°164 – page 13
- [22] OUAHRANI C. - « La loi Neuwirth a 40 ans » - Profession sage-femme – Février 2008 – n°142 – pages 11-12
- [23] PEIPERT J., ZHAO Q., ALLSWORTH J., PETROSKY E., MADDEN T., EISENBERG D., SECURA G. - « Continuation and satisfaction of reversible contraception » - Obstetrics & Gynecology – Mai 2011 – n°117 – pages 1105-1113
- [24] SECURA G., ALLSWORTH J., MADDEN T., MULLERSMAN J., PEIPERT J. - « The Contraceptive CHOICE Project : Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception » - American Journal of Obstetrics & Gynecology – Août 2010 – n°203 – pages 115.e1-115.e7
- [25] RENTERIA S. - « Les règles n'ont plus la cote : une question de contraception ou de choix ? » - Revue médicale Suisse – n°176 – Octobre 2008

[26] ROSENBERG MJ., BURNHIL MS., WAUGH MS., GRIMES DA., HILARD PJ. - "Compliance and oral contraceptives: a review" - Contraception – n°52 - Septembre 1995

[27] ROSENBERG MJ., WAUGH MS., MEEHAN TE. - "Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation" - Contraception – Mai 1995 - n°51

[28] WIEGRATZ I., THALER C. - « Hormonal contraception – What kind, When, and for Whom ? » - Deutsches Arzteblatt – Juillet 2011 – n°108 – pages 495-506

[29] WINNER B., PEIPERT J., ZHAO Q., BUCKEL C., MADDEN T., ALLSWORTH J., SECURA G. - « effectiveness of long-acting reversible contraception » - The New England Journal of Medicine – Mai 2012 – n°366 – pages 1998-2007

TEXTES OFFICIELS :

[30] Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme – Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé – décembre 2004

[31] Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives – Organisation Mondiale de la Santé – 2008 – 170 pages

Code de la santé publique

[32] Loi du 4 juillet 2001 - Article L.5134-1

[33] Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes

BROCHURES :

[34] « Comment aider une femme à choisir sa contraception » - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

[35] « Implanon devient Nexplanon » - Schering-Plough – Juillet 2010

ARTICLES NON PUBLIES :

[36] ANDALAUER TRESCA Mathilde – Une Contraception par implanon ou Depo-Provera : Pour qui et pourquoi ? - Thèse pour le Doctorat en Médecine – Université Paris 7 – Denis DIDEROT – Faculté de médecine – Année 2010

[37] CROCHON Delphine – Les femmes ayant recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse : Qualité du suivi relatif à la contraception – mémoire sage-femme

– Année 2012

[38] FERRON Pauline – Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'interruption volontaire de grossesse – mémoire sage-femme – Année 2012

[37] HOFFMANN Mandy – Droit de prescription de la contraception : opinion des Sages-femmes et nouvelles pratiques – Mémoire sage-femme – Année 2011

[38] LE CHANOINE DU MANOIR DE JUAYE THOMAS – Nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception : impact d'une formation spécifique à I-UJF de Grenoble – mémoire Sage-femme – Année 2012

[39] MAURY Myrtille – Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ? - mémoire sage-femme Paris Baudelocque – Année 2011

[40] MICHELON Sophie – De la relation de la femme à la contraception – Mémoire Sage-femme – Année 2010

[41] PATY Lucile – Sages-femmes en contraception : Investissement des nouvelles compétences attribuées par la loi HPST du 21 juillet 2009 - Mémoire Sage-femme – 2010

Sites internet :

- « stratégies de choix des méthodes contraceptives » consultable sur www.has-sante.fr consulté le 27 décembre 2011
- « Examen du dossier de la spécialité inscrite pour une durée de 5 ans à compter du 23 septembre 2005 (JO du 3 octobre 2007) IMPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané » consultable sur www.has-sante.fr consulté le 27 décembre 2011
- Pubmed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> consulté le 6 novembre 2011

— www.nexplanon.co.uk consulté le 25 janvier 2012

Annexe 1 :

Le questionnaire téléphonique auprès des femmes

I.

- Avez-vous toujours l'implant qui vous a été posé il y a 6 mois ?
- Globalement, par rapport à l'implant vous vous diriez :
 - 1) Satisfaite
 - 2) Plutôt satisfaite
 - 3) Peu satisfaite
 - 4) Pas du tout satisfaite
- Envisagez-vous de le retirer ? Pourquoi ?
- Le conseilleriez-vous à une amie ? Pourquoi ?

II.

- Comment avez-vous connu l'implant ?
 - a- professionnel de santé
 - b- entourage
 - c- médias
 - d- autre
- Quel moyen de contraception utilisiez-vous avant ?
- Pour quelles raisons avez-vous souhaité essayer l'implant ?
- Est-ce votre premier implant ?

III.

→ profil des saignements :

- Vous a-t-on informée que vos saignements/règles seraient modifiés : c'est-à-dire que vous pouviez ne plus avoir de saignements ou bien qu'ils soient beaucoup plus fréquents que d'habitude ?
- Quelle est la fréquence des saignements ?
 - 1) Presque jamais
 - 2) 4 à 8 jours par mois
 - 3) Souvent ? Longtemps ? Abondants ?
- Est-ce acceptable pour vous ?

IV.

→ prise de poids :

- Avez-vous pris du poids ?
- Quels sont vos poids (avant la pose et maintenant) et taille ?
- Aviez-vous été mise en garde ?
- Avez-vous cependant changé certaines de vos habitudes (alimentaires, arrêt du tabac) ?

→ acné :

- Avez-vous fait une poussée d'acné ?
- Considériez-vous que vous étiez fragile de peau ?
- Aviez-vous été prévenue de la possibilité d'acné ?

→ mastodynies

- Avez-vous ressenti une tension désagréable au niveau de la poitrine ?
- Aviez-vous été prévenue que cela pouvait survenir ?

→ Vie sexuelle

- Avez-vous remarqué une baisse de votre libido ou une sécheresse vaginale ?

V.

- Avez-vous remarqué d'autres désagréments ?
- Auriez-vous souhaité être plus informée avant la pose ou pensez-vous avoir été bien informée ?
- Avez-vous des remarques à me faire sur cette méthode ?

VI.

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Avez-vous des enfants ? Combien ?
- Avez-vous eu des débuts de grossesses qui ne se sont pas poursuivies ?
Combien ?