



HAL
open science

L'implant contraceptif sous-cutané : connaissances et représentations des femmes en post-partum - Hôpital Antoine Béclère

Mathilde Alorent

► **To cite this version:**

Mathilde Alorent. L'implant contraceptif sous-cutané : connaissances et représentations des femmes en post-partum - Hôpital Antoine Béclère. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01908651

HAL Id: dumas-01908651

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908651>

Submitted on 30 Oct 2018

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MATHILDE ALORENT

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

**L'implant contraceptif sous-cutané : connaissances et
représentations des femmes en post-partum - Hôpital
Antoine Béclère**

Soutenu le : Jeudi 28 juin 2018

Directeur de mémoire : Dr Duranteau Lise, Hôpitaux Universitaires Paris Sud, Bicêtre,
AP-HP

JURY

Madame Elodie PROT, sage-femme enseignante, Département maïeutique - UVSQ

Madame Sophie PRUDHOMME, sage-femme enseignante, Département maïeutique -
UVSQ

Madame Hélène MALMANCHE, Sage-femme doctorante en sociologie

Numéro national d'étudiant : 21204540

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à
l'élaboration de ce mémoire,

Madame Lise Duranteau, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de m'aider à
porter ce projet,

L'ensemble de l'équipe pédagogique du département maïeutique et en particulier
Madame Christine Etchemendigaray pour son écoute et ses précieux conseils ces
quatre années,

Toutes les mamans qui ont pris le temps de répondre à notre étude,

Ma famille, mes parents et mon grand frère qui me soutiennent depuis toujours,

Antoine pour son amour et les années à venir,

Mes ami(e)s et à la GB : Marion, Léa, Clara, Manon, Léa, Guénola, Lauriane et
Laura je suis heureuse et fière d'être diplômée à vos côtés,

Merci.

À ma grand-mère, Claire et Gabriella

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
LEXIQUE	IX
TITRE ET RÉSUMÉ	X
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 L'implant contraceptif sous-cutané	2
1.1.1 Mode d'action	2
1.1.2 Population cible	3
1.1.3 Intérêts et accessibilité	3
1.1.4 Freins à son utilisation	5
1.2 L'information faite aux femmes	5
1.2.1 Impact de l'information	5
1.2.2 Cas particulier du post-partum	6
2 MATÉRIEL ET MÉTHODES	8

2.1	Hypothèses et objectifs	8
2.2	Description de l'étude	9
2.2.1	Type d'étude	9
2.2.2	Outils méthodologiques	9
2.2.3	Stratégie d'analyse	10
2.2.4	Procédures éthiques et réglementaires	10
3	RÉSULTATS	11
3.1	Diagramme des flux	11
3.2	Description de la population	12
3.3	Résultats principaux	13
3.3.1	Les connaissances générales à propos de l'implant	14
3.3.2	L'avis des femmes	17
3.4	Résultats secondaires	19
4	DISCUSSION	20
4.1	Les connaissances des femmes à propos de l'implant	20
4.1.1	Les connaissances générales	20
4.1.2	L'accessibilité à l'implant	22
4.2	Les représentations associées à l'implant	23
4.2.1	Le souhait par rapport à l'implant comme contraception	23
4.2.2	Les éléments de réflexion associés	24
4.2.3	Les sources d'information des femmes	25
4.3	Souhait des femmes en post-partum	26
4.4	Les caractéristiques de l'étude	27
4.4.1	La population	27
4.4.2	Les forces	28
4.4.3	Les limites	28
	CONCLUSION	29
	BIBLIOGRAPHIE	31
	ANNEXES	37

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude	12
Tableau 2 : Abord de la contraception au cours de la grossesse	19

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux du recueil de données	11
Figure 2 : Les contraceptions les mieux connues des femmes	13
Figure 3 : Quiz – Généralités à propos de l'implant.....	14
Figure 4 : Répartition de la taille de l'implant (cm) selon les femmes	15
Figure 5 : Zone de pose de l'implant.....	16
Figure 6 : Les droits de prescription, pose et retrait de l'implant.....	16
Figure 7 : Connaissance relative aux femmes concernées par l'implant comme option contraceptive	17
Figure 8 : L'implant comme contraception, quel positionnement ?	17
Figure 9 : Les facteurs associés à la réflexion du choix contraceptif	18
Figure 10 : Les sources d'information faites aux femmes.....	18
Figure 11 : Place de la contraception en période post-partum	19

Liste des annexes

Annexe 1: Questionnaire	37
Annexe 2 : Tout savoir sur l'implant contraceptif sous-cutané – Plaquette explicative	44

Lexique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

HAS : Haute Autorité de Santé.

LH : Hormone lutéinisante

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

DIU : Dispositif intra-utérin

Titre et résumé

Introduction-Objectifs

L'implant contraceptif sous cutané fait partie des nouvelles méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action. Mis sur le marché français en 2011, il n'est utilisé que par une minorité de femmes en âge de procréer et les retraits précoces ne sont pas rares. Il s'agit pourtant d'une des méthodes de contraception les plus efficaces puisque son efficacité est indépendante de l'observance. D'autre part, les retraits précoces ne sont pas rares.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et de connaître les représentations des femmes à propos de l'implant sous-cutané, afin de mieux comprendre les freins à son utilisation et ainsi d'adapter l'information faite aux femmes et d'atteindre une meilleure tolérance.

Nous analyserons de plus l'avis des femmes sur le fait d'anticiper la réflexion contraceptive en l'abordant au cours de la grossesse.

Matériel et méthodes

Un questionnaire a été distribué aux femmes séjournant dans les trois unités de suites de couches de l'hôpital Antoine Béclère entre décembre 2017 et mars 2018. 175 questionnaires ont été exploités. Les résultats sont quantitatifs et exprimés en effectifs et pourcentages.

Résultats et Conclusion

Selon les résultats, un défaut de connaissances et des informations erronées relatives à l'implant attribuent à cette méthode contraceptive des critères défavorables au moment du choix contraceptif. D'autre part, le rôle des médecins généralistes et des sages-femmes dans la prescription de la contraception est peu connu des femmes.

La reprise de la contraception est une décision importante pour une femme sur deux et l'abord des méthodes contraceptives pendant la grossesse paraît judicieux chez 80% des femmes.

Mots-clés : Contraception réversible de longue durée d'action, implant sous-cutané, connaissances, représentations, Information

Title and Abstract

Introduction-Objective

The subdermal contraceptive implant is a long-acting reversible method of contraception. It is available on the French market since 2011 but is used only by a minority of women of reproductive age. Due to the absence of impact of compliance, it is one of the most effective method of contraception. However, early removals are not rare.

The main objective of the study was to evaluate the knowledge and to know women's representations related to the subdermal implant, in order to understand the obstacles to its use in order to adapt the information given to women and to achieve a better acceptability.

Secondly, analyzed women's opinion about anticipating the contraceptive choice by discussing about available methods, during pregnancy.

Methods

A questionnaire was distributed to women staying in the three units of diapers at Antoine Béclère Hospital from December 2017 to March 2018. 175 questionnaires were given. The results are quantitative and expressed in numbers and percentages.

Results and conclusion

Study shows that the contraceptive implant is associated with a significant lack of knowledge and misinformation that lead to unfavorable features which impact the contraceptive choice. Also, the role of general practitioners and midwives remains unknown to women.

The resumption of contraception is considered as an important decision in 50% of women and a first approach of contraceptive methods during pregnancy seems appropriate for 80% women.

Keywords: Contraception, long-acting reversible contraception, subdermal Implant, knowledge, representations, information

Introduction

La contraception est définie par l'OMS comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ⁽¹⁾. Elle est autorisée en France depuis 1967 grâce à la loi Neuwirth ⁽²⁾ qui a levé le lien entre sexualité et reproduction.

Les chiffres les plus récents sont de 2016 : le baromètre de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) recense que, en France, 71,9% des femmes sont concernées par la contraception ⁽³⁾. Éviter une grossesse est une démarche continue. Ainsi, les femmes ont pour attente une contraception discrète qui n'interfère pas avec leur vie quotidienne.

Face à une demande croissante et exigeante des usagers, les années 2000 ont vu de nouvelles méthodes contraceptives se développer et obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France telles que l'implant contraceptif sous-cutané.

Il y a 10 ans, l'implant contraceptif n'était connu que d'une française sur deux, et il n'était utilisé que par une minorité de femmes ⁽⁴⁾. Au fil du temps, cette méthode trouve sa place dans l'arsenal contraceptif mais de manière limitée : 2,7% en 2012, 4,3% en 2016 ⁽³⁾. De nombreuses études ont montré que les femmes avaient un défaut de connaissance sur la contraception. Certaines se sont intéressées à l'implant, et ont montré qu'outre des connaissances insuffisantes, de nombreux effets secondaires lui étaient attribués ⁽⁵⁾.

Évaluer les connaissances et l'avis des femmes à propos de l'implant permettrait de confirmer que les défauts d'information sont un frein au choix de l'implant comme méthode contraceptive, afin d'adapter le discours des praticiens quant à l'accessibilité et les potentiels effets secondaires de l'implant.

1 Contexte

1.1 L'implant contraceptif sous-cutané

1.1.1 Mode d'action

L'implant contraceptif est défini et classé par la HAS comme une contraception hormonale progestative réversible de longue durée d'action ⁽⁶⁾. Il s'agit de la libération continue dans la circulation sanguine d'une hormone synthétique proche de la progestérone, dérivée de la 19-nortestostérone : l'étonogestrel ⁽⁷⁾. Cette diffusion permet de bloquer l'ovulation via l'inhibition du pic de LH de l'axe hypothalamo-hypophysaire ⁽⁸⁾. Le progestatif entraînerait également des modifications de la glaire cervicale avec une sécrétion de mucus plus visqueux ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes vers l'utérus ⁽⁹⁾. De plus l'étonogestrel agirait directement sur l'endomètre avec un amincissement de la muqueuse endométriale ⁽¹⁰⁾. La durée de l'effet contraceptif serait de 3 ans ⁽¹¹⁾.

Deux implants ont été disponibles en France : il s'agit d'Implanon® d'abord en 2001 remplacé en janvier 2011 par Nexplanon® ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾.

L'implant est placé en sous-cutané sous anesthésie locale, au niveau de la face interne du bras non dominant, entre le biceps et le triceps ⁽¹⁴⁾, Il est constitué bâtonnets en matière plastique, flexibles, souples, de 4 cm de long et 2 mm de diamètre ⁽⁶⁾. L'implant a été modifié pour améliorer le dispositif d'insertion afin de réduire le risque de mise en place trop profondément sous la peau. De plus, la tige du second implant est radio opaque ce qui lui permet d'être visible à la radiographie, utile en cas d'implant non palpé ⁽¹³⁾. Ces évolutions devaient potentiellement réduire le nombre d'effets indésirables liés à la pose et au retrait ⁽¹⁵⁾. La palpation de l'implant par le praticien au moment de la pose est obligatoire et signe sa bonne insertion.

Il s'agit aujourd'hui d'une des méthodes de contraception les plus efficaces avec un indice de Pearl très faible de 0,05 en efficacité théorique et efficacité pratique, du fait de l'absence de contrainte d'observance ⁽¹⁶⁾.

1.1.2 Population cible

La prévalence de femmes en âge de procréer utilisant l'implant comme contraception en 2012 est de 2,7%, une infime proportion de cette population. En 2016, elle augmente de 1,6%. Il est donc devenu au fil du temps une option contraceptive pour de plus en plus de femmes mais reste loin derrière l'utilisation de la pilule, le préservatif ou le dispositif intra-utérin. La prévalence la plus importante de femmes sous implant est de 9,6% dans la tranche d'âge 20-24 ans ⁽³⁾.

Il est recensé via l'analyse de l'échantillon de bénéficiaires de l'Assurance Maladie que l'implant sous-cutané est prescrit à une population ciblée : des femmes ayant plus souvent recours à une interruption volontaire de grossesse (18,3% versus 8,7%), plus fréquemment bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (22,5% versus 11,6%) et prises en charge dans un contexte hospitalier (37,7% versus 18,6%) par rapport à la population de femmes sous autres contraceptifs ⁽¹⁷⁾. Néanmoins, le défaut d'observance peut concerner toutes les femmes.

1.1.3 Intérêts et accessibilité

L'implant est composé d'un progestatif seul donc peut être recommandé en cas de contre-indications aux œstrogènes. Le progestatif n'entraîne pas de conséquence significative sur le métabolisme glucidique ou lipidique ⁽¹⁸⁾ et n'augmenterait pas le risque de thromboembolique, si un accident n'est pas en cours ⁽¹⁹⁾. L'implant peut donc être proposé à une majorité de femmes. Il est aussi indiqué dans le cas où la patiente souhaite une contraception de longue durée d'action et de plus en plus de femmes ces dernières années s'orientent vers ce choix.

Également, la contraception est une réalité quotidienne pour laquelle les femmes ne sont pas prêtes à dépenser. Une étude de 2012 a montré que le prix d'une méthode

contraceptive pouvait être un frein à son utilisation pour une femme sur deux ⁽²⁰⁾. Sur le plan économique, le prix de l'implant contraceptif est de 105€ en moyenne, remboursé à 65% par la sécurité sociale.

La pilule reste la contraception majoritairement prescrite par le corps médical et doit l'être en première intention selon les recommandations de l'HAS.

En 2010, 55,5% des femmes qui déclarent se protéger d'une grossesse prennent la pilule ⁽²¹⁾, proportion qui tend à décroître avec l'arrivée de méthodes contraceptives plus récentes, dont l'implant : en 2013, elle est de 41% ⁽²²⁾ et 33% en 2016.

L'engouement autour des pilules de 3^e et 4^e génération en 2012 a bousculé le modèle contraceptif. Cela a permis l'expansion des nouvelles méthodes telles que l'implant dont nous avons vu l'augmentation entre 2012 et 2016 ⁽³⁾.

Au-delà de cette sensation d'insécurité qu'ont ressentie les utilisatrices de la pilule, l'indice de Pearl des pilules considéré de 0,3 serait de 8 en efficacité réelle ⁽¹⁶⁾. Le défaut d'observance en est la raison principale et aboutirait à des grossesses non désirées : en 2007, plus d'une femme sur cinq prenant la pilule déclarent l'oublier au moins une fois par mois ⁽²³⁾. Ainsi, en 2013, 25% des femmes ayant effectué une IVG utilisaient la pilule comme moyen contraceptif au moment du diagnostic de grossesse. L'implant pourrait donc constituer une alternative à la contraception orale par son efficacité.

1.1.4 Freins à son utilisation

Malgré ces avantages et une utilisation en croissance modérée de l'implant, il existe un nombre d'arrêts précoces compris entre 9% et 28% à 12 mois selon les études et les pays ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾. Le pourcentage d'abandon n'a pas été déterminé en France.

Une étude randomisée multicentrique réalisée en 2016 dans 6 pays dont la France chez 766 femmes, qui comparait le taux d'arrêt à 12 mois entre le DIU hormonal et l'implant, a montré une différence statistiquement significative d'abandon entre ces 2 méthodes. L'arrêt de l'implant était de 26,8% et seulement un tiers des femmes étaient satisfaites du profil de saignements ⁽²⁴⁾.

Une étude parue en 2017 a recensé tous les effets indésirables des implants Implanon® puis Nexplanon® entre 2002 et 2012 déclarés en France aux centres régionaux de pharmacovigilance et au laboratoire lui-même. Sur un total de 5433 cas, il ressort des effets indésirables fréquents mais non graves. 46% sont d'ordre gynécologique (incidence 1,15/1000) dont 88% d'entre eux sont classés comme « anomalie des règles » que ce soit une aménorrhée ou des saignements irréguliers. Ces troubles menstruels sont des effets indésirables qui mettent majoritairement en péril l'acceptabilité de l'implant ⁽¹⁵⁾. D'autres effets secondaires s'ajoutent fréquemment (plus d'un cas sur dix) à ceux déclarés, moins graves, altérant la qualité de vie des femmes : acné, maux de tête, prise de poids, baisse de la libido ⁽⁶⁾.

1.2 L'information faite aux femmes

1.2.1 Impact de l'information

Face à ces effets indésirables, une information claire et complète sur les avantages et les effets indésirables potentiels par les professionnels de santé pourrait augmenter l'acceptabilité et la satisfaction de l'implant par les patientes, réduisant ainsi le retrait précoce avant 3 ans ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾. Dans une étude de 2015 portant sur l'évaluation des motifs de retrait de l'implant contraceptif il a été décrit que le taux de retrait anticipé de l'implant serait d'autant plus élevé lorsque les femmes estimaient

avoir reçu une information insuffisante sur les effets indésirables. Le non-retrait anticipé était significativement lié à l'information délivrée par le praticien : les femmes qui ont été informées des propriétés de l'implant et de ses effets indésirables par un médecin ou une sage-femme étaient donc plus favorables à l'utiliser et le tolérer ⁽³⁰⁾. Ce manque d'information pourrait conduire à des connaissances erronées qui pourraient avoir un effet négatif sur les représentations ce contraceptif chez les femmes par transmission d'expérience.

1.2.2 Cas particulier du post-partum

Lors d'une grossesse et au décours de la naissance d'un enfant, la contraception de chaque femme est remise en question. Ces femmes, confrontées à un choix contraceptif, sont soumises à des interrogations en particulier dans le cas d'une potentielle modification de la méthode utilisée. Une étude de 2004 menée sur 502 patientes a montré que 40% des femmes, lors de la période du péri-partum, expriment leur souhait d'utiliser une autre méthode de contraception ⁽³¹⁾. Le suivi médical que la grossesse et le post-partum imposent permet aux femmes et couples de discuter des alternatives contraceptives disponibles.

C'est pendant le séjour en maternité que la contraception est abordée par l'équipe médicale qui s'assure d'une reprise contraceptive adaptée au choix du couple. La contraception la plus prescrite pendant cette période est la contraception orale micro-progestative ⁽³²⁾, débutée en générale 21 jours après l'accouchement. Cette pilule a le même mécanisme que l'implant : le blocage de l'ovulation. La pose de l'implant est également recommandée par l'HAS à 3 semaines du post-partum ⁽³³⁾. En pratique, il peut être posé pendant le séjour en maternité mais n'est posé en post-partum immédiat que lorsque l'équipe médicale n'est pas certaine de l'observance de la patiente d'un suivi gynécologique et d'une contraception orale.

Le post-partum est un moment de changement dans la vie d'une femme sur le plan affectif, physique mais également hormonal et l'implant intervient dans le fait que la crainte du défaut d'observance est majorée pendant cette période en raison de l'occupation engendrée par l'arrivée d'un nouveau-né et l'attention permanente qu'il

nécessite. Malgré tout, dans la majorité des cas, la pilule est prescrite avec une proposition de réévaluation de la contraception lors de la visite post-natale entre 6 et 8 semaine après l'accouchement ⁽³⁴⁾.

Néanmoins, l'ovulation peut survenir aléatoirement entre 3 et 6 semaines. De plus, une étude effectuée en 2010 à propos de la sexualité du post-partum chez 128 patientes a montré une reprise des rapports sexuels avant cette potentielle évaluation contraceptive : en moyenne 5 semaines après l'accouchement ⁽³⁵⁾.

Une étude réalisée en 2006, 5% des IVG ont lieu dans les six mois qui suivent un accouchement ⁽³⁶⁾. Ce chiffre, ajouté au taux global d'IVG en France, peut amener à penser que les patientes pendant cette période n'ont pas opté pour un choix contraceptif qui leur convient. L'implant contraceptif, s'il est posé précocement par rapport à la reprise de la sexualité, permettrait une maîtrise de la conception pour 3 ans pour les femmes qui le tolèrent et pourrait faire diminuer ce taux d'IVG.

Ainsi il serait important, non pas de lister, mais de prendre le temps d'expliquer dans un temps opportun les avantages et effets indésirables potentiels des alternatives à la contraception orale, de manière adaptée pour chaque contraceptif afin que les patientes aient les données nécessaires pour faire un choix contraceptif adapté.

Savoir ce que les femmes pensent et connaissent de chaque contraceptif permettrait d'orienter les discours à la fois de manière objective avec les informations principales mais également plus subjectivement en ciblant leur représentations et appréhensions.

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses et objectifs

L'objectif principal de cette étude était faire le point sur les connaissances des femmes sur l'implant contraceptif afin d'adapter la stratégie d'information et de permettre, peut-être une meilleure accessibilité et tolérance via l'information faite aux femmes.

Nous avons émis des hypothèses principales suivantes :

- Les femmes en post-partum immédiat ne sont pas au fait de l'implant contraceptif progestatif : leurs connaissances à propos de ses caractéristiques seraient pauvres.
- Les effets indésirables, eux, seraient connus et redoutés, réduisant l'accès à cette méthode contraceptive.

Notre hypothèse secondaire serait que la grossesse serait un moment plus opportun que le post-partum pour aborder la contraception. Il existerait une attente des femmes pendant la grossesse pour avoir des informations à propos de la contraception afin de mieux aborder la stratégie contraceptive.

2.2 Description de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude unicentrique quantitative descriptive par questionnaire.

2.2.2 Outils méthodologiques

Le questionnaire a été testé à l'aide d'un questionnaire en ligne via le logiciel GOOGLE Form : 55 ont été analysés. Ces réponses n'ont pas été incluses aux calculs des résultats.

Le questionnaire est divisé en 3 parties afin de répondre aux hypothèses. La première partie questionne sur les connaissances de femmes à propos des caractéristiques de l'implant. Une seconde partie, plus subjective, interroge sur la place qu'à l'implant dans leur stratégie contraceptive avec les représentations associées. La dernière partie renseigne sur le profil de la population de l'étude.

2.2.2.1 Modalités de diffusion

L'étude est réalisée à l'hôpital Antoine Béclère à Clamart, au sein d'une maternité de niveau III, entre décembre 2017 et mars 2018. A l'aide d'un questionnaire anonyme distribué et récupéré en mains propres dans les trois unités de suites de couches cette maternité.

Nous avons choisi de sélectionner cette maternité pour l'étude car elle accueille une patientèle hétéroclite, pouvant être représentative de la population générale. 207 questionnaires y ont été distribués dans les services de suites de couches. 198 questionnaires ont été récupérés et 175 étaient exploitables soit 85% de tous les questionnaires distribués.

2.2.2.2 Participants

La population source représente toutes les femmes ayant accouché d'un enfant vivant à l'hôpital Antoine Béclère et séjournant en post-partum dans les services de suites de couches.

Sont incluses les patientes ayant accepté de répondre au questionnaire. Par l'intermédiaire des sages-femmes et infirmières des services, ont été exclus les patientes mineures et celles nécessitant une prise en charge psychologique adaptée en post-partum.

2.2.3 Stratégie d'analyse

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel « Microsoft Excel 2017 ».

Il s'agit d'une étude descriptive avec des variables quantitatives exprimées en moyenne, médiane et écart-type et des variables qualitatives décrites par effectifs et pourcentages.

2.2.4 Procédures éthiques et réglementaires

Cette étude est réalisée après accord de la sage-femme coordinatrice des services de suites de couches.

Les questionnaires étaient remis en mains propres avec présentation de l'étude et le choix d'y participer. Le questionnaire était récupéré le jour même ou le lendemain. Aucune identification n'était possible une fois les questionnaires récupérés.

3 Résultats

3.1 Diagramme des flux

Du 22/12/2017 au 20/03/2018

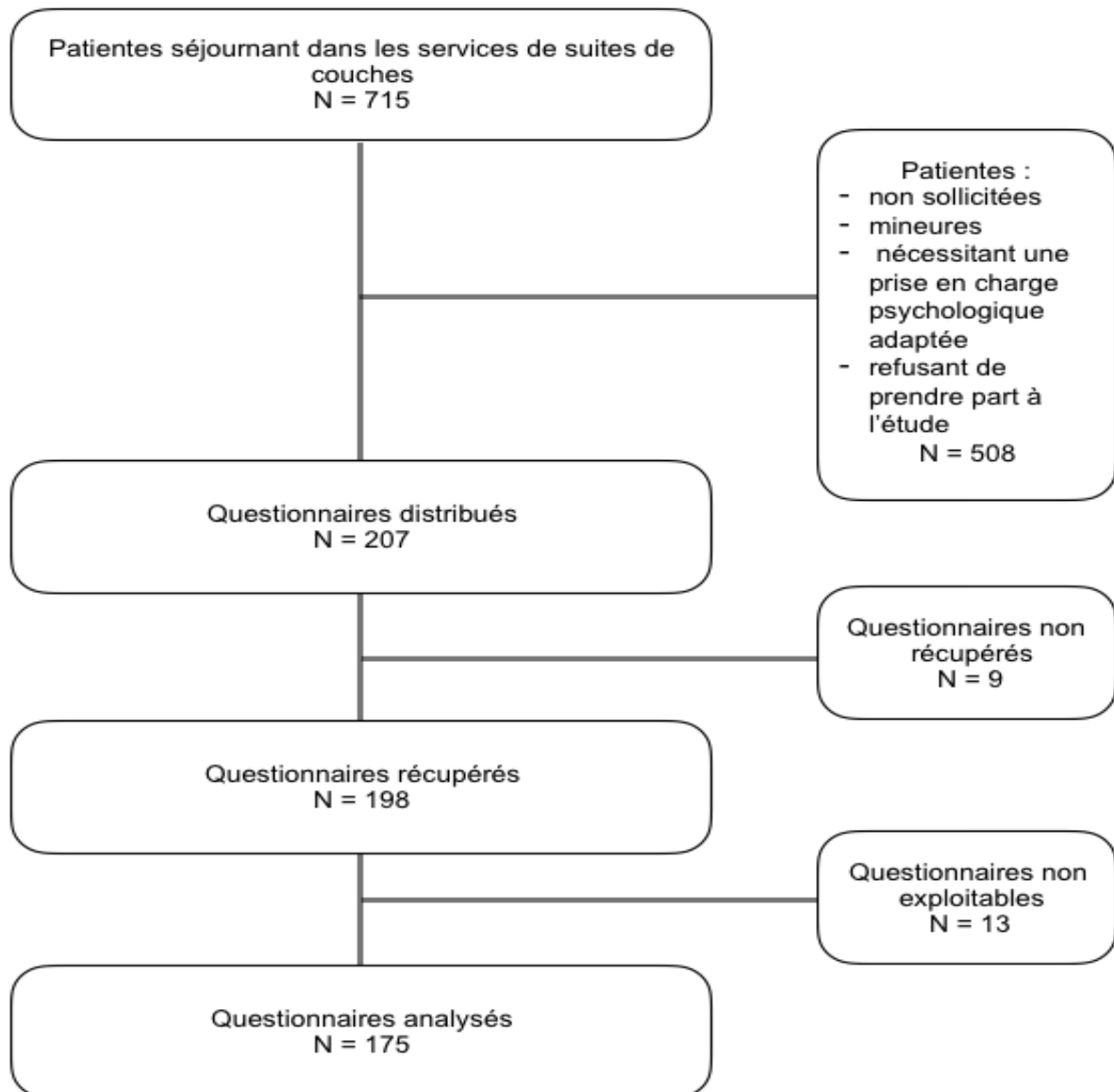


Figure 1 : Diagramme des flux du recueil de données

3.2 Description de la population

Caractéristiques		Effectifs (N =)	Pourcentages %
Age	< 20 ans	N = 2	1%
	20-24 ans	N = 23	13%
	25-29 ans	N = 55	31%
	30-34 ans	N = 65	37%
	≥ 35 ans	N = 30	18%
	Moyenne = 30 ans (+/- 4,41) Médiane = 30 ans Extrême = 19 - 42 ans		
Parité	IP	N = 84	48%
	IIP	N = 64	37%
	> IIP	N = 27	15%
	Moyenne = 1,6 (+/- 0,70) Médiane = 1,5		
Études réalisées	Non scolarisée	N = 4	2%
	Collège	N = 7	4%
	Lycée	N = 47	27%
	BEP/CAP	N = 52	30%
	Bac + 3	N = 43	25%
	≥ Bac + 5	N = 22	12%
Contraceptions antérieures	Total	N = 158	
	Implant	N = 22	14%
	Préservatif	N = 103	65%
	Pilule contraceptive	N = 96	61%
	DIU au cuivre	N = 32	20%
	DIU hormonal	N = 10	6%
	Patch	N = 4	3%
	Anneau	N = 9	6%
	Méthodes naturelles	N = 18	11%
Souhait d'allaitement maternel	Oui N = 126 (72%)	N = 126	72%
	Non N = 49 (28%)	N = 49	28%

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

3.3 Résultats principaux

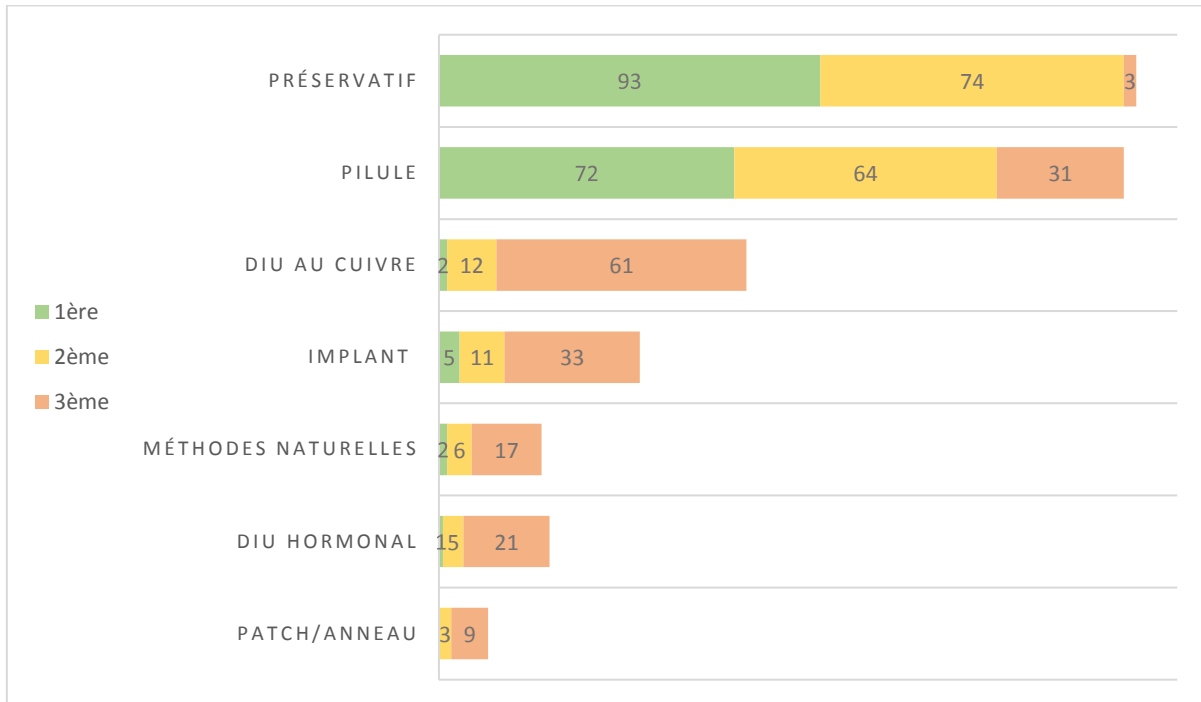


Figure 2 : Les contraceptions les mieux connues des femmes

Nous avons demandé aux femmes de classer les 3 méthodes contraceptives qu'elles pensaient le mieux connaître. L'implant est classé 5 fois comme première contraception, 11 fois comme seconde et 33 fois comme troisième. Il arrive donc en 4^{ème} position derrière le préservatif, cité première contraception chez 53% des femmes ; la pilule et le DIU au cuivre.

3.3.1 Les connaissances générales à propos de l'implant

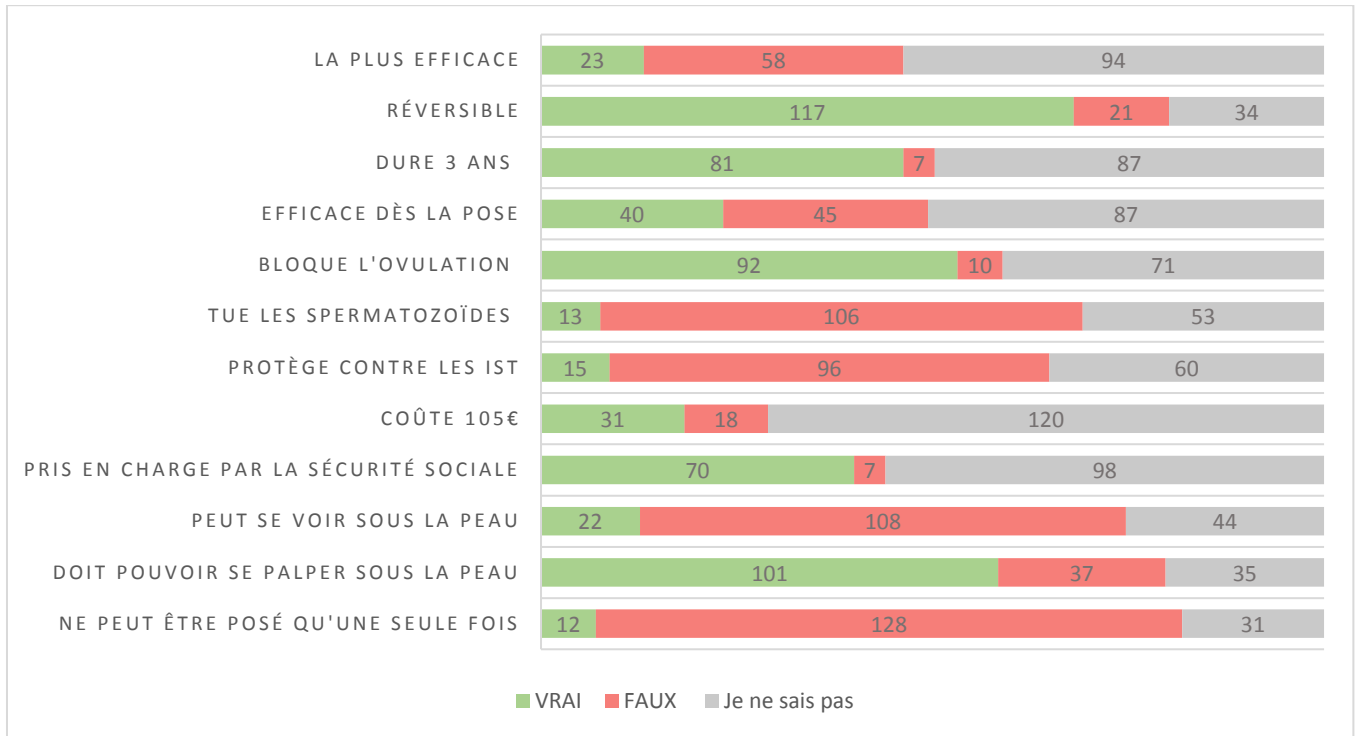


Figure 3 : Quiz – Généralités à propos de l'implant

Le taux de non réponse est de 1% (N = 28 items) et le pourcentage moyen de bonne réponse au quiz est de 48%. Le pourcentage de réponse « Je ne sais pas » est de 39,25%.

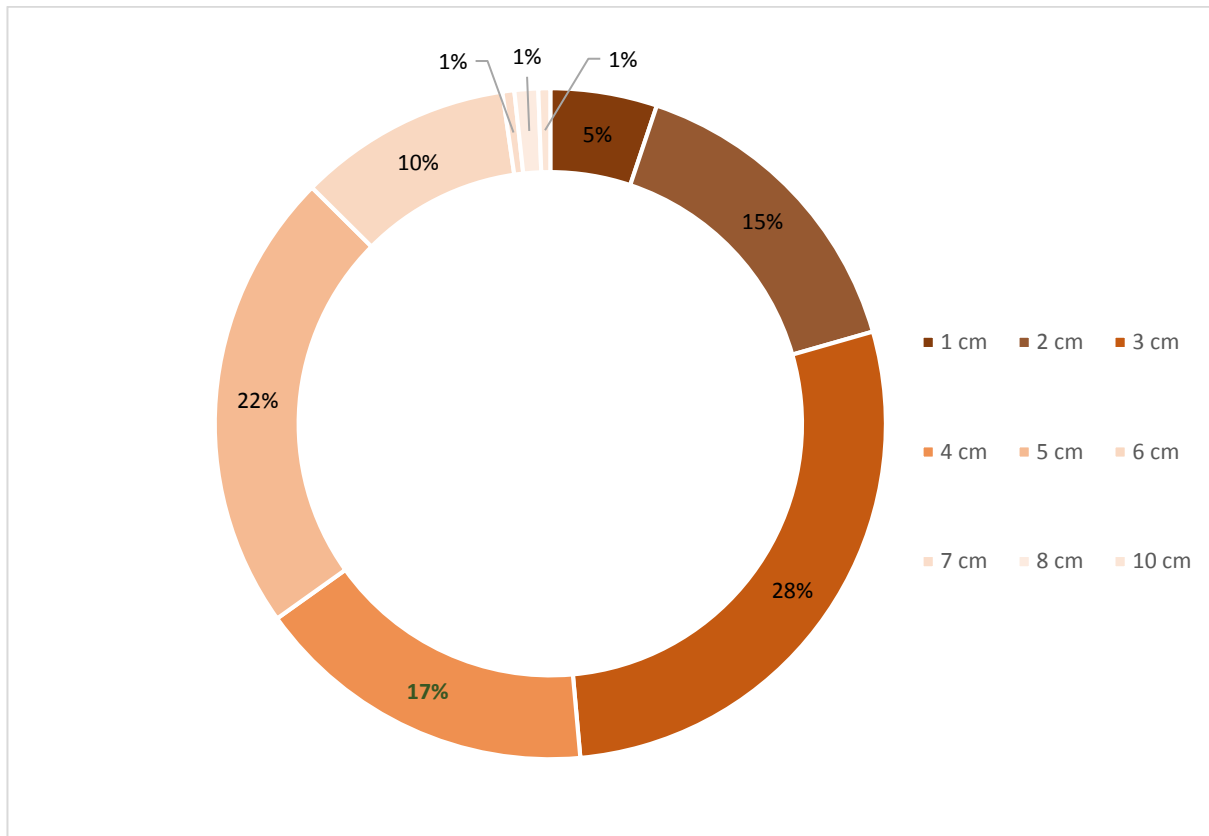


Figure 4 : Répartition de la taille de l'implant (cm) selon les femmes

En moyenne, les femmes ont répondu que l'implant mesure 3,78 (+/- 1,55) cm. 17% des femmes savent qu'il mesure 4 cm, et 67% ont une bonne représentation à +/- 1 cm.

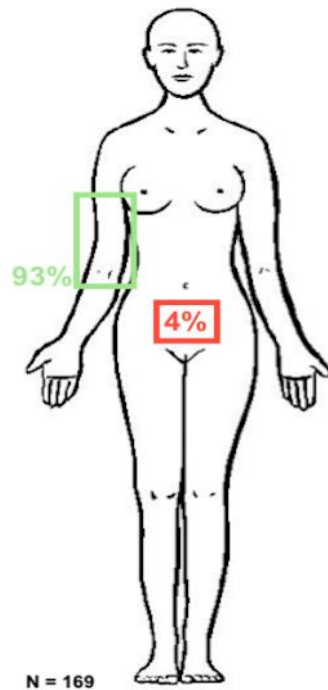


Figure 5 : Zone de pose de l'implant

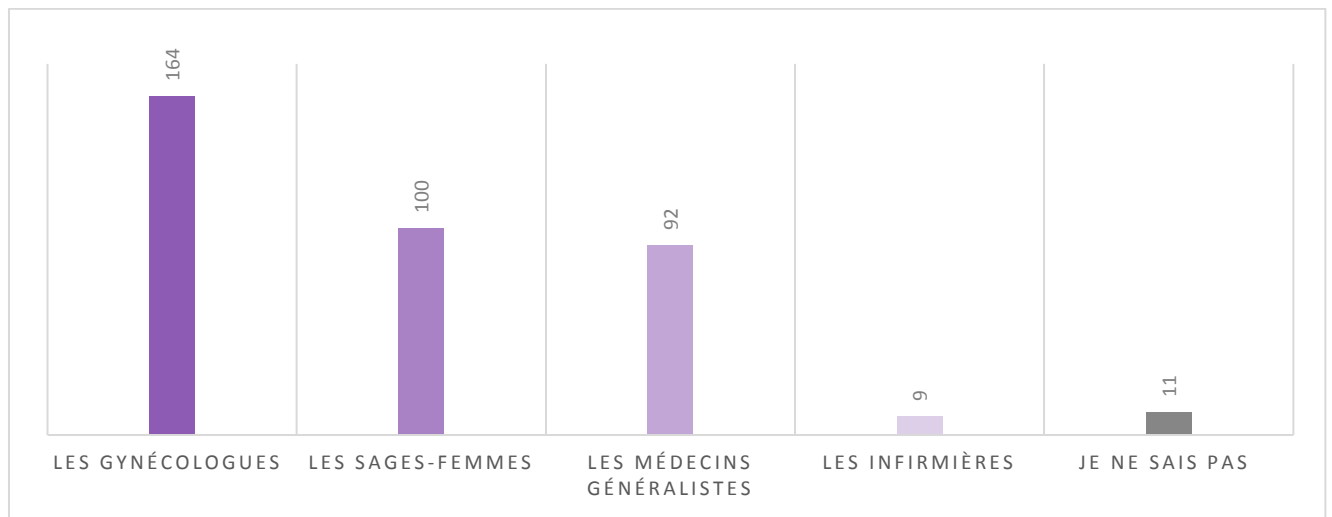


Figure 6 : Les droits de prescription, pose et retrait de l'implant

43% et 47 % des femmes n'ont pas répondu que les sages-femmes et médecins généralistes étaient aptes à la prescription et pose de l'implant.

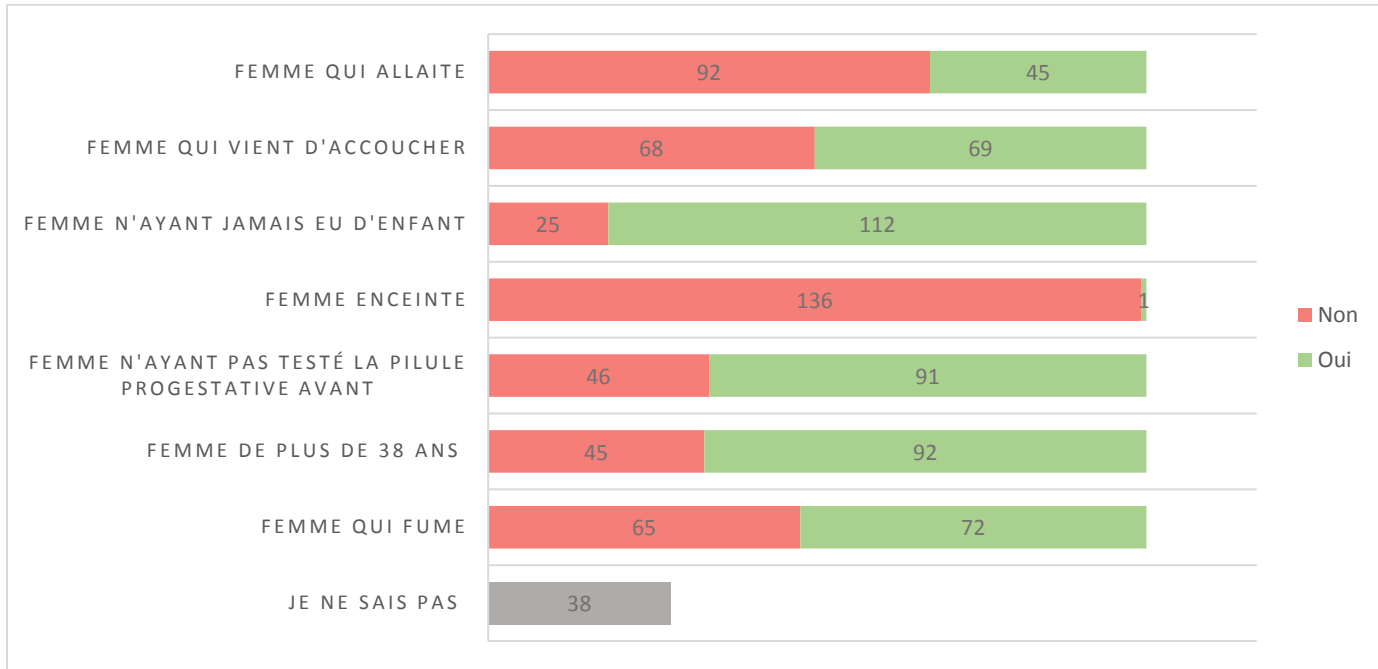


Figure 7 : Connaissance relative aux femmes concernées par l'implant comme option contraceptive

3.3.2 L'avis des femmes

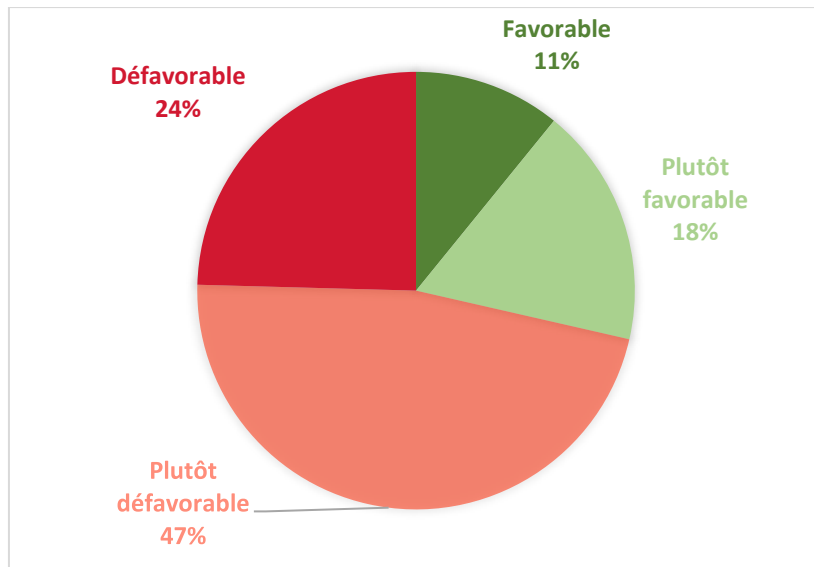


Figure 8 : L'implant comme contraception, quel positionnement ?

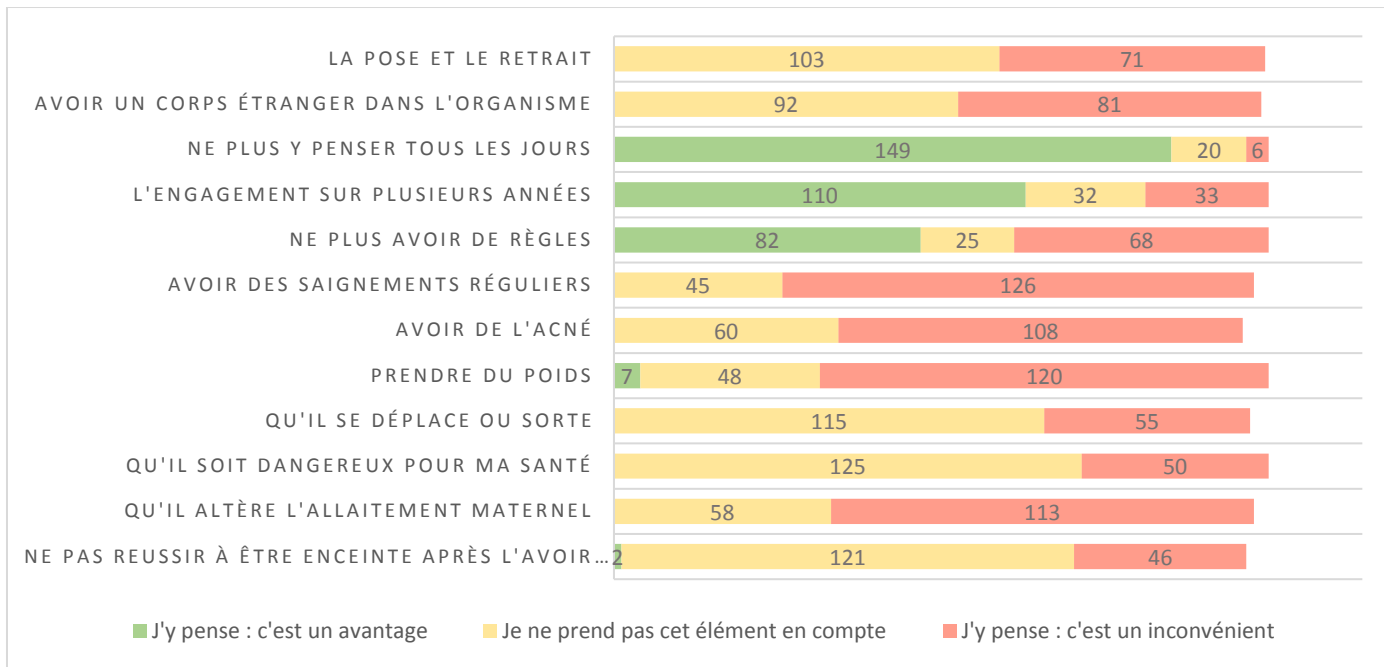


Figure 9 : Les facteurs associés à la réflexion du choix contraceptif

Le taux de non réponse est de 1% (N = 27 items).

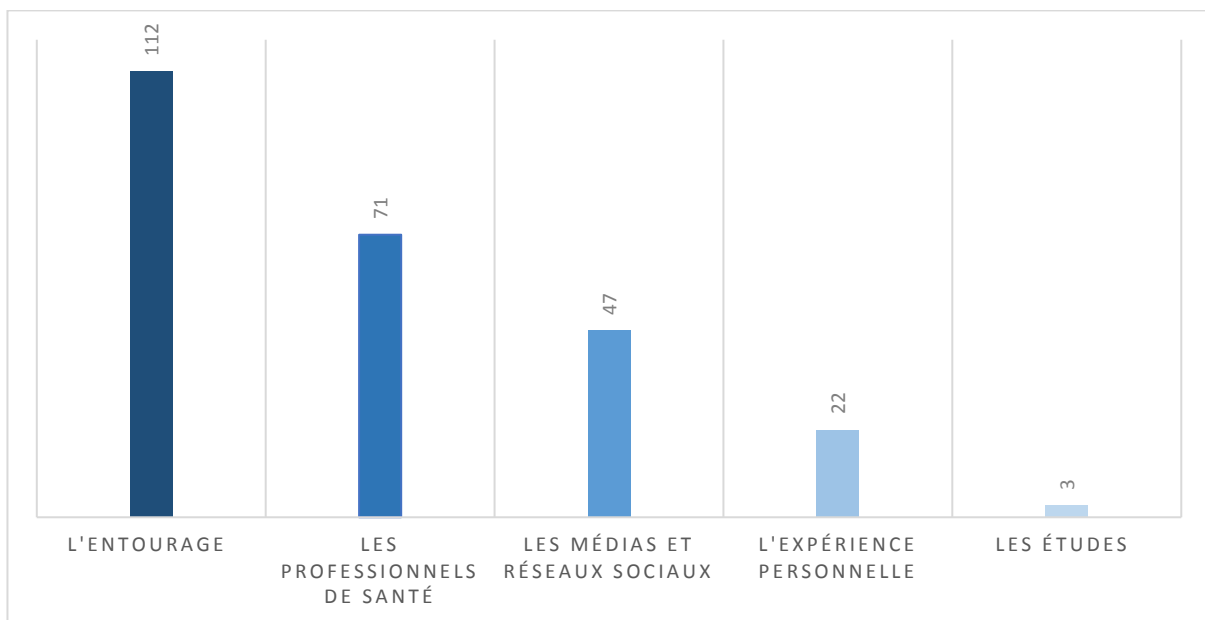


Figure 10 : Les sources d'information faites aux femmes

3.4 Résultats secondaires

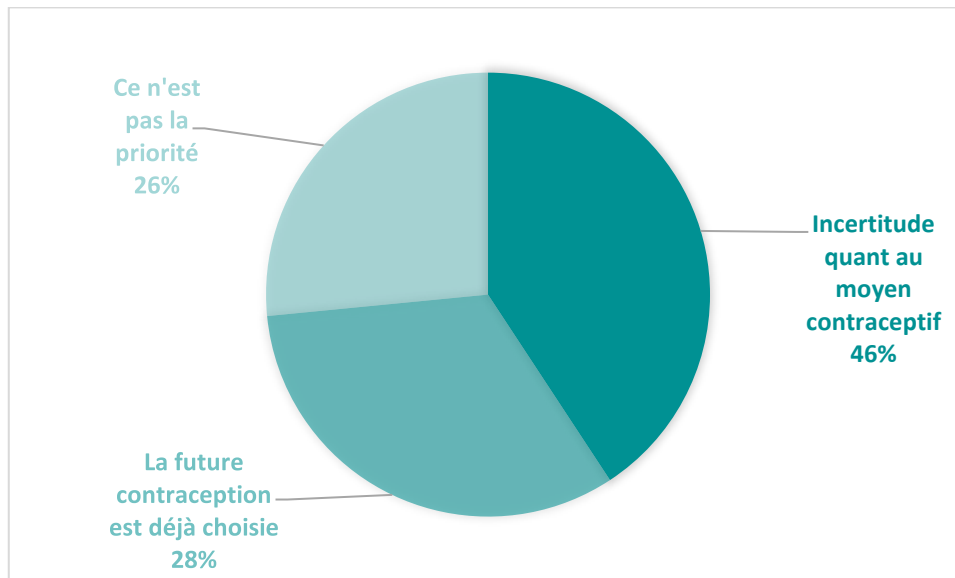


Figure 11 : Place de la contraception en période post-partum

Les méthodes contraceptives ont elles été abordées au cours de la grossesse ?	Auriez-vous aimé qu'elles le soient ?
Oui N = 97	Oui N = 87
	Non N = 10
Non N = 64	Oui = 41
	Non = 23

Tableau 2 : Abord de la contraception au cours de la grossesse

4 Discussion

4.1 Les connaissances des femmes à propos de l'implant

Lorsque nous demandons aux femmes de classer les trois moyens de contraception qu'elles pensent le mieux connaître, ce sont les méthodes les plus utilisés : le préservatif et la pilule représentent 94% de la première méthode classée et ont été utilisés comme contraception respectivement par 65% et 61% des femmes. Est classé ensuite le DIU au cuivre, souvent utilisé lorsqu'une contraception non hormonale est désirée. Puis l'implant est cité comme « 3^{ème} contraception la mieux connue » pour 19% des femmes de l'échantillon. En 2007, l'implant n'était connu que par 44% de la population Française (4). 10 ans plus tard et dans cette étude, les femmes le placent comme 4^{ème} contraception la plus connue. Cela confirme une croissance de la connaissance de cette méthode dans l'arsenal contraceptif. Malgré tout, la prévalence de femmes sous implant est faible par rapport aux trois contraceptifs cités avant lui.

4.1.1 Les connaissances générales

Lors du Quiz vrai/faux (Figure 3) le pourcentage moyen de bonnes réponses était de 48%. Ces résultats sont en accord avec une étude menée en 2012 sur 218 femmes de 15-24 ans évaluées sur leurs connaissances des nouveaux moyens contraceptifs. Les femmes de cette étude avaient obtenu une moyenne de 47% de bonnes réponses sur l'implant (20).

Dans notre étude, outre les connaissances erronées pour certains paramètres, ce que l'on remarque c'est un défaut de connaissance. En effet, le pourcentage moyen de réponse « je ne sais pas » est de 39,25% : Il subsiste donc une ignorance. Les méthodes sont souvent confondues entre elles à propos des généralités.

Concernant les modalités d'action, seulement 13% sait que l'implant est une des méthodes de contraception les plus efficaces. Il s'agit du plus faible pourcentage de

bonnes réponses. Une femme sur trois a répondu « faux » à cette affirmation. Pourtant, l'efficacité indépendante de l'observance en est un avantage.

La moitié des femmes connaissent l'action principale de l'implant : le blocage de l'ovulation ; elles savent d'autre part et que l'implant n'est pas toxique pour les spermatozoïdes. Et deux femmes sur trois savent qu'il ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles.

La durée de 3 ans de l'effet contraceptif n'est connue par 46% d'entre elles, il s'agit pourtant d'une propriété importante pour l'engagement sur plusieurs années pour la méthode, qui se révèle d'ailleurs un élément de réflexion favorable pour 63% de celles-ci, ainsi que pour l'efficacité contraceptive sans avoir à y penser quotidiennement.

Concernant la pose, une femme sur quatre pense qu'il est efficace dès le moment de pose et la moitié a répondu ne pas savoir. Le changement de contraception est une période à risque de grossesse non désirée. Le médecin ou la sage-femme, en posant l'implant, va fournir une quantité tellement importante d'informations que les femmes pourraient sortir de la consultation en oubliant les informations primordiales. Le fait que l'implant soit efficace 7 jours après la pose n'intervient pas lors du choix contraceptif ; il est néanmoins important de savoir que les femmes ne connaissent pas la durée d'action de l'implant afin d'insister lors de la pose.

Pour l'impact physique, 62% des femmes savent que l'implant ne se voit pas sous la peau. Et 58% savent qu'il est indispensable de pouvoir le sentir au palper.

71% des femmes ignorent le prix de l'implant mais 40% savent qu'il est pris en charge par la sécurité sociale. Posé pour 3 ans si la tolérance le permet, l'accessibilité financière de l'implant pourrait être un élément favorable au choix contraceptif.

En général, le site de pose est connu avec 4% des femmes qui ont confondu avec le dispositif intra-utérin (Figure 5).

Nous avons demandé aux femmes d'estimer la taille de l'implant sur une échelle graduée (Figure 4). Une étude sur le dispositif intra-utérin a montré que la taille du dispositif était souvent surreprésentée se traduisant ainsi en refus de pose ⁽³⁷⁾.

Les femmes de notre étude ont plutôt une bonne estimation de la taille de l'implant. Elles sont 67% à l'estimer entre 3 et 5 cm et 17% à imaginer la bonne taille : 4cm.

4.1.2 L'accessibilité à l'implant

Notre étude montre qu'en moyenne une femme sur deux ne sait pas quelle catégorie de femmes serait éligible à l'implant comme méthode contraceptive (Figure 7).

Comme énoncé précédemment, une contraception progestative microdosée ne présente que très peu de contre-indications par le faible impact des progestatifs sur le risque vasculaire et le métabolisme. L'implant pourrait à première vue être proposé à un grand nombre de patientes, atteintes de diabète ou d'hypercholestérolémie, ou en post-partum. Les femmes pensent que l'implant est non indiqué pour une femme consommatrice de tabac (47%), une femme de plus de 38 ans (33%). Ce sont en effet des contre-indications relatives aux contraceptions contenant des œstrogènes mais qui n'intéressent pas les contraceptions micro-progestatives.

50% des femmes pensent qu'après la naissance de leur enfant, elles ne peuvent pas utiliser l'implant. Il est recommandé d'utilisation dans les 21 jours du post-partum mais en pratique il est souvent posé dès le séjour en maternité. Une revue de la littérature de la Cochrane portant sur 3 études randomisées aux États-Unis ne permet pas de conclure à une différence statistiquement significative quant aux effets indésirables tels que les saignements irréguliers lorsque l'insertion de l'implant est précoce ou plus tardive (4-6 semaines) ⁽³⁸⁾. Des études seraient nécessaires en France, avec l'utilisation de l'implant afin d'offrir des informations supplémentaires et adapter les recommandations.

72% des femmes de l'étude ont un souhait d'allaitement maternel mais 67% pensent que l'implant n'est pas compatible avec l'allaitement. Pour 66% des femmes, la crainte d'une altération de l'allaitement maternel est un frein dans le choix contraceptif. Notre expérience nous permet de constater que lorsque la contraception est abordée, il s'agit souvent du premier questionnement de la patiente : avoir la certitude que la contraception proposée n'influe pas sur l'allaitement maternel lorsqu'il s'agit du mode

d'alimentation désiré. Une revue Cochrane de la littérature de 2014 incluant 1492 femmes permet de conclure sur la base de onze études que la faible quantité de progestatif passant dans le lait maternel n'a pas incidence tant sur le volume et la composition du lait que sur la croissance des nourrissons ⁽³⁹⁾.

La quasi majorité (99%) des femmes sait que l'implant est une méthode contraceptive et non contragestive et ne peut être posé chez une femme enceinte, contrairement au DIU au cuivre, contraception d'urgence la plus efficace lorsqu'elle est posée dans les 72 heures ⁽⁴⁰⁾.

Pour ce qui est du droit de prescription de pose et de retrait, les compétences des gynécologues sont répandues. Celles des sages-femmes et des médecins généralistes sont bien moins connues des femmes. L'expansion du champ de compétence des sages-femmes en gynécologie est peu répandu dans la population générale. Il aurait été intéressant de différencier la question en droit de prescription et droit de pose et retrait car aujourd'hui le droit de prescription est essentiellement attribué au médecin. Les patientes sont, comme expliqué précédemment, rarement au fait que la sage-femme dispose pleinement de cette compétence en gynécologie depuis 2009 ⁽⁴¹⁾.

Depuis quelques années avec le projet de restructuration du parcours de santé et la difficulté d'accès à la gynécologie rurale, le médecin généraliste est amené à prendre en charge des femmes pour le suivi gynécologique. Malgré tout, différentes thèses de médecine se sont intéressées aux pratiques et ont montré une moindre communication et utilisation de l'implant du fait d'un manque de formation sur la maîtrise des effets indésirables et de la pratique de pose et retrait ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾.

4.2 Les représentations associées à l'implant

4.2.1 Le souhait par rapport à l'implant comme contraception

L'avis des femmes concernant leur envie d'utiliser l'implant comme méthode contraceptive serait plutôt négatif : 28% des femmes voient le bénéfice de cette méthode et y sont plutôt favorables à favorables. 72% des femmes ont un avis « plutôt

défavorable » à « défavorable » quant à son utilisation. Nous avons cherché à détecter quels éléments étaient pris en compte lors de leur réflexion contraceptive (Figure 8)

4.2.2 Les éléments de réflexion associés

La pose et le retrait ne sont pas pris en compte dans la réflexion par 60% des femmes. Pour les autres, il s'agit d'un inconvénient. Le fait que les femmes soient majoritairement bien informées de la taille de l'implant et de l'endroit de pose permet de réduire cette crainte. Le recensement de tous les effets indésirables publié en 2017 a montré que depuis sa mise sur le marché français, il a été observé une réduction de l'incidence des effets indésirables liés à la pose de l'implant et aux difficultés de retrait avec majoritairement des insertions moins profondes, aidées par le dispositif d'insertion ⁽¹⁵⁾.

La durée d'efficacité sur plusieurs années et le caractère indépendant de l'observance sont des éléments qui sont considérés comme un avantage par les femmes. Malgré le fait que peu connaissent la durée d'efficacité, le fait d'avoir un contraceptif de longue durée d'action séduit la majorité.

Les effets indésirables gynécologiques et physiques tels que les saignements irréguliers, la prise de poids et l'acné sont un frein à l'utilisation de l'implant pour respectivement 74%, 70% et 63%. Une étude au Royaume-Uni en 2013 a cherché à comprendre la mauvaise expérience individuelle de 20 jeunes femmes de 16 à 22 ans conduisant à une interruption précoce de ce contraceptif : il a été conclu qu'elles avaient interprété les effets indésirables comme une menace pour leur maîtrise corporelle qu'elles n'étaient pas disposées à tolérer ⁽⁴⁴⁾. Ces craintes seraient par conséquent décuplées par le fait de poser un implant qui ne peut être retiré soi-même, et qui nécessite un suivi gynécologique. Avoir un corps étranger est considéré comme un inconvénient pour 47% des femmes, malgré le fait que la contraception au long court attire. Nous pouvons nous demander si le terme « corps étranger » dans le questionnaire ne prêtait pas à une interprétation déjà inquiétante.

De plus en plus, les femmes souhaitent maîtriser leur contraception afin d'avoir une maîtrise optimale de leur corps. C'est ainsi qu'au fil de années, on a vu augmenter le recours aux méthodes de contraception naturelles. 28% des femmes ont répondu redouter que l'implant soit dangereux pour leur santé et de ne pas réussir à être enceinte après l'avoir enlevé. L'effet des hormones sur l'organisme est de plus en plus redouté des femmes. Il ressort dans notre étude que 10% des femmes ont utilisé comme moyen de contraception une méthode naturelle au cours de leur vie intime.

Les effets indésirables reconnus comme fréquents par la commission de transparence de l'implant sous-cutané sont bien connus et redoutés par plus de deux femmes sur trois. D'autres éléments vus ci-dessus peuvent être imputables à la présence d'un dispositif et à la libération hormonale. Ils influent sur l'opinion des femmes vers la défaveur de l'implant. Une étude menée en 2015 a mis en évidence que les femmes redoutent les effets indésirables de l'implant mais également qu'elles ressentent un réel défaut d'information des effets indésirables potentiels, ce qui ne favorise pas l'implant (30).

4.2.3 Les sources d'information des femmes

Nous avons cherché à comprendre par quel moyen les femmes avaient reçu les informations qui leur ont permis de répondre au questionnaire.

La source d'information majeure est l'entourage, cité par 64%. Les décisions quant à la stratégie contraceptive sont souvent influencées par les expériences rapportées par les proches. Les professionnels de santé n'auraient eu un rôle d'information que chez 40% des patientes. Pourtant cette information est essentielle permettant d'atténuer les aprioris construits par les expériences de l'environnement familial et amical.

Les recommandations de l'HAS sont claires pour les professionnels : aborder tous les moyens contraceptifs, avantages et inconvénients, avec une information la plus subjective et adaptée à chaque femme (45). L'information apportée par l'entourage et les médias est nécessaire car le partage d'expérience est humain, mais elle doit être secondaire et complémentaire avec l'information indispensable apportée par le

médecin ou la sage-femme qui informe et prescrit la contraception. Les médias et réseaux sociaux sont en effet cités comme source d'information par 27% des patientes. Avec le développement d'Internet, il est possible de trouver toutes sortes d'informations sur l'implant contraceptif mais le tri d'information est difficile à faire si l'on n'est pas orienté par un praticien.

Les recommandations sur le modèle BERGER par l'OMS a permis de développer un axe de consultation comme exemple de counseling idéal. Cependant il est certain que le professionnel aborde la contraception au mieux selon la patiente et le temps imposé de la consultation (46).

4.3 Souhait des femmes en post-partum

La HAS recommande d'aborder la contraception au moment du post-partum. Nous avons demandé aux femmes la place que prend la contraception pendant ce temps (33).

46% répondent que ce sujet « prend une place très importante » et se questionnent sur la reprise d'un contraceptif le plus rapidement possible.

26% savent déjà quelle contraception elles vont utiliser et 28% considèrent que la contraception n'est pas une priorité en post-partum.

Nous avons également voulu connaître l'avis des femmes sur le fait d'aborder la contraception avant l'accouchement :

A la question : « La personne qui vous a suivi pendant votre grossesse vous a-t-elle informé des méthodes contraceptives possibles après l'accouchement et pour votre futur ? »

57% des femmes ont répondu que le sujet n'a pas été évoqué et 79% de l'échantillon estiment qu'il a été ou aurait été judicieux d'aborder ce sujet.

Devant les réponses apportées nous pourrions émettre l'hypothèse que commencer à aborder et informer les femmes pendant le suivi de grossesse des contraceptifs disponibles permettrait d'anticiper et de laisser davantage de temps à la réflexion des patientes. L'objectif serait de leur permettre un choix raisonné et adapté à leur mode de vie et répondrait aux attentes des 46% des femmes pour qui la contraception est

une préoccupation. Cela permettrait également de sensibiliser le tiers des femmes pour qui la naissance et l'occupation que procure un enfant est une priorité majeure.

Malgré tout, chaque professionnel qui effectue les suivis de grossesses et du post-partum construit sa consultation comme il le pense le plus adapté, comme dis précédemment. Un support écrit distribué en fin de consultation avec une invitation à la lecture et la possibilité de réponses à la consultation suivante pourrait être une opportunité d'informer les femmes sur la contraception sans avoir à réduire le temps de consultation, déjà court. A partir du questionnaire et des réponses analysées, nous avons réalisé une plaquette explicative qui reprend les questions que nous avons posées aux femmes ; il s'agit d'un exemple de support sur lequel les praticiens pourraient s'appuyer afin d'aborder l'implant au cours de la grossesse (Annexe 2).

4.4 Les caractéristiques de l'étude

4.4.1 La population

Les patientes hospitalisées dans les unités de suites de couches ayant répondu au questionnaire ont en moyenne 30 ans, soit environ la moyenne d'âge des femmes accouchées en France en 2017 : 30,6 ans ⁽⁴⁷⁾. 45% des femmes ont entre 19 et 29 ans, tranche d'âge ayant le plus recours à l'implant en 2016 selon le baromètre contraception de l'INPES ⁽³⁾. S'ajoutant à l'augmentation de l'âge maternel ces dernières années, l'hôpital Antoine Bécère possède une activité de procréation médicalement assistée, il paraît donc ordinaire de recenser dans la population d'étude 18% de femmes de plus 35 ans. Cette tranche d'âge serait moins concernée par ce contraceptif, moins prêtes également à prendre le risque de survenue d'effets indésirables, ce qui pourrait être un biais à propos du souhait contraceptif.

Avec une moyenne de 1,6 enfants par femme, la population cible est légèrement en dessous de la moyenne nationale de 1,93 en 2016 selon le bilan démographique de l'Insee ⁽⁴⁸⁾.

4.4.2 Les forces

L'hôpital Antoine Béclère du fait de sa localisation géographique entre 3 départements d'Ile-de-France et par son niveau III et sa capacité d'accueil reçoit en suites de couches une patientèle permettant un échantillon le plus représentatif possible. De plus toute femme ayant accouché d'un enfant vivant transite dans le service de suites de couches, quelque-soit son parcours contraceptif, son suivi gynécologique et l'observance de celle-ci quant à la contraception. Le fait de cibler ce service plutôt que le service de consultation obstétricale ou encore le CPEF permet de s'exonérer d'un biais de sélection.

Nous sommes parvenus à obtenir 175 réponses exploitables, soit 24% de la population ayant séjourné à la maternité d'Antoine Béclère entre décembre 2017 et mars 2018. A défaut d'extrapoler à la population générale, très difficile dans le cas d'une étude unicentrique sur un court laps de temps, l'échantillon peut être considéré comme représentatif de la patientèle d'Antoine Béclère.

La réalisation d'une étude par des questionnaires anonymes nous fait espérer en la franchise des réponses.

4.4.3 Les limites

Néanmoins un questionnaire à remplir ne permet pas contrôler l'exhaustivité des réponses sur toute la longueur du questionnaire. La réalisation d'une étude qualitative impliquant un dialogue aurait permis d'affiner l'avis des femmes quant aux représentations qu'elles associent à l'implant.

De plus, le moment choisi pour la distribution du questionnaire (entre J1 et J5 du post-partum, idéalement J2-J3) a pour inconvénient d'être un moment où les femmes sont occupées à la maternité. Le niveau de concentration et d'investissement ainsi que le temps de réponse pourraient donc être inférieurs à celui de la population générale.

Conclusion

La position de l'implant augmente légèrement dans la stratégie contraceptive et les femmes sont de plus en plus sensibilisées à cette option. Comme chaque contraception, il est assimilé à un avantage : la protection d'une grossesse non désirée, malgré le fait que peu savent qu'il s'agit d'une des méthodes les plus efficaces. La contraception, essentielle pour 71% des femmes en France en 2016 ⁽³⁾, impacte le quotidien des femmes et est associée à de nombreuses craintes.

Avec une efficacité indépendante de l'observance l'implant permet de s'exonérer des contraintes liées à la prise d'un contraceptif et pourrait modifier le modèle contraceptif français toujours peu flexible avec un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au dispositif intra-utérin quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient ⁽²²⁾. Ces trois contraceptifs sont d'ailleurs, dans notre étude, les mieux connus et les plus utilisés par les femmes.

Il est important que chaque femme ait des connaissances justes à propos de chaque méthode afin de choisir au mieux et dans son intérêt. Une connaissance objective de tous les avantages et effets indésirables des méthodes contraceptives permettrait à chaque femme de faire un choix libre et éclairé mais également de mieux tolérer la contraception qu'elle choisit. Aujourd'hui encore les femmes entendent et enregistrent les expériences de leur entourage qui surpassent en nombre les informations des professionnels, ce qui n'est pas en faveur d'un développement de l'implant. Les effets indésirables, dont certains sont majorés, sont connus et redoutés, réduisant le recours à cette contraception. Les bénéfices que pourrait apporter l'implant sont beaucoup moins connus. Néanmoins, en 10 ans, l'implant a une plus large position dans la stratégie contraceptive.

L'état des lieux des connaissances des femmes à propos de l'implant contraceptif sous-cutané en post-partum permet d'améliorer les connaissances issues de

l'information délivrée pendant la période de périnatalité. L'accompagnement de la prise en charge de la contraception en post-partum y est primordial afin d'éviter toute grossesse rapprochée non désirée.

En post-partum, l'implant a une place de choix : l'observance n'est pas nécessaire et le progestatif microdosée n'a que très peu de contre-indication ⁽¹⁸⁾. Ainsi il serait bon d'informer lors des consultations de suivi de grossesse, en post-partum et gynécologie par la suite car le défaut d'information limite forcément son utilisation.

Développer des avantages potentiels, sans négliger de prendre le temps d'expliquer les effets indésirables tels que les anomalies du cycle menstruel permettrait de rétablir les bénéfices et risques et peut-être de réduire les retraits précoces.

La contraception, indispensable pour certaines, complexe et touchant au corps, les appréhensions y sont forcément présentes. L'objectif n'est pas de décrire l'implant comme une contraception idéale mais d'avoir toutes les données pour informer objectivement les femmes à qui il conviendrait, malgré les effets indésirables attendus, et ainsi leur permettre de mieux les appréhender.

Bibliographie

- (1) OMS - *Contraception*, 2016. Who.int. [En ligne], <http://www.who.int/topics/contraception/fr/> (Page consultée le 12 juin 2017).
- (2) *Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances : texte intégral des débats à l'Assemblée nationale*, Site officiel de l'Assemblée Nationale Française, [En ligne] http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/ (Page consultée le 17 novembre 2016).
- (3) D. Rahib et al., *Contraception : 4 ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent - Baromètre Santé 2016*, Santé Publique France ; 2017.
- (4) Santé Publique France – *Baromètre Santé INPES 2010*, Dernière mise à jour le 27/09/2016.
- (5) Yvenat Maëlys, *État des lieux des connaissances des femmes sur l'implant contraceptif : enquête descriptive auprès des femmes suivies au CHRU entre septembre et octobre 2016*, Diplôme d'État de sage-femme ; Université de Brest – 2017.
- (6) ANSM - *Notice : NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané - Etonogestrel*, Mise à jour le 27/09/2012.
- (7) C. Jamin, *Comment classer les contraceptifs hormonaux ?* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2012;41(2):103–4.
- (8) C. McNicholas et al., *Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration*. Journal of Obstetric and Gynecology. Mars 2015;125(3):599- 604.

- (9) OA. Ladipo, SA. Akinso, *Contraceptive implants*. Afr J Reprod Health. Avril 2005;9(1):16- 23.
- (10) R. Varma, L. Mascarenhas, *Endometrial effects of etonogestrel contraceptive implant*. Current Opinion in Obstetric and Gynecology. Juin 2001;13(3):335- 41.
- (11) M. Ali et al., *Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant*. Human Reproduction : Oxford Journal. 26 Septembre 2016.
- (12) P. Darney et al., *Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials*. Fertility and Sterility. Mai 2009;91(5):1646- 53.
- (13) HAS - Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique - *Avis de la Commission de la Transparence Nexplanon®*, 16 Septembre 2015.
- (14) ANSM - Résumé des Caractéristiques du Produit : *NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané - Etonogestrel*, Mise à jour le 27/09/2012.
- (15) C.Simon et al., *Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon®, Implanon®) déclarés en France*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction ; Novembre 2016 : 45(9)1074-1082.
- (16) HAS - *Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*, Document de synthèse, Mars 2013 (Dernière mise à jour novembre 2017).
- (17) HAS - *Nexplanon® (étonogestrel) – Avis d'efficience*, Septembre 2015.
- (18) L. Duranteau, *Contraception par progestatifs*. EMC-Gynécologie. Janvier 2008;3(1):1-12.

- (19) S. Jost et al., Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juin 2014;42(6):415-21.
- (20) O. Screve, *Les alternatives à la pilule : implant sous-cutané, patch contraceptif et anneau vaginal*. Diplôme d'Etat de sage-femme ; Université Claude Bernard Lyon 1 ;2012 :127p.
- (21) Santé Publique France - *Baromètre santé INPES 2010*, Dernière mise à jour le 27/09/2016.
- (22) N. Bajos et al., *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Population & Sociétés - bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, Septembre 2012, n°492.
- (23) INPES - *Contraception : ce que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux* ; Dossier de presse, 5 juin 2007.
- (24) D. Apter et al., *A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system with the etonogestrel subdermal implant*. *Fertility and Sterility*. Juillet 2016;106(1):151 - 157.e5.
- (25) L. Obijuru et al., *Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation*. *Journal of Adolescent Health*. Mars 2016;58(3):284- 9.
- (26) LA. Jeffreys, AL.Clark, *A successful approach to long-acting contraceptive implants in primary care*. *Contraception Journal*. Avril 2012;85(4):381 - 3.
- (27) J. Rubenstein et al., *Counselling styles and their effect on subdermal contraceptive implant continuation rates*. *European Journal of Contraception and Reproduction Health Care*. juin 2011;16(3):225- 8.

- (28) V. Halpern et al., *Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception*. Cochrane Database Systematic Review. 13 avril 2011;(4):CD004317.
- (29) Tritschler Marion, *Contraception par Nexplanon® : Quelles sont les meilleures indications pour une « observance » optimale ?* ; Diplôme d'Etat de Sage-femme ; Université de Strasbourg - 2014.
- (30) D. Rouche, *Freins et réticences à l'utilisation de l'implant contraceptif chez les femmes en âge de procréer : étude réalisée en médecine générale*. Thèse de médecine. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2015 :125p.
- (31) C. Cwiak and al., *Peripartum contraceptive attitudes and practices*. *Contraception*. Novembre 2004;70(5):383-6.
- (32) Rondepierre Louise, *Quand le pré-partum rencontre le post-partum ;* Diplôme d'État de Sage-femme ; Université de Médecine de Paris Descartes - École de sages-femmes de Baudelocque - 2010.
- (33) HAS - *Contraception chez la femme en post-partum*, Fiche mémo, Juillet 2013 (Dernière mise à jour Octobre 2017).
- (34) HAS - RPC : *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, Mars 2014.
- (35) Foucault Claire, *Sexualité du post-partum : évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels* ; Diplôme d'État de Sagefemme ; Université de Médecine de Paris Descartes - École de sages-femmes de Baudelocque - 2011.

- (36) F. Mullet, Contraception de l'après-grossesse, 30^{ème} journée nationale du CNGOF - 2006, [En ligne], http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/002/index.htm (page consultée le 4 décembre 2016).
- (37) L. Moine, *Connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins*. Diplôme d'État de sage-femme ; Université Lyon Sud ; 2014 :93p.
- (38) J. Sothornwit et al., *Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4.
- (39) LM. Lopez et al., *Combined hormonal versus nonhormonal versus progestinonly contraception in lactation*. Cochrane Database System Review. 20 Mars 2015;3.
- (40) J Shen et al., *Interventions for emergency contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8.
- (41) *Les compétences des sages-femmes – Conseil National de l'Ordre des sages-femmes*, [En ligne], <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/05/Dépliant-Compétences.pdf> ; (page consultée le 4 décembre 2017).
- (42) A. Péran, *État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif*, Thèse de médecine ; Université de Rouen ; 2015 :96p.
- (43) O. Salmon, *DIU et implant : analyse des facteurs déterminants la pratique des médecins généralistes*, Thèse de médecine ; Faculté de médecine François Rabelais, Tours ; 2013 :120p.

- (44) L. Hoggart, VL. Newton, Young women's experiences of side-effects from contraceptive implants: a challenge to bodily control. *Reproductive Health Matters*. Mai 2013;21(41):196-204.
- (45) HAS - Contraception : prescription et conseils aux femmes, Fiche mémo, Juillet 2013 (Dernière mise à jour Janvier 2015).
- (46) HAS – Rapport d'élaboration : Contraception chez l'homme et chez la femme, Avril 2013 (Dernière mise à jour Juillet 2017).
- (47) Age moyen de la mère à l'accouchement en 2017 - Insee, [En ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390> (page consultée le 4 mars 2018).
- (48) Bilan démographie 2016 - Insee, [En ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860> (page consultée le 7 février 2018).

Annexes

Annexe 1: Questionnaire

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'interroge sur les connaissances et les représentations qu'ont les femmes de l'implant contraceptif sous-cutané.

Le dispositif Nexplanon® est le seul utilisé en France. Nous allons donc vous interroger sur celui-ci.

Ce questionnaire est à destination des femmes ayant accouché à l'hôpital Antoine Béclère entre décembre 2017 et février 2018.

Ce questionnaire est anonyme.

Il ne s'agit à aucun moment de vous juger et je vous remercie par avance d'y répondre seule et sans aide quelconque. De plus, il est préférable de répondre "je ne sais pas" plutôt que de répondre au hasard.

Vos réponses, les plus spontanées possible, sont précieuses dans la précision de mon étude mais également pour tenter d'améliorer l'information donnée aux femmes sur leur contraception.

La dernière question vous permet de laisser votre adresse e-mail si vous le souhaitez : elle me permettra de vous transmettre une fiche explicative sur l'implant contraceptif confectionnée lors de l'analyse des réponses.

Je vous remercie d'avance pour votre aide à la réalisation de mon mémoire.

Mathilde ALORENT - Etudiante Sage-femme - Département de Maïeutique, UVSQ.

Dr Lise Duranteau - Endocrinologue-Gynécologue, responsable de l'Unité de Gynécologie Adolescente et Jeune Adulte du pôle Femme Adolescent Mère Enfant (FAME) des Hôpitaux universitaires PARIS-SUD

1/ Reliez les 3 moyens de contraception que vous pensez le mieux connaître ?

- | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 1 • | • La pilule |
| 2 • | • Le préservatif |
| 3 • | • Le stérilet (dispositif intra-utérin) au cuivre |
| | • Le stérilet (dispositif intra-utérin) hormonal |
| | • L'implant contraceptif |
| | • Les méthodes naturelles |
| | • Les nouvelles méthodes oestro-progestatives : le patch et l'anneau |

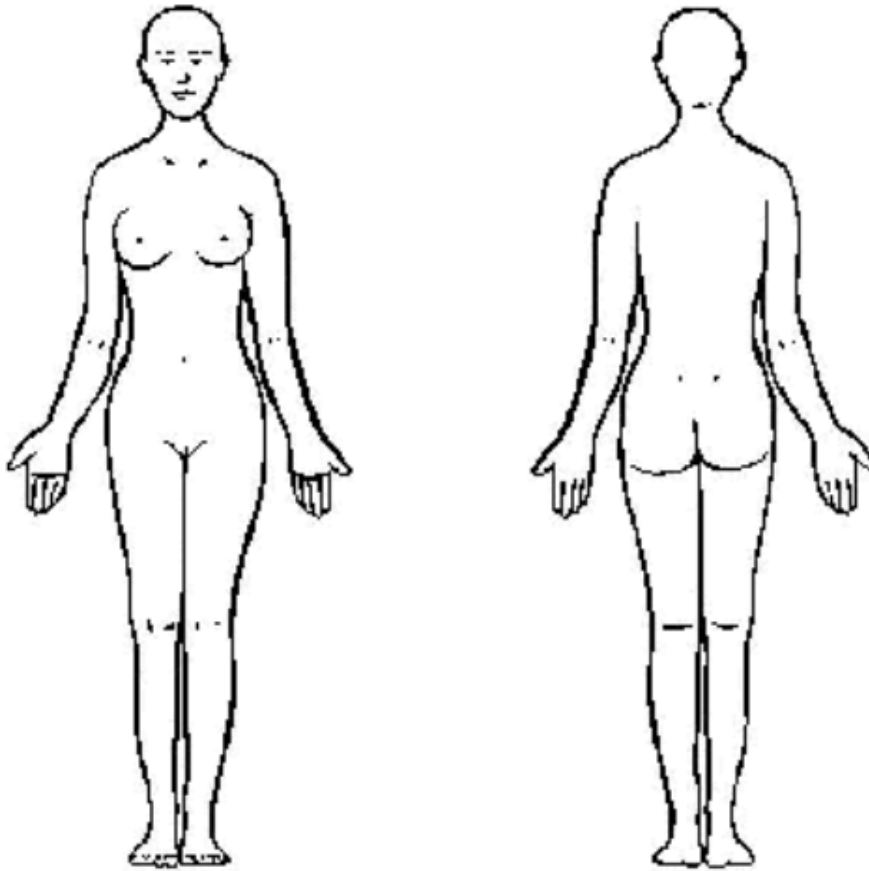
QUIZZ - À propos de l'implant contraceptif sous-cutané Nexplanon ® :

2/ Quelle est, d'après vous, la taille de l'implant contraceptif ?
Placez une croix là où vous pensez que l'implant s'arrête

Début de l'implant



3/ Dans quelle zone du corps pose-t-on l'implant ?
Placez une croix là où vous pensez que l'implant se place



4/ Dans quel(s) cas, la pose de l'implant contraceptif n'est-elle pas possible ? Plusieurs réponses possibles

- Chez une femme de plus de 38 ans
- Chez une femme qui n'a pas testé la pilule Cérazette pendant 3 mois
- Chez une femme qui fume quotidiennement
- Chez une femme n'ayant jamais eu de grossesse/d'enfant
- Chez une femme enceinte
- Chez une femme qui a accouché, dans les 3 jours qui suivent son accouchement dans le service de maternité
- Dans le post-partum chez une femme qui allaite
- Je ne sais pas

5/ Vrai ou faux ? L'implant ...	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Est la contraception la plus efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est réversible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est efficace pendant 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est efficace dès le moment de la pose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloque l'ovulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tue les spermatozoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protège contre les infections sexuellement transmissibles (IST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coûte 105€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est pris en charge par la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit être visible sous la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit pouvoir se palper sous la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne peut être posé qu'une seule fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6/ Quel(s) est/son le(s) professionnel(s) aux droits de prescription, de pose et de retrait ?

- Les médecins généralistes
- Les gynécologues
- Les sages-femmes
- Les pharmaciens
- Les infirmières
- Je ne sais pas

7/ Si le quizz (questions 2 à 6) était noté de 0 à 10, quelle note pensez vous avoir ?

..... / 10

Votre avis m'intéresse ...

8/ Quel(s) autre(s) moyen(s) de contraception avez vous utilisés jusqu'à avant votre grossesse ?

- Pilule
- Stérilet (dispositif intra-utérin) au cuivre
- Stérilet (dispositif intra-utérin) aux hormones
- Implant
- Patch
- Anneau
- Méthodes barrières : préservatif, spermicide, diaphragme, cape cervicale
- Méthodes naturelles
- Je n'ai jamais utilisé de contraception
- Autre :

9/ Etiez-vous satisfaite ?

- Oui
- Non

10/ Après votre accouchement, la contraception :

- Prend une place très importante : vous vous questionnez sur la reprise d'un contraceptif le plus rapidement possible
- Ne vous préoccupe pas tant que ça, vous savez ce que vous allez utiliser comme contraception
- Ne vous préoccupe pas, cela ne fait pas parti de vos priorités
- Autre :

11/ La personne qui vous a suivi pendant votre grossesse vous a t'il informé des méthodes contraceptives possibles après l'accouchement et pour votre futur ?

- Oui
- Non

12/Auriez-vous ou avez vous trouvé ça bien qu'il vous en parle ?

- Oui cela vous aurait aidé dans votre décision
- Non, la grossesse n'est pas le moment d'aborder la contraception

13/ Par rapport à l'éventualité d'avoir l'implant comme méthode contraceptive vous êtes ?

- Favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Défavorable

14/ Quels éléments associez vous à l'implant et prenez vous en compte lors de votre réflexion ?

	J'y pense Avantage	J'y pense Inconvénient	Je ne prend pas en compte cet élément
La pose/le retrait de l'implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir un corps étranger dans mon organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus avoir à penser à ma contraception tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'efficacité/l'engagement sur plusieurs années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus avoir mes règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des saignements irréguliers et ne plus contrôler mes cycles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir de l'acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur qu'il se déplace ou qu'il sorte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur qu'il soit dangereux pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur qu'il altère l'allaitement maternel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crainte de ne pas réussir à être enceinte après l'avoir enlevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15/ Comment avez vous reçu les informations sur l'implant qui vous ont permis de répondre ?

- Expérience personnelle : j'ai déjà eu l'implant
- Entourage : famille, amis
- Professionnel de santé
- Médias / Réseaux sociaux
- Je n'avais jamais entendu parler de ce moyen de contraception
- Autre :

Afin de mieux vous connaître :

Ces données sont utiles pour l'interprétation des résultats et ne se prêtent en aucun cas à un jugement de valeur.

16/ Quel âge avez vous ?

..... ans

17/ Combien avez vous d'enfants ?

.....

18/ Avez vous un souhait d'allaitement maternel pour votre enfant ?

Oui

Non

19/ Quel est votre niveau d'étude ?

Non scolarisée

Primaire

Collège

BEP ou CAP (filiale professionnelle)

BAC

Etudes supérieures, nombres d'années :

Annexe 2 : Tout savoir sur l'implant contraceptif sous-cutané – Plaquette explicative

C'est quoi ?

Un bâtonnet souple en silicone
De **4 cm** de long



(1)

Comment l'avoir ?

Peut être **prescrit, posé et retiré** par des praticiens formés :

- Médecins généralistes
- Gynécologues
- Sages-femmes

➤ Délivré en pharmacie
Coût : environ 105€
Prise en charge à 65% par la Sécurité sociale

Et c'est posé où ?

Juste sous la peau, dans la face interne du bras

L'implant ne se voit pas, il se palpe sous la peau.



(2)

Tout savoir sur l'implant contraceptif sous-cutané

Pour qui ?

- Vous avez plus de 38 ans ? ✓
- Vous fumez ? ✓
- Vous n'avez pas testé Cérazette • pendant 3 mois ? ✓
- Vous n'avez pas d'enfant ? ✓
- Vous venez d'accoucher ? ✓

Recommandé à 3 semaines du post-partum

- Vous allaitez votre enfant ? ✓

Comment ça marche ?

Posé pour **3 ans**

Efficace immédiatement s'il est posé pendant les 7 premiers jours du cycle, sinon efficacité en 7 jours.

Libération journalière dans la circulation sanguine d'une hormone **progestative** qui bloque l'ovulation

Contraception la plus efficace ★

⚠ L'implant ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Utilisez des préservatifs en cas de nouveau partenaire.

44

... La pose et le retrait

La pose et le retrait se passent sous anesthésie locale lors d'une consultation gynécologique

... Ne pas réussir à être enceinte après l'avoir enlevé

Une fois retiré, arrête d'agir immédiatement. Le retour à l'ovulation est spécifique à chaque patiente et ne dépend pas de la contraception utilisée.

... Qu'il altère mon allaitement maternel

Ne modifie pas la quantité ni la constitution du lait maternel : aucun effet sur l'allaitement maternel.

... Qu'il se déplace ou sorte

Ceci est extrêmement rare, d'autant plus depuis la fiabilité du dispositif de pose.

S'il est non palpé : une partie du bâtonnet est radio-opaque donc visible à l'imagerie afin de le repérer

... S'engager sur plusieurs années

L'implant peut être enlevé à tout moment dans les 3 années en fonction du souhait de la patiente

Il est conseillé de le garder entre 3 et 6 mois afin de permettre la régulation hormonale par l'organisme.

... Ne plus avoir mes règles et/ou avoir des saignements irréguliers et ne plus contrôler mes cycles

1/3 femme n'a plus de règles

1/3 femme a des saignements irréguliers

1/3 femme a ses règles tous les mois

Ceci de manière imprévisible malgré les contraception précédentes.

Fonction de la tolérance à la libération hormonale, mais l'efficacité contraceptive est inchangée

**Quelques
appréhensions ...**

... Prendre du poids et avoir de l'acné

Il s'agit d'effets indésirables fréquents et non négligeable dus aux modifications hormonales. Malgré tout il n'a pas été montré de différence statistique significative avec la prise de poids en prenant une contraception oestro-progestative orale (pilule).

... Qu'il soit dangereux pour la santé

N'entraîne pas de sur-risque thrombo-embolique
Ni de modifications du métabolisme glucidique et lipidique
Agit uniquement sur le cycle menstruel