

Étude rétrospective sur les causes de retrait de l'implant hormonal contraceptif chez les femmes Alukus, Wayanas et Tekos, suivies au CDPV de Maripasoula

Penda Tall

▶ **To cite this version:**

Penda Tall. Étude rétrospective sur les causes de retrait de l'implant hormonal contraceptif chez les femmes Alukus, Wayanas et Tekos, suivies au CDPV de Maripasoula. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01914436

HAL Id: dumas-01914436

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01914436

Submitted on 6 Nov 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.

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE
BASTARAUD
N° 2017ANTI0211

ANNEE 2017

Etudes rétrospectives sur les causes de retrait de l'implant hormonal contraceptif sous cutané chez les femmes Alukus, Wayanas et Tekos suivies au CDPV de Maripasoula

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le Lundi 13 Novembre

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par
TALL Penda

Examinateurs de la thèse :
Mr Pierre COUPPIE, Professeur, Président du jury
Mme Maryvonne DUEYMES-BODENES, Professeur, Juge
Mr Mathieu NACHER, Professeur, Juge
Mr Rémi PIGNOUX, Docteur, Directeur de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES

****



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

***

Administrateur Provisoire : Jacky NARAYANINSAMY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi	**Physiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 - Fax : 05 96
Bruno HOEN	**Maladies Infectieuses** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	**Chirurgie Urologique** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87
André-Pierre UZEL	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44
Pierre COUPPIE	**Dermatologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Suzy DUFLO	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88
DE BANDT Michel	**Rhumatologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
François ROQUES	**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean ROUDIE	**Chirurgie Digestive** CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN — **Chirurgie Orthopédique**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian — **Neurochirurgie Pédiatrique**
CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

André CABIE — **Maladies Infectieuses**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE — **Neurologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE — **Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Michel CARLES — **Anesthésiologie/Réanimation**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES — **Immunologie**
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER — **Radiologie et imagerie Médicale**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL — **Neurologie**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL — **Psychiatrie Adulte**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER — **Epidémiologie**
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY — **Réanimation**
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE — **Parasitologie et Infectiologue**
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE — **Anatomie Cytologie Pathologique**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL — **Gynécologie-Obstétrique**
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90

Jeannie HELENE-PELAGE — **Médecine Générale**

Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie &Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94

Tél : 0590

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 - Fax : 05 90 75 84 38

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis
Chirurgie Générale et Viscérale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01

MARY Julia
Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52

MOINET Florence
Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 55 22 55

Philippe CARRERE
Médecin Générale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 99 99 11

DE RIVOYRE Benoit
Ophtalmologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 50

SEVERYNS Mathieu
Orthopédie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 90 55 22 28

NABET Cécile
Parasitologie et Mycologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94

DOURNON Nathalie
Maladies Infectieuses
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96

BORJA DE MOZOTA Daphné
Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

DEBBAGH Hassan
Urologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0596 55 22 71

JACQUES-ROUSSEAU Natacha
Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

BANCEL Paul
ORL
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

MONFORT Astrid
Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

PARIS Eric
Réanimation
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 94 3953 39

SAJIN Ana Maria	**Psychiatrie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
GHASSANI Ali	**Gynécologie Obstétrique** CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
PIERRE-JUSTIN Aurélie	**Neurologie** CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 40
GALLI-DARCHE Paola	**Neurologie** CHU de MARTINIQUE
MOUREAUX Clément	**Urologie** CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 9089 13 95
MOUNSAMY Josué	**Médecine Générale** Clinique les Nouvelles Eaux Marines et Cabinet Tel : 0590
PLACIDE Axiane	**Médecine Générale** CHU de MARTINIQUE Tel : 0590
NIEMETZKY Florence	**Médecine Générale** CH de CAYENNE Tel : 0596 55 22 28

Professeurs EMERITES

CARME Bernard	**Parasitologie**
CHARLES-NICOLAS Aimé	**Psychiatrie Adulte**
ARFI Serge	**Médecine interne**

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre COUPPIE, vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir ma plus profonde gratitude et toute ma considération

A Monsieur et Madame les Professeurs Mathieu NACHER et Maryvonne DUEYMES-BODENES pour l'honneur que vous me faites d'être présents parmi ce jury, et soyez assuré de mon admiration et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Rémy PIGNOUX, merci pour ce sujet qui m'a beaucoup apporté, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir fait découvrir votre métier extraordinaire et passionné auprès des gens de Maripasoula.

A ma grand mère Mame Coudou M'Béguéré, tes prières sont arrivées à bon port puissions nous un jour nous retrouver.

A Mes Parents (Maman Khady, Papa Modou) mes Héros, un énorme Merci pour votre soutient sans faille, votre respect et votre amour intarissable qui permet de mes ressourcer et de rebondir en cas de coup dur. Je vous aime.

A **ma sœur CHOUPI**, ma meilleur amie, merci pour ta force et tes conseils, les séances shopping, et de me supporter **A mes frères : Dimkha** mon confident merci pour tes conseils, ton calme, ta compréhension et ton surtout ton humour et **Alioune** Merci pour ta Joie de vivre, ta spontanéité et ta franchise, mon moteur turbo à réaction. Je vous aime.

A mon Erki d'Amour, mon mari et mon meilleur Ami, merci pour ton soutient, ta patience, ton amour et ta force intérieure, Merci d'être à mes côtés dans les bons moments et les plus difficiles. Je t'aime.

A Dr Eugène MERCURY, c'est en suivant tes bons conseils que j'ai commencé ces études de médecine, tu as été le premier à croire en moi, je garderai toujours l'œil du tigre, merci pour ta confiance, et ton soutient.

A ma Tata Dr Kathy SENE-M'BAYE et Tonton Dr Pierre FAYE, vous avez été et vous resterez mes modèles, sans vous je n'aurai pas tenue toutes ces années merci d'être la .

A ma Tata N'deye Mali, merci d'avoir partagée mes peines et mes joies, merci pour tout ton soutient et ton amour.

A mon Tonton Wali et Tata Astou , merci pour votre accueil que je n'oublierai jamais, merci pour votre respect et votre amour.

A mes Tata N'deye et Tata Yacine merci pour votre soutient, merci d'être là.

A mes grandes sœurs de cœur : **Sokhna, Mame, Khady, Sophie, Binou**, merci pour vos conseils, merci pour votre joie de vivre, merci de m'avoir soutenu toutes ces années.

A mes frères de cœur Balla, Serigne, Aliou, Hamidou, Julien Colmart, Ries, merci pour votre soutient, vos sourires, l'eau de coco ou milkshakes préparés avec amour pour me redonner de la force, ou encore de partager mes projets les plus chers, merci pour votre soutient.

A mes **amis Serigne Chiekh, Thierno, Bouba**, merci pour toutes vos prières merci pour tout.

Mr et Mme Monnet merci pour votre soutient que je n'oublierai jamais.

A ma Yasminette « doudou Love », merci pour cette aventure incroyable, ses voyages, ces fous rires, merci de me supporter râler ton amitié compte beaucoup Merci d'être la.

A la Juju team, Sophie la blonde, merci pour ces 6 mois de coloc incroyable, je ne oublierai jamais ce trio de choc, Les Kizumba party ou les soirées trilogies : Salle de sport +Sushi7 +épisode ARROW en chaussette karité.

A la Matoury familly : **Popo, Flo, Adrien, Anne, Richard**, Merci pour ces bons moments que je n'oublierai jamais.

A Stéphanie et Seb merci pour ces fous rires, ses cours d'Anglais, Espagnol et Portugais simultanés, merci pour votre soutient.

A Lazlo et Aurélie merci pour votre soutient durant ses 6 dernières mois particulièrement difficiles, merci pour votre implication et vos bons conseils, à nous maintenant la fiesta, les weekend end et les voyages, vous me gardez à vos côtés même si je suis allergique aux Chats, et je vous en remercie.

A Alizée et Ben merci pour votre soutient, à vos côtés de retrouve ma bonne humeur, merci d'être la.

A mon Richou, mon partenaire sans faille de l'externat ton amitié compte beaucoup, merci de m'avoir soutenu.

A la Gégé team : **Eglantine et Steeve**, **Caro** (merci pour les corrections de mémoire et thèse), **Romain, Anne Sophie, Anissa, Claire, Caro J,** Marion merci pour votre soutien, groupe What's app et votre bonne humeur.

A mes cop' : **Lizouille , Geoffray (yessaï) , Mimi, Aydine , Sophie Bnbou** , merci pour votre soutient durant cet internat et ces fous rires.

.

Table des matières

Table des matières....10
Figures et Tableaux....12
Liste de abréviations....14
Résumé....15
A. INTRODUCTION....16
1. Généralité sur la contraception en France....16
2. Présentation de l'implant contraceptif....17
2.1. Structure et mode d'action....17
2.2. Indications et contre indications....18
2.3. Avantages et inconvénients....18
2.4. Précautions d'emploi de Nexplanon....19
3. Présentation de Maripasoula....21
3.1. Démographie de la commune de Maripasoula....21
3.2. Maripasoula : Population multiculturelle....23
3.3. Projet pilote mené dans l'espoir d'avoir une contraception efficace....24
B. MATERIELS ET METHODES....26
1. Objectif de l'étude....26
2. Type d'étude....26
3. Critères d'inclusions et exclusions....26
4. Recueil de donnée....27
5. Analyse statistique....28
C. RESULTATS....29
1. Caractéristiques des populations selon les ethnies....29
2. Durées moyennes de l'implant selon les ethnies....31
Au moment de l'étude 20 patientes n'avaient pas encore retiré leurs implants hormonaux....31
On a donc étudié les 106 patientes pour lesquelles on disposait d'une durée d'utilisation de leur implant avec la date de pose ainsi que la date de retrait....31
3. Critère de jugement principal :....33
3.1. Fréquence des retraits anticipées....33
3.2. Fréquence des retraits anticipées selon les ethnies....33
3.3. Causes de retraits normaux et anticipé les plus fréquemment signalés dans la population. 35
3.4. Causes de retraits normaux et anticipés dans la population....37
3.5. Causes de retrait normaux et anticipés selon les ethnies....39
3.6. Effets secondaire les plus fréquemment cités selon les ethnies....45
4. Critères secondaires....46
4.1 Acceptations des effets secondaires selon les ethnies....46
4.2 Contraception prescrire après les retrait de l'implant hormonal contraceptif....47
4.3 Fréquence de survenue d'une grossesse dans l'année suivant le retrait de l'implant contraceptif....48
4.4 Moyens contraceptif choisit par les femmes ayant eu une grossesse dans l'année suivant le retrait de l'implant et ne désirant pas de grossesse....48

D. DISCUSSION 49
1. Causes de retraits et durée d'utilisation de l'implant contraceptif hormonal 49
2. L'acceptation des effets secondaires sous implant hormonal contraceptif 51
2.1 Les saignement prolongés ou ménorragies et saignements de faibles abondance ou spooting 51
2.2 Les aménorrhées 53
2.3 Prise de poids 54
2.4 Autres effets secondaire 55
3. Intérêts d'une contraception efficace 56
3.1 Etats de lieux sur la contraception aux Antilles Guayne et particulièrement à Maripasoula 56
3.2 Comparaison de l'efficacité des méthodes contraceptives 60
4. Les limites de l'étude 62
E. CONCLUSION 64
ANNEXE 1 : Technique d'insertion de l'implant Nexplanon® 66
BIBLIOGRAPHIE 69
SERMENT D'HIPPOCRATE 71

Figures et Tableaux

***Figure 1**: Evolution de la population entre 2009 et 2014 (en %) d'après les recensements de la population guyanaise par Insee .* _____ *22*

***Figure 2**: Box plot représentant les durées d'utilisation de l' implant chez les femmes Wayanas* _____ *32*

***Figure 3**: Box plot représentant les durées d'utilisation de l''implant chez les femmes Alukus* _____ *32*

***Figure 4**: Box plot représentant les durées d'utilisation de l'implant chez les femmes Tekos. 32*

***Figure 5:** Fréquences retraits anticipées toutes ethnies confondues*_____ *33*

***Figure 6** : Fréquence des retraits anticipés chez les femmes Wayanas et Teko* _____ *34*

***Figure 7:** Fréquence des retraits anticipées chez Alukus* _____ *34*

***Figure 8** :Causes de retraits normaux dans la population étudiée*_____ *37*

***Figure 9** : Causes de retraits anticipés dans la population étudiée* _____ *38*

***Figure 10** : Causes de retraits chez les femmes Teko*_____ *41*

***Figure 11** : Effets secondaires les plus fréquent selon les ethnies* _____ *45*

***Figure 12**: Fréquence d'acceptation des effets secondaires selon les ethnies*_____ *46*

***Figure 13** : Moyens contraceptif choisis par les femmes ne renouvelant par leur implant contraceptif*_____ *47*

***Figure 14** : Contraception choisit chez les femmes ne désirant pas de grossesse mais enceinte dans l'année après le retrait de l'implant contraceptif.*_____ *48*

***Figure 15**: Cout annuel total moyen, part remboursée et reste à charge pour les femmes ou assurance mutuelle des méthodes contraceptif (cas d'une prescription et d'un suivi par un médecin généraliste ou sage-femme) _____ 59*

***Tableau 1:** Evolution de la population de 1968 à 2014 à travers les recensements 22*

***Tableau 2** : Caractéristiques de la populations étudiée selon les ethnies 30*

***Tableau 3** : Effets secondaires les plus fréquemment signalés dans la population étudiée.... 36*

***Tableau 4** : Effets secondaires les plus cités chez les femmes Wayanas..... 40*

***Tableau 5** : Effets secondaires les plus cités chez les femmes Tekos..... 42*

***Tableau 6:** Effets secondaires les plus cités chez les femmes Alukus 44*

***Tableau 7** : Tableau comparatif des répartitions des populations âgées de 15 à 64 ans de Maripasoula et de la France métropolitaine par type d'activité selon les données Insee de 2014 ..... 58*

Liste de abréviations

CPDV : Centre de Prévention et d'éducation vaccination

DIU : Dispositif intra-utérin

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMC : Indice de masse corporel

TEV : Thrombo-Embolie Veineuse

TEA : Thrombo- Embolie Artérielle

INSEE : Institut National de la statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé

Divers médicaments cités :

IMPLANON ®: Etonogestrel

NEXPLANON® : Etonogestrel

DEPO-PROVERA®: Medroxyprogesterone

Résumé

Introduction : L'implant hormonal sous cutané est le moyen contraceptif le plus efficace avec une durée d'action de 3 ans. Il semblait indispensable de le proposer aux femmes de Maripasoula où le taux de natalité bat des records nationaux. L'objectif principal de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs associés à l'arrêt de l'utilisation de l'implant chez les patientes Wayanas, Tekos et Alukus suivies régulièrement au CDPV de Maripasoula. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité des méthodes contraceptives actuellement disponibles auprès de ces femmes et d'en étudier leurs impacts culturels.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patientes d'origines Alukus, Tekos et Wayanas suivies régulièrement par l'équipe médical du CDPV de Maripasoula durant une période comprise entre le 1er janvier 2007 au 1er janvier 2015.126 patientes ont été inclu dans cette étude.

Résultats : Une association significative de retraits anticipés a été observée en cas de ménorragies : 53% des retrait anticipés (p<0,001vs 10% des retraits normaux)chez les patientes utilisatrices de l'implant. Nous observons une différence notable de survenue de ces ménorragies au sein de la population Alukus. Cela est responsable d'un abandon anticipé de cette méthode contraceptive par ces femmes (70% des femmes Alukus vs 12% de femmes Wayanas et 4% des femmes Tekos). Nous constatons également que 72% des femmes Amérindiennes présentaient des aménorrhées.
Discussion : La survenue de ces effets secondaires sont responsables d'impacts socio-culturels totalement différents selon l'appartenance ethnique. Ainsi pour les femmes Amérindiennes l'implant semble être un contraceptif de choix alliant efficacité et avantages secondaires. Ces derniers ont un impact positif au sein de leur vie marital et sociétal. Ce phénomène est inconnu des femmes Alukus qui sont ainsi le plus souvent mises à l'écart de leur communauté. L'arrêt de ce moyen de contraception a des conséquences à plus grande échelle. Il participe de manière indirect à la survenue d'un nombre de grossesses non désirées. En effet chez les femmes Alukus 47,8% de grossesses survenues dans les 12 mois après le retrait de l'implant contraceptif n'étaient pas attendues.
Conclusion : Il semble urgent de pouvoir mettre en place une méthode contraceptive efficace adaptée au mieux aux aspects culturels et aux modes de vie des populations Amérindiennes et Alukus.

MOTS CLES : Implant contraceptif, retrait anticipé, les ménorragies, les aménorrhées, contexte de prescription, mode de choix, Amérindiens, Alukus, Tekos .

DISCIPLINE : Médecine générale

A. INTRODUCTION

1. Généralité sur la contraception en France

En France l'accès à la contraception a été légalisé grâce à la loi Neuwirth en 1967.Jusqu'à présent, celle-ci était interdite. Mais la fabrication et délivrance de la pilule contraceptive aux femmes ne sont finalement vraiment autorisées que 5 ans plus tard, en 1972. Par ailleurs, la délivrance aux femmes mineures restait soumise à l'accord parental (1).

De nos jours, de nombreux moyens contraceptifs sont mis à disposition pour les femmes désireuses de maîtriser leur fertilité.

En 2010, 90,2% des femmes sexuellement actives en France au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisaient une méthode de contraception. La pilule était le moyen de contraception le plus utilisé, choisie par 70,8% des femmes âgées de moins de 35 ans. Tout âge confondu, le dispositif intra utérin (DIU) est le second moyen utilisé (26%). L'implant, le patch, l'anneau et l'injection de progestatifs sont encore peu utilisés (4,7 % des femmes). Ce sont les femmes âgées de 25 à 34 ans qui y ont le plus souvent recours.

Malgré la variété des méthodes contraceptives mises à disposition, un tiers des grossesses reste non prévue (2)(3)(4).

De plus, d'après l'étude de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2015, une Française sur trois (33%) a recours une fois ou plus à l'interruption volontaire de grossesse dans sa vie (IVG)(5).

En définitive, les femmes françaises rencontrent des difficultés dans la gestion de leur contraception.

2. Présentation de l'implant contraceptif

2.1. Structure et mode d'action

En France le Nexplanon®(laboratoire MSD) est le seul implant contraceptif sous cutané commercialisé depuis mai 2001. Il remplace l'Implanon® qui a été retiré du marché retiré en janvier 2011 à cause de problèmes de pose et de retrait. Ces deux implants contiennent le même principe actif, un progestatif de 3ème génération, l'Etonogestrel dosé à 68 milligrammes.

L'avantage du Nexplanon® est de contenir un composé radio-opaque permettant de le rendre visible à la radiographie standard afin de faciliter son retrait si celui-ci n'est pas palpable.

Il s'agit un contraceptif hormonal d'action prolongé, avec un taux de libération de l'Etonogestrel d'environ 60-70 µg/jour les 5 à 6 premières semaines qui diminue ensuite pour atteindre approximativement 35-45 µg/jour à la fin de la première année, puis environ 30-40 µg/jour à la fin de la deuxième année et finalement 25-30 µg/jour à la fin de la troisième année.

Il permet de bloquer l'ovulation en supprimant le pic ovulatoire de l'hormone luthéinique. Des mécanismes secondaires entrainent une modification de la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes et une modification de la réceptivité endométriale (action anti-nidatoire). L'implant prend la forme d'un bâtonnet flexible, blanc, non biodégradable, de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre.

Avant son utilisation, il convient d'écarter une grossesse potentielle par la réalisation d'un test de grossesse urinaire et de s'assurer, par un interrogatoire orienté, que la patiente ne présente aucune contre-indication.

L'insertion s'effectue par une professionnel de santé qualifié, en sous cutané au niveau de la face interne du bras, après avoir fait une anesthésie locale et une désinfection de la zone cutanée à l'aide d'une solution antiseptique.

Le Nexplanon® s'insère à l'aide d'un applicateur pré chargé stérile jetable contenant l'implant, permettant d'éviter une pose trop profonde (c'est à dire intramusculaire ou intravasculaire).

La durée de vie après la pose est de 3 ans (inférieure chez les femmes en surpoids).

Le moment choisi pour l'insertion dépend de la situation contraceptive récente. En l'absence de contraception préalable, l'implant est inséré entre le 1er et le 5ème jour du cycle menstruel.

Il peut être proposé dans les 5 jours après une IVG ou une fausse couche du premier trimestre.

Après une fausse couche du 2ème trimestre, il peut être implanté entre le 21ème et le 28ème jour du cycle. Les femmes en post-partum peuvent bénéficier d'une pose d'implant entre le 21ème

et le 28ème jour après l'accouchement si celles-ci n'allaitent pas. En cas d'allaitement, l'implant devra être inséré après la 4ème semaine suivant l'accouchement.
Le retrait s'effectue sous anesthésie locale et peut être fait à tout moment si la patiente le désire, avec un relai par une autre méthode contraceptive conseillé pour éviter une grossesse (6)(7)

2.2. Indications et contre indications

2.2.1. Population concernée

La sécurité et l'efficacité ont été établies chez les femmes de 18 et 40 ans.
La Commission de la transparence a situé l'indication d'utilisation de l'implant contraceptif hormonale (NEXPLANON) en seconde intention.
L'implant contraceptif peut être proposé aux femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs oestro-progestaifs et aux DIU, ainsi qu'aux femmes présentant des problèmes d'observances à la contraception orale (6)(8).

2.2.2. Contre indication

Les contre-indications à l'utilisation de l'implant sont (7)(6):

- Un accident thromboembolique veineux évolutif.
- Les tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels.
- La présence ou un antécédent de tumeurs du foie (bénigne ou maligne).
- La présence ou un antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne se sont pas normalisés.
- Des hémorragies génitales non diagnostiquées.
- Une hypersensibilité à la substance active

2.3. Avantages et inconvénients

2.3.1. Avantages

L'implant sous-cutané à l'Etonogestrel a fait preuve de son excellente efficacité de l'ordre de 99%, lorsque la technique de pose est respectée (9). (voir annexe) Il permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise. De ce fait il peut constituer une alternative intéressante pour les femmes sujettes à des problèmes d'observance.

2.3.2. *Inconvénients*

L'implant contraceptif hormonal est délivré en pharmacie sur prescription. Son prix est de 106,44 €, remboursé à 65 % par l'Assurance maladie depuis le 17 Octobre 2010. Cependant, il se situe parmi les méthodes contraceptives remboursées les plus coûteuses.

En effet son coût total annuel moyen le place juste au-dessus de la pilules contraceptive remboursée (en termes de coût total annuel moyen et de reste à charge)(6)Voir annexe)

Les principaux effets indésirables décrits sont :

- **Endocrinologiques** : une femme sur dix rapporte de l'acné, des maux de tête, une prise de poids, une mastodynie, état dépressif, irritabilité, une diminution de la libido, des douleurs abdominales, des bouffées de chaleur, une perte de cheveux.
- **Psychiatriques** : état dépressif, irritabilité.
- **Des changements du profil de saignement vaginal** : aménorrhées, dysménorrhées, spotting, ménorragies ou métrorragies.
- **Locaux** : survenus d'ecchymoses, d'irritations, de démangeaisons, de cicatrice ou d'abcès au niveau du site d'insertion. L'implant peut aussi migrer ou être expulsé.
- **Une diminution de l'efficacité pour les femmes en surpoids (IMC>30)** : l'implant doit être remplacé plus tôt.

2.4. Précautions d'emploi de Nexplanon

En présence de l'une des conditions ou de l'un des facteurs de risque mentionnés ci-dessous, la balance bénéfice/risque doit être évaluée individuellement par un professionnel de santé habilité et discutée au préalable avec la patiente. (7)

2.4.1. *Effet sur le métabolisme des glucides*

L'utilisation de contraceptifs contenant des progestatifs peut avoir un effet sur la résistance périphérique à l'insuline et sur la tolérance au glucose. Par conséquent, les femmes diabétiques doivent être attentivement suivies au cours des premiers mois d'utilisation de NEXPLANON.

2.4.2. *Effet sur la pression artérielle*

Si une hypertension artérielle apparait ou se majore pendant l'utilisation de NEXPLANON, devenant réfractaire à une thérapeutique anti hypertensive, l'implant doit être retiré.

2.4.3. *Manifestation thrombotique et vasculaire*

Il est recommandé d'évaluer les facteurs de risque connus pour augmenter le risque thromboembolique veineux et artériel.

De plus, les femmes ayant des antécédents d'accidents thromboemboliques doivent être averties de la possibilité d'une récidive

L'implant doit être retiré en cas d'accident thromboembolique veineux évolutif ou en cas d'immobilisation à long terme liée à une intervention chirurgicale ou à une maladie.

2.4.4. *Impact de l'implant hormonal sur les seins*

- **Sein normal et densité mammaire**

Il n'existe pas d'études relative aux modifications du sein normal et de la densité mammaire. En revanche, les tensions mammaires et /ou les mastodynies sont des effets indésirables considérés comme fréquents (11).

- **Cancer du sein**

Aucune étude épidémiologique étudiant le risque de cancer du sein n'a analysé ce contraceptif relativement récent (11).

- **Antécédent personnel de cancer du sein**

  Les recommandations officielles basées sur un principe de précaution contre-indiquent l'emploi des progestatifs contraceptifs chez les patientes ayant un antécédent de cancer du sein (12)(7)(6).

2.4.5. *Interactions médicamenteuses*

Les données de la littérature rapportent des interactions avec les médicaments métabolisés par le cytochrome P450 (Phénytoïne, phénobarbital, primidone, carbamazépine, rifampicine,

oxcarbazépine, topiramate, felbamate, griséofulvine, les produits à base de plantes contenant du millepertuis ainsi que les traitements anti-VIH (ritonavir, nelfinavir, névirapine, éfavirenz)). Elles peuvent conduire à une augmentation de la clairance des hormones sexuelles et donc à une diminution de l'efficacité contraceptive.
De ce fait, les femmes traitées avec l'un de ces médicaments devront temporairement utiliser une méthode contraceptive mécanique en complément. Celle-ci devra être utilisée pendant la durée du traitement et pendant 28 jours après l'arrêt de celui ci.
Chez les femmes traitées à long terme avec des inducteurs enzymatiques, il est recommandé de retirer l'Implant progestatif et de prescrire une méthode non hormonale (7)(6)(11).

3. Présentation de Maripasoula

3.1. Démographie de la commune de Maripasoula

Maripasoula est une commune française depuis 1968. Elle est située dans le département de la Guyane, au bord du fleuve Maroni. Elle fut fondée en 1947 par un créole qui lui donna son nom signifiant « le saut du palmier Maripa ».

Il s'agit de la commune la plus étendue de France ; sa superficie est plus grande que l'Île-de-France.

Un peu plus au sud du bourg se trouvent les villages amérindiens d'Antécume-Pata, d'Élahé, de Pidima, de Kayodé et de Talhuen, Twenke. Ces villages se trouvent dans le Parc Amazoniens de Guyane s'étendant sur 30000 km2 et soumit à un accès réglementé par décret ministériel depuis le 27 février 2007. Ainsi toute activité lié à l'orpaillage y est strictement interdite et l'accès aux villages Amérindiens est donné aux personnes ayant obtenues une autorisation de visite préfectorale.

En 2014, d'après les données de l'Insee, la commune comptait 10 984 habitants, soit une multiplication par quinze de ses effectifs en quarante-cinq ans (Voir Tableau 1).

En effet, entre 2009 et 2014, la population a crû de 45,14%, soit un taux d'évolution annuel moyen de de 7,7%. Ce taux de progression très soutenu est largement supérieur aux moyennes Guyanaise (2,4% de taux d'évolution annuel moyen en 2009-2014)(13).

Tableau 1: Evolution de la population de 1968 à 2014 à travers les recensements

	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2009	2014
Population	636	884	1 007	1 748	3 710	7 568	10 984

Ainsi la commune de Maripasoula est la 4ème commune connaissant une croissance démographique spectaculaire au cours de ces 5 dernières années dernière les communes de Ouanary avec +79%, Papaïchton avec +65,3%, Grand –Santi avec +47,3% d'évolution démographie entre 2009 à 2014 (14) (Voir figure 1).

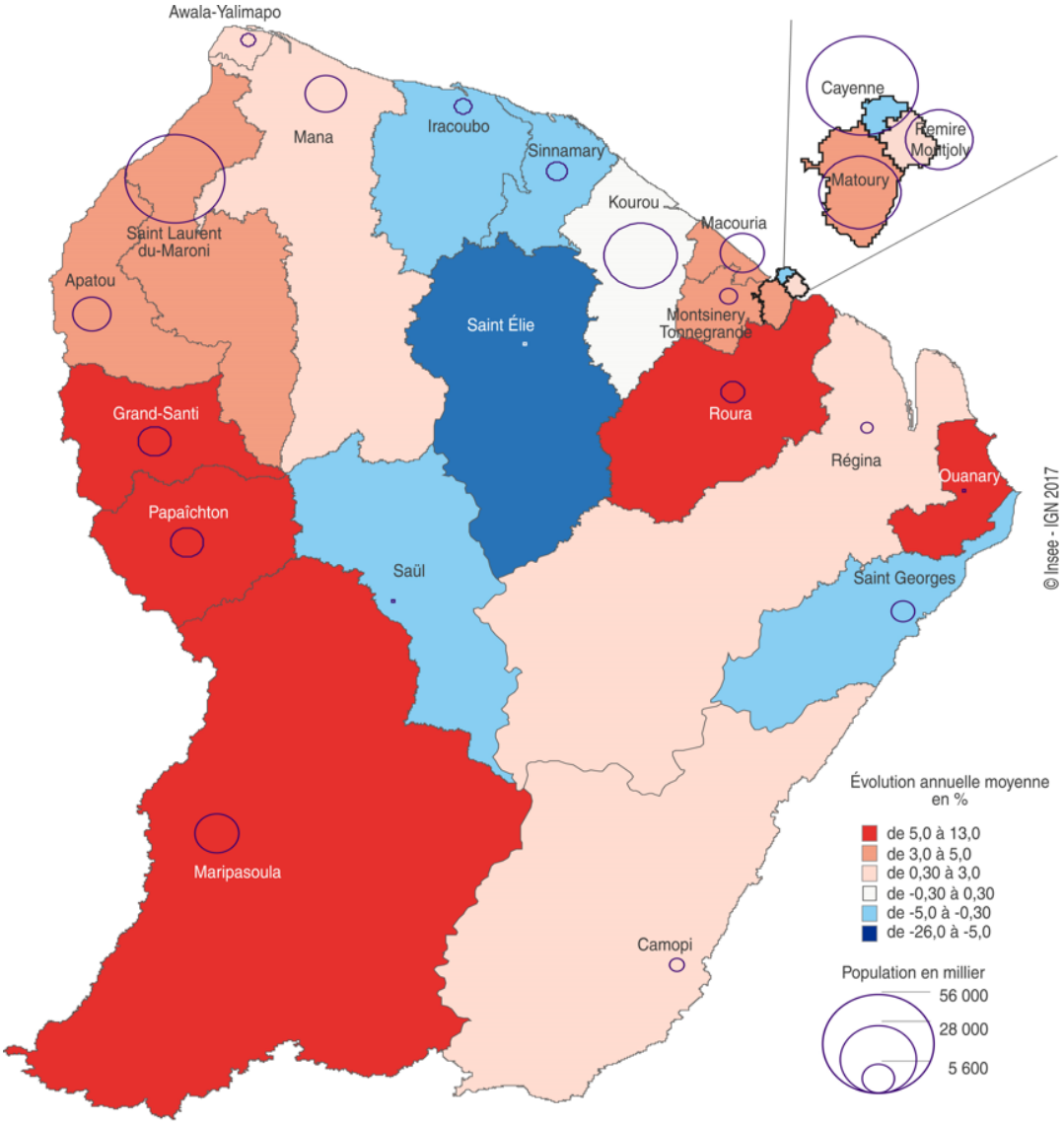


Figure 1 Evolution de la population entre 2009 et 2014 (en %) d'après les recensements de la population guyanaise par Insee .

3.2. Maripasoula : Population multiculturelle

- **Amérindiens**

Les premiers habitants de la commune de Maripasoula sont les Amérindiens (Wayanas et Emirillons ou Teko). Les plus nombreux sont les Wayanas. Ils se sont installés au fil des années dans la commune de Maripasoula entre le bourg de la commune et le village de Pidima, le long du fleuve Litany dans les villages d'Elahé, Kayodé, Antecume-Pata, Taluhwen,Twenke.

Les Émerillons ou Tekos se localisent sur les rives d'un autre affluent du grand fleuve, le Tampock (villages Elahé, Kayodé, Taluwen et Twenké) mais certains se sont installés dans le bourg de Maripasoula.

La majorité de cette population amérindienne tire sa subsistance exclusivement de la forêt et du fleuve (chasse et pêche traditionnelles, agriculture, vente des produits artisanaux) mais sous l'influence de la vie occidentale (système éducatif français, tenue vestimentaire, langue…) les mœurs tendent à changer.

Les femmes Amérindiennes qui vivent au village passent leur temps à l'abattis, à chercher du bois pour le feu et à la pêche. Dans les villages, elles préparent à manger, les cassaves, le cachiri, filent le coton, tissent les hamacs et les porte-bébés.

- **Aluku, Boni (Bushinengués)**

Les Bonis appelés également Bushingués ou encore Noirs Marrons, sont les descendants d'esclaves d'origine africaine enfuis au 17^{e} et 18^{e} siècle des plantations hollandaises (actuellement le Surinam). Même s'ils partagent une origine africaine avec les créoles (descendants d'esclaves émancipés), ils restent proches des Amérindiens, lesquels les ont aidés à l'adaptation à la vie Amazonienne. Comme pour les Amérindiens l'économie traditionnelle des Noirs Marrons est axée sur l'agriculture en forêt, la chasse, la pêche et la cueillette. Les hommes défrichent les abattis pour que les femmes y cultivent le manioc et d'autres racines. Les femmes Boni élèvent le plus souvent seules leurs enfants. Elles pratiquent la couture et la broderie pour la fabrication du pagne traditionnel (pangui).

Actuellement les mœurs changent : les abattis tendent à disparaître, les nouvelles générations ont accès à l'éducation. La production de couac a pratiquement disparu et de plus en plus de produits manufacturés des villes côtières avoisinantes tels que la vaisselle, les vêtements et les tissus sont importés, rendant ces populations de plus en plus dépendantes de la civilisation occidentale.

Maripasoula est principalement peuplée par des Boni (Bushinengués) et des habitants des ethnies Amérindiennes, mais on y retrouve aussi des créoles et des étrangers venus du Brésil, du Suriname et d'Haïti. L'immigration brésilienne est la plus ancienne (dès les années 60). Les flux migratoires en provenance du Suriname ont fortement augmenté durant la guerre civile dans ce pays (1982-1992). L'immigration haïtienne a débuté dans les années 80 avec les premiers troubles politiques et s'est accrue dans les années 90 avec les regroupements familiaux.

3.3. Projet pilote mené dans l'espoir d'avoir une contraception efficace

Maripasoula apparaît aujourd'hui comme une commune en mutation rapide sous le double effet d'une croissance démographique spectaculaire et d'une transition socioculturelle vers un mode de vie occidentalisé.
Selon les données de l'Insee, le taux de natalité en Guyane était en moyenne de 30,4 ‰ par an entre 1999 et 2009 et de 48‰ entre 1999- 2000 à Maripasoula, quand il était seulement de 12,8 ‰ en France hexagonale (15).

Face l'élévation spectaculaire de la natalité associée à un taux de chômage considérable (42,5 % de la populations de 15 à 64 ans en 2009 et 74,1% en 2014 à Maripasoula (13)), il est indispensable de continuer à mettre en place des stratégies de contrôle des naissances à un niveau individuel et collectif .

Il est donc nécessaire de proposer à ces femmes un moyen contraceptif à la fois efficace, permettant une observance optimale, mais également adapté à leur mode de vie et traditions. C'est dans cette optique que les implants contraceptifs hormonaux sous-cutanés Implanon puis Nexplanon ont été introduits au CDPV durant l'année 2003, dans le cadre d'un projet appuyé par des ambassadrices Amérindiennes (Wayana et Teko). Ce projet pilote a permis de renforcer la confiance, la formation, la surveillance régulière de l'observance et le suivi

médical régulier. Cette même méthode contraceptive a été petit à petit proposée au femmes Boni et Créoles sédentarités à Maripasoula suivie au CDPV.

Quant aux autres populations brésilienne et haïtienne, ce n'est que récemment que l'implant contraceptif leur a été proposées, étant donné que leur suivi médical était difficile car qu'il s'agissait de populations plutôt de passage à Maripasoula.

Cette étude a été menée afin de pouvoir faire un état des lieux sur l'utilisation de l'implant contraceptif auprès de cette population, afin de réviser notre pratique médicale actuelle.

Durant mon passage à Maripasoula avec mon stage au CDPV, j'ai été frappée par le nombre de patientes de mon âge vivant seules, sans emploi, déscolarisées et déjà multipares. Ce travail émerge suite à mes nombreuses interrogations. Il est certain que la contraception de ces femmes devrait être une priorité de santé publique.

B. MATERIELS ET METHODES

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs associés à l'arrêt de l'utilisation de l'implant hormonal contraceptif sous cutané chez les Wayana, Teko et Aluku suivies régulièrement au CDPV de Maripasoula.

Le critère de jugement principal est l'étude des causes de retraits anticipés et normaux de l'implant contraceptif hormonal sous cutané dans ces trois groupes ethniques.
Le retrait anticipé est défini comme une durée de port strictement inférieur à 2 ans et demi (littérature), le retrait normal est défini comme un port de 3 ans de l'implant.
Nous évaluons par la suite si la durée de port de ce moyen contraceptif est différente selon, l'origine ethnique, la survenue d'effets secondaire, le désir de grossesse ou le changement de moyen contraceptif.

Les critères de jugement secondaires sont l'évaluation de l'acceptabilité des effets secondaires selon le groupe ethnique ainsi que l'étude de l'efficacité et de l'observance auprès de cette population.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective menée auprès de 126 patientes d'origine Wayane, Teko ou Aluku suivies régulièrement au CDPV de Maripasoula.
La population étudiée est exclusivement féminine et correspond aux femmes portant ou ayant portée un implant contraceptif quelque soit l'âge.

3. Critères d'inclusions et exclusions

L'étude porte sur la totalité des dossiers cliniques médicaux des patientes suivies au CDPV de Maripasoula et porteuses d'un implant posé au CDPV
Les patientes incluses dans l'étude ont bénéficié d'une pose d'implant hormonal contraceptif sous cutané du 01/01/2007 au 01/01/2015.

Les patientes exclues sont les non ressortissants français, les retraits anticipé non liés à la méthode, la survenue d'un cancer du col ou du sein, la pose d'implant en dehors du CTVS, une date de pose ou un type d'implant contraceptif non définis.

4. Recueil de donnée

Le recueil de donnée a été effectué grâce au Registre tenu au CDPV, listant la totalité des poses d'implant depuis l'année 2007.
Les données ont été récupérées dans les dossiers médicaux tenus par le Dr Pignoux et archivés au CDPV.
286 dossiers ont été étudiés et 126 dossiers ont regroupé les critères d'éligibilité.
Les dossiers sont tous remplis de la même façon. En première page se trouve agrafé une fiche intitulée « Contraception ». Cette dernière doit être remplie par le médecin ou la sage-femme à chaque première visite au CDPV. Elle contient les antécédents médicaux, familiaux et gynécologique. Il est noté la parité, la gestité, la présence de fausse couche, la réalisation d'une interruption volontaire ou médical de grossesse, la date de naissance des enfants ainsi que leur lieu de naissance. On y retrouve également l'âge des premières règles, le type de contraception antérieure et les derniers résultats du frottis cervico-vaginal et de la mammographie.
Ensuite sont notées les constantes du jour (la tension artérielle, le poids, la taille) et les données de l'examen clinique en fonction du motif de consultation : le toucher vaginal, l'examen au speculum, le frottis cervico-vaginal pour celle nécessitant un dépistage ou une surveillance du cancer du col de l'utérus. Lorsque le motif de consultation est la prescription d'une contraception, le résultat du test de grossesse est systématiquement noté.
Les autres pages du dossier contiennent les éléments du suivi des patientes. A chaque consultation mensuelle sont notés la prise de poids, la pression artérielle, les effets indésirables rapportés, les perturbations du bilan biologique, l'acceptations des effets secondaires, l'information délivrée aux patientes sur le type de contraception, les éléments justifiant le choix de retirer ou de renouveler l'implant. La date de pose ainsi que le numéro de lot , le site et la technique d'insertion ainsi que la date de retrait sont également inscrits.

5. Analyse statistique

Les données issues des dossiers médicaux ont été recueillies sur un fichier Microsoft Excel. Les moyennes sont exprimées avec leur écart-type. A partir de ce fichier Excel, une étude statistique des données a été réalisée avec l'aide du logiciel XLSTAT. Le test du Chi-2 et le test exact de Fisher ont utilisés lorsque les effectifs étudiés étaient faibles ($n < 5$) dans les analyses uni variées des variables qualitatives nominales. Un niveau de probabilité inférieur ou égal à 0,05 ($p \leq 0,05$) était considéré comme significatif.

C. RESULTATS

1. Caractéristiques des populations selon les ethnies.

Les caractéristiques des populations sont indiquées dans le tableau 2. Les données des femmes Teko et Aluku ont été comparées aux femmes Wayana.

L'âge moyen des patientes au moment de la pose de l'implant hormonal contraceptif était de 24,2 (± 8,5) ans chez les Wayana, 23,1 (± 9,0) chez les Tekos et 22,5 (±5,8) ans chez les Alukus.

Les femmes nullipares étaient de 20% chez les Wayanas,12,5% chez les femmes Tekos et 4,3% chez les Alukus.

Les femmes Wayanas et Alukus avaient en moyenne 2 enfants au moment de la pose d'implant contre près de 4 pour les femmes Tekos.

L'âge des premières règles étaient pour les trois ethnies d'environ 12 ans tandis que l'âge moyen des premières grossesses étaient chez les Wayanas de 17,2 ans, chez les femmes Teko de 16,2 ans et chez les Alukus 16,9 ans.

Les implants contraceptifs étaient posés majoritairement pour désir chez la patiente d'une contraception, à 63% chez les femmes Wayanas, 52% chez les Teko et 41, 6%, chez les Alukus.

L'IMC moyen était de 25,5 chez les Wayanas, 24,3 chez les Aluku, et 24, 7 chez les Teko.

Les femmes utilisant l'implant étaient principalement sans activité professionnelle dans les trois ethnies.

Les étudiantes représentaient 24% des femmes Wayanas, 16,6 % des femmes Tekos et 39,1% des femmes Alukus.

Les femmes mariées ou en couple représentaient 39,1% des femmes Alukus, 63,3% et 75% des femmes Wayanas et Tekos respectivement.

Tableau 2 : Caractéristiques de la populations étudiée selon les ethnies

	WAYANA N=79	ALUKU N=23	« p »	TEKO N=24	« p »
Age à l'insertion (moyenne ± écart-type)	24,2 ±8,5	22,5±5,8	0,359	23,1±9,0	0,718
Nombre d'enfants à la pose de l'implant	2,3±2,1	2,05±1,6	0,674	3,9±2,8	**0,005**
Nombre de femmes nullipare	16 (20%)	1(4,3%)	-	3(12,5%)	-
Nombre de femmes nulligeste	14(18%)	0(0%)	-	3(12,5%)	-
Gestité >2	43 (54%)	15(65,2%)	-	18(75%)	-
Parité>2	34(43%)	10(43,5%)	-	17(70,8%)	-
Age des premières règles	12,1±0,9	12,5±1,1	0,134	12,1±0,6	0,978
Age de la première grossesse	17,2±4,3	16,9±3,2	0,787	16,2±4,5	0,412
Absence de contraception avant la pose	60(76%)	12 (52%)	**0,030**	20(83%)	0,154
Contexte de pose					
Désir de contraception	50 (63%)	12(52%)		10(41,6%)	
Post accouchement	12(15%)	9(39%)		10(40%)	
Post IVG	5(6,3%)	2(8,6%)		1(4%)	
Poids avant	58,5±10,5	61,2±8,4	-	54,9±9	-
Taille	150±0,04	160±0,07	-	150±0,02	-
IMC	25,5±4,1	24,3±3,1	0,173	24,7±4,3	0,463
Catégories socio-professionnelle			-		-
Employées	1(1,2%)	2(8,6%)		1(4,1%)	
Etudiantes	19(24%)	9(39,1%)		4(16,6%)	
Sans activité	55(70%)	12(52,1%)		16(66%)	
Nombre femme mariée ou en couple	50 (63,3%)	9 (39,1%)	**0,019**	18 (75%)	0,357

2. Durées moyennes de l'implant selon les ethnies

Au moment de l'étude 20 patientes n'avaient pas encore retiré leurs implants hormonaux. On a donc étudié les 106 patientes pour lesquelles on disposait d'une durée d'utilisation de leur implant avec la date de pose ainsi que la date de retrait.

Les durées moyennes d'utilisation de l'implant des femmes Wayanas étaient de 33,1 mois (Figure 2), de 35,3 mois chez les femmes Tekos (Figure 3) et de 11,2 mois chez les femmes Alukus (Figure 4).

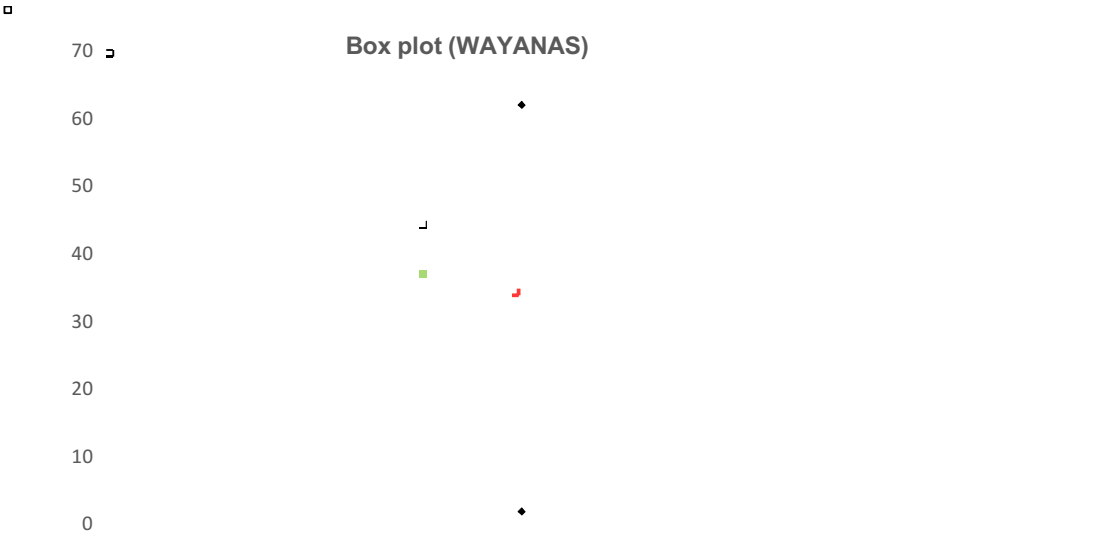


Figure 2: Box plot représentant les durées d'utilisation de l' implant chez les femmes Wayanas

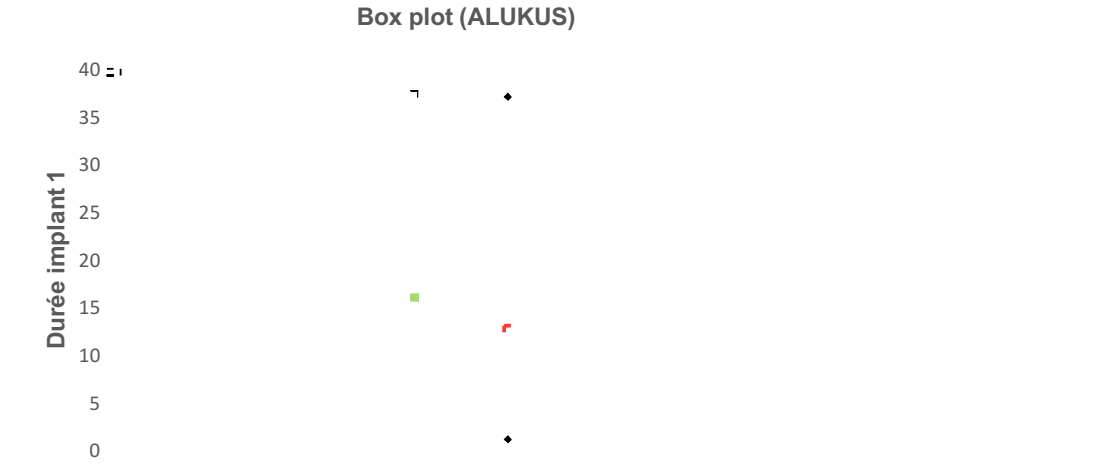


Figure 3: Box plot représentant les durées d'utilisation de l''implant chez les femmes Alukus



Figure 4: Box plot représentant les durées d'utilisation de l'implant chez les femmes Tekos.

3. Critère de jugement principal :

3.1. Fréquence des retraits anticipées

Sur les 106 patients ayant retirées leur implant, 33% d'entre elles (34 patientes) l'avaient retiré de manière anticipé. (Figure 5)

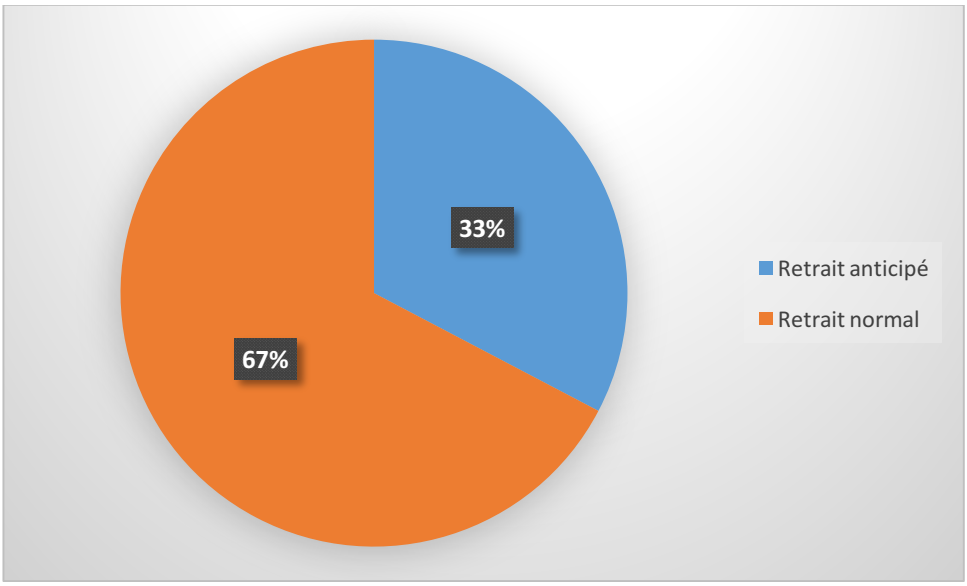


Figure 5: Fréquences retraits anticipées toutes ethnies confondues

3.2. Fréquence des retraits anticipées selon les ethnies

Dans la population Wayanas, 18% des femmes ont retiré de manière prématuré leur implant contre 8% des femmes Tekos et 74% des femmes Alukus (Figure 7).

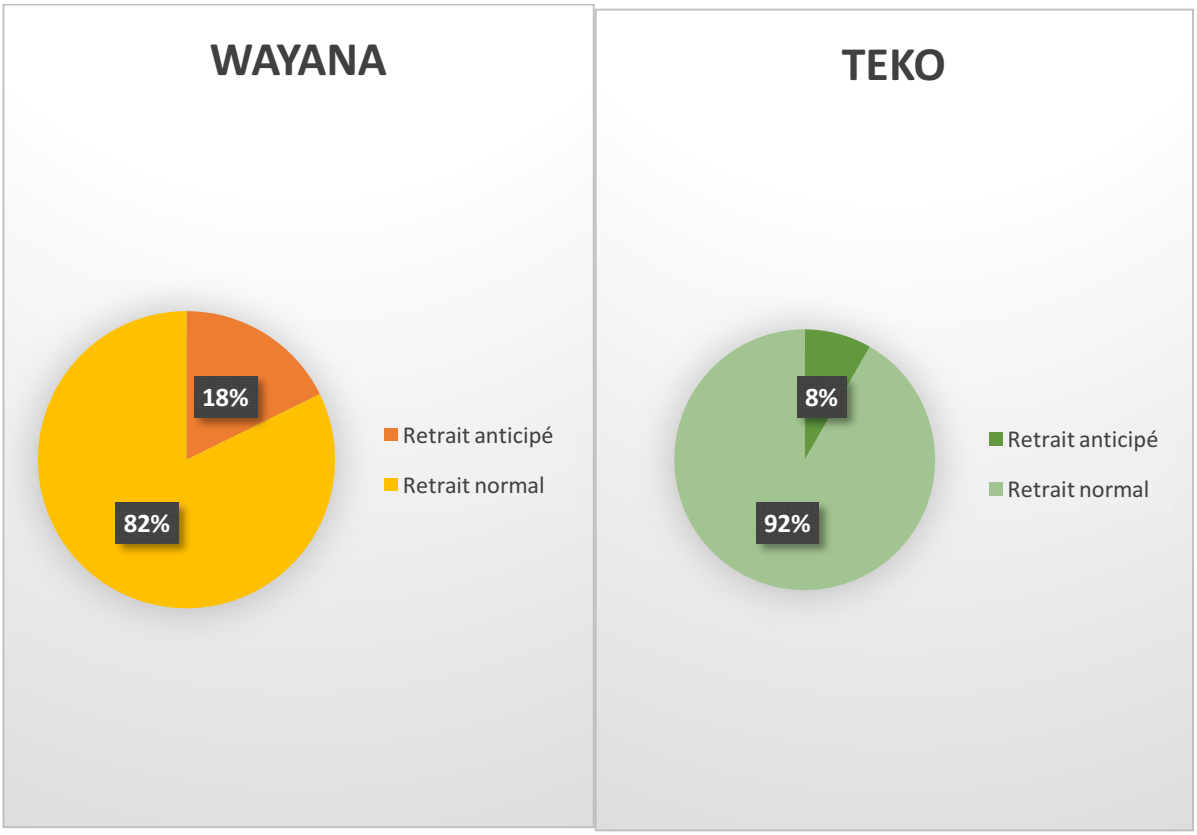


Figure 6 : Fréquence des retraits anticipés chez les femmes Wayanas et Teko

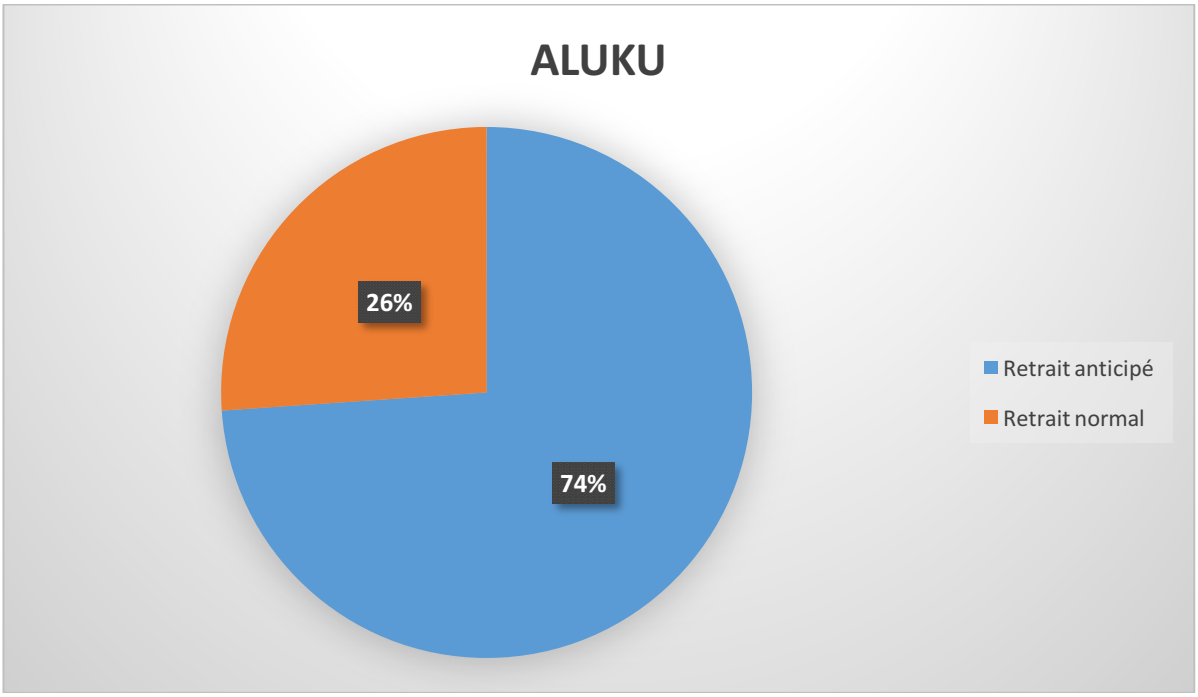


Figure 7: Fréquence des retraits anticipées chez Alukus

3.3. Causes de retraits normaux et anticipé les plus fréquemment signalés dans la population.

Parmi les 106 dossiers de patientes ayant retiré leur implant, nous avons relevé dans le tableau 3 les principales causes de retrait rapportées par les patientes et le personnel médical (médecin et sage-femme).

Les effets secondaires les plus fréquemment cités sont : les troubles du cycle menstruel présents chez 100 % des patientes (les saignements prolongés, les saignements fréquents mais de faible quantité (spotting), l'aménorrhée, la prise de poids (68 %),la présence de douleurs au site d'insertion et au niveau abdomio-pelviens (2%), la survenue de troubles métaboliques (7%).

L'implant a été retiré pour un désir de grossesse dans 17% des cas et pour un renouvellement dans 23,5% des cas (n=25).

Nous avons recherché grâce au test statistique de Ficher et de Chi2 s'il existait une association entre la présence des effets secondaires et le retrait anticipé de l'implant. Seule la présence de ménorragies serait associée à un retrait anticipé de l'implant avec un test du Chi 2 de 13,90 ($p<0,001$).

Tableau 3 : Effets secondaires les plus fréquemment signalés dans la

Effets secondaires les plus cités *(Population générale)*	Total patientes N= 104/126 n	%	Retrait normal (n= 70) n	%	Retrait anticipé (n= 34) n	%	p
Prise de poids	73	68%	51	73%	22	65%	_
Perte de poids	13	12,2%	6	8,5%	7	20,5%	_
Saignements prolongés(ménorragies)	25	23,5%	7	10%	18	53%	**<0,001**
Saignements fréquents faible quantité(spooting)	17	16%	15	21,4%	4	12%	_
Aménorrhées	64	60,3%	49	70%	12	35%	_
Douleur au site d'insertion	2	2%	0	0%	2	6%	_
Douleurs abdominaux pelviennes	2	2%	2	3%	0	0%	_
Kyste ovarien	1	1%	0	0%	1	3%	_
Perturbation bilan hépatique	1	1%	0	0%	1	3%	_
HTA	3	3%	3	4,2%	0	0%	_
Perturbation du bilan lipidique	2	2%	2	2%	0	0%	_
Diabète	1	1%	0	0%	1	3%	_
TOTAL : effets secondaires	106	100%	70	66%	35	34%	_

3.4. Causes de retraits normaux et anticipés dans la population

Dans la population étudiée (n=106) nous relevons que 37% des retraits normaux (n=70) sont dus au renouvellement (n= 25) de l'implant contraceptif, 22% à un désir de grossesse, 18% pour une prise de poids, et 6% pour des ménorragies et des troubles métaboliques (Figure 8) Les causes de retraits anticipés (n= 35) étaient majoritairement des métrorragies à 50%, puis la prise de poids dans 20% des cas, tandis que les aménorrhées et le désir de grossesse représentaient 9% des retraient anticipés (Figure 9).

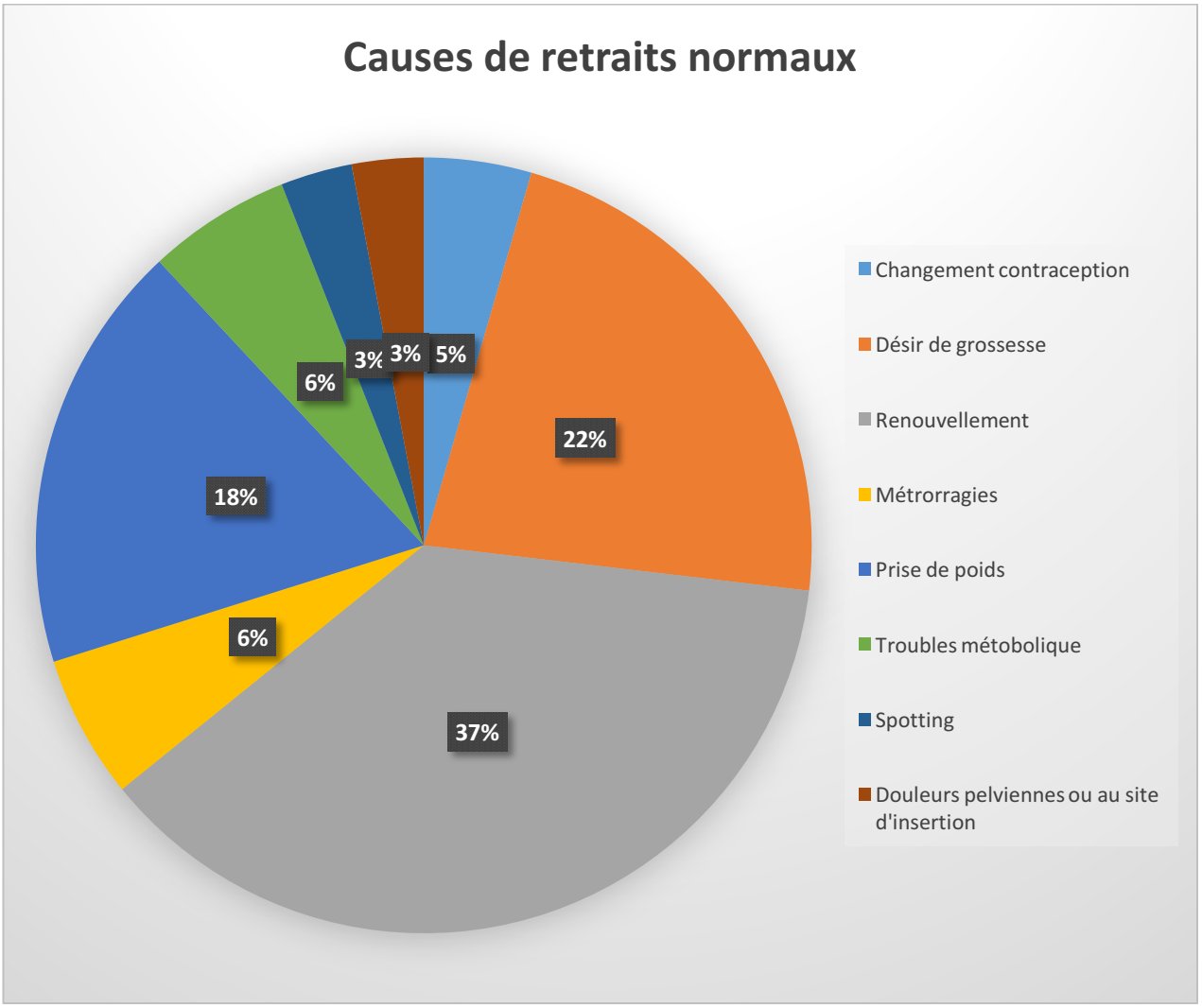


Figure 8 :Causes de retraits normaux dans la population étudiée

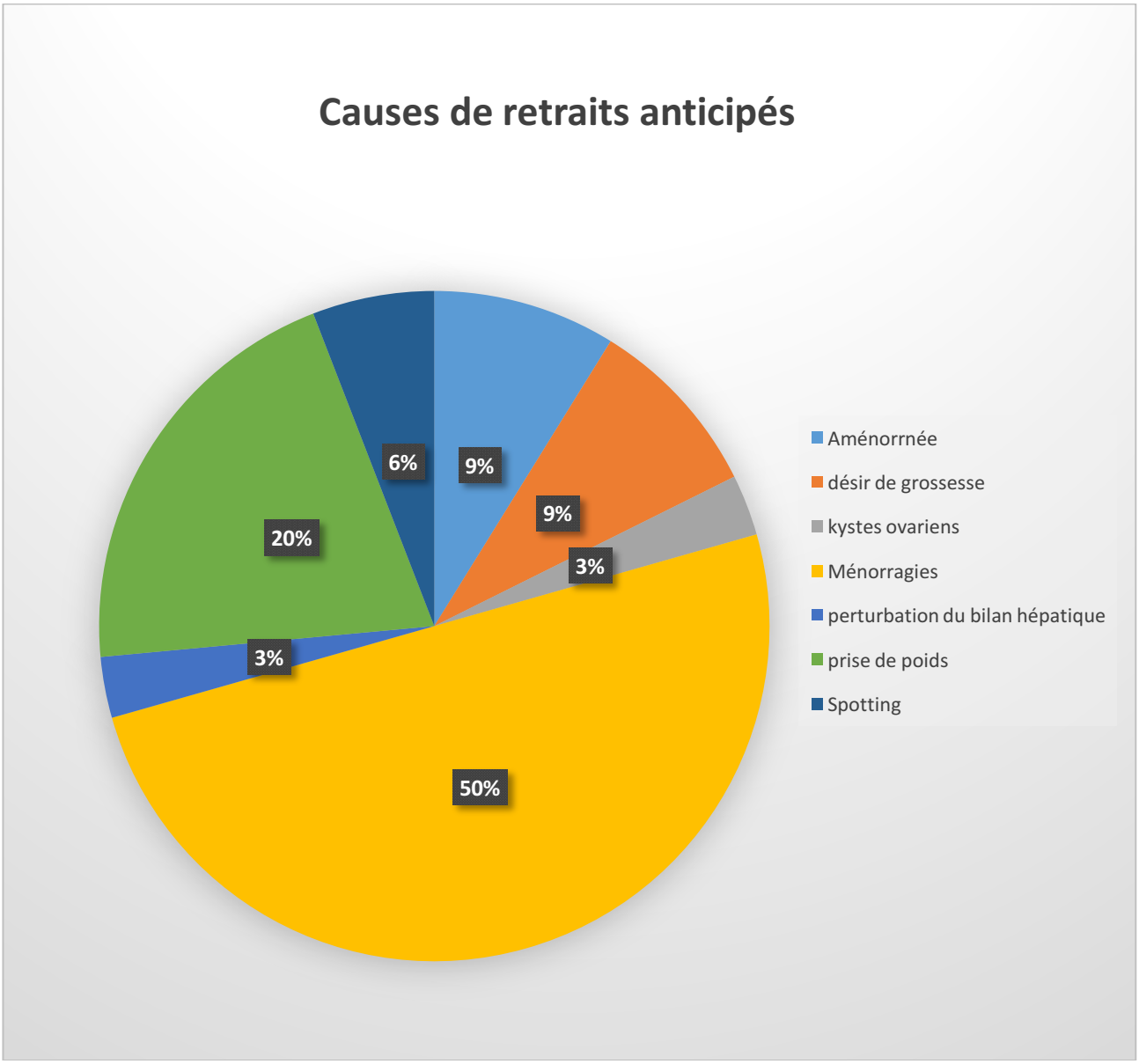


Figure 9 : Causes de retraits anticipés dans la population étudiée

3.5. Causes de retrait normaux et anticipés selon les ethnies

- *Dans le groupe des Wayanas* :

Ce groupe est constitué de 79 femmes. Au moment de l'étude, 5 patientes n'avaient pas encore retiré leur implant, nous les avons donc exclus du groupe de femmes étudiées pour les causes de retraits.

Pour les 74 femmes restantes les causes de retraits (anticipés et normaux) étaient majoritairement dus à renouvellement 33 %, à un désir de grossesse 21% et la prise de poids 14%.

Le tableau 5 regroupe les causes de retraits anticipé (n=12) et normaux (n=62).

On constate que parmi celles qui ont retiré de manière anticipé leurs implant, 67% avait pris du poids, 19% avaient un désir de grossesse, 58, 3% avaient de ménorragies, 8,3% avaient une perturbation du bilan hépatique.

62 patientes ont retiré leur implant au bout du temps préconisé (3ans), parmi ces femmes Wayanas 71% avaient des aménorrhées.

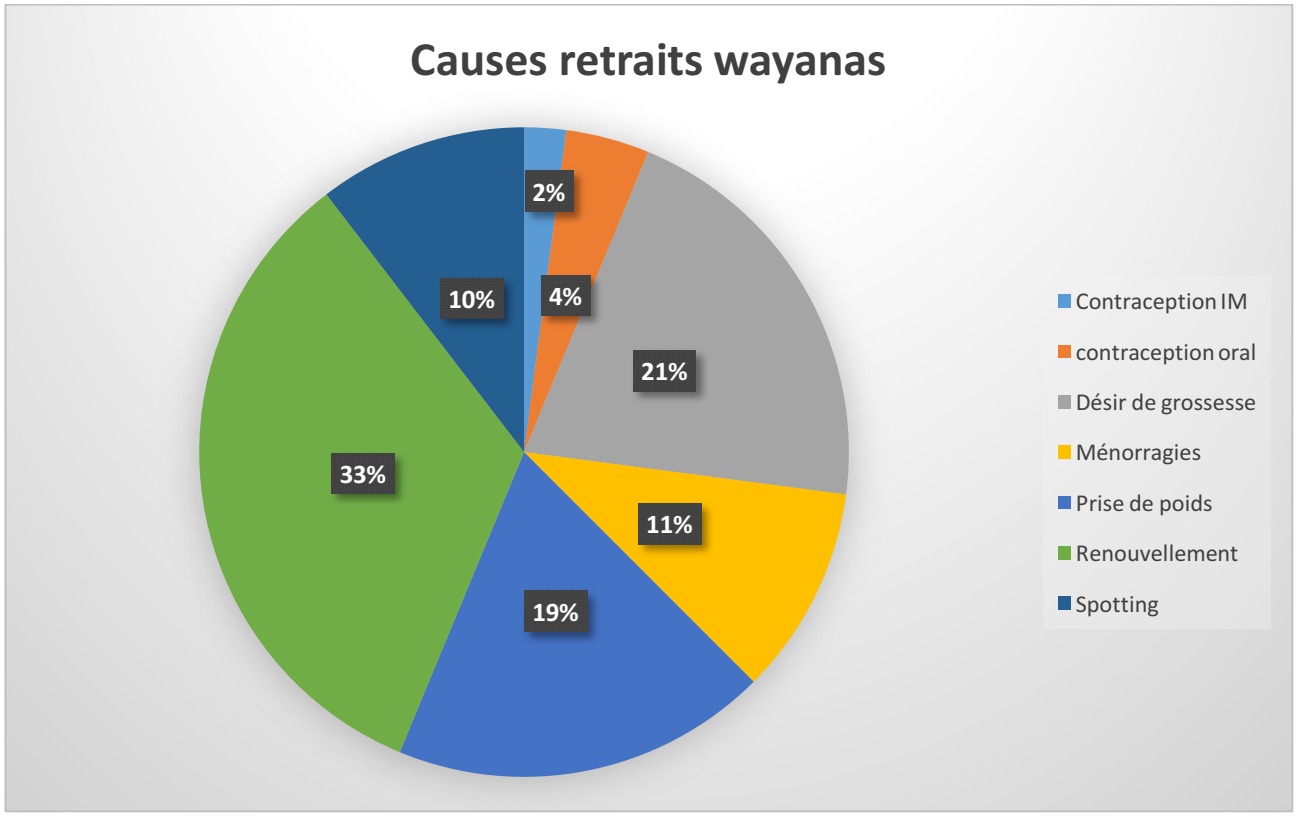


Tableau 4 : Effets secondaires les plus cités chez les femmes Wayanas

Effets secondaire les plus fréquent chez les femmes Wayanas	Total patientes N= 74 n	%	Retrait normal (n= 62) n	%	Retrait anticipé (n= 12) n	%
Prise de poids	49	66,2	41	66%	8	67%
Perte de poids	6	8,1%	4	6,4%	2	17%
Saignements prolongés(ménorragies)	10	13,5%	7	11,2%	3	25%
Saignements fréquents faible quantité(spooting)	13	17,5%	11	18%	2	17%
Aménorrhée	51	69%	44	71%	7	58,3%
Douleur au site d'insertion	2	3%	0	0%	2	17%
Douleurs abdominaux pelviennes	1	1,3%	1	1,6%	0	0%
Perturbation bilan hépatique	1	1,3%	0	0%	1	8,3%
HTA	3		1		2	
Perturbation du bilan lipidique	1	1,3%	1	1,6%	0	0%
Diabète	1 1,3%		0	0%	1 8,3%	

- Chez les patientes Tekos

Ce groupe est constitué de 24 femmes. Une femme n'avait encore retiré son implant au moment de l'étude.

Pour les 23 femmes restantes les causes de retraits (anticipé et normaux) étaient majoritairement dus à renouvellement 41 %, viennent ensuite le désir de grossesse 35% et la prise de poids 12%.(Figure 6)

Le tableau 6 regroupe les causes de retraits anticipé (n=21) et normaux (n=2).

On constate que parmi celles qui ont retiré de manière anticipée leurs implant 30% avaient un désir de grossesse, 75% avaient des aménorrhées, 8,3% avaient une perturbation du bilan hépatique.

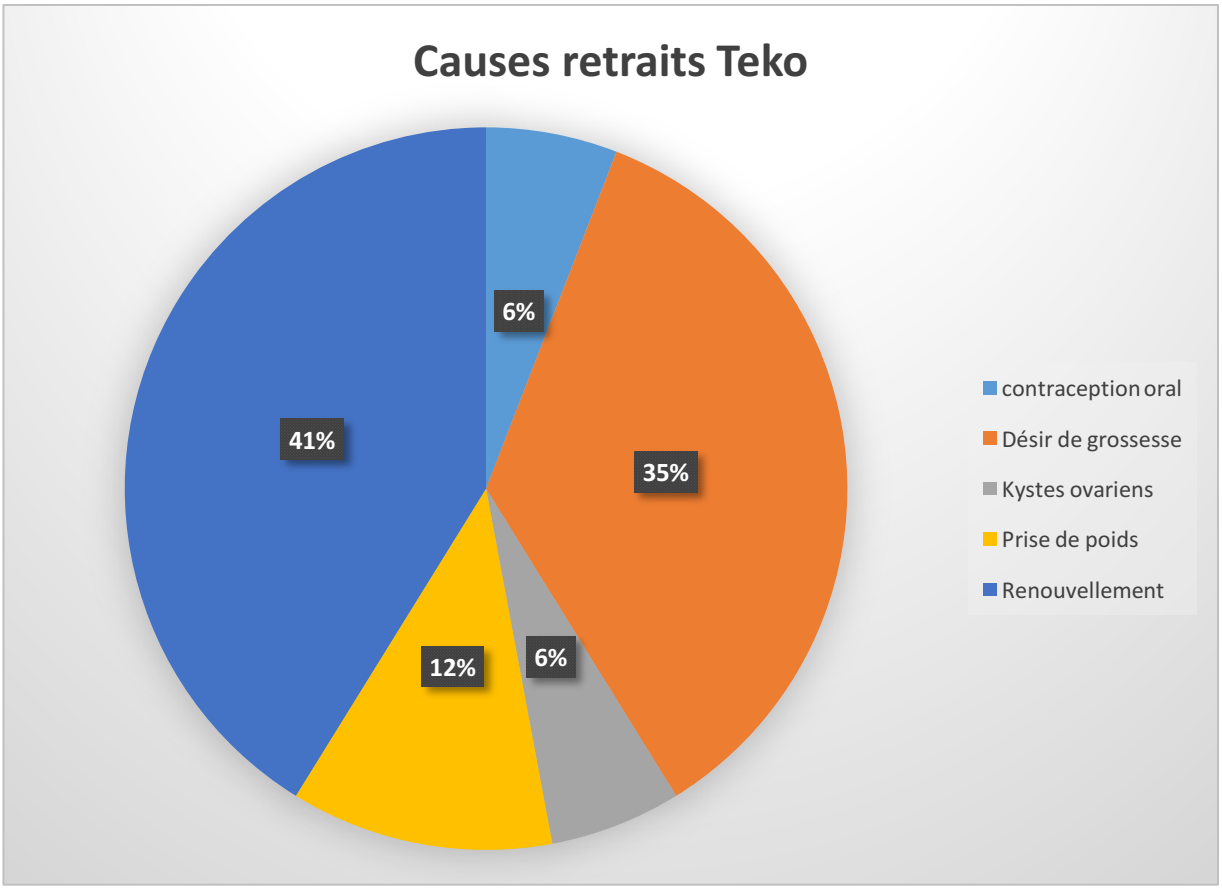


Figure 10 : Causes de retraits chez les femmes Teko

``

Tableau 5 : Effets secondaires les plus cités chez les femmes Tekos

Effets secondaire les plus cités chez les femmes TEKO	Total patientes N= 23 n	%	Retrait normal (n= 22) n	%	Retrait anticipé (n= 2) n	%
Prise de poids	12	50%	11	50%	1	50%
Perte de poids	2	8,3%	2	9%	0	0
Saignements prolongés	1	4,1%	0	0%	1	50%
Saignements fréquents faible quantité(spooting)	4	17%	4	18,1%	0	0
Aménorrhée	18	75%	17	77,2%	1	50%
Douleur au site d'insertion	2	3%	0	0%	2	17%
Douleurs abdominaux pelviennes	1	1,3%	1	1,5%	0	0%
Kyste ovarien	1	1,3%	0	0%	1	50%
Désir de grossesse	7	30%	7	32%	0	0%
Renouvellement	5	21%	5	23%	0	0%

- Chez les patientes Alukus

Parmi les 23 femmes du groupe, 3 patientes n'avaient pas encore retiré leur implant.
Pour les 20 femmes restantes les causes de retraits (anticipé et normaux) étaient majoritairement dus à un renouvellement (33 %), vient ensuite le désir de grossesse (21%) et la prise de poids (14%).
Le tableau 5 regroupe les causes de retraits anticipé (n=18) et normaux (n=2).
On constate que parmi celles qui ont retiré de manière anticipé leurs implant, 61% avait pris du poids, 77% avaient de ménorragies.
Le test exact de Ficher était significatif $p<0,05$ et le test de CHI2 était de 3,8 $p<0,001$ montrant ainsi une association entre le retrait anticipé et la présence de ménorragies chez les Alukus ;

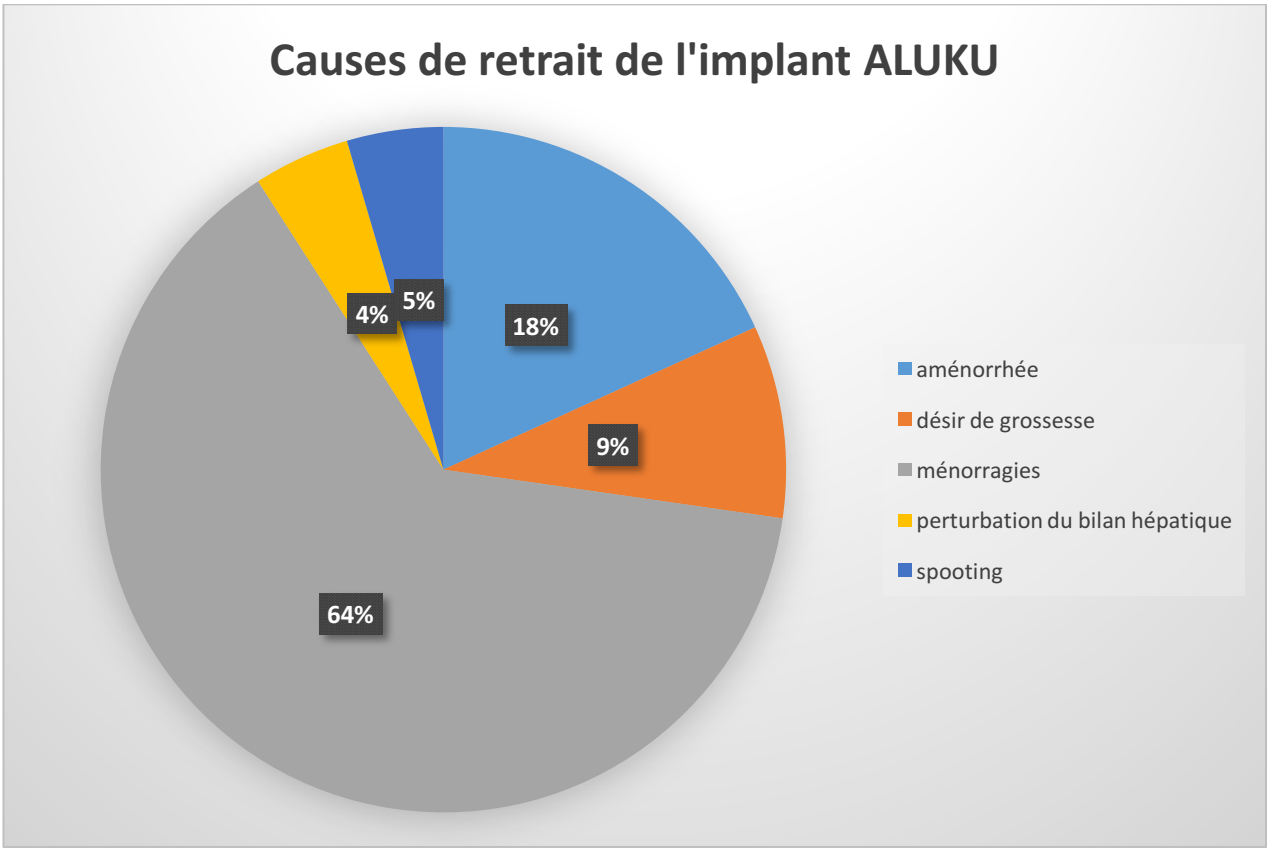


Tableau 6: Effets secondaires les plus cités chez les femmes Alukus

Effets secondaires chez les femmes Alukus	Total patientes N= 20 n	%	Retrait normal (n= 2) n	%	Retrait anticipé (n= 18) n	%	p
Prise de poids	13	65%	2	100%	11	61%	_
Perte de poids	5	25%	0	0%	5	28%	_
Saignements prolongés	16	70%	1	50%	15	83%	<0,001
Saignements fréquents faible quantité(spotting)	1	5%	0	0%	1	5.5%	_
Aménorrhées	5	25%	1	50%	4	22,2%	_
Perturbation du bilan hépatique	1	5%	0	0%	1	5,5%	_

3.6. Effets secondaire les plus fréquemment cités selon les ethnies

La figure 11 représente les effets secondaires les plus fréquent dans cette étude, en fonction des origines ethniques. Ainsi nous constatons pour les **ménorragies** ce sont les femmes Alukus qui en ont le plus (n= 16) correspondant à 70% des femmes Alukus versus 10 femmes Wayanas (13% des femmes Wayanas) et 1 femmes Tekos (4%) des femmes Tekos) . Le test chi2 était de 24,8 p< 0, 001

L'aménorrhée est plus présente chez les femmes Amérindiennes (n=51 correspondant à 64,5% des femmes Wayanas et n=18 correspondant à 75% des femmes Tekos), que chez les femmes Alukus (n= 8 conrrespodant à 34% des femmes).
Le test de chi2 et fischer n'étaient pas significatifs.
La **prise de poids est** présente de manière importante dans les 3 groupes : 66,5% des femmes Wayanas, 65% des femmes Alukus, et 54% des femmes Tekos.

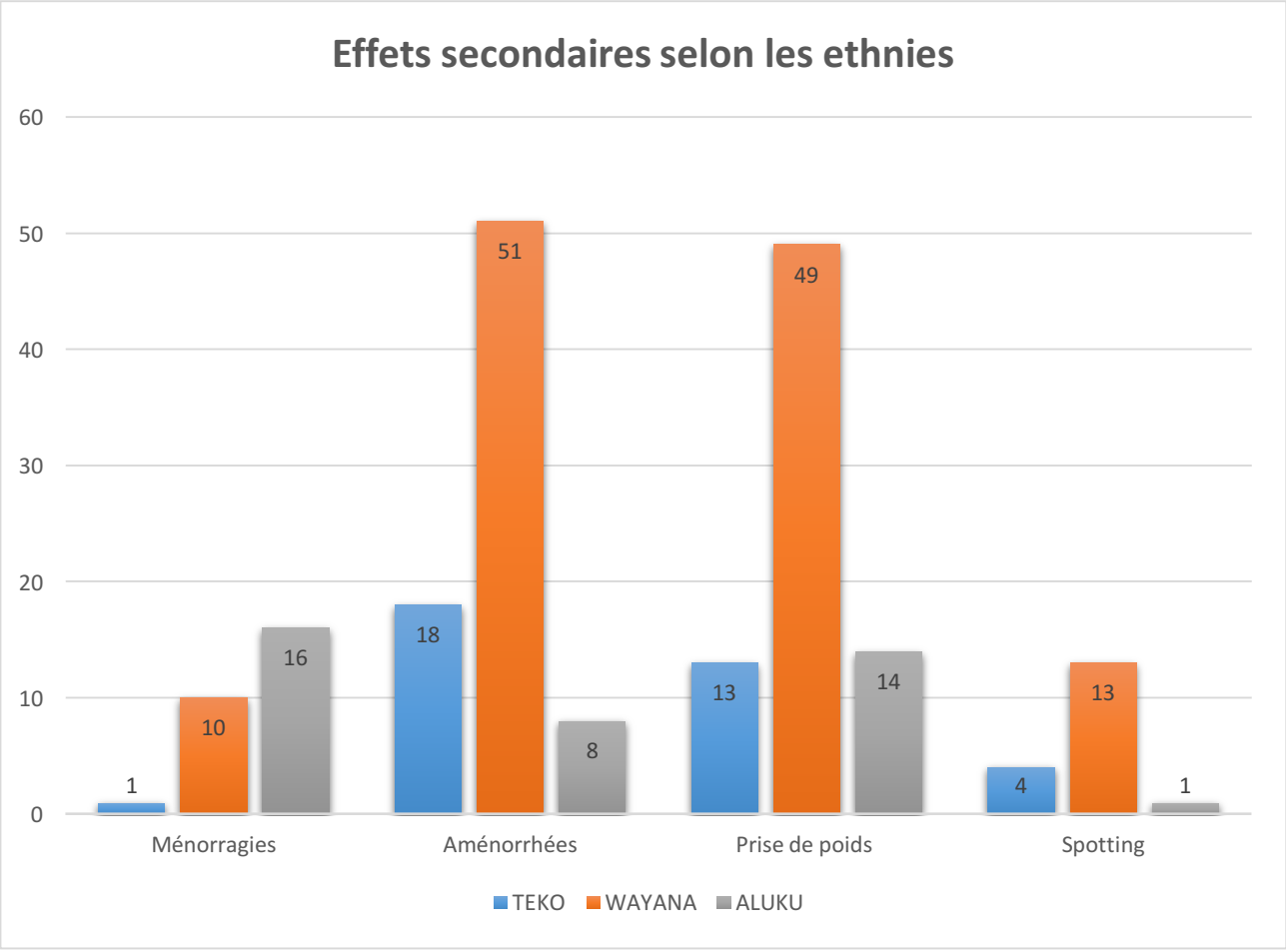


Figure 11 : Effets secondaires les plus fréquent selon les ethnies

4. Critères secondaires

4.1 Acceptations des effets secondaires selon les ethnies

A chaque consultation de suivi était noté dans le dossier si les patientes étaient satisfaites de leur implant et si elles ont accepté les effets secondaires.

La figure 11 représente la fréquence des femmes acceptant les effets secondaires selon leur origine ethnique.

Nous constatons que 80% des femmes Wayanas et 95% des femmes Tekos sont satisfaites de l'implant et acceptent les effets secondaires (Test de chi2 significatif p<0,001), contrairement à 91% des femmes Alukus (Test de chi2 significatif p<0,001) se disent insatisfaites de l'implant et n'acceptent pas les effets secondaires (n=2 aménorrhée et métrorragie).

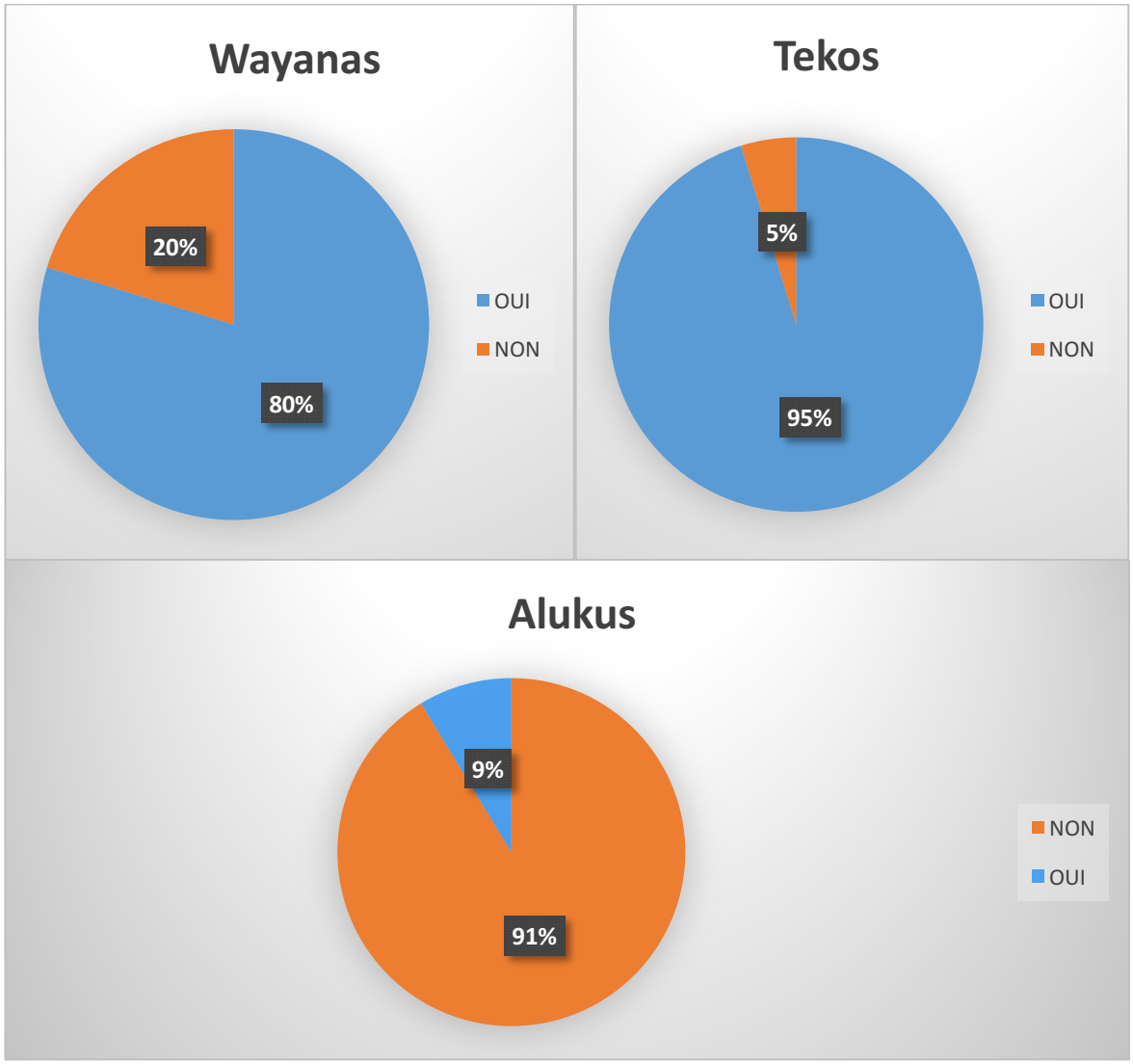


Figure 12: Fréquence d'acceptation des effets secondaires selon les ethnies

4.2 Contraception prescrire après les retrait de l'implant hormonal contraceptif

Dans cette étude, nous constatons que seulement 23% des femmes de notre population renouvellent leur implant. A chaque retrait, une nouvelle prescription de moyen contraceptif était proposée aux femmes ne désirant plus renouveler leur implant.

Nous nous sommes donc intéressés aux types de contraception le plus choisis par les patientes après le retrait de leur implant hormonal contraceptif (Figure 13).

Ainsi le moyen contraceptif le plus choisi est la contraception orale (41%), suivie par la contraception mécanique (essentiellement le préservatif) à 29%, 8% choisissent la contraception par injection intramusculaire de Deoprovera, 3% le dispositif intra-utérin et 1% le patch contraceptif. Nous remarquons également que 18% des femmes refusent la prescription d'un moyen contraceptif.

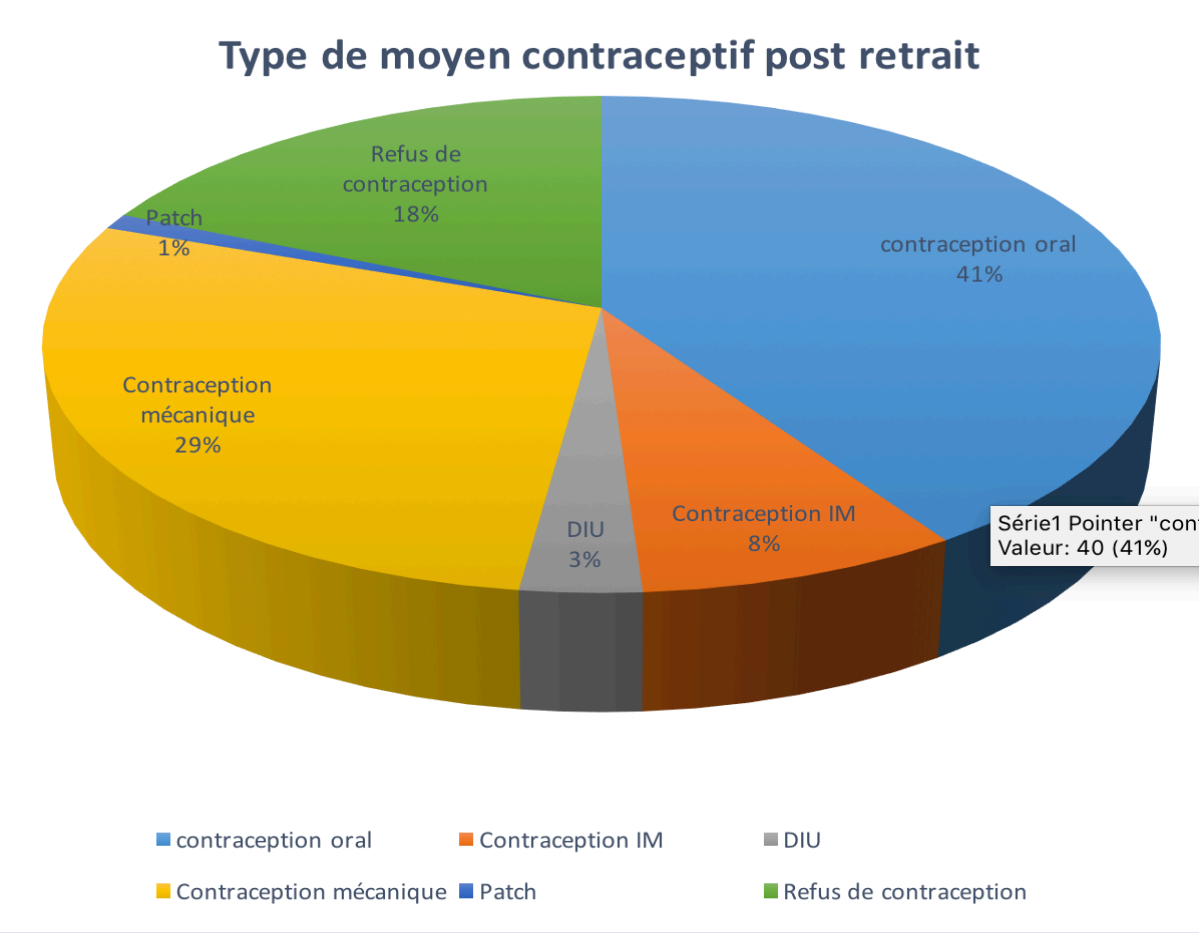


Figure 13 : Moyens contraceptif choisis par les femmes ne renouvelant par leur implant contraceptif

4.3 Fréquence de survenue d'une grossesse dans l'année suivant le retrait de l'implant contraceptif

Nous constatons que 36 des femmes ont été enceintes dans l'année suivant le retrait de l'implant.

Parmi ces patientes 18 désiraient une grossesse de ce fait n'ont pas renouvelé leur implant (n=15) ou l'ont retiré de manière anticipée (n= 3).

18 patientes n'avaient pas de désir de grossesse. Dans ce groupe 15 patientes ont retiré l'implant de manière anticipée suite aux effets secondaires et 3 n'avaient pas renouvelé leur implant, désirant changer de moyen contraceptif.

Au sein des groupes ethnique, cela correspond à 47, 3% (n=10) de grossesses non désirée dans le groupe Aluku, 8,8% (n=7) dans le groupe Wayana et 4,1% (n=1) dans le groupe Teko.

4.4 Moyens contraceptif choisit par les femmes ayant eu une grossesse dans l'année suivant le retrait de l'implant et ne désirant pas de grossesse

Nous remarquons de 64% de ces femmes étaient sous contraception oral, 21% avaient choisies une contraception mécanique et seulement 4% de refus de contraception (Figure 15).

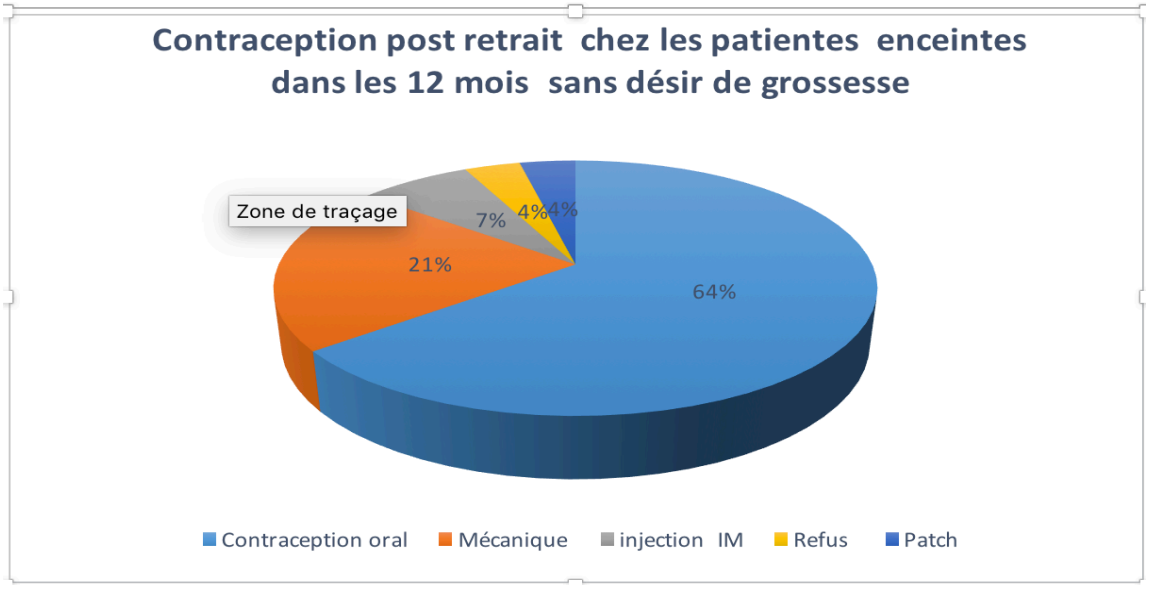


Figure 14 : Contraception choisit chez les femmes ne désirant pas de grossesse mais enceinte dans l'année après le retrait de l'implant contraceptif.

D. DISCUSSION

1. Causes de retraits et durée d'utilisation de l'implant contraceptif hormonal

Dans notre étude les causes de retraits de l'implant contraceptif conduisent soit à un retrait définitif c'est à dire sans renouvellement soit un retrait anticipé c'est à dire une durée inférieure à 2ans et demi.

Nous traduisons ces types de retraits comme un échec de la méthode contraceptive par l'implant hormonal.

Dans notre population, nous constatons que 54% des femmes ont un port égale à 3 ans, mais que seulement 37% des utilisatrices sont prêtes à le renouveler.

Dans une étude menée en 2004 à Rouen évaluant la satisfaction des femmes vis à vis de l'implant hormonal contraceptif auprès de 182 femmes suivies dans le même centre de planification et porteuses d'un implant, la durée moyenne utilisation était de 16 mois (allant de 2 à 24 mois). Malgré une durée d'utilisation moyenne courte 62 % des femmes envisageaient de renouveler leur implant (16).

Dans cette étude une femme sur deux avait des effets secondaires. Les troubles du cycle étaient présents dans 83% des cas à type d'aménorrhées (26%) ou de métrorragies (40%). Les métrorragies étaient le motif de retrait dans la majorité des cas (41%), suivie de la prise de poids (37%). Les autres effets secondaires (céphalées, trouble de l'humeur, troubles de la libido …) ont été moins souvent à l'origine de retrait même si fréquents.

Dans notre étude 100% des utilisatrice avaient des effets secondaires concernant les troubles du cycle menstruel à type de ménorragies (23,5%), Aménorrhée (60,3%), Spottings (16%).

Comme l'étude de Rouen, les ménorragies sont significativement associées à un retrait anticipé $p<0,001$. La prise de poids était majoritairement présente dans la population (68%), mais contrairement aux femmes Européennes, ce n'était pas une cause de retrait.

Dans notre étude le retrait pour désir de grossesse représente 22% des retrait normaux et 9% des retraits anticipé représentant au total 17,3% de retraits. Ces retraits pour désir de grossesse sont une des principales causes de retraits chez les femmes Amérindiennes avec

35% de retrait pour désir de grossesse chez les patientes Tekos et 21% de retrait chez les femmes Wayanas.

Dans une étude réalisée au Mali en 2008 dans le cadre d'une thèse sur l'épidémiologie et la clinique de l'implant hormonal contraceptive le désir de grossesse était également la principale cause d'abandon de la méthode contraceptif sous implant hormonal avec 33,8% de retrait, 17,7% seulement de retrait pour l'existence d'effets secondaires étant principalement des troubles du cycle menstruel à type de spotting à 47,9%.(17)

L'étude réalise à Rouen retrouvait quant à elle 10,3% de retraits pour désir de grossesse (16).

Chez les femmes Amérindiennes vivant à Maripasoula (Tekos et Wayanas), nous remarquons que les principales causes de retraits sont le renouvellement et le désir de grossesse.

Ce phénomène nous laisse penser que les Amérindiennes ont un bon usage de l'implant contraceptif et ont trouvé le moyen de maîtriser leur fertilité.

En effet les femmes amérindiennes ont en moyenne des rapports sexuels dès l'âge de 14ans contre 17 ans et demi en France et très souvent la première grossesse survient lors des premiers rapports. Dans notre études l'âge moyen de la première grossesse est de 17,2 ans $\pm$4,3 chez les femmes wayanas et 16,2$\pm$ chez les femmes Tekos. D'après les données de l'Insee en 2015, l'âge moyen de la première grossesse en France métropolitaine est de 28,5 ans.

Dans une étude réalisée dans le cadre d'une thèse sur l 'approche de la maternité chez les femmes amérindiennes, l'auteur interroge les femmes d'origine Wayanas et Kali'na sur les rites culturels et traditionnels amérindiens vécus autour de la maternité et le ressenti des femmes concernant la maternité et la sexualité.

A travers cette étude nous apprenons que les Wayanas ne glorifient pas en effet les familles nombreuses, car leur mode vie ne leur permet pas de prendre en charge une famille nombreuse. Les femmes Wayanas qui ne souhaitent pas avoir d'enfant savent par le biais de pratiques coutumières ou par la pilule réguler le nombre de leur grossesse. (18)

L'utilisation de la pilule à certes contribuait à un meilleur contrôle des grossesses, mais ce type de contraception est bien connu pour son problème d'observance auprès des femmes du monde entier. En prenant en compte le mode de vie des femmes amérindiennes (le travail à l'abbatis, la cueillette …) nous nous rendons bien compte qu'une prise quotidienne, à heure fixe, sans oubli, semble être une chose difficile.

L'implant est probablement le moyen de contraception le plus adapté au mode de vie et aux besoins de cette population amérindienne.
Les causes de retraits de l'implant diffèrent selon les pays et les cultures, mais dépend majoritairement de l'acceptation des effets secondaires décrits par les utilisatrices.

2. L'acceptation des effets secondaires sous implant hormonal contraceptif

L'acceptabilité d'une méthode contraceptive est conditionnée par le degré de survenue et la fréquence des ses effets indésirables.
Nous avons vu précédemment que les troubles du cycle menstruels sont parmi les effets indésirables de l'implant le plus souvent rapportés et est source d'abandon de cette méthode contraceptive. (19)
Dans notre étude la totalité des patientes rapportent des troubles du cycle menstruel. Cependant, alors que les femmes amérindiennes (Wayanas et Tekos) disent avoir des aménorrhées essentiellement (67%), les femmes Alukus rapportent dans leur grande majorité des ménorragies (70%).
Nous observons que ces troubles du cycle sont diversement tolérés selon leur mode d'expression et selon les variations culturelles.

2.1 Les saignement prolongés ou ménorragies et saignements de faibles abondance ou spooting

- Définitions :

Les ménorragies, sont définies comme étant des saignements anormaux contemporains de règles. Ils se caractérisent par une augmentation de la durée ou de l'abondance des règles
Les saignements de faibles abondance ou spotting, font partie des pollakiménorrhées. Ce sont des saignements trop fréquents de faibles abondance pouvant survenir entre deux menstruations. (20).

- Acceptabilité auprès des femmes européennes

Les saignements abondants ou irréguliers sont mal tolérés, ils sont jugés particulièrement inconfortables par les utilisatrices de l'implant.
Dans les études multicentriques la présence de saignements est pour les femmes Européennes un motif très fréquent de retrait. Dans ces études les auteurs retrouvent les saignements anormaux comme cause essentielle d'abandon de l'implant chez 20% des femmes (21)(19).
Dans l'étude de Rouen sur l'acceptabilité des effets secondaire de l'implant, les saignements représentaient plus de 40% des motifs de retrait de l'implant hormonal.

- Acceptabilité auprès des femmes de notre étude

Les femmes Alukus semble être les plus concernées par les ménorragies. Elles ont de manière significative plus de métrorragies que les femmes amérindiennes. Ainsi 70% des femmes Alukus ont des métrorragies, ces chiffres ne sont pas comparables aux données actuelles de la littérature.
De ce fait 91% des femmes Alukus sont insatisfaites de l'implant hormonal contraceptif et 83% des retraits anticipés sont significativement associés à la présence de ménorragies.
Une des explications à ce phénomène assez unique au monde pourrait être d'ordre culturel.
En effet dans la culture Aluku, le sang menstruel est considéré comme une souillure mortellement dangereuses pour tous les esprits de la nature. Il pollue ainsi l'*obia* (entité magico-sacrée ayant des remèdes contre des maladies). Dans la culture Aluku les hommes sont des médiums d'esprit et possède un *obia* personnel. De ce fait les femmes en période menstruelle ou en retour de couche sont écartées de la maison familiale, car elles sont considérées comme dangereuses pour leur entourage. L'homme ne pourra plus toucher, embrasser sa femme, ni lui parler, et ni manger les aliments cuits par ou pour la femme en période de menstruations et ne pourra se servir de la vaisselle.
Ainsi les femmes ayant leurs menstruations sont mis à l'écart dans une habitation qui leur est dédiée durant toute la durée de leurs règles.(22)
Nous pouvons donc comprendre que les ménorragies et spottings induits lors de l'insertion de l'implant hormonal contraceptif sont sources d'exclusions sociales.

Ces effets secondaires contraignent la femme Aluku à rester isolée plus longtemps ou plus souvent, l'empêchant d'avoir une vie sociale et familiale satisfaisante.
Même si les mentalités tendent peu à peu à changer, ces pratiques sont toujours présentes chez les Alukus.
Ainsi l'implant contraceptif ne semble pas être un moyen contraceptif adéquat pour les femmes d'origine Aluku.

2.2 Les aménorrhées

- Définition

L'aménorrhée est l'absence de menstruation chez la femme.
Elle peut être primaire c'est à dire l'absence de règles chez une adolescente ou femme n'ayant jamais eu ses règles avant l'âge de 16 ans.
Elle est dite secondaire lorsque l'absence de menstruations survient plus de trois mois chez une femme ayant déjà eu ses règles.

- Acceptabilité auprès les femmes européennes

Les études multicentriques précédemment citées retrouve des incidences d'aménorrhées sous implant hormonal (Implanon) de 18,6% pour les femmes européennes en excluant les populations d'origine asiatiques en raison d'un taux élevé d'aménorrhée jugée peu représentatif des études.(19)(21)
Dans l'étude menée à Rouen l'incidence d'aménorrhée était de 26% et 20% des patientes ayant retiré l'implant déclarent que c'était à cause de l'aménorrhée mais associée le plus souvent à un autre motif de retrait (16)

- Acceptabilité auprès des femmes de notre étude

Dans notre études 67% des femmes d'origine amérindiennes (Wayana et Teko) ont des aménorrhées, 22% des femmes Alukus.
Un taux aussi élevé auprès des femmes amérindiennes est inhabituel et ces aménorrhées semblent être particulièrement acceptés par les femmes amérindiennes.
La pose d'implant contraceptif n'est pas la seule source d'aménorrhée chez les femmes amérindiennes, car les femmes allaitant leur enfant ont également des aménorrhées durant l'allaitement. A l'instar des Alukus, les menstruations et lochies sont considérées comme polluant pour l'entourage.
De ce fait les femmes amérindiennes qui allaitent leurs enfants prolongent volontairement le temps d'allaitement à une durée pouvant aller jusqu' à 2 ans et demi. (23)

L'aménorrhée considérée comme un effet indésirable par la plupart des femmes est en réalité pour les femmes amérindiennes un avantage ayant des répercussions favorables dans leur vie sociale et familiale.
Contrairement aux amérindiennes les femmes Alukus n'acceptent pas d'absence de menstruations. Cela n'est pas un bon présage dans la culture Aluku, qui considère l'absence de règle comme synonyme de maladie « de la matrice (utérus) ». Ainsi les femmes Alukus ayant des aménorrhées se retrouvent encore une fois isolées.

2.3 Prise de poids

Dans notre étude nous avons considéré comme significatif une prise de poids strictement supérieur ou égale à 5 kilogrammes (kgs) durant la période d'utilisation de l'implant.
Ainsi au sein de notre population, 68% d'utilisatrices ont pris plus de 5kgs et 17% ont pris plus de 10 kgs. Cette prise de poids ne semble pas être une cause de retrait chez les femmes Alukus même si 65% des femmes ont pris du poids.
Dans la culture Aluku les femmes qui ont des rondeurs sont bien appréciées des hommes, de ce fait la prise de poids n'est pas vraiment considérée comme un effet indésirable.

Chez les Wayanas la prise de poids est une cause de retrait dans 19% des cas et chez les femmes Tekos dans 12% des cas.
Nous constatons que cette prise de poids s'accompagne chez les Wayanas d'apparition d'hypertension artérielle et de troubles métaboliques tel que la perturbation du bilan hépatique et lipidique et l'apparition d'un cas de diabète.
Le retrait de l'implant chez les amérindiennes surtout Wayanas a fait plus souvent suite à une décision médicale qu' au choix de la patiente.
Chez les femmes européennes, les études montrent que le prise de poids est mal tolérée car elles sont en générales plus attentives aux modifications de leur image corporelle (16).
Dans notre population les Alukus voient leur image corporelle s'améliorer avec la prise de poids, tandis que les amérindiennes qui prennent trop de poids ont plus souvent des effets secondaires contre-indiquant le port de l'implant.

2.4 Autres effets secondaire

Dans notre étude nous relevons un cas d'apparition de kystes ovariens.
Bien que l'inhibition de l'ovulation soit complète sous implant hormonal, une activité folliculaire modérée persiste. Des kystes ovariens fonctionnels peuvent se retrouvaient même si cette éventualité est moins étudiée qu'avec les micro-progestatifs.(24)

3. Intérêts d'une contraception efficace

3.1 Etats de lieux sur la contraception aux Antilles Guayne et particulièrement à Maripasoula

Aux Antilles-Guyane, nous sommes très loin des schémas occidentaux concernant le couple, la sexualité, la contraception.

Ainsi les femmes ont des rapports sexuels plus précocement, sont multipartenaires, sont le plus souvent sans emplois ou déscolarisées et élèvent seules leurs enfants.

En 2014 l'Inpes déclare que 33,3% des femmes de Maripasoula vivent seul avec des enfants (13).

Une étude de l'Inpes menée en 2014 sur les habitants des Antilles-Guyanes face aux risques de VHI et d'autres risques sexuels, nous apprend qu'en matière de contraception 68,7% des femmes âgées de 18 à 54 ans vivant aux Antilles Guyane se déclarent concernées par la contraception. Parmi ces femmes 46,9% utilise une contraception médicalisée largement dominée par l'utilisation de la pilule contraceptive. La contraception non médicalisée est utilisée par 53,1% des femmes en âge de procréer. Le préservatif semble être le moyen contraceptif le plus répandu en sein des femmes les plus jeunes au Antilles-Guyane (18-24 ans) avec 45,5% d'utilisatrices, devançant même la pilule (37,9%) dans cette tranche d'âge. En France métropolitaine l'utilisation du préservatif, jugé peu efficace, est beaucoup moins répandue au sein de la population féminine.

On assiste donc aux Antilles –Guyane à une couverture contraceptive élevée mais d'efficacité insuffisante en particulier chez les femmes jeunes (25).

Dans notre étude 77% de notre population Amérindienne âgée en moyenne de 23,6 ans au moment de l'insertion de l'implant n'avaient pas de contraception antérieure.

Dans la population Aluku l'âge moyen d'insertion de l'implant était de 25,6 ans et 52% des femmes n'avaient pas de contraception antérieure.

Le motif contextuel de pose d'implant était dans un peu plus de la moitié des cas pour un désir de contraception (63% pour les femmes Wayanas, 41,6% pour les femmes Tekos,52% pour les femmes Alukus). La pose en post partum immédiat et en post interruption

volontaire de grossesse(IVG) représentaient respectivement 15% et 6,3% des femmes Wayanas, 40% et 4% des femmes Tekos et 39% et 8,6% des femmes Alukus.
En Guyane la méthode contraceptive médicalisée la plus utilisée par les femmes en âge de procréer est la pilule contraceptive (31,4%) suivie du stérilet (16,2%), de l'implant, patch et injection intramusculaire (7,3%), puis enfin la stérilisation (2%).
Nous n'avions pas étudié dans notre étude l'incidence du type de contraception antérieur avant la pose. En revanche la fréquence du type de contraception prescrit ou choisit par la patiente au moment du retrait révèle que 41% des patientes choisissait la pilule contraceptive, 29% préféraient utiliser la méthode mécanique (principalement le préservatif) , 18% refusaient une contraception (principalement pour cause de désir de grossesse), 3% souhaitais le mise en place de dispositif intra utérins, 8% désiraient une contraception hormonal par injection intramusculaire trimestrielle de Deoprovera, 1% essayaient le patch.
Nous pensons que ces choix sont multifactoriels, mais le principal motif semble être d'ordre budgétaire. La contraception demande aux femmes un budget mensuel et annuel non négligeable (figure 16) d'autant plus que le pouvoir d'achat de ces femmes est particulièrement faible.
Nous rappelons que dans cette étude la majorité des femmes sont sans activité professionnelle ou étudiante .
Les données Inpes déclarent en 2014 38,3 % de familles monoparentales à Maripasoula dont 29,3% des femmes seules sans enfants.
Dans les pratiques culturelles Noirs marrons, les femmes sont considérées comme puissantes et maléfiques capable d'affaiblir les pouvoirs des hommes (22). Après le mariage traditionnel elles élèvent et vivent seules avec leurs enfants. Les hommes quant à eux assurent le soutient économique des femmes et sont polygames(26)(27). Dans notre étude seulement 39% des Alukus disent être mariées ou vivant en couple.

En comparaison avec la culture Amérindienne la monogamie semble être de règle, même si quelques exceptions existent pour les hommes comme pour les femmes.

Dans cette étude 70% des femmes se déclarent mariées ou vivant en couple.
Lorsque les femmes de Maripasoula se disent être mariées, il s'agit pour la plupart de mariage traditionnelle non reconnu par l'administration française. Ainsi d'après les

données Insee seulement 4,9% des personnes de 15 ans ou plus sont mariées civilement, en France métropolitaine il y a 44,8% de la population mariée civilement.(13)(28)

Le tableau 7, inspiré des données de INSEE de 2014 (13)(28) compare pour l'année 2014 la répartition par type d'activité des populations âgées de 15ans à 64 ans de Maripasoula et de la France hexagonale.
Ainsi Maripasoula contient deux fois moins d'actifs avec deux fois plus de chômage et 2,6 fois plus d'inactifs qu'en France métropolitaine.

Tableau 7 : Tableau comparatif des répartitions des populations âgées de 15 à 64 ans de Maripasoula et de la France métropolitaine par type d'activité selon les données Insee de 2014

Données Insee année 2014	Population de 15 à 64ans par type d'activité à Maripasoula	Population de 15 à 64ans par type d'activité en France Métropolitaine
Actif en %	30,2%	73,5%
Actif ayant un emploi	7,8%	63,2%
Chômeurs	22,4%	10,3%
Inactif en %	69,8%	26,5%
Elèves, étudiants, stagiaires non rémunérées	4,2%	10,3%
Retraités	0,2%	7,7%
Autres inactifs	65,3%	8,5%

La figure 15 représente le coût annuel total moyen en terme de part remboursée et le reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaires des différentes méthodes contraceptives disponibles sous prescription médical.

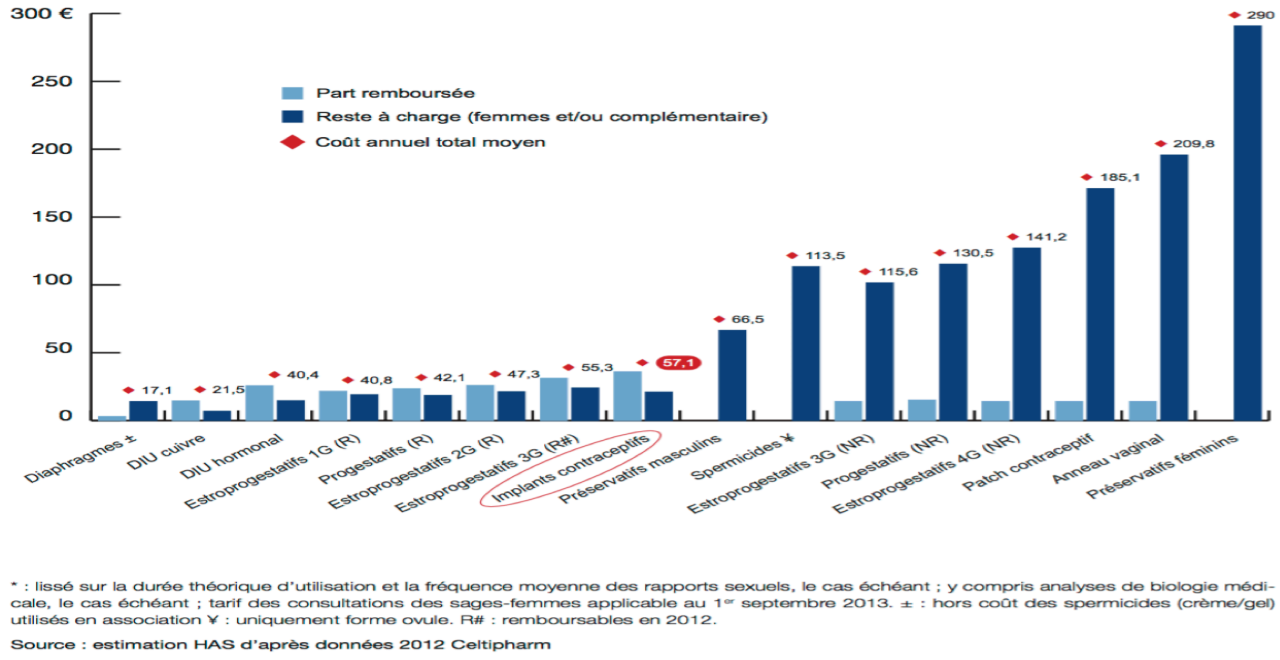
Nous remarquons qu'en terme de cout annuel total moyen le contraceptif le plus rentable est le DIU, suivi des pilules contraceptives, puis l'implant contraceptif et du préservatif. Les contraceptifs les plus couteux sont le préservatifs féminin et le patch.

Ces données nous permettent de mieux comprendre pourquoi les femmes choisissent soit la pilule contraceptive soit le préservatif. La pilule est peu couteuse à 40 euros l'année tandis que les préservatifs sont le plus souvent fournis par l'homme.

Le cout n'est pas la seule explication puisque que le DIU n'est choisi que par 3% des femmes malgré qu'il soit le moins onéreux.

En prenant compte les aspects culturels de nos deux populations amérindiennes et Alukus nous nous demandons si cet outil contraceptif ne serait pas victime de croyances préconçues entrainant des appréhensions et des freins à l'utilisation de cette méthode.

Le fait d'inséré un corps étranger dans l'utérus « matrice » semble être difficile à intégrer dans les mœurs de cette population qui se veut être même encore aujourd'hui quelque peu traditionnaliste (6)(22)(18) (28).



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1er septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ¥ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm

Figure 15: Cout annuel total moyen, part remboursée et reste à charge pour les femmes ou assurance mutuelle des méthodes contraceptif (cas d'une prescription et d'un suivi par un médecin généraliste ou sage-femme)

3.2 Comparaison de l'efficacité des méthodes contraceptives

- **Efficacité de l'implant hormonal contraceptif (Implanon et Nexplanon)**

Dans cette étude aucune grossesse n'a été observée chez les 126 patients pendant l'utilisation de l'implant hormonal contraceptif.
Ce résultat est comparable aux nombreuses études plaçant l'implant contraceptif comme le moyen contraceptif le plus performant en terme d'efficacité.
Lors des études cliniques, aucune grossesse n'a été observé pour les 35 057 cycles d'exposition ; l'indice de Pearl étudié est de 0,00 (intervalle de confiance à 95 % : 0,00 – 0,14) (6)(7)(9)(29)
Ce taux élevé d'efficacité contraceptive est probablement obtenu car l'action contraceptive de l'implant contraceptif hormonal est indépendante de l'observance d'un traitement par la femme elle-même.

Cependant il est aussi démontré qu'une survenue de grossesses sous implant est possible lorsqu'il y a une erreur dans la technique de pose (principalement sous Implanon), ou bien lorsqu'il y a un non-respect des recommandations d'utilisation des produits notamment concernant l'utilisation des médicaments pouvant induire une interaction médicamenteuse. (7)(30).

- **Efficacité de la contraception orale**

La contraception oral est une méthode contraceptive efficace à 99,1%, mais cette efficacité est en effet compromise par le mésusage de cette méthode, réduisant fortement son efficacité à 92%. (3)(29)

Des essais cliniques montrent qu'en pratique courant 8% des femmes ont une grossesse au cours de la première année d'utilisation.(cf Annexe)(29).

- **Efficacité de la contraception mécanique**

De la même manière le préservatif est efficace en cas d'utilisation adéquate.

Son efficacité est de 97% en d'utilisation adéquate. Cependant en pratique courant 14% de grossesse sont observées durant la première année d'utilisation (29).

Nous avons étudié le nombre de grossesses survenues dans l'année suivant le retrait mais surtout aussi le nombre de grossesses non désirées.

Ainsi il y a eu 14,2% grossesses non désirées. D'après les données des études Inpes, aux Antilles Guyane 13% des femmes déclarent une grossesse non prévue dans les cinq dernières années. En Guyane le taux est le plus élevé avec un taux à 16,6%, ce qui est trois fois plus élevé qu'en métropole pour les tranche d'âge allant de 18 à 24 ans (28,9% vs 11,3%). En Guyane l'issue de ces grossesses non attendue est à 35,4% terminée par une interruption de grossesse, et à 47,9% par une naissance. Il y a 15,4% de fausse couche spontanée. Les facteurs associés à ces grossesses non prévues sont : le faible niveau d'étude, l'utilisation du préservatif comme seul moyen contraceptif et le refus de contraception (25)

Dans notre étude près de la moitié des grossesses non désirées surviennent dans l'année suivant le retrait de l'implant. Parmi celles-ci, 64% des grossesses non attendues apparaissent sous prescription d'une pilule contraceptive et 21% sous préservatif. Il y avait majoritairement des femmes Alukus désirant une contraception mécanique lors du retrait d'implant.

Les femmes Amérindiennes avaient dans notre étude un faible taux de grossesse non désirée dans l'année suivant le retrait (6,4%). Il semblerait donc qu'au sein de la population amérindienne la question de la contraception semble bien maîtrisée. Les femmes amérindiennes sont réputées pour maitriser leur fertilité par de nombreuses méthodes traditionnelles ancestrales (allaitement prolongé, abstinence sexuelle allant de 3 jours à 3 semaines après les menstruations) (18).

Dans la culture Wayana la conception serait le résultat du mélange entre le sperme issu de l'homme et le sang issu des menstrues de la femme qui en se mélangeant et s'épaississant forment un fœtus. De ce fait les femmes font plus attention lorsqu'elles ont leurs menstruations et elles pratiquent très souvent l'abstinence pendant les périodes correspondant finalement à la période d'ovulation. (18)

Chez les Alukus par contre la question de la contraception semble être non contrôlée. Il existe un trop grand nombre de grossesse non désirée. L'implant semblait être un moyen de contraception efficace. Néanmoins ses effets secondaires sont responsables d'un isolement au sein de leur communauté.

4. Les limites de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive comparative entre trois groupes ethniques suivis au même centre de planification le CTV-CSI. Cette étude présente un certain nombre de biais.
Il existe un biais de mesure car certaines données étaient manquante notamment le date de pose ou de retrait chez certaines, excluant ainsi 20 patientes
Il faut noter également que la taille notre échantillon est faible et la divisions en sous-groupes ethniques rend notre étude de faible puissance.

De plus, la proportion d'Alukus était faible par rapport à la population totale d'Alukus résident à Maripasoula. De ce fait notre échantillon n'est probablement pas représentatif de la population Aluku. Cependant cela peut s'expliquer par le fait que l'équipe médical du CTVCSI à dû changer au fils du temps ses pratiques médicales. En effet face à un grand nombre de retrait dues aux ménorragies, le nombre d'Alukus sous implant s'est réduit de manière significative au fil des années et certaines ont été retirés du registre.

Il s'agit d'une étude mono centrique car le CVDCSI n'est pas le seul posant des implants contraceptifs hormonaux. Certaines femmes bénéficient une pose d'implant au centre de santé de Maripasoula. Certains implant mis et suivies au CDPS sont parfois retiré au niveau du CDSVCI et vice versa.

Il faut également noter que certaines femmes bénéficient d'une pose d'implant dans le contexte post IVG ou post accouchement dans les centres hospitaliers de Saint Laurent du Maroni ou encore à Cayenne. De ce fait, il était difficile de retracer tous les implants posés à la population de Maripasoula. Cette étude se focalisait sur la pratique médicale du CTVS pour comprendre pour quelles raisons leurs pratiques médicales avaient changé au près de cette population Alukus et pourquoi l'implant était la contraception de choix pour les

femmes Wayanas.

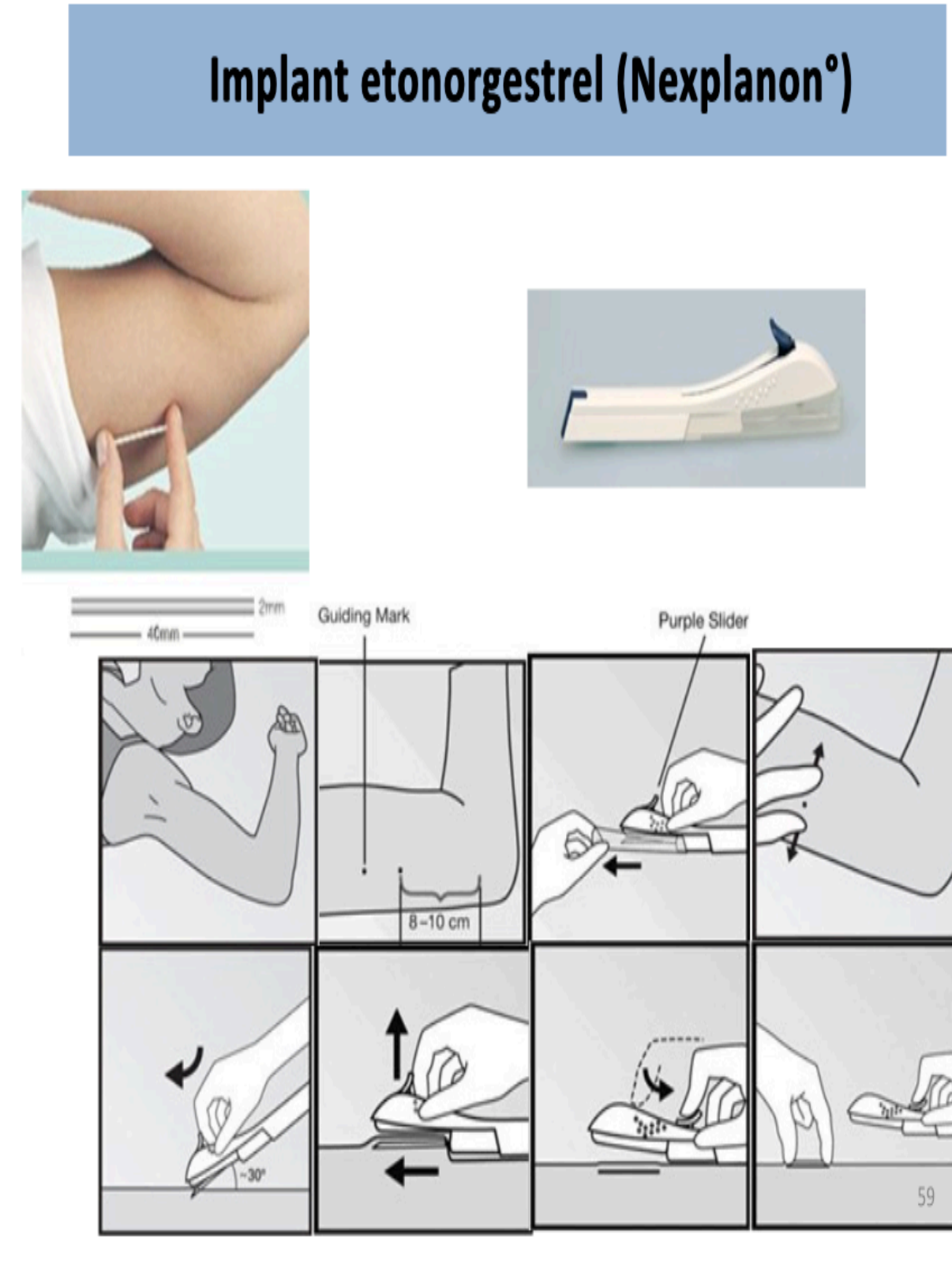
Les termes aménorrhée, saignement prolongé, saignement peu fréquent et saignement fréquent ont des définitions variables selon les patientes. Une part de subjectivité est donc à prendre en compte dans l'analyse saignements vaginaux. Aucun calendrier des saignements n'a été réalisé, afin d'avoir des résultats plus objectifs.

E. CONCLUSION

Le taux de natalité de la ville de Maripasoula bat des records nationaux.
Compte tenu du contexte socioéconomique et socioculturelle de cette commune, il semblait de plus en plus difficile pour l'équipe de soin du CDPV, d'assurer amplement son rôle de prévention, d'information et de sensibilisation auprès des femmes en matière de contraception.
Au CDPV, il est devenu pratique courante d'accueillir quotidiennement des jeunes filles mineures, déscolarisées sans activité professionnelle, venues pour le suivi médical de leurs enfants.
Il semble urgent de mettre en place une méthode contraceptive efficace adaptée au mieux aux aspects culturelles et aux modes de vie des populations Amérindiennes et Alukus.
C'est dans ce contexte qu'a été mis à disposition, il y a maintenant une dizaine d'année au près des femmes de Maripasoula, l'implant hormonal contraceptif.
A travers cette étude portée sur les causes de retraits anticipées et normaux de l'implant contraceptif, nous mettons en avant de nombreuses problématiques.
Celles ci ont déjà eu un impact, modifiant certaines des pratiques médicales au sein du CDPV.
Auprès des femmes Amérindiennes, l'implant semble être une méthode contraceptive de choix, car il s'intègre et respecte les pratiques culturelles. De fait, il est volontiers proposé à ces femmes qui semblent maitriser leur fertilité.
L'implant hormonal est reconnu comme étant le moyen contraceptif le plus efficace et surtout indépendant de toute observance. Néanmoins, on constate un rejet au sein de la population Aluku. En effet, certains de ses effets secondaires, pourtant connus de la littérature mais ici présents de manière spectaculaire, ont eu un effet néfaste sur la qualité de vie des patientes Alukus. En conséquence ces femmes, plus souvent mise à l'écart de leur communauté se sont résignées à abandonner ce moyen contraceptif.
Les femmes Alukus ne semblent pas trouver de méthode contraceptive n'altérant pas leur vie sociale et familiale. Un travail reste donc à fournir auprès de cette population. Ainsi, il est de notre rôle (Personnel et Agents de santé) d'envisager de nouvelles stratégies permettant d'avoir une couverture contraceptive à la hauteur de leurs attentes.
Une perspective d'avenir pour ces femmes Alukus serait, de proposer un nouveau mode de contraceptif. Le DIU semblerait être adapté car il est lui aussi indépendant de toutes observances et présente un très bon taux d'efficacité. Une campagne de sensibilisation,

d’éducation et d’information portant sur ce dispositif associé à une étude de suivie prospective pourrait lever les freins culturels liés à ce mode de contraception.

ANNEXE 1 : Technique d'insertion de l'implant Nexplanon®



ANNEXE 2 : Efficacité des différentes méthodes de contraception selon OMS

Efficacité pratique de différentes méthodes de contraception selon l'OMS

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative[14]	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Tableau extrait du rapport de l'IGAS de 2010 *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, construit à partir des données de l'OMS

ANNEXE 3 : Tableau comparatif du coût des différentes méthodes contraceptives en 2013

Méthode	Prix unitaire	Prix annuel	Remboursement	Délivrance
Pilule Oe-Pg	5 à 36 €/3 mois	20 à 144 €/an	Variable (*)	Sur ordonnance
Anneau et patch	15 €/mois	180 €/an	Non	Sur ordonnance
Pilule progestative Microval®	1,90 € /mois	22,80 €/an	Oui à 65 %	Sur ordonnance
Pilule progestative Cérazette®	11,49 €/mois	137,88 €/an	Non	Sur ordonnance
Implant Nexplanon®	106,44 €/3 ans	35,60 €/an	Oui à 65 %	Sur ordonnance
DIU cuivre	27 €/5 ans	5,40 €/an	Oui à 65 %	Sur ordonnance
DIU au lévonorgestrel	125 €/5 ans	25 €/an	Oui à 65 %	Sur ordonnance
Depo-Provera® (Injection)	3,44 €/3 mois	13,76 €/an	Oui à 65 %	Sur ordonnance
Préservatifs	0,2 à 3 €	Non applicable	Non	Libre
Spermicides	7 à 13 €	Non applicable	Non	Libre
Cape et diaphragme	26 à 65 €	Non applicable	Non	Sur ordonnance
Norlevo®	7,41 €	Non applicable	Oui à 65 % (si ordonnance)	Libre
Ella One®	23,59 €	Non applicable	Oui à 65 %	Sur ordonnance

(*) : Pilules remboursées à 65 % par la Sécurité Sociale : Adépal®, Amarance®, Daily®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Ludéal®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Stédiril®, Triella®, Trinordiol®, Zikiale®.

BIBLIOGRAPHIE

1. France E. La loi Neuwirth quarante ans après: une révolution inachevée [Enligne] http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/publi_pdf1_439.pdf. 21 septembre 2017

2. Inpes. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie [Enligne] http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf.10 octobre 2017

3. Bajos.N et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? sept 2012;(492).

4. A Régnier-Loilier. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et sociétés A. 2007;(n° 439):1‑4 [4 pages].

5. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Population Sociétés. Âge. 2015;29(30):31.

6. HAS. NEXPLANON. sept 2015;

7. ANSM. Résumé caractéristique du produit NEXPLANON [En ligne] http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0233315.htm. 12 octobre 2017

8. HAS. Commission de transparence Implanon 68mg 2005 [En ligne]https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031887.pdf 5mai 2017

9. HAS. Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b).2011 [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf. 4 septembre 2017

10. HAS. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Fiche mémo. Juillet 2013;7.

11. Madelenat P, Koskas M. état de connaissance et mise au point sur la contraception progestative Update on the progestin-only contraception. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Masson. 2008;

12. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. New England Journal of Medicine. 2002;346(26):2025–2032.

13. INSEE. Dossier complet commune de Maripasoula (97353) évolution et structure de la population en 2014 [En ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-973539 , 10 mai 2017

14. INSEE. Recensement de la population en Guyane - 252 338 habitants au 1er janvier 2014. 2017.

15. Population légale 2010 Guyane. 2013 janv. Report No.: 93.

16. Sergent F, Clamageran C, Bastard A-M, Verspyck E, Marpeau L. Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®). Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2004;33(5):407–415.

17. N'Diaye. Etude épidémiologique et clinique des implans type Norplant à la clinique de l'AMPPF. Université de Bamako; 2008.

18. Mer Laurianne. Approche de la maternité chez les femmes amérindiennes. 2004.

19. Affandi B. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of Implanon®. Contraception. 1998;58(6):99S–107S.

20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Hémorragie génitale chez la femme. 2011.

21. Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R, Bennink HC, van Beek A. A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon®. Human Reproduction. 1999;14(4):976–981.

22. Vernon.D. Les représentations du corps chez lesnoirs marrons du suriname et de la Guyane françaises. ORSTOM; 1992.

23. Bruderer-Weng,C. Portage et maternage chez les Amérindiens wayanas de Guyane. ERES. 2008. 148 p.

24. Mäkäräinen L, van Beek A, Tuomivaara L, Asplund B, Bennink HC. Ovarian Function During the Use of a Single Contraceptive Implant: Implanon Compared with Norplant 1. Fertility and sterility. 1998;69(4):714–721.

25. Halfen S,Lydié N. Les habitants des Antilles et de le Guyane fauce au VHI/SIDA et à d'autres risques sexuels. INPES [En ligne] http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf 10 Août 2017

26. Jolivet M-J, Vernon D. Droits, polygamie et rapports de genre en Guyane. Cahiers d'études africaines. 15 déc 2007;47(187‑188):733‑52.

27. Mallé M-P. Les maisons des Noirs marrons de Guyane. 1 déc 2004 In Situ [En ligne] http://insitu.revues.org/2373, 20 Mai 2017

28. INSEE. Dossier complet de Insee France 2014 [En ligne].https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1 - chiffre-cle-31 , 31Mars 2017

29. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles 2013 [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf, 9 septembre 2017]

30. Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A-P, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. déc 2005;33(12):986‑90.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Mme TALL Penda

Titre : Etude rétrospective sur les causes de retrait de l'implant contraceptif chez les femmes Alukus, Wayanas et Tekos suivies au CDPV de Maripasoula.

Thèse de médecine spécialisée : Médecine Générale Année : 2017

Mots clés :

Résumé :

Introduction : L'implant hormonal sous cutané est le moyen contraceptif le plus efficace avec une durée d'action de 3 ans. Il semblait indispensable de le proposer aux femmes de Maripasoula où le taux de natalité bat des records nationaux. L'objectif principal de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs associés à l'arrêt de l'utilisation de l'implant chez les patientes Wayanas, Tekos et Alukus suivies régulièrement au CDPV de Maripasoula. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité des méthodes contraceptives actuellement disponibles auprès de ces femmes et d'en étudier leurs impacts culturels.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patientes d'origines Alukus, Tekos et Wayanas suivies régulièrement par l'équipe médical du CDPV de Maripasoula durant une période comprise entre le 1er janvier 2007 au 1er janvier 2015.126 patientes ont été inclu dans cette étude. *Résultats :*

Une association significative de retraits anticipés a été observée en cas de ménorragies : 53% des retrait anticipés (p<0,001vs 10% des retraits normaux)chez les patientes utilisatrices de l'implant. Nous observons une différence notable de survenue de ces ménorragies au sein de la population Alukus. Cela est responsable d'un abandon anticipé de cette méthode contraceptive par ces femmes (70% des femmes Alukus vs 12% de femmes Wayanas et 4% des femmes Tekos). Nous constatons également que 72% des femmes Amérindiennes présentaient des aménorrhées.

Discussion : La survenue de ces effets secondaires sont responsables d'impacts socio-culturels totalement différents selon l'appartenance ethnique. Ainsi pour les femmes Amérindiennes l'implant semble être un contraceptif de choix alliant efficacité et avantages secondaires. Ces derniers ont un impact positif au sein de leur vie marital et sociétal. Ce phénomène est inconnu des femmes Alukus qui sont ainsi le plus souvent mises à l'écart de leur communauté. L'arrêt de ce moyen de contraception a des conséquences à plus grande échelle. Il participe de manière indirect à la survenue d'un nombre de grossesses non désirées. En effet chez les femmes Alukus 47,8% de grossesses survenues dans les 12 mois après le retrait de l'implant contraceptif n'étaient pas attendues.

Conclusion : Il semble urgent de pouvoir mettre en place une méthode contraceptive efficace adaptée au mieux aux aspects culturels et aux modes de vie des populations Amérindiennes et Alukus.

JURY :

Président du jury Mr le Professeur Pierre COUPPIE

Juges : Mr le Professeur Maryvonne DUEYMES-BODENES

Juges : Mr le Professeur Mathieu NACHER

Directeur de thèse : Mr Rémi PIGOUX