



HAL
open science

De la pose au retrait : parcours de patientes ayant retiré prématurément leur implant contraceptif Nexplanon®

Apolline Gindre

► To cite this version:

Apolline Gindre. De la pose au retrait : parcours de patientes ayant retiré prématurément leur implant contraceptif Nexplanon®. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03613802

HAL Id: dumas-03613802

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03613802v1>

Submitted on 18 Mar 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

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

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : **16 septembre 2021**

Par

Apolline GINDRE

Née le 20 mai 1997

**De la pose au retrait: parcours de patientes
ayant retiré prématurément leur implant
contraceptif Nexplanon®**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Julie Gaillard

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Mme Christelle Verot

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme Sylvie Duquenois

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme Marina Salomé

Sage-femme orthogéniste

Mémoire N° : 2021PA05MA14

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier les patientes qui ont accepté de participer à mon étude, merci pour votre temps et votre disponibilité.

Je remercie tout particulièrement Madame Gaillard, directrice de ce mémoire pour ses relectures, ses conseils et son aide, sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible. Vous m'avez communiqué une grande envie d'écrire ce mémoire et votre soutien m'a été très précieux.

Merci au jury qui a accepté de lire mon travail et d'être présent le jour de la soutenance, ainsi qu'à tous ceux qui prendront le temps de lire ce mémoire.

A Madame Guillaume pour votre bienveillance et votre intérêt tout au long de ces années d'école.

A mon père et ma mère pour leur amour, leurs conseils adaptés, leur implication et leurs encouragements quotidiens pour aller au bout ces études de sage-femme. Vous m'avez vraiment portée pour arriver là aujourd'hui.

A Mimouche pour son soutien sans faille et sa bienveillance. Merci pour ton humour et ton amour.

A Bonne-Maman à qui je dédie ce travail.

A Théophile, Bertille et Philomène, des frères et sœurs si présents et bienveillants. Merci pour votre joie et votre présence si précieuses.

A Laurène, mon binôme et ma sœur. Merci pour ces années de colocation, pour ton aide, ton écoute, et toute ta bienveillance.

Au Crew pour être devenus des amis si proches : Capucine ma binôme de l'Event, Manon ma jumelle de photothérapie, Marine meilleure danseuse, Emma *photoshoteuse* au ski, Jeanne mon binôme de révisions, Loréa pour ta chorégraphie en tenue blanche. Merci de m'avoir aidée à aller jusqu'au bout de ces études. Vous les avez rendues plus joyeuses et mémorables.

Aux DLM pour votre joie de vivre et votre amitié : Chaïma, Basma, Sam, Pauline, et Camille.

A Barbara, Agathe, Camille, Adèle et Zoé. Merci pour ces verres à Châtelet et ces discussions de sage-femme et d'apprentie sage-femme.

GINDRE Apolline

Je vous souhaite une belle lecture, qu'elle soit enrichissante et agréable !

Résumé

L'implant contraceptif est un moyen de contraception peu utilisé en France dont le taux de retrait prématuré est d'environ 50%. Les effets indésirables sont la première cause du retrait prématuré de l'implant.

Cette étude a pour objectif principal de rechercher des points communs dans l'histoire des patientes qui retirent leur implant prématurément. Les objectifs secondaires sont d'identifier les informations que détiennent les patientes lors du retrait de l'implant et comprendre le cheminement qui mène à la pose puis au retrait. Rechercher un « profil-type » des patientes qui demandent un retrait prématuré permettrait d'informer au mieux celles qui se renseignent sur ce moyen de contraception et de faire diminuer le taux d'insatisfaction et de retrait précoce.

Une étude qualitative menée auprès de treize patientes ayant retiré leur implant avant la fin des trois ans, pour toute autre raison qu'un désir de grossesse, a été réalisée. Les entretiens d'environ 30 minutes ont apporté un éclairage sur les points communs et les particularités du vécu et du ressenti des patientes.

Les résultats mettent en évidence des points communs dans le cheminement les amenant à choisir l'implant comme moyen de contraception. Certaines caractéristiques comme la sérénité et la tranquillité d'esprit sont recherchées systématiquement par les patientes, d'autres caractéristiques sont plus spécifiques comme la recherche de discrétion et/ou d'une aménorrhée. Le processus de choix est modulé par l'entourage, le professionnel de santé et les recherches personnelles. La plupart des patientes que nous avons interrogées disent ne pas avoir reçu une information suffisante même si toutes ne se considéraient pas en manque d'information. Enfin, les résultats montrent que les patientes demandent un retrait prématuré de leur implant à cause de l'altération de leur qualité de vie par les effets secondaires. Le processus peut être plus ou moins long pour comprendre la cause de ces effets mais deux sentiments sont principalement exprimés lors du retrait : la libération d'un poids et la déception due à l'échec d'un moyen de contraception.

Ainsi, l'histoire des patientes qui demandent un retrait prématuré présente des points communs et des particularités. Dans tous les cas, l'information adaptée et le suivi par le professionnel de santé sont essentiels pour améliorer le vécu et cibler au mieux les besoins des patientes.

Mots clés : implant, retrait, professionnel de santé, information, cheminement, qualité de vie, effets secondaires, suivi.

Abstract

The contraceptive implant is not widely used in France as a contraceptive method. The early removal rate is approximately 50% before the end of the three years expected. Side effects are the main reason for early removal.

The main objective of this study is to look for common characteristics concerning the history of patients experiencing early removal. Secondary objectives are to identify the information possessed by the patient at the time of the removal, and understand the process that leads to implant setting and removal. Building a « typical profile » of women wanting early removal would help health professionals to deliver a better information about this contraceptive method, and could decrease the dissatisfaction and removal rate.

A qualitative study led with thirteen patients who had asked for an early removal in the last six months was conducted. An average of thirty minutes interviews have brought up a highlight of common characteristics and particularities of the implant feeling experience.

Results show common characteristics in the decision process for implant setting like the search for serenity and peace of mind. Other characteristics are more specific like the search for discretion and/or amenorrhea. The decision process is influenced by relatives, health professionals and personal researches. Most of patients interviewed assumed that the given information wasn't sufficient although they didn't consider themselves in demand. Besides, results show that patients request an early removal because of an alteration of the quality of life. For them, the process can take more or less time to understand the link between side-effects and their implant, but in all cases two feelings are mainly expressed : liberation from a burden and disappointment due to failure of a contraceptive method.

To conclude about the experience of an implant early removal, some characteristics are common and others are more specific. Either way, adequate information and health professional monitoring are essential in order to improve the personal experience and to better target the patients specific needs.

Key words : implant, removal, health professional, information, decision process, quality of life, side effects, medical monitoring.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé.....	4
Abstract	5
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des annexes.....	10
Introduction	11
Matériels et Méthodes.....	20
I. Problématique, objectifs et hypothèses	20
II. Méthode utilisée	21
Première partie : Les patientes retirant leur implant prématurément ne sont pas en possession d'une information complète sur l'implant
I.1. Trop d'information tue l'information ?.....	26
I.2. A quel moment donner ces informations ?	35
I.3. Des discours contradictoires.....	39
Deuxième partie : De la première approche à la pose : un cheminement commun ..45	45
II.1. La recherche des mêmes caractéristiques.....	45
II.2. La place de l'entourage	55
II.3. La place du professionnel de santé	58
Troisième partie : Retirer son implant pour améliorer sa qualité de vie..... 66	66
III.1. Le retentissement de l'implant sur la qualité de vie	66
III.2. Le sentiment au moment du retrait de l'implant	74
Forces et limites	79

Conclusion.....	80
Bibliographie	82
Annexes.....	88

Liste des tableaux

Tableau 1 : tableau de la population recrutée	24
---	----

Liste des figures

Figure 1 : Mode de recrutement des patientes interrogées.....	23
Figure 2 : Graphique représentant les effets indésirables prévenus	27
Figure 3 : Histogramme comparant les effets indésirables prévenus et vécus.....	27
Figure 4 : Histogramme représentant les proportions de patientes souhaitant obtenir plus d'informations sur le fonctionnement en fonction de l'information reçue.....	29
Figure 5 : Histogramme représentant les réponses des patientes lors de la question : Si l'on vous avait bien expliqué les effets secondaires, est-ce que cela aurait modifié le moment du retrait de votre implant ?	30
Figure 6 : Carte conceptuelle représentant les liens entre les effets de l'implant et la nature de la patiente lambda.....	33
Figure 7 : Histogramme représentant les accès à l'information selon les patientes interrogées ...	39
Figure 8 : Nuage de mots des raisons du choix de l'implant.....	46
Figure 9 : Histogramme représentant les caractéristiques recherchées en fonction du rang de l'implant	47
Figure 10 : Histogramme représentant les caractéristiques recherchées en fonction du fait de se considérer en couple	48
Figure 11 : Histogramme représentant les caractéristiques recherchées en fonction de l'âge	49
Figure 12 : Graphique représentant l'utilisation des moyens de contraception en France	51
Figure 13 : Tableau comparatif des efficacités des principales méthodes contraceptives.....	51
Figure 14 : Graphiques représentant les sources d'information des patientes interrogées.....	55
Figure 15 : Graphiques représentant les sources d'information des patientes interrogées.....	59
Figure 16 : Nuage de mots représentant l'avis des patientes sur le suivi personnalisé	60
Figure 17 : Graphique radar représentant les caractéristiques du « bon » soignant	61
Figure 18 : Modèle de Szasz et Hollender.....	63
Figure 19 : Graphique représentant l'impact des modifications des règles sur la qualité de vie.	67
Figure 20 : Graphique représentant l'impact de la prise de poids sur la qualité de vie	68
Figure 21 :Graphique représentant l'impact des modifications de l'humeur sur la qualité de vie	69
Figure 22 : Graphique représentant l'impact de l'aménorrhée sur la qualité de vie	70
Figure 23 : Graphique représentant les patientes « bien informées » et « mal informées » en fonction du processus long ou rapide.....	74

Figure 24 : Graphiques représentant le sentiment de libération ou de déception en fonction de la longueur du processus et de l'information préalable..... 76

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche d'inscription attestant de la conformité au RGPD

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 3 : Fiche de recrutement patientes

Annexe 4 : Lettre d'information

Annexe 5 : Tableau récapitulatif de la population d'étude

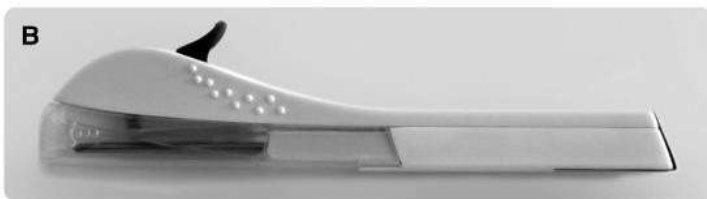
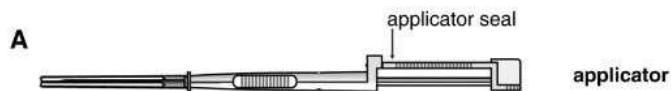
Introduction

En France, la loi Neuwirth ou "loi relative à la régulation des naissances" autorise en 1967 la pratique contraceptive (1). Il faudra attendre 1983 en Finlande pour voir apparaître le premier implant contraceptif au lévonorgestrel appelé Norplant® et comportant 6 bâtonnets hormonaux. D'autres implants contraceptifs au lévonorgestrel ont suivi comme Norplant 2®, Jadelle® ou Sino- Implant®. Le lévonorgestrel a été remplacé par de l'étonogestrel avec l'Implanon® en 1999 puis le Nexplanon® en 2011 (2).

L'implant contraceptif Nexplanon® est composé d'un seul bâtonnet en plastique souple et flexible de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (3). Il est inséré juste sous la peau de la face interne du bras et est efficace pendant 3 ans à l'exception des patientes ayant un IMC supérieur à 30 kg/m² pour lesquelles l'efficacité de l'implant est réduite à 2 ans (4). Nexplanon® contient 68 mg d'étonogestrel, un progestatif ayant pour effet un épaissement de la glaire cervicale la rendant inapte au passage des spermatozoïdes, des modifications de l'endomètre le rendant impropre à la nidation et une réduction de la motilité tubaire (5). On peut aussi noter une inhibition de l'ovulation non-systématique grâce un rétrocontrôle négatif sur l'hypophyse entraînant un blocage des FSH/LH ce qui empêche le pic hormonal déclenchant l'ovulation. Cependant, des ovulations dites d'échappement peuvent arriver dans 20 à 40% des cas, on peut donc parler d'effet mixte : contraceptif et contragestif. Le bâtonnet libère approximativement 60-70 µg/j sur les 5-6 premières semaines. Ce taux diminue et atteint une libération moyenne de 35-45 µg/j à la fin de la première année, 30-40 µg/j à la fin de la deuxième année et 25-30 µg/j à la fin de la troisième année (6).

Depuis 2011, l'implant Nexplanon® a remplacé l'implant Implanon®. Bien que le progestatif utilisé soit le même, le système de pose a été modifié facilitant la pose superficielle de l'implant et le rendant radio-opaque grâce au sulfate de baryum, permettant sa localisation à l'imagerie (7).

Nexplanon® présente aussi une technique de pose facilitée par un dispositif permettant la pose à une main (7).



Comparaison entre le dispositif de pose d'Implanon® (A) et de Nexplanon® (B)

A, Implanon applicator and B, Nexplanon applicator.
 Implanon and Nexplanon; Merck & Co., Whitehouse Station, NJ.
 Mommers. Nexplanon and next-generation applicator. *Am J Obstet Gynecol* 2012.

La pose de l'implant se fait dans le bras non dominant. La patiente est allongée sur le dos, l'avant-bras formant un angle de 90° avec le bras, l'intérieur du poignet tourné vers le haut (6).

Après repérage (figure 1), il est intéressant de faire deux marquages sur la peau. Un premier au site d'insertion : 3 travers de doigts de l'épitrachée et 1-2 cm en-dessous de la gouttière. Un second quelques centimètres plus loin pour le guidage lors de la pose de l'implant.

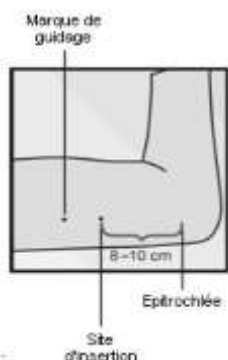


Figure 1



Figure 2



Figure 3

L'asepsie de la zone est à respecter. Il convient ensuite de réaliser une anesthésie efficace par une injection de 2 mL de Lidocaïne 1% sur le trajet prévu de la pose ou un patch anesthésiant local. Une fois la vérification de la présence de l'implant dans le dispositif de pose, l'aiguille est insérée au site prévu à 30° en tendant la peau avec la main du praticien restée libre (figure 2). Il faut ensuite ramener le dispositif en position horizontale et insérer l'aiguille sur toute sa longueur jusqu'à la marque de guidage. Il est conseillé de soulever la peau lors de la pose pour permettre une insertion superficielle de l'implant (figure 3). Enfin, pour libérer l'implant et rétracter l'aiguille dans le GINDRE Apolline

dispositif, il est nécessaire de pousser la manette coulissante vers le bas jusqu'à la butée. Pour finir, il est primordial de vérifier la présence de l'implant dans le bras par une palpation (6).

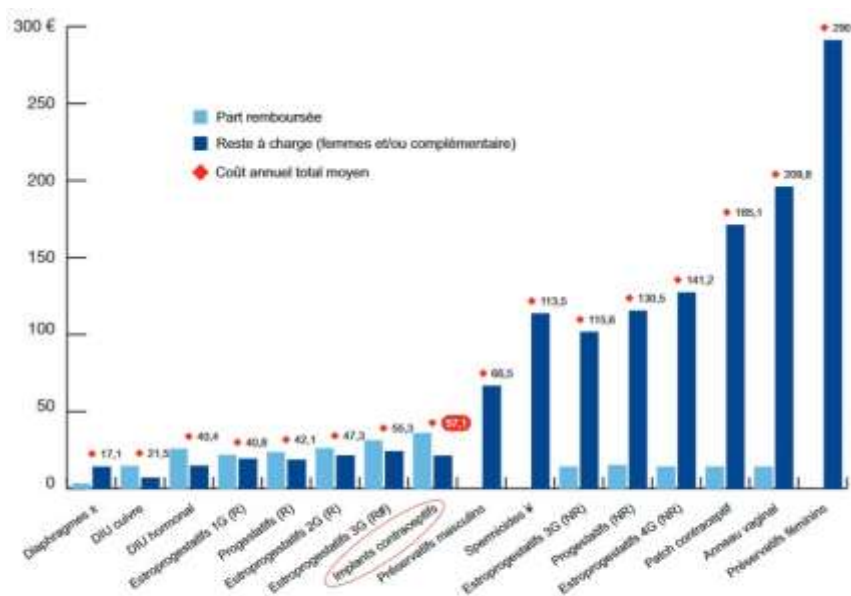
Nexplanon® doit être posé entre le 1er et le 3ème jour du cycle si la patiente n'a pas de contraception précédente. En revanche chez une femme sous contraception oestroprogestative, il convient d'attendre au plus tard lendemain de la semaine habituelle sans comprimé, anneau ou patch, c'est-à-dire au moment où la prochaine prise, insertion ou application aurait dû avoir lieu. Si l'implant est posé au moment prévu du cycle, il est efficace et une contraception complémentaire n'est pas nécessaire. S'il est inséré à un autre moment du cycle, la patiente devra utiliser une technique de contraception non hormonale durant les 7 jours suivant la pose **(4) (6)**. La suite du suivi s'effectuera par une consultation 3 à 6 mois après la pose puis par une surveillance annuelle **(4) (8)**.

L'implant est donc efficace dès la pose ou 7 jours après et pour 3 ans maximum. Il a une efficacité théorique et pratique de 99,9%. Par comparaison, le DIU au cuivre a une efficacité pratique de 99,2% et théorique de 99,4% et la pilule a, quant à elle, une efficacité théorique de 99,7% et pratique de 91% **(9)**. L'implant fait donc partie des contraceptions les plus efficaces en théorie et en pratique.

Son utilisation ne nécessite pas de prise quotidienne ou hebdomadaire ce qui facilite l'observance. Une fois posé, l'implant est discret : il se sent à la palpation mais ne se voit pas

Le prix du Nexplanon® est d'environ 100 € mais celui-ci est remboursable à 65 % par la sécurité sociale. L'état des lieux des pratiques contraceptives de la HAS en 2013 **(10)** estime que, lissé sur la durée d'utilisation, le coût moyen annuel de l'implant le place en 8e position la moins chère après les diaphragmes, les DIU et les pilules progestatives et oestroprogestatives remboursées.

Il s'agit donc d'une contraception adaptée aux femmes ayant accès à la sécurité sociale.



Coût annuel total moyen des méthodes contraceptives : part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire.
Source : Etat des lieux des pratiques contraceptives de la HAS de 2013 (11)

* : basé 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 1^{er} septembre 2013. : : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association Y ; uniquement forme ovale. RR : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Cellpham

Les contre-indications à l'implant sont rares. Etant donné qu'il ne contient pas d'oestrogènes, les seules contre-indications sont une allergie/hypersensibilité à l'étonogestrel, un accident thromboembolique en évolution, certains cancers du sein ou de l'utérus, un saignement génital inexplicable ou une maladie grave du foie. En somme, il s'agit des contre-indications communes à la progestérone (4). Il n'est pas recommandé de prescrire Nexplanon® aux patientes dont le poids est supérieur à 90 kg, aux patientes souffrant d'acné et à celles ne supportant pas une aménorrhée (11).

Les sages-femmes sont habilitées à poser ce dispositif depuis 2011. L'article L.4151-4 du Code de la Santé Publique les y autorise :

« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » (12).

L'implant se présente donc comme une contraception discrète, très efficace, économique, sans besoin d'y penser régulièrement et avec très peu de contre-indications. En théorie, cette contraception convient donc à un panel très large de femmes : accouchées en post-partum ou allaitantes, femmes en période post-abortum, femmes rencontrant des difficultés d'observance, GINDRE Apolline

femmes ayant des contre-indications ou une intolérance aux oestrogènes ou encore jeunes femmes souhaitant une contraception sans l'accord d'un parent.

Pourtant en 2008, les mises à jour en gynécologie médicale du CNGOF ont montré que seulement 140 000 implants contraceptifs ont été posés. Ce chiffre est à comparer avec les 641 343 DIU posés, les 870 171 anneaux vaginaux et 406 682 patchs transdermiques vendus et les 61 millions de plaquettes œstroprogestatives délivrées **(13)**.

Par ailleurs selon les résultats de l'INPES lors du Baromètre de la Santé 2016, l'implant est utilisé par 4,3% des femmes concernées par la contraception. Ce pourcentage s'élève à 9,6% chez les 20- 24 ans **(14)**.

Enfin, l'état des lieux des pratiques contraceptives de la HAS de 2013 **(10)** nous informe que l'implant est une contraception peu utilisée en France mais aussi dans l'Union Européenne avec une utilisation plus fréquente dans les pays Scandinaves que dans les autres pays.

En 2013, l'analyse de 218 questionnaires de jeunes de 15-24 ans concernant les alternatives à la pilule en France **(15)** montre que la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé chez les jeunes femmes. Effectivement, 51,4 % de la population interrogée utilise conjointement la pilule et le préservatif et 27,1 % n'utilise que la pilule. En outre, 30% de la population considère l'implant comme une contraception de seconde chance principalement pour des femmes oubliant fréquemment leur pilule.

Le taux de continuation de l'implant est déterminé par plusieurs études. Une thèse de médecine soutenue à Paris en 2014 montre un taux de continuation de 70% à 1 an, 59% à 2 ans et 55,5% à 2 ans et demi **(11)**. Une autre thèse de médecine soutenue en 2016 à Rennes montre un taux de continuation de l'implant de 89% à 1 an **(16)**.

En outre, nous trouvons des taux de continuation de l'implant dans la littérature internationale. Nous pouvons citer une étude de 2016 réalisée à Nashville montrant un taux de continuation de 83,2 % à 1 an **(17)**. Aussi, une étude réalisée de 2006 à 2009 aux Pays-Bas par Teunissen et Al.

(18) a retrouvé 72% de continuation à 1 an. Une étude de 2006 sur le taux de continuation de l'Implanon

® au Royaume Uni a montré un taux de 75% à 1 an **(19)**. Une étude de 2009 en Australie met en évidence un taux de continuation de 74% à 1 an et 50% à 2 ans **(20)**. Enfin, une étude comparative datant de 2014 de et réalisée par Weisberg et Al. en Australie évoque un taux de continuation de 53% à 3 ans **(21)**. Nous pouvons en déduire que le taux de maintien à un an est plus faible en France que dans les autres pays.

Il est enrichissant de comparer ces taux de continuation avec ceux des autres méthodes contraceptives. Citons une étude de 2009 sur la fréquence d'arrêt de l'utilisation des méthodes contraceptives chez 2 863 femmes de 18 à 44 ans **(22)**. Nous pouvons constater que 30% des patientes ont arrêté leur pilule à 1 an, 49% à 2 ans et presque 60% à 3 ans. Ainsi, le taux de continuation de la pilule paraît similaire au taux de continuation de l'implant à 1 an, mais est moins élevé à 2 ans et 3 ans.

Bien que le taux de maintien de l'implant soit comparable à celui de la pilule à 1 an, cette méthode reste peu utilisée jusqu'aux 3 ans d'efficacité prévue. En effet, presque la moitié des patientes avaient retiré leur implant avant la fin de ces 3 ans. Il est possible que cela soit dû à un désir de grossesse. Mais il est également possible que cela soit dû aux effets indésirables vécus par les patientes sous implant.

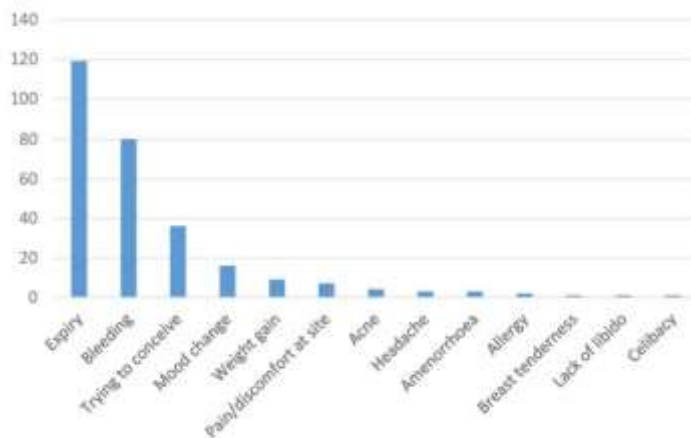
Les effets secondaires de l'implant ont été répertoriés dans de nombreuses études. L'OMS en 2017 a publié des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives **(23)**. Les effets indésirables possibles y sont précisés : aménorrhée, ménométrorragies et saignements importants ou prolongés.

Une étude réalisée de 2002 à 2012 en France et publiée dans la Revue Sage-femme 2016 **(24)** a étudié les profils d'effets indésirables de l'implant Implanon® ou Nexplanon®. Ont été retrouvés par ordre de fréquence des affections gynécologiques (incidence de 1,15 pour 1000 patientes), des réactions locales/allergiques hors infection, des troubles du métabolisme (prise ou perte de poids), des complications au site de l'implant dont les infections, des complications du système nerveux, gastro-intestinales, cardio-vasculaires et psychiatriques. Dans cette étude, l'incidence des grossesses avec Implanon® a été estimée à 0,69 pour 1 000 patientes. Par comparaison, ce chiffre était estimé à 0,14 pour 1 000 patientes avec Nexplanon®. En outre, l'incidence des effets indésirables graves hors grossesse (thromboses veineuses, lésions nerveuses, infections) était estimé à 0,32 pour 1 000 patientes avec Implanon® et à 0,09 pour 1 000 patientes avec Nexplanon®. Cette différence peut être expliquée par la diminution des problèmes de migration

ou de pose de l'implant grâce au nouveau dispositif de pose de Nexplanon®. En effet, leur incidence est passée de 1,31 à 0,92 pour 1 000 patientes depuis la mise sur le marché de Nexplanon®.

Un article de 2003 sur l'acceptabilité de l'Implanon® en France (25) a montré qu'une femme sur deux avait des effets secondaires. 83% des femmes avaient une aménorrhée/métrorragie et 37% une prise de poids. On retrouvait aussi des céphalées, de l'acné, des mastodynies, une instabilité émotionnelle et une baisse de la libido.

Nous pouvons enfin citer une étude de 2013 menée au Royaume-Uni qui a listé les raisons de retrait de l'implant Nexplanon® et leur fréquence (26). Les causes de retrait sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :



Raisons du retrait de l'implant contraceptif Nexplanon® au Royaume-Uni sur 282 patientes en 2013

Les fréquents effets indésirables pourraient donc expliquer le faible taux d'utilisation de l'implant et le nombre élevé de retrait. Un autre argument pourrait être les freins relatifs à l'accès à cette méthode de contraception puisqu'une consultation et un acte sont nécessaires. L'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée de l'HAS en 2013 (10) a identifié des freins généraux à l'accès à la contraception et certains spécifiques à l'accès à l'implant.

Parmi les freins généraux, nous retrouvons l'appréhension de l'examen gynécologique et des questions intimes, les contraintes économiques, les difficultés d'accès géographiques, les idées reçues sur la fertilité des femmes après 40 ans et la fertilité des mineures.

Parmi les freins spécifiques à l'implant, nous identifions les idées reçues sur les effets indésirables, la présence d'un corps étranger vécu comme intrusif, le rejet de la médicalisation du corps, la sous-estimation de la durée d'efficacité de l'implant, la nécessité d'avoir recours à deux consultations ainsi qu'à l'achat en pharmacie de l'implant et les contraintes financières.

L'HAS précise que le recours à la contraception nécessite d'avoir reçu des informations suffisantes sur la sexualité et la contraception. Or, nous savons qu'il existe de fortes inégalités dans l'accès à ces informations sur notre territoire. Ainsi les jeunes vivant en zone rurale, ceux non-scolarisés et ceux en situation socio-économique précaire ont moins facilement accès aux informations concernant la contraception et les moyens d'y accéder. Ce constat est problématique car nous apprenons dans la littérature que la qualité de l'information reçue à la pose de l'implant est associée à un meilleur taux de continuation. En effet, une revue de la Cochrane de 2006 (27) affirme que les femmes recevant une information complète sur l'implant sont moins susceptibles de le retirer pour des raisons de troubles du cycle menstruel.

La méta-analyse du CNGOF de 2018 concernant la consultation de contraception nous fait part de l'efficacité du *counseling* personnalisé. Celui-ci permettrait une augmentation de l'utilisation contraceptive à 2 ans. En outre, l'article prouve que la qualité de la communication est associée à une meilleure continuation de la contraception. Il confirme qu'une attitude respectueuse, bienveillante, attentive aux besoins, inquiétudes et spécificités de la patiente et facilitant son expression, notamment au début de la consultation, accroît la persistance de la méthode de contraception choisie. Enfin, il est intéressant de faire ressortir que les outils complémentaires éducatifs comme des fiches d'information permettent une amélioration de la persistance contraceptive.

Par ailleurs, les résultats de la thèse de médecine de Marine Lefebvre soutenue en 2014 (11) précisent que les patientes s'estimant satisfaites de l'information reçue à la pose de l'implant ont plus tendance à tolérer les effets secondaires possibles et à poursuivre cette méthode de contraception car elles évitent de « nourrir des espoirs irréalistes ». D'autres études montrent l'association entre information suffisante et continuité de l'implant, comme celle de Weisberg et Al. en 2013 (21).

Cette même thèse (11) a aussi fait ressortir que les femmes ayant choisi l'implant pour cause de contre-indication ou intolérance aux autres méthodes de contraception, sont plus enclines à conserver leur implant, bien que le résultat soit statistiquement non-significatif dans son étude.

Cette étude nous apprend par ailleurs que le jeune âge est associé à un retrait prématuré de

l'implant. Le même résultat est retrouvé dans une thèse de médecine soutenue par Anne-laure Deprez en 2017 à Tours sur les raisons et facteurs associés aux demandes de retrait de l'implant (28). Ce travail montre une différence significative entre l'âge des patientes demandant un retrait et un renouvellement ; respectivement 26 ans et 30 ans.

Une autre différence significative est retrouvée dans cette étude pour la pose de l'implant en post-partum. En effet, la patientes ayant fait poser leur implant en post-partum étaient plus enclines à le retirer précocement. Ce résultat était lié dans l'étude au manque d'informations rapporté par les patientes. Cela peut s'expliquer par le fait que les patientes reçoivent beaucoup d'informations en post-partum et que celles concernant leur contraception ne soient pas les prioritaires. Nous pouvons aussi citer le manque de temps des sages-femmes en suites de couches, ne permettant pas toujours une information optimale sur cette méthode de contraception.

Bien que le lien ne soit pas significatif, ce travail suggère également que le fait de ne pas réaliser d'études supérieures semble davantage associé au retrait de l'implant. Ce même résultat est retrouvé dans la thèse de médecine de 2014 soutenue par Emmanuelle Lasnier **(29)** montrant qu'un niveau d'études inférieur ou équivalent au bac était un facteur de risque de retrait prématuré de l'implant.

Enfin le fait d'être non marié ou célibataire est, selon la thèse de M. Lefebvre **(11)**, celle de AL. Deprez **(28)** et l'étude CHOICE de 2013 **(30)**, associé à un retrait précoce de l'implant. En effet, l'HAS en 2013 **(10)** a expliqué que la réévaluation du besoin de contraception est en lien avec la vie affective des patientes et qu'une rupture amoureuse donne lieu à une remise en question de la contraception.

Nous avons vu précédemment que les causes de retrait et les effets indésirables de l'implant contraceptif ont déjà été étudiés à de nombreuses reprises d'un point de vue principalement quantitatif. C'est pourquoi nous avons souhaité nous intéresser au parcours des femmes sous implant et non seulement à la cause du retrait. Nous nous sommes notamment penché sur l'information reçue sur l'implant ainsi qu'aux périodes charnières que sont la pose et le retrait. Nous avons précisément cherché à savoir si les patientes qui retirent leur implant précocement, pour une raison autre qu'un désir de grossesse, avaient un parcours présentant des similitudes. Une étude qualitative, fondée sur le recueil de témoignages nous a semblé être le meilleur moyen d'affiner les travaux précédents en retraçant l'histoire de ces patientes et en nous intéressant à l'expérience

subjective ainsi qu'à leur ressenti.

Matériels et Méthodes

I. Problématique, objectifs et hypothèses

Problématique

Les patientes ayant retiré leur implant prématurément ont-elles un parcours commun relatif à l'implant ?

Objectifs

Nous avons comme objectif principal de faire ressortir des points communs dans l'histoire des patientes qui retirent leur implant prématurément.

Nous souhaitons secondairement identifier les informations que détiennent les patientes lors du retrait de l'implant, comprendre le cheminement qui mène à la pose et au retrait de l'implant et permettre aux professionnels qui prescrivent et posent des implants contraceptifs d'informer au mieux les patientes désirant ce type de contraception.

Hypothèses

Nous avons élaboré nos hypothèses dès le début de nos recherches et les avons affinées au fur et à mesure de l'étude de la littérature réalisée pour rédiger la première partie.

Nous avons ainsi formulé trois hypothèses :

- Les patientes qui demandent un retrait prématuré de l'implant ne se considèrent pas en possession d'une information complète sur cette méthode de contraception.
- Les patientes qui retirent leur implant prématurément ont un cheminement commun, de la première approche de l'implant à la pose.

- Les patientes demandent prématurément le retrait de leur implant afin d'améliorer leur qualité de vie.

II. Méthode utilisée

Justification

Depuis 1967, la question de la contraception est au centre de nombreux débats et questionnements. L'implant, moyen de contraception utilisé par environ 4% des femmes en âge de procréer (14) et retiré par presque la moitié avant la fin des 3 ans, présente de nombreux avantages et peut apparaître comme une contraception idéale pour de nombreuses patientes. Mais les effets indésirables vécus et décriés dans les études quantitatives pourraient expliquer le faible taux d'utilisation et de continuation de l'implant. La question du retrait prématuré de l'implant est donc un sujet d'actualité qui soulève des questionnements éthiques, médicaux, sociaux et culturels.

Nous souhaitions initialement réaliser une étude quantitative afin de déterminer un profil-type de patiente retirant prématurément leur implant. Nous avons alors contacté le médecin responsable de la planification familiale et de la protection maternelle à la Mairie de Paris afin de demander l'autorisation d'accéder aux dossiers des patientes consultant pour retrait d'implant. Cependant, nous nous sommes vu refuser l'accès aux données pour des raisons réglementaires, les patientes n'ayant pas consenti à l'utilisation des informations les concernant dans le cadre d'une recherche. Cette étude rétrospective quantitative n'a donc pas pu être réalisée. Nous avons alors décidé de changer de type d'étude et de réaliser une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs. Cette méthode nous a permis une analyse plus fine et une approche plus individuelle, encore peu réalisée sur le sujet de l'implant contraceptif.

En donnant la parole aux femmes, nous avons pu obtenir des témoignages plus riches et plus précis ainsi que de nouvelles pistes de réflexion que nous n'aurions pas pu obtenir avec une étude quantitative. Le recueil d'un grand nombre d'informations personnelles nous a permis une meilleure compréhension du phénomène que nous étudions, le retrait prématuré de l'implant. Notre approche visait donc à recueillir le témoignage de femmes ayant retiré leur implant contraceptif avant la fin des 3 ans prévus. Nous avons souhaité étudier le cheminement de ces patientes afin de mieux comprendre le phénomène du retrait prématuré.

Un entretien pilote a été réalisé avec une connaissance proche ayant retiré son implant après 8 mois. Cet entretien a permis de modifier la formulation de certaines questions afin d'obtenir plus de

questions ouvertes, et de modifier l'ordre d'apparition des sujets abordés. Nous avons également pu faire une estimation du temps de l'entretien. Celui-ci était de 30 minutes environ.

Afin de respecter le cadre juridique, nous avons rempli le formulaire MR004 et nous avons reçu l'autorisation du Registre Général des Traitements de l'AP-HP (Annexe 1).

Elaboration de la grille d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs à réponses ciblées (Annexe 2). Pour répondre à nos hypothèses, nous avons structuré notre questionnaire autour de cinq parties :

- Rappel des conditions de l'entretien et accord oral pour l'enregistrement
- Décision et consultation concernant le retrait de l'implant
- Décision et consultation concernant la pose de l'implant
- Histoire contraceptive et représentations de l'implant
- Questions générales

Les thèmes abordés ont été premièrement le retrait de l'implant et ses raisons. Nous avons en particulier évoqué avec les femmes les effets secondaires rencontrés et le lien entre ces effets secondaires et la décision de retrait.

Secondairement, nous nous sommes penché sur le moment de la pose, la consultation et les informations reçues de la part du professionnel de santé au moment de la pose. Nous avons souhaité savoir si ces informations avaient semblé suffisantes aux patientes et si elles auraient aimé recevoir des informations supplémentaires.

Enfin, nous nous sommes intéressé aux caractéristiques des patientes interrogées. Nous avons donc consigné l'âge, l'IMC, le niveau socio-économique, les antécédents gynéco-obstétricaux, ainsi que l'histoire contraceptive des patientes.

Profil des patientes

Afin de répondre à l'objectif de notre étude, nous avons établi des critères d'inclusion.

Les patientes devaient avoir retiré leur implant dans les 6 mois afin que les souvenirs de leur expérience avec l'implant ne soient pas trop altérés par le temps. Ainsi nous avons tenté de limiter le biais de mémorisation. Deuxièmement, les patientes devaient avoir retiré leur implant strictement avant 36 mois de port. Cette durée a été renvoyée à 24 mois pour les patientes avec un IMC supérieur à 30 kg/m² (4). Enfin, les patientes devaient pouvoir s'exprimer facilement en français

pour que les entretiens soient possibles et analysables.

Les critères d'exclusion étaient le retrait pour désir d'enfant ou après le 35^{ème} mois de port. Le port antérieur d'un autre implant, même porté 3 ans, n'a pas été un critère d'exclusion si le retrait de l'implant actuel entrait dans les critères d'inclusion.

Afin de recruter un nombre suffisant de patientes pour notre étude, nous avons premièrement été en lien avec les CPEF de la marie de Paris. Cette première piste ne nous permettant pas de recruter un nombre suffisant de femmes pour réaliser notre étude, nous nous sommes tournées vers d'autres CPEF. Nous leur avons donné des fiches de recrutement (Annexe 3) afin que les patientes correspondant aux critères d'inclusion puissent y noter leur numéro de téléphone.

Nous avons aussi élaboré une fiche de consentement où étaient inscrits les droits et les contacts pour les patientes participant à notre étude (Annexe 4). Nous avons ainsi pu trouver une première patiente par le biais du CPEF des Bluets et deux par le biais du CPEF de Lariboisière. Neuf patientes ont été recrutées par le bouche à oreille, une patiente a été recrutée lors d'un stage avec une sage-femme libérale.

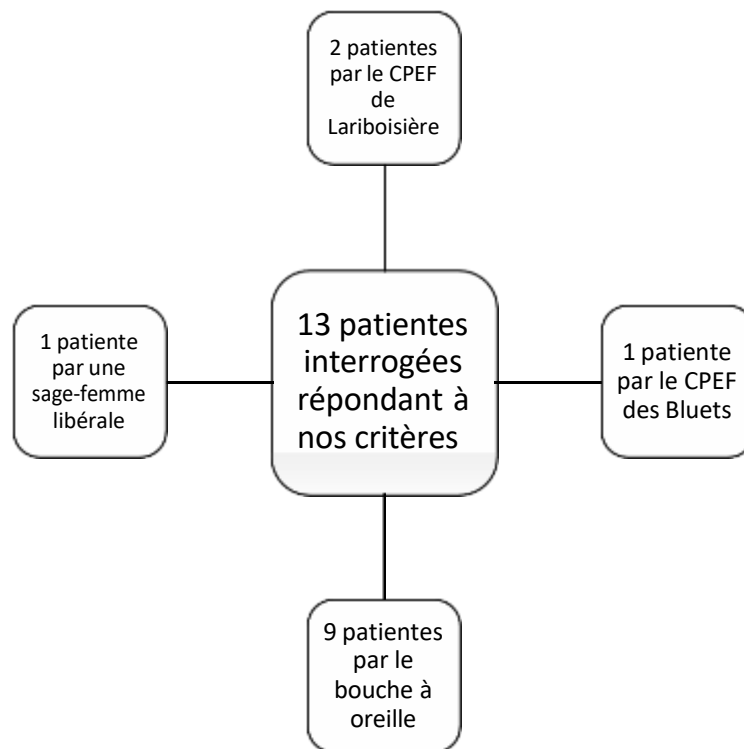


Figure 1 : Mode de recrutement des patientes interrogées

Les caractéristiques des patientes interrogées ont été classées dans le tableau ci-dessous et récapitulés dans l'Annexe 5. Nous y avons modifié les prénoms des patientes interrogées afin de garantir leur anonymat et nous les avons renommées en suivant un ordre alphabétique afin de mieux les identifier. Nous pouvons remarquer que l'âge moyen des patientes interrogées était de 25 ans avec des âges allant de 17 ans à 36 ans. L'âge de procréer en France allant de 15 ans à 50 ans selon l'Insee, nous pouvons en déduire que l'âge moyen des femmes en âge de procréer en France

GINDRE Apolline

est de 32,5 ans. Ainsi, il est à noter que l'âge moyen des patientes de notre étude est inférieur à l'âge moyen des femmes en âge de procréer en France.

Prénom	Âge	Recrutement	Durée de port de l'implant (en mois)	Date d'entretien	Durée de l'entretien (en minutes)
Alicia	24	Bouche à oreille	13	10/01/2021	31,2
Bérénice	21	Bouche à oreille	24	29/01/2021	28,41
Charlotte	22	Bouche à oreille	10	30/01/2021	32,18
Daphné	34	CPEF Lariboisière	12	07/02/2021	21,51
Eléonore	36	CPEF Lariboisière	30	22/02/2021	43,42
Fanny	23	Bouche à oreille	4	07/03/2021	35,51
Gwendoline	20	Bouche à oreille	4	08/03/2021	38,33
Héloïse	22	Cabinet libéral	28	09/03/2021	26
Iris	17	CPEF Bluets	16	17/03/2021	29,08
Julia	27	Bouche à oreille	18	24/03/2021	20,16
Kelly	30	Bouche à oreille	12	25/03/2021	34,28
Louise	26	Bouche à oreille	24	27/03/2021	24,5
Marie	28	Bouche à oreille	11	01/04/2021	36,14

Tableau 1 : tableau de la population recrutée

GINDRE Apolline

Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 10 janvier 2021 et le 1^{er} avril 2021. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes. Les cinq premiers entretiens se sont déroulés au domicile des patientes selon leur souhait et dans le strict respect des mesures sanitaires imposées en France. Les quatre suivants se sont déroulés en visioconférence, enfin les quatre derniers ont eu lieu par téléphone.

Les entretiens étaient enregistrés. Ceux-ci ne contenaient pas de données permettant l'identification des femmes interrogées et étaient conservés sur un périphérique externe. Avant chaque entretien, nous nous sommes présentés aux patientes, leur avons expliqué le but de l'étude, l'anonymat de l'entretien et les droits qu'elles avaient pour modifier ou supprimer leur témoignage. Nous leur avons transmis une lettre d'informations reprenant toutes ces informations. Au début de chaque enregistrement, le consentement pour l'utilisation et la retranscription du témoignage a été recueilli. Toutes les patientes ont donné leur accord. Pour certains témoignages, nous avons anonymisé les informations permettant une identification.

A la fin de chaque entretien, nous avons remercié les patientes, nous leur avons demandé si elles voulaient rajouter des éléments à leur témoignage et nous avons fini par un temps hors enregistrement où nous répondions aux questions qui auraient éventuellement émergé lors de l'entretien. Toutes les patientes ont montré un réel intérêt pour l'envoi de notre mémoire une fois terminé.

La retranscription s'est faite à partir de l'enregistrement vocal au plus vite après l'entretien sur le logiciel Word®. Nous avons réalisé une retranscription mot pour mot la plus proche possible de l'enregistrement en respectant les fautes de syntaxe, les hésitations et les silences.

Analyse des entretiens

Les entretiens retranscrits ont ensuite été traités par une analyse sémantique puis une analyse thématique. Nous souhaitons établir des arborescences d'idées afin de découvrir des axes de réflexion implicites au premier abord.

Nous avons étiqueté chaque idée de chaque entretien en essayant de comprendre ce que chaque idée signifiait réellement. Nous avons ensuite construit des catégories d'idées ce qui nous a permis d'élaborer des éléments de réponses pour chacune de nos hypothèses.

Première partie

Les patientes retirant leur implant prématurément ne se considèrent pas en possession d'une information complète sur l'implant

I.1. Trop d'information tue l'information ?

I.1.1. Résultat des entretiens

Nous avons interrogé les patientes pour tenter de répondre à notre première hypothèse :

Les patientes qui demandent un retrait prématuré de l'implant ne se considèrent pas en possession d'une information complète sur cette méthode de contraception.

Une information complète ou incomplète

Dix patientes sur les treize interrogées ont affirmé qu'elles n'avaient pas reçu une information complète, que ce soit sur les effets indésirables ou sur le fonctionnement. C'est le cas de Fanny qui nous dit « *Ah mais c'est pas que c'était pas suffisant, c'était inexistant en fait* », ou de Julia qui considère avoir été très mal renseignée « *on m'a dit c'est mieux pour toi et c'est tout* » et de Kelly « *Non pas du tout ! Il fallait me dire tellement d'autres choses !* ».

Trois patientes de notre étude disent avoir reçu une information détaillée comme Iris qui, lorsqu'on lui a demandé si elle aurait aimé avoir plus d'informations sur l'implant, répond : « *Non pas vraiment on m'avait tout bien expliqué donc je n'avais pas vraiment de problème, même quand j'ai pas eu mes règles je m'en doutais* ».

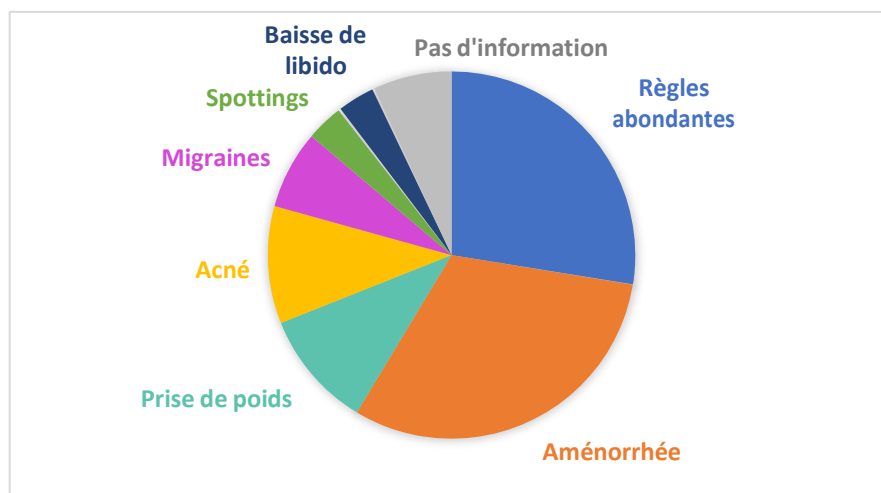
Prévention des effets secondaires

Selon les témoignages des sujets de notre étude, aucune patiente ne se souvient avoir été prévenue de tous les effets indésirables que nous avons précédemment trouvés dans la littérature. Nous avons donc demandé à toutes les patientes de quels effets secondaires elles se souvenaient avoir été prévenues.

Neuf sur treize disent avoir été informées de la possibilité d'une aménorrhée, huit de la possibilité d'avoir des règles longues et abondantes. Trois ont été prévenues du risque de prise de poids, trois de l'acné, une a entendu parler du risque de *spottings*, une des migraines, une de la baisse de libido et deux n'ont eu aucune information.

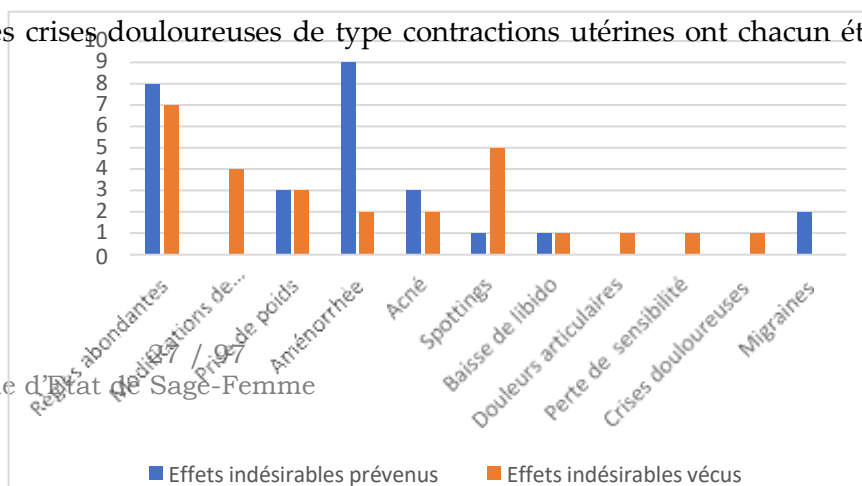
Figure 2 :

Graphique représentant les effets indésirables dont ont été prévenues les patientes interrogées



Pour mieux comprendre l'utilité des informations sur les effets secondaires, nous avons demandé les effets secondaires vécus par les patientes et les avons comparées avec les effets indésirables dont elles avaient été prévenues. Nous avons pu observer que sept patientes sur treize avaient eu des règles abondantes, quatre des modifications de l'humeur, trois une prise de poids. Deux patientes ont vécu une aménorrhée, deux ont vu une augmentation de l'acné et cinq ont eu des *spottings*. Enfin, une baisse de libido, des douleurs articulaires, une perte de sensibilité au niveau du bras portant l'implant et des crises douloureuses de type contractions utérines ont chacun été observés par une patiente.

Figure 3 :



Histogramme comparant
les effets indésirables
prévenus et **vécus** par les
patientes interrogées

On constate donc qu'un certain nombre d'effets secondaires sont évoqués par les professionnels de santé alors qu'ils ne seront pas vécus par les patientes. Inversement, certains surviendront alors qu'ils n'ont pas été évoqués.

Nous avons aussi demandé aux patientes si elles auraient aimé avoir plus d'informations sur les effets indésirables. Neuf patientes sur treize affirment que oui.

Sur les quatre patientes qui n'ont pas dit vouloir être davantage informées sur les effets secondaires, une voulait des informations sur les autres moyens de contraception et trois ne souhaitaient pas avoir d'information supplémentaire.

Parmi les neuf patientes qui auraient souhaité plus d'informations, deux n'en avaient reçu aucune sur les effets indésirables et toutes deux en auraient souhaité. Nous pouvons relayer le témoignage de Charlotte « *C'était il y a deux ans donc c'est un peu flou ce moment-là mais pour moi elle m'a pas vraiment donné d'indications. C'était : bon bah reviens dans trois ans pour l'enlever* » et celui d'Eléonore à qui l'on a demandé si son gynécologue l'avait informée des effets indésirables « *Non pas du tout mais peut-être qu'il y avait du monde dans la salle d'attente et qu'il n'avait pas le temps de m'expliquer* ».

D'autres évoquent l'importance de posséder l'information la plus complète possible.

Nous pouvons citer le témoignage de Fanny « *Ah oui pour moi c'est super important, tu dois avoir toutes les informations à 100%. Et pareil pour tous les moyens contraceptifs. Il faut expliquer pourquoi un petit truc tout petit te permet de ne pas avoir de bébé et les effets sur le corps. Et ça te permet en plus de comprendre ton corps, son fonctionnement, etc. Et puis ça peut rassurer aussi si t'es du genre à pas trop avoir confiance quand tu ne connais pas. Ça rassure beaucoup* ».

Et celui de Kelly « *Je pense qu'en fait il faut être transparent, il faut vraiment tout dire. Pas dire les informations pour le mettre, pour le vendre, voilà c'est dommage* ».

Informations souhaitées

Nous nous sommes aussi intéressé aux informations que les patientes auraient souhaité obtenir. Neuf patientes auraient souhaité des informations supplémentaires sur les effets

indésirables. Une de ces neuf patientes a spécifié son souhait d'avoir des informations sur les règles et leurs modifications « *J'aurais aimé avoir plus d'infos sur les règles qui peuvent être hyper bizarres et surtout qu'on précise quand et pourquoi ça fait ça* ».

Une autre a précisé qu'elle aurait aimé avoir des informations plus claires sur la prise de poids « *Oui sur la question de la prise de poids. J'ai l'impression que tous les professionnels ne sont pas d'accord et parfois c'est un peu dur en tant que non-professionnel de trouver une vérité* ».

De même, nous avons demandé à nos patientes si elles avaient été informées du mécanisme d'action de l'implant. Cinq patientes sur treize ont dit avoir été informées sur le fonctionnement dont une aurait aimé avoir plus d'informations sur le sujet. Huit patientes n'ont pas été informées sur le fonctionnement dont cinq auraient aimé en être informées. Six patientes sur treize ont donc exprimé leur souhait d'être mieux informées sur le fonctionnement.

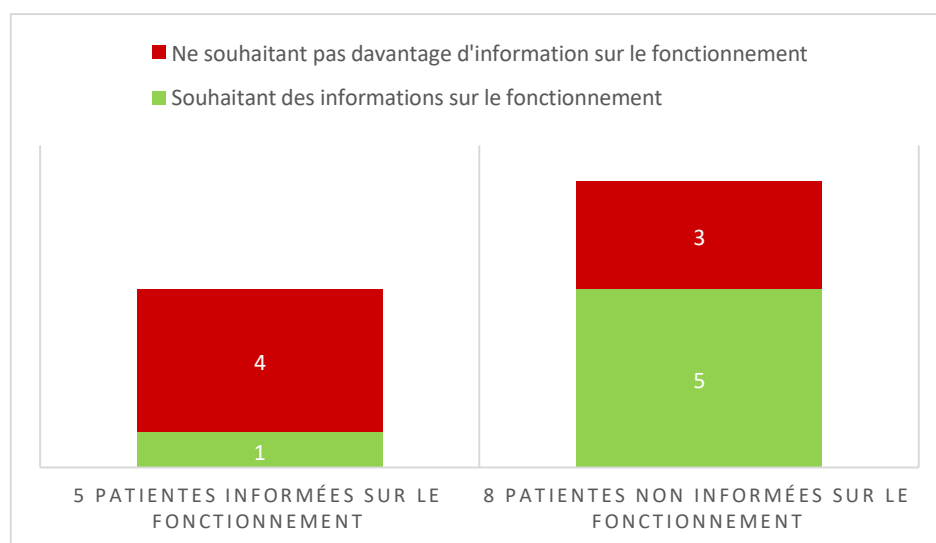


Figure 4 : Histogramme représentant les proportions de patientes souhaitant obtenir plus d'informations sur le fonctionnement en fonction de l'information reçue

Sur les patientes qui auraient aimé être mieux informées du fonctionnement, nous pouvons citer le témoignage de Gwendoline « *Je savais que c'était hormonal mais juste avec mes recherches personnelles. Et j'aurais aimé qu'on m'explique ça au moment de la pose parce que même au niveau du fonctionnement la pilule on le sait mais l'implant non* »

Le témoignage de Marie éclaire également notre analyse « *Moi je comprends pas pourquoi on nous dit pas tout ça. On n'est pas des enfants, on peut comprendre comment ça fonctionne. C'est tellement important de savoir ce qu'on nous met dans le corps, même pour accepter les effets secondaires en fait. On est capable d'accepter plein de choses si on nous explique* ».

GINDRE Apolline

Daphné nous livre un témoignage bien différent en nous expliquant qu'elle n'a pas eu besoin de comprendre comment fonctionne l'implant « *Ohh c'est pas pour moi ça ! Je comprends pas moi tout ça. Moi je veux juste que ça fonctionne et c'est tout* ».

Information reçue et durée de port de l'implant

Enfin, nous avons cherché à savoir si l'information reçue avait un impact sur la durée de port de l'implant. Lors de nos entretiens, aucune patiente n'a évoqué le fait qu'elle aurait gardé son implant plus longtemps si elle avait eu accès à une meilleure information préalable. Huit patientes ont affirmé que le fait d'être mieux informée n'aurait pas modifié la date du retrait. En revanche, quatre patientes n'auraient pas mis leur implant et une patiente a donné une réponse qui ne pouvait pas être interprétée.

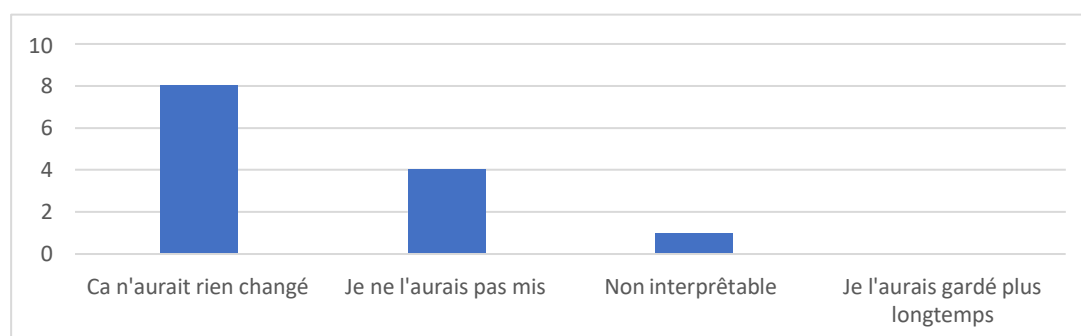


Figure 5 : Histogramme représentant les réponses des patientes lors de la question : Si l'on vous avait bien expliqué les effets secondaires, est-ce que cela aurait modifié le moment du retrait de votre implant ?

Parmi les patientes qui n'auraient pas tenté l'expérience de l'implant si elles avaient eu toutes les informations, nous pouvons citer Kelly « *Je ne l'aurais même pas mis en fait. Si j'avais su ce que ça pouvait faire je l'aurais pas mis c'est sûr* » et Marie « *Franchement, je crois que je l'aurais pas mis si je m'étais rendue compte de l'impact que ça peut avoir sur mon corps. C'est violent en fait. Avec le recul, on a vraiment minimisé les effets de l'implant* ».

Il semble donc que la transmission d'une meilleure information aurait diminué le nombre de patientes finalement insatisfaites de cette contraception.

A l'opposé, le témoignage d'Eléonore illustre bien le groupe de patientes pour qui une vraie information n'aurait rien changé concernant le moment du retrait de l'implant « *A cette période-là je voulais juste ne pas tomber enceinte donc même si je savais par exemple les séquelles, je l'aurais mis. Et je*

l'aurais retiré au même moment. Les informations c'est bien mais ça change rien aux séquelles ».

I.1.2. Analyse et discussion des résultats

Selon la définition du dictionnaire Larousse (31), une information complète est une information « comportant tous les éléments nécessaires, à quoi rien ne manque ». Il s'agit donc d'une information intégrale et totale.

Ces témoignages nous permettent donc de **valider notre hypothèse** : les patientes retirant prématurément leur implant contraceptif ne se considèrent pas en possession d'une information complète sur cette méthode de contraception. Nous trouvons en effet ce point commun entre nos patientes, aucune n'a cité tous les effets secondaires existants avec l'implant. Mais n'est-il pas plus pertinent de changer l'adjectif « complet » pour « suffisant » ?

La réponse à notre hypothèse est alors à nuancer : en effet, les patientes ne souhaitaient pas toutes avoir le même degré d'informations. Certaines voulaient tout savoir alors que seules six des patientes ont exprimé leur souhait de recevoir davantage d'informations sur le fonctionnement et neuf sur treize sur les effets secondaires. Ces chiffres, bien que non significatifs, expriment le manque d'information individualisée des patientes sur l'implant et l'importance de transmettre l'information nécessaire et spécifique pour la patiente.

Pour éclairer cette question sur la nature et le contenu de l'information à apporter, nous pouvons nous référer au Code de la Santé Publique (32) :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension

» Article 35 (article R.4127-35 du Code de la Santé Publique).

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (33), l'information doit être :

« Synthétique, hiérarchisée, compréhensible et personnalisée. La délivrance de l'information se fait dans le cadre d'un entretien individuel. Celui-ci doit permettre un dialogue avec le patient. Cela nécessite un environnement adapté, du temps, de la disponibilité et du tact de la part du médecin.

L'information peut être délivrée de manière progressive s'il y a lieu.

L'information tient compte de la situation du patient dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. Les préférences du patient et son mode de vie doivent être pris en compte dans les différentes options que vous lui proposez »

Ce texte nous précise le caractère essentiel et central de l'information dans le domaine médical. L'information vraie, claire et loyale est nécessaire pour permettre aux patients d'accepter ou de refuser un traitement et de se préparer, matériellement et psychologiquement, aux éventuels effets indésirables et conséquences d'une prise en charge. L'information claire et loyale est donc nécessaire lors de la prescription d'une contraception et dans notre cas d'un implant. Il s'agit davantage des informations dont la patiente a besoin que de l'ensemble des informations sur le moyen de contraception.

Nous avons donc voulu étudier les outils et aides que pourrait nous apporter la science de l'éducation. En effet, un des aspects essentiels du métier de sage-femme est la prévention, entre autres par l'éducation des patientes. Ce volet de notre travail est essentiel lors de la prescription d'une contraception. L'information passant évidemment par la pédagogie, nous avons étudié un article de 2015 *Eight Ways to Promote Generative Learning* (34) publié dans *l'Educational Psychology Review* ainsi qu'une fiche pédagogique découlant de l'article précédant rédigé par JF Parmentier en 2020 (35). Cet article propose différentes techniques d'apprentissage comme susciter le questionnement. Dans notre cas, nous pourrions proposer aux praticiens d'appliquer ce moyen en posant aux patientes les questions suivantes :

- « Que pensez-vous que l'implant peut entraîner comme effets secondaires chez vous ? »
- « Comment peut réagir votre corps face à ces doses d'hormones ? »

Un autre moyen d'apprentissage cité est la création d'une carte conceptuelle, soit la représentation des liens entre des concepts sous forme de graphique.

Dans notre situation, il serait possible de créer une carte conceptuelle de l'implant et des effets possibles en les adaptant à ce que nous savons de notre patiente.

Prenons l'exemple d'une patiente dont nous apprenons, lors de l'entretien, qu'elle est très sensible au stress. Elle nous dit également prendre facilement du poids, avoir un rythme de vie actuellement instable ne lui permettant pas une bonne hygiène de vie. Elle nous confie avoir eu de l'acné à l'adolescence et avoir lutté longtemps pour s'en débarrasser. Enfin, cette patiente dit avoir des règles abondantes et nous concluons que son climat hormonal est plutôt neutre. Selon la carte conceptuelle ci-contre, elle peut facilement comprendre les effets indésirables qu'elle pourrait ressentir après s'être fait posé l'implant.

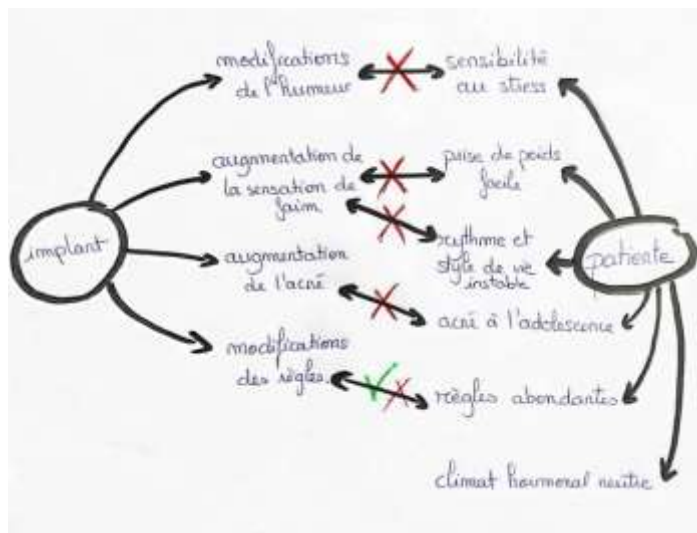


Figure 6 : Carte conceptuelle représentant les liens entre les effets de l'implant et la nature de la patiente lambda

La finalité serait donc de donner une information réellement adaptée et personnalisée aux besoins de la patiente. Nous avons deux exemples qui témoignent de la grande disparité des besoins entre les patientes. Fanny nous dit « pour moi tu dois avoir toutes les informations à 100%. Et pareil pour tous les moyens contraceptifs ». Daphné au contraire apporte le témoignage suivant « J'ai pas envie de faire encore des bébés et pour moi c'est ça le principal, ce que je veux mettre dans ma tête. Le reste, les règles et tout c'est pas grave ». Il faut donc bien connaître sa patiente pour comprendre ses besoins.

Notre étude qualitative présente évidemment des biais importants de mémorisation. En revanche, nous pouvons estimer qu'une information claire et loyale peut être associée à une satisfaction de la patiente car celle-ci aurait reçu une information adaptée à ses besoins et connaissances. Or la satisfaction est probablement moins sujette au biais de mémorisation.

Nous avons donc voulu savoir si une satisfaction de l'information reçue pouvait être associée à un prolongement du port de l'implant. En effet, nous avons trouvé ce lien dans les études quantitatives lors de notre revue de la littérature (36) (37) qui rapportaient que les patientes les mieux informées seraient plus susceptibles de conserver leur implant plus longtemps. Or selon nos témoignages, huit patientes estiment qu'une meilleure information n'aurait pas modifié la date du retrait et quatre patientes pensent qu'au contraire qu'elles n'auraient pas posé leur implant. Ce résultat semble contradictoire avec les données de la littérature. Cependant, nous pouvons réfléchir sur la notion de

« meilleure information ». En effet, dans les données de la littérature, les patientes mieux informées

ont peut-être pu effectuer un choix mieux éclairé et donc ont pu décider de ne pas poser l'implant si elles estimaient que cette contraception ne leur conviendrait pas. Dans notre étude, le fait d'interroger les patientes une fois l'implant posé et retiré, apporte un éclairage différent mais constitue un biais.

Enfin, nous nous sommes demandé quels pourraient être les freins à cette information claire, loyale et appropriée. Du côté des patientes, un manque de confiance envers le professionnel de santé ou du système de soins peut conduire à une retenue empêchant le soignant de la cerner au mieux. Nous pouvons aussi penser à un manque de confiance en elles entraînant un sentiment d'incapacité à comprendre et à mémoriser les informations. Aussi, la barrière de la langue peut jouer un rôle essentiel dans ce frein à un accès à l'information. Enfin, nous pouvons penser que certaines patientes n'ont simplement pas envie d'entendre ces informations sur le moment.

Du côté du soignant, nous pouvons évoquer un manque de connaissance de la personnalité de la patiente ou un manque de tact. Nous pouvons aussi penser qu'un manque de temps et de disponibilité lors de la consultation nuit à la qualité du recueil d'informations et de l'information donnée. Cette problématique est essentielle pour comprendre la difficulté des soignants à transmettre l'information claire, loyale et appropriée. En effet une consultation de 15 minutes n'est naturellement pas suffisante pour cerner la personnalité, le climat hormonal, l'histoire de la patiente et pour lui transmettre les informations adaptées.

Deux solutions pourraient être envisagées :

- Tenter de faire comprendre l'information plus rapidement en utilisant des mots simples, des concepts ludiques et imagés, des supports, ou encore les techniques d'apprentissages comme citées précédemment.
- Mettre en place un codage et une facturation plus avantageuse pour le soignant pour la première consultation de contraception. Cela permettrait aux soignants d'accorder plus de temps à cette consultation. Cette solution a déjà commencé à être mise en œuvre (38).

Depuis le 10 février 2019, un professionnel de santé réalisant la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de moins de 18 ans (codée CCP) est payé 46 euros, selon l'article 14.8 de la NGAP. Il est précisé que cette consultation, facturée une seule fois par patiente, est prise en charge à 100% avec le tiers payant obligatoire. Nous pouvons aussi penser à une autre amélioration qui serait d'étendre cette facturation plus avantageuse aux consultations de « changement de contraception ».

Dans tous les cas, nous avons compris qu'il ne fallait pas se contenter de donner les informations
GINDRE Apolline

mais se concentrer sur la compréhension et l'acceptation de ces informations par la patiente.

I.2. A quel moment donner ces informations ?

I.2.1. Résultat des entretiens

Pour affiner notre réponse à notre première hypothèse, nous avons tenté de savoir à quel moment les informations avaient été données et si cela convenait aux patientes.

Lors de nos entretiens, six patientes sur treize ont émis l'idée qu'elles auraient apprécié recevoir une information plus tard, après l'arrivée des effets indésirables. Bérénice nous le dit très clairement « *je pense que j'aurais eu besoin de ces infos après avoir eu les effets secondaires ! Des fois j'étais un peu perdue pour avoir si c'était normal ou pas. J'aurais aimé un peu plus mais pas au moment de la pose* ». Gwendoline aussi nous a expliqué ce désir « *Au moment de la pose c'est difficile mais bon elle peut prévenir quand même. Mais c'est surtout après quand je me suis posé des questions parce que j'avais des effets secondaires que j'avais besoin de réponses* ». Le constat de Julia va dans le même sens « *J'aurais bien aimé avoir eu toutes les infos de suite mais aussi quelques mois plus tard pour voir le ressenti en fait* ».

Lors de nos entretiens, les sept autres patientes n'ont pas exprimé ce besoin de décaler dans le temps les informations.

Nous avons aussi tenté de savoir si les patientes avaient eu un rendez-vous comme conseillé par l'ANSM (6) et le CNGOF (4) deux à trois mois après la pose de l'implant. En effet ce rendez-vous peut être l'occasion de revenir sur les effets secondaires vécus et la vie avec l'implant.

Sur les treize patientes interrogées, seules deux ont eu un rendez-vous de contrôle 2 à 4 mois après la pose. Les onze autres patientes n'ont pas été informées de la possibilité de ce rendez-vous, ce qui a parfois laissé place à une déception quand elles ont su qu'elles auraient pu en bénéficier.

Fanny nous dit « *Non je savais même pas qu'il fallait le faire* »

Julia évoque la même situation « *Pas du tout, on m'a posé l'implant mais on ne m'a pas contrôlée du tout. On ne m'a pas proposé de le faire* »

Sur les deux patientes qui ont pu bénéficier de ce rendez-vous de contrôle, une a été ravie :

Iris « *Oui j'y étais allée ! J'y étais allée pour faire un dépistage et puis en même temps j'ai pu poser mes questions. Enfin j'avais pas énormément de questions mais c'était juste pour savoir quoi. C'était pas de l'inquiétude mais c'était au cas où* ».

Héloïse a aussi été satisfaite de ce rendez-vous mais émet plus de doutes sur le moment de ce rendez-vous qu'elle aurait aimé avoir plus tard, après l'arrivée des effets secondaires. « *C'était 2 mois après je crois mais c'était trop tôt, mon corps il avait même pas changé de rythme. Je pense que ce serait mieux de le faire 6-8 mois après la pose, le temps que le corps se mette bien au clair avec ce qui lui est arrivé je pense* ».

Enfin nous avons recueilli, sans poser spécifiquement la question, les témoignages des patientes qui affirment qu'elles auraient aimé bénéficier de cette consultation. Cinq patientes sur treize ont spontanément émis l'idée qu'elles auraient apprécié ce temps d'information supplémentaire, comme Julia « *J'aurais apprécié ça. Qu'on me dise : comment ça va ? Est-ce qu'il y a des soucis liés à l'implant ? Je suis déçue d'apprendre maintenant qu'on peut avoir ce rendez-vous* ».

I.2.2. Analyse et discussion des résultats

Les résultats présentés dans cette sous-partie sont intéressants à plusieurs titres. Nous n'avons pas pu trouver un avis commun chez toutes nos patientes. Seules six des patientes ont évoqué le besoin de recevoir des informations plus tard, après l'arrivée des effets secondaires. Seule une patiente de notre échantillon, Iris, considère avoir reçu les informations aux bons moments. Si l'on considère que recevoir des informations aux moments opportuns participe à la réception d'une information de bonne qualité pour la patiente, nous apportons alors un élément de réponse supplémentaire pour **nuancer notre première hypothèse** et affirmer que certaines patientes sont en possession d'une information suffisante sur l'implant et d'autres non.

Nous avons réfléchi aux raisons qui peuvent mener les patientes à avoir besoin de plusieurs moments d'informations.

L'annonce des effets secondaires possibles

Dans cette première partie, nous pouvons opérer un parallèle entre l'annonce des effets secondaires de l'implant et l'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine. L'annonce est un moment crucial dans toute situation. L'HAS affirme que « L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une étape majeure de la relation avec le patient » et précise qu' « il n'y a pas une annonce mais une succession d'annonces » (39). Le psychiatre Luc Roegiers décrit l'annonce GINDRE Apolline

d'une mauvaise nouvelle concernant un enfant comme la « création d'une brèche dans les enveloppes psychiques des parents » (40). Cette brèche peut aboutir à la mise en place de mécanismes de défense, d'autoprotection des parents. Les informations données deviennent alors inassimilables.

De même, le processus de deuil décrit pour la première fois en 1969 par Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue, montre que l'on passe par une période de déni avant l'acceptation (41).

L'annonce des effets secondaires de l'implant est bien évidemment moins traumatique que l'annonce d'une mauvaise nouvelle en échographie, mais nous pouvons trouver des similitudes.

Au moment de la pose, certaines patientes idéalisent totalement l'implant. Il devient la contraception idéale qu'elles recherchaient, la solution à tous leurs soucis. Le risque serait qu'elles n'entendent pas les informations que le soignant veut leur transmettre. Elles ont le sentiment que ça ne leur arrivera pas, que ces choses n'arrivent qu'aux autres, notamment quand elles n'ont pas eu beaucoup d'effets indésirables avec la pilule ou lorsqu'elles ont longtemps cherché une contraception. Bérénice nous explique bien ce phénomène « *elle m'avait bien dit que ça pouvait donner de forts effets secondaires mais bon comme j'avais pas d'effets secondaires avec la pilule, je me suis dit que ça devrait aller. J'avais pas peur d'avoir des effets secondaires à ce moment-là* ». Nous pouvons cerner un problème d'ajustement entre le message du professionnel de santé et les espoirs de la patiente.

En second lieu, lorsqu'arrivent les effets indésirables, les patientes peuvent vivre une réelle désillusion. Elles sont surprises et déçues par cette contraception et peuvent se sentir seules face à leurs questionnements. Et c'est justement à ce moment clé que les informations peuvent être mieux entendues et comprises.

Les outils de la science de la pédagogie

Ici encore, la science de la pédagogie propose des outils intéressants. L'article de E. Gerbier et Olivier Koenig de 2015 (42) Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation ? nous apprend que « *la répétition des informations est une composante essentielle de l'apprentissage et de la mémorisation. Réviser un item, comme un mot d'une langue étrangère, renforce son apprentissage initial et favorise son rappel ultérieur* ». La répétition de l'information, surtout aux moments clés comme la survenue des effets secondaires pourrait donc être une solution pour favoriser la mémorisation des informations.

Lors de notre étude, nous avons aussi cherché à savoir si les patientes s'étaient vu proposer un rendez-vous de contrôle deux à trois mois après la pose, comme conseillé par l'ANSM (6) et le CNGOF (4). Cependant, l'HAS ne conseille pas ce rendez-vous de contrôle systématique (10) mais formule comme propositions :

- Pas de suivi systématique nécessaire

- Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode
- Conseiller à la femme de revenir quand le moment sera venu de retirer l'implant

Dans notre étude, seules deux patientes avaient pu bénéficier de cette consultation. Ce chiffre est bas, surtout lorsque l'on sait que cinq patientes de notre échantillon ont exprimé leur désir de pouvoir accéder à cette consultation.

Le rendez-vous de contrôle

Une solution au manque d'information des patientes serait aussi la répétition d'un message à plusieurs moments clés. Mais une question se pose, à quel moment réaliser cette consultation ? Nous avons calculé la durée moyenne de port d'implant sans effets secondaires. Nous en avons déduit que les effets secondaires sont arrivés après quatre mois en moyenne dans notre échantillon. La recommandation du contrôle à deux-trois mois après la pose serait donc peut-être à modifier pour trouver le moment idéal de ce rendez-vous.

Lors de son entretien, Héloïse nous avait par exemple proposé un rendez-vous idéal à six-huit mois après la pose « *Je pense que ce serait mieux de le faire 6-8 mois après la pose, le temps que le corps se mette bien au clair avec ce qui lui est arrivé* ».

Mais le moment idéal serait-il le même pour toutes les patientes ? Ne faudrait-il pas s'adapter à chacune ?

Nous avons donc décelé plusieurs difficultés pour que l'information soit transmise au bon moment :

- Cela nécessite que la patiente ait totalement confiance en son soignant et ce, dès la prescription
- Cela nécessite aussi pour le professionnel de santé de prendre du temps pour la patiente, entraînant un impact financier
- Il faut que la patiente se souvienne de la possibilité de reprendre rendez-vous
- Cela peut rajouter une difficulté pour les patientes cachant leur contraception à leurs proches
- Nous pouvons imaginer que certaines patientes peuvent ressentir une honte de prendre rendez-vous « juste » pour des informations
- Une difficulté liée à un déménagement ou à un rythme de vie soutenu peuvent rendre difficile ce rendez-vous

Nous avons tenté de trouver des solutions pour chacune des difficultés ci-dessus :

- Il faudrait que le professionnel de santé donne envie à la patiente de revenir, notamment en créant un climat de confiance et en expliquant les bénéfices de ce contrôle ultérieur
- Il serait intéressant de prendre rendez-vous dès la consultation de pose pour éviter les oublis. Mais cela nécessite d'estimer qu'il y aura des effets secondaires et leur date
- Nous pouvons penser à la possibilité de laisser un contact (téléphone professionnel par exemple) sur lequel la patiente pourrait prévenir le soignant de l'arrivée d'effets secondaires
- Enfin, nous pouvons penser aux nouvelles technologies permettant d'autres moyens d'accès

à l'information : applications mobiles, sites internet avec témoignages, permanence téléphonique, téléconsultation...

I.3. Des discours contradictoires

I.3.1. Résultat des entretiens

Pour répondre à notre problématique, nous nous sommes également intéressé aux différents moyens que les patientes utilisent pour accéder à l'information concernant la contraception. En effet le professionnel de santé n'est pas le seul à fournir des renseignements à ce sujet. Les amis, la famille, l'école, les médias contribuent également à la diffusion de l'information.

Nous avons demandé à chaque patiente comment elle avait entendu parler de l'implant et ce qui l'avait encouragé à le poser. Onze patientes sur treize ont mentionné leur famille, neuf ont désigné leurs ami.e.s et six, leurs recherches sur internet.

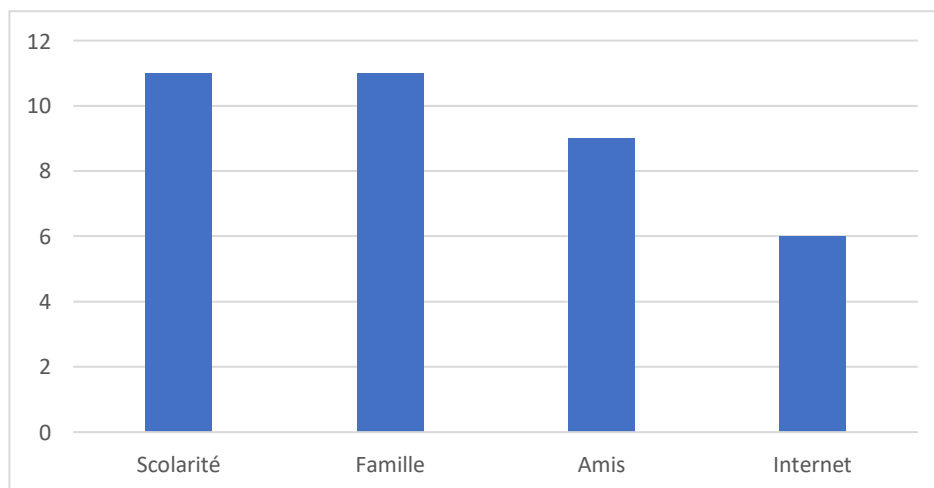


Figure 7 : Histogramme représentant les accès à l'information selon les patientes interrogées

Concernant l'accès à l'information par **la famille**, certaines patientes n'ont pas pu avoir une information utile :

Daphné « *Ah non jamais ! C'est pas possible ça au Niger. C'est que en France ça* »

Eléonore « *Non là-bas en Algérie ils nous forment pas du tout là-dessus. C'est la maman qui nous donne des conseils et qui nous dit de garder la virginité jusqu'au mariage* »

Charlotte nous confie « *Une aide ? Non, parce qu'ils ne s'y connaissent pas. Après je pouvais quand même*

bien discuter avec eux, surtout avec les femmes : ma grand-mère, ma mère, ma belle-mère. Mais j'ai l'impression que personne ne sait trop en fait »

L'information reçue par les **ami.e.s** est mieux perçue. Marie nous confie cependant l'ambivalence entre le discours de ses parents et celui de ses amis « *Avec les amis c'est différent parce qu'on parle beaucoup plus facilement mais c'est vrai qu'entre mes parents qui me disent de faire hyper attention en étant stressés et mes potes qui me racontent toutes leurs histoires, parfois on sait plus vraiment qui croire* ». Fanny était reconnaissante de l'aide reçue par ses proches « *C'est mes copines qui m'ont expliqué que c'était comme une petite allumette, que ça pouvait faire des effets. Dans mon cas, heureusement qu'elles m'ont appris des trucs pour que je sois moins stressée !* ».

Enfin, l'accès à l'information par **internet** a suscité des avis divergents. Marie nous a confié que ses recherches l'avaient plus angoissée que rassurée : « *Je m'étais aussi un peu renseignée sur internet mais c'était pas très utile parce qu'on entend tout et rien et on n'arrive pas à s'identifier à ces femmes qui racontent leur vie. Et surtout on les connaît pas donc si ça se trouve elles racontent n'importe quoi. Ça m'a limite fait peur pour rien* ». Alicia était, quant à elle contente de ce qu'elle avait trouvé par ce moyen d'information « *J'étais tombée sur des sites vraiment intéressants qui expliquent plein de choses et qui donnent des chiffres d'efficacité et de sûreté. Je savais qu'ils étaient légèrement plus importants que la pilule. Ça c'était super intéressant et heureusement qu'il y a internet aujourd'hui* »

Nous avons aussi cherché à savoir si les patientes avaient eu accès à une éducation à la sexualité et à la contraception durant leur scolarité et ce que celle-ci leur avait apporté. Nous avons appris qu'onze patientes avaient eu accès à cette éducation. Les deux patientes qui n'avaient pas pu en bénéficier étaient scolarisées au Niger et en Algérie. Cependant, il est à noter qu'aucune des patientes n'était satisfaite de cette éducation en milieu scolaire et qu'elles auraient toutes voulu une information plus complète.

Le témoignage d'Alicia illustre cette idée « *On a eu une fois un cours au collège, je me souviens même plus en quelle classe. C'était tout à fait ridicule parce que je n'ai rien appris et j'ai clairement encore des lacunes sur ce sujet. Et je trouve ça assez ridicule parce que c'est aujourd'hui en allant sur des comptes Instagram spécialisés sur le sujet que j'entends parler du plaisir féminin et du clitoris alors que je ne me souviens pas en avoir entendu parler avant. Je trouve ça fou ! Je me souviens seulement de l'infirmière avec une banane et un préservatif qui nous montrait comment le mettre et je trouve ça catastrophique. C'est tellement pas adapté à notre génération* »

Bérénice et Héloïse ont aussi apporté un témoignage marquant :

Bérénice « *Oui au collège. C'était une intervention en 4^{ème} ou 3^{ème}. C'était 2 personnes qui ont parlé des IST et du B-A -BA en contraception. J'ai pas le souvenir que ça m'ait vraiment informée. Pourtant c'est un âge où on en parle tout le temps, c'est intrigant. Mais au collège et lycée je trouve qu'on n'est pas du tout informés là-dessus et je trouve que plus, ce serait mieux. Par exemple l'implant on n'en a pas du tout parlé, seulement la pilule et les préservatifs. C'est même parfois contradictoire avec ce qu'on se raconte entre amis !* »

Héloïse « *On parle surtout du préservatif qui est très important pour les premiers rapports, ils nous montrent comment le mettre. Mais les patchs et cætera, personne n'en parle. Dans la tête d'un [élève de] troisième il y a deux moyens de contraception c'est la pilule et le préservatif. Et le reste on n'en parle pas assez* »

Nous avons aussi voulu savoir si les discours des différents professionnels de santé pouvaient être **source de contradictions**. En effet, Alicia a vraiment ressenti cette différence de discours entre les professionnels de santé « *J'ai l'impression que tous les professionnels ne sont pas d'accord et parfois c'est un peu dur en tant que non-professionnel de trouver une vérité. [...] Ce qui me dérange c'est l'impression de ne jamais avoir une vraie information définie. Ça c'est vraiment dommage parce qu'on sait plus qui écouter quoi, forcément on a peur qu'on nous raconte n'importe quoi* ».

Julia aussi a perçu une grande différence entre le discours de son médecin et les effets qu'elle a ressentis : « *On me l'a vraiment vendu comme un objet qui enlève les règles en fait. On m'a vraiment dit « tu n'auras plus tes règles ». Et donc pendant 6 mois j'attendais ça haha* ».

Charlotte aussi a eu des discours très différents entre un médecin qui lui a posé l'implant et celui qui lui a retiré « *Lui du coup il me disait : oh mais pourquoi t'as posé ça ? T'aurais jamais dû faire ça. Si tu me l'avais dit je ne t'aurais jamais laissé faire ça* ».

1.3.2. Analyse et discussion des résultats

Nous avons donc compris que l'information sur la contraception pouvait arriver par différents canaux : amis, famille, milieu scolaire, internet ou professionnels de la santé. Ces différentes approches de la contraception peuvent être source d'enrichissement comme de contradictions. Nous pouvons alors **nuancer notre première hypothèse** : les patientes peuvent ne pas se considérer en possession d'une information suffisante dans le cas où ces informations sont perçues comme contradictoires.

Les patientes ne se considérant pas en possession d'une information suffisante peuvent être tentées de compenser le manque d'information ou de compléter les informations qu'elles possèdent en consultant des sites internet. Les sites à destination des patients ou des professionnels se sont beaucoup développés ces dernières années. Un article de 2002 sur l'Internet médical (43) nous rappelle les dangers de ce genre de pratique et le besoin d'encadrement mais met aussi en lumière les avantages de ce média « L'information pour connaître et l'information pour superviser sont susceptibles de diminuer l'asymétrie d'information qui pénalise traditionnellement les patients consommateurs ». Cette méthode d'information peut être très utile et permet l'autonomisation des patientes et leur participation active dans le choix de leur contraception.

Il est cependant nécessaire, voire plus important, d'informer les patientes s'étant renseignées sur les pages internet pour limiter la désinformation.

Au collège et au lycée, l'information est présente comme en témoignent toutes les patientes ayant fait leur scolarité en France et dans les pays limitrophes. Certes, aucune n'était satisfaite de cette éducation mais comme nous dit Marie « *elle a le mérite d'être présente* ». Nous nous sommes renseigné sur les recommandations de cette éducation par le Ministère de l'éducation nationale (44). Celui-ci nous renseigne sur les sujets de ces séances d'éducation à la sexualité :

- Le champ biologique : connaissances biologiques ; anatomie, physiologie ; transmission de la vie ; puberté ; prévention VIH-SIDA et IST ; **contraception** ; IVG

- Le champ psycho-émotionnel
- Le champ juridique et social

L'éducation que devraient recevoir les élèves en milieu scolaire doit donc comprendre des informations objectives et scientifiques sur la contraception. De plus, cette éducation devrait avoir lieu au moins trois fois par an selon le Ministère de l'Éducation Nationale (45) « Au moins **trois séances annuelles d'éducation à la sexualité, par groupe d'âge homogène, sont mises en place** dans les collèges et les lycées. Elles relient et complètent les différents enseignements dispensés en cours ». Notre échantillon d'étude nous montre que cette éducation a bien eu lieu mais que la qualité et la fréquence n'étaient pas suffisantes.

Concernant les informations données par les professionnels de santé, nous avons pu entendre, lors de nos témoignages, que les discours pouvaient être réellement différents d'un professionnel de santé à l'autre. Sans question particulière sur le sujet, trois patientes ont évoqué les discours contradictoires entre les soignants. Nous proposons ici un moyen pour éviter le risque de mauvaise information des patientes : le respect de l'obligation de formation continue. L'article R4127-11 du Code de la Santé Publique (46) dispose :

« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ».

Le respect de cette obligation permettrait une amélioration de la qualité des soins selon l'article L4021-1 du Code de la Santé Publique (47) :

« Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé »

La formation médicale continue et le développement professionnel seraient donc des solutions pour éviter les désinformations et discours contradictoires entre les soignants.

Nous venons de comprendre que les discours entre les soignants pouvaient être source de confusion pour les patientes et entraîner naturellement une méfiance envers le système de santé. Ces informations contradictoires peuvent mener à une incompréhension, les patientes sont alors tentées de perdre l'espoir de trouver des réponses et risquent donc de se détourner de la contraception.

Une patiente de notre échantillon nous a aussi évoqué une incompréhension face aux discours différents d'un même professionnel de santé lors de sa consultation et de celle d'une de ses proches. Fanny nous confie « *Le problème c'est qu'on est vite perdues parce qu'on n'a pas les mêmes infos. Franchement je te dis, ma pote elle est allée voir la même gynéco que moi et elle lui a dit plein de trucs qu'elle m'avait pas dit à moi* ».

Le devoir d'information personnalisée que nous avons vu précédemment pourrait peut-être expliquer les informations différentes reçues par deux patientes par le même professionnel de santé. En effet, nous avons compris que le soignant se devait de transmettre une information adaptée à sa patiente. Ainsi, deux patientes souhaitant la même contraception, reçues par le même professionnel de santé, devraient recevoir des informations différentes et adaptées à chacune.

Pour conclure sur cette première partie de notre étude, notre première hypothèse a été partiellement validée : certaines patientes sont en possession d'une information suffisante sur l'implant et d'autres non.

Nos trois axes de recherche nous ont amené à comprendre que l'information suffisante doit être une information adaptée et personnalisée, donnée à des moments clés, en évitant les discours contradictoires.

Il s'agit donc de donner la bonne information au bon moment à la bonne patiente.

Deuxième partie

De la première approche à la pose : un cheminement commun

II.1. La recherche des mêmes caractéristiques

II.1.1. résultat des entretiens

Caractéristiques recherchées

Dans cette deuxième partie, nous avons cherché à répondre à notre deuxième hypothèse.

Les patientes qui retirent leur implant prématurément ont un cheminement commun, de la première approche à la pose de l'implant.

Nous avons d'abord voulu comprendre les caractéristiques que recherchaient les patientes au moment de la pose.

- Premièrement, 100% des patientes ont évoqué la **sérénité et la tranquillité d'esprit** à laquelle elles aspiraient.

Alicia nous dit par exemple « *L'avantage c'est de ne pas se soucier de prendre une pilule tous les jours à heure fixe et de ne surtout pas avoir peur d'oublier. Il n'y a pas non plus besoin d'aller régulièrement voir un docteur ou une sage-femme ou renouveler l'ordonnance de pilule. Il n'y a pas besoin d'aller prendre une pilule du lendemain. Et puis encore une fois c'était vraiment rassurant de l'avoir en moi, j'avais pas besoin de me soucier de ça* »

Bérénice : « *Ca m'arrangeait de trouver une contraception sans rien prendre tous les jours, sans contrainte* »

- En deuxième lieu, six patientes ont évoqué la notion de **sécurité**.

Alicia : « Je voulais une contraception que j'appelle « sûre » c'est-à-dire que juste le préservatif pour moi ce n'était pas assez sûr. Je voulais vraiment être rassurée quand j'avais des rapports parce que tomber enceinte aurait été la pire chose pour moi »

Eléonore : « Surtout que je ne tombe pas enceinte ! »

- Puis vient la notion **d'aménorrhée**, en effet quatre patientes nous ont confié avoir choisi l'implant pour la possible aménorrhée.

Charlotte témoigne en ce sens « *Et le fait de pas avoir de règles c'était quand même une bonne chose. J'ai des douleurs de règles tous les mois et du coup pendant cette période j'étais bien contente de ne rien avoir* »

Gwendoline, quant à elle, l'exprime ainsi « *C'était d'être tranquille et aussi je pensais ne plus avoir mes règles* »

- Une patiente a évoqué l'idée de la **compatibilité avec le tabac**.

Fanny « *Et puis ça posait pas de problème pour le fait que je fume. Parce que moi en fumant avec une pilule, je serais devenue folle de stress* »

- Enfin, une patiente avait choisi l'implant pour la **discretion** de cette méthode de contraception.

Il s'agit d'Iris qui précise « *Je l'avais fait poser principalement pour des raisons privées, je voulais pas que mes parents le sachent* »



Figure 8 :

Nuage de mots des raisons du choix de l'implant

Choix de l'implant en fonction de la contraception précédente

Nous avons ensuite cherché un lien entre le choix de l'implant et la **contraception précédente**.

Nous nous sommes aperçu que neuf patientes de notre échantillon avaient d'abord essayé la pilule contraceptive. Trois patientes avaient choisi l'implant comme première contraception et une patiente avait choisi l'implant à la suite d'échecs successifs avec la pilule, le patch et le DIU.

Nous avons voulu relier les caractéristiques recherchées par les patientes et le rang de l'implant dans leur histoire contraceptive pour mettre en évidence une tendance.

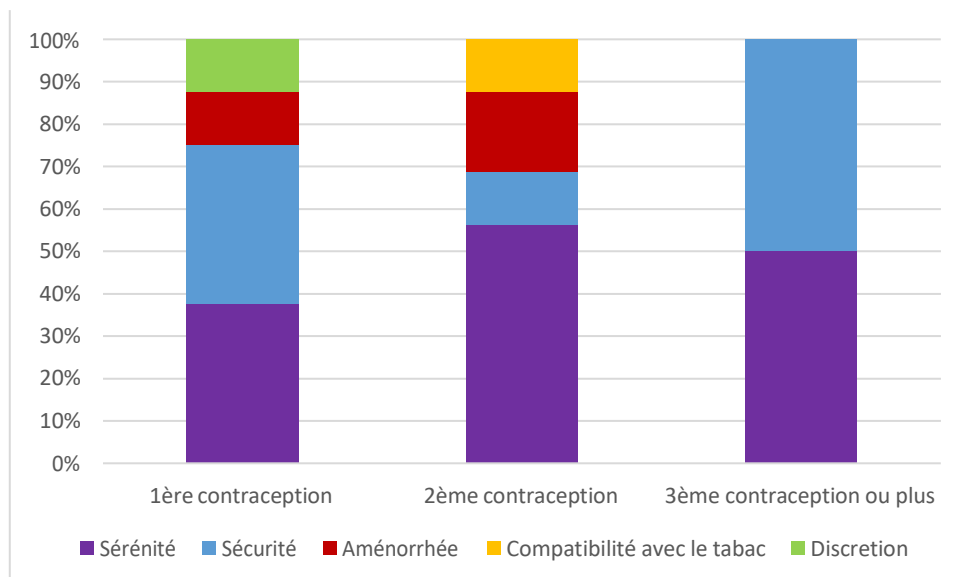


Figure 9 : Histogramme empilé 100% représentant les caractéristiques recherchées en fonction du rang de l'implant.

Nous nous apercevons que pour une première contraception, la sécurité et la sérénité sont les critères principaux et aussi importants l'un que l'autre. Lors d'une deuxième contraception, la sécurité est un critère moins déterminant et la sérénité prend une place beaucoup plus importante. Enfin, pour une patiente choisissant l'implant comme troisième contraception, la sérénité et la sécurité sont équivalents, les autres critères de choix n'occupant plus aucune place.

Choix de l'implant en fonction de la situation conjugale

Nous nous sommes aussi intéressé à la **place du couple** dans le choix de pose ou de retrait d'implant. Dans notre étude, dix patientes se considéraient en couple et trois non. Nous avons créé le même graphique pour mettre en évidence un lien entre le fait de se considérer en couple et les caractéristiques recherchées. Nous pouvons voir que toutes les patientes ayant choisi l'implant pour la possible aménorrhée étaient en couple.

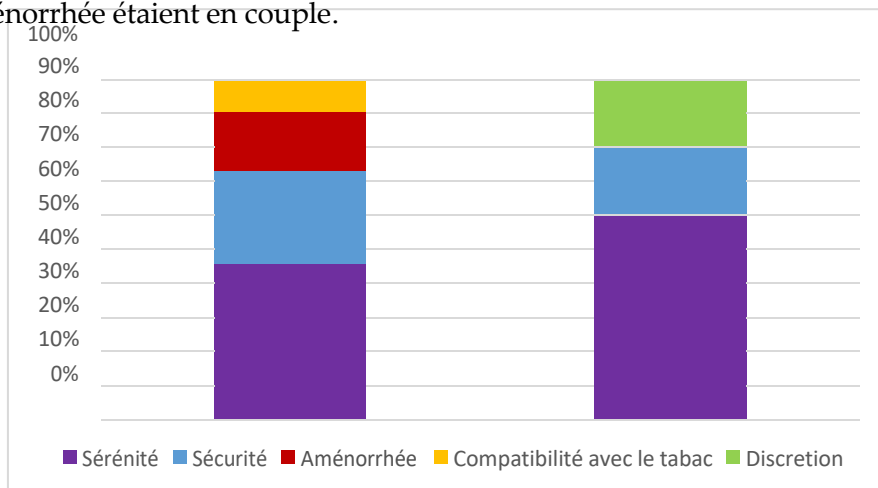


Figure 10 : Histogramme empilé 100% représentant les caractéristiques recherchées en fonction de la situation conjugale

Nous avons demandé aux patientes en couple si elles trouvaient un lien entre la pose ou le retrait de leur implant et leur vie de couple. Nous avons remarqué que quatre patientes sur dix ne reconnaissent pas de lien entre leur couple et l'implant :

Bérénice : « Euh non, je l'ai posé avant de rencontrer mon copain. De toute façon, j'ai été sous contraception en continu, j'ai pas envie d'arrêter ma contraception quand je suis pas en couple, on ne sait jamais ce qui peut arriver ! »

Louise : « Euh non parce que j'étais déjà en couple au moment où je l'ai posé. Mais c'était vraiment lié au voyage prévu, je voulais vraiment une contraception pratique »

En revanche, six patientes sur les dix en couple mettaient en évidence un lien entre leur couple et leur pose d'implant :

Fanny « La pose oui c'était lié à mon couple. Et je pense que si j'avais encore été en couple maintenant, je l'aurais peut-être pas retiré parce que j'aurais peut-être pas fait le lien entre le fait que j'étais pas bien et l'implant »

GINDRE Apolline

Gwendoline « *Oui j'étais en couple au moment de la pose et aujourd'hui aussi. J'ai commencé la contraception en couple et j'ai posé l'implant pour ça aussi. Et aussi le fait d'être en couple me l'a fait retirer parce que j'avais mes règles en permanence ! Mais oui c'est sûr que mon couple a joué un rôle* »

Choix de l'implant en fonction de l'âge

Enfin, nous avons voulu relier l'âge des patientes et les caractéristiques recherchées par ces patientes. Nous avons élaboré quatre tranches d'âge. La première tranche d'âge comprenait trois patientes entre 17 et 21 ans, la deuxième comprenait quatre patientes de 22 à 24 ans, la troisième incluait trois patientes de 24 à 28 ans et la dernière tranche d'âge regroupait trois patientes de 30 à 36 ans.

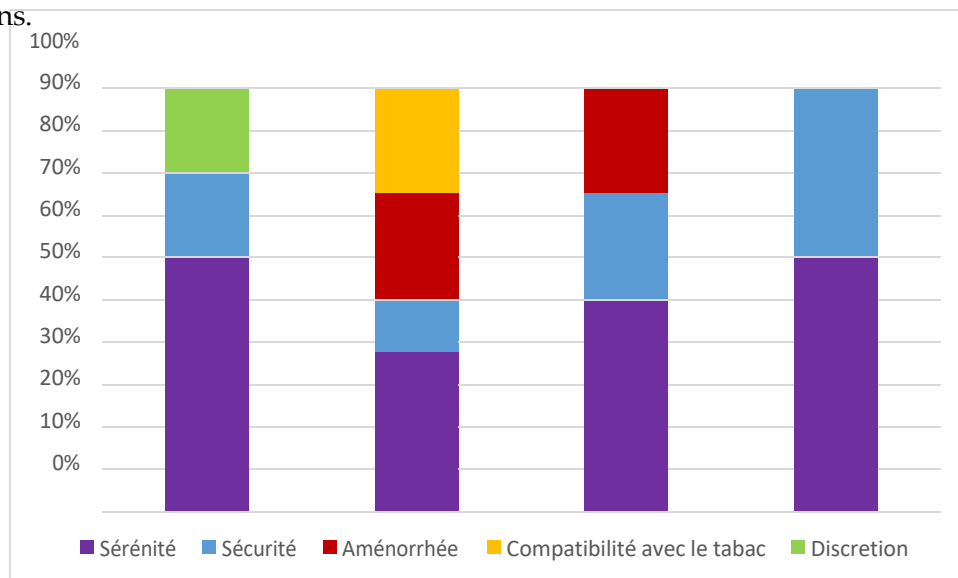


Figure 11 : Histogramme empilé 100% représentant les caractéristiques recherchées en fonction de l'âge

Sur ce graphique, nous pouvons observer que l'aménorrhée était un critère de choix pour les patientes entre 22 et 28 ans. La discrétion était un critère de choix pour les patientes plus jeunes, dans notre cas pour la patiente la plus jeune de l'échantillon. La compatibilité avec le tabac était un critère pour une patiente entre 22 et 24 ans. Pour les patientes entre 30 et 36 ans, la sécurité prend une part plus importante que pour les autres tranches d'âge.

II.1.2. Analyse et discussion des résultats

Nous avons donc vu qu'une caractéristique est recherchée systématiquement par les patientes : la **sérénité d'esprit** avec l'implant. En effet, l'implant offre la possibilité de ne pas avoir besoin d'y penser chaque jour. Comme nous le dit Alicia, *« il n'y a pas à penser à la pilule du lendemain ni à aller à la pharmacie régulièrement »*. Cela soulève une question. En effet, toutes nos patientes ont vécu des effets secondaires et la plupart connaissaient plus ou moins bien l'existence d'effets secondaires. Or ces effets secondaires semblent entraîner plus de préoccupation que de sérénité d'esprit. Nous pouvons peut-être penser qu'au moment de la pose, les avantages connus de l'implant ont occulté les inconvénients potentiels.

Aussi, seules deux patientes ont évoqué **l'absence de protection contre les IST**. Iris nous dit *« maintenant que j'ai plus d'implant, je pense à dire à mes partenaires de se protéger pour le coup. Alors qu'avec l'implant j'y pensais pas forcément, vu que c'est là et que ça bouge pas. Dans notre tête, rien ne peut nous atteindre et le bébé ne viendra jamais mais par contre les IST on y pense moins »*.

Pourtant, comme nous dit un article de Santé Publique France en 2019, le taux d'infections sexuellement transmissibles bactériennes est globalement à la hausse en France (48) notamment concernant la chlamydia et le gonocoque (49) et notamment dans la classe d'âge des 15-24 ans (48).

Or selon le Baromètre de la santé de 2016 (14), nous savons que l'implant est plus utilisé dans la classe d'âge des 20-24 ans avec un taux d'utilisation de 9,4% contre une utilisation totale de 4,3% chez les femmes de 15 à 49 ans. Bien que ce lien entre l'implant et l'augmentation des IST ne soit pas établi, nous pouvons comprendre que le fait de se sentir protégé contre une grossesse et de ne pas avoir à penser à cette éventualité peut entraîner un sentiment « d'invincibilité » et donc un manque de protection contre les IST. Il est important de bien rappeler aux patientes qui choisissent l'implant que ce moyen de contraception ne protège pas contre les IST et que le préservatif reste le seul moyen de s'en protéger efficacement.

Figure 12 :

Graphique représentant l'utilisation des moyens de contraception en France en 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans.



La **sécurité** était aussi évoquée par presque la moitié de notre échantillon comme critère de choix pour l'implant. En effet, l'implant étant la contraception avec le meilleur indice de Pearl, concernant l'efficacité pratique et théorique avec un indice de Pearl à 0,05, il est donc légitime que ce critère participe à la décision de pose de l'implant.

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

Figure 13 : Tableau comparatif des efficacités des principales méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011

D'autres caractéristiques relatives à l'implant étaient plus personnelles dans nos témoignages : discrétion, réduction des douleurs du cycle naturel par l'aménorrhée, compatibilité avec le tabac. Ces caractéristiques peuvent en effet convenir à certaines personnes comme Iris qui souhaitait cacher sa contraception à ses proches ou Fanny qui était stressée de fumer en prenant la pilule.

La possible **aménorrhée** entraînée par l'implant était plus discutée selon nos patientes. Nous avons eu deux points de vue concernant cette caractéristique :

- « *Oui, normalement tu devrais les avoir mais là ça vient pas et quand ça vient c'est noir. Pour moi c'est pas une chose qui est normale et c'est pas bon* »
- « *Le fait de pas avoir de règles c'était quand même une bonne chose. Parce que j'ai des douleurs de règles tous les mois et du coup pendant cette période j'étais bien contente de ne rien avoir* »

Comme nous le montre un article publié en 2005 dans un journal de comptes-rendus de gynécologie, le Zentralblatt für gynaekologie (50) « A travers l'histoire, la menstruation est conçue de manière ambivalente. Cette ambivalence est encore présente dans l'expérience subjective des femmes modernes, qui vivent le processus biologique de la menstruation mais lui attribuent finalement un sens émotionnel et cognitif ».

L'aménorrhée peut donc être perçue, selon les personnes et les cultures, comme un atout ou un poids. Cette caractéristique de l'implant est donc un critère de choix pour la pose de l'implant ou pour le retrait.

Un dernier point abordé par les patientes était la **discrétion** de l'implant. Cette discrétion peut être liée à l'emplacement de l'implant. En effet placé sous la peau du bras, il est invisible et indolore.

Nous pouvons remarquer qu'aucune patiente n'a évoqué le **prix de l'implant** comme critère de choix ou de non-choix. Nous savons, selon « L'état des lieux des pratiques contraceptives » rendu public par la HAS en 2013 (10), que le coût moyen annuel de l'implant le place en 8^e position la moins chère après les diaphragmes, les DIU et les pilules progestatives et oestroprogestatives remboursées. Il s'agit d'une contraception adaptée aux femmes ayant accès à la sécurité sociale

car l'implant est remboursé à 65% par celle-ci.

Une autre question peut être soulevée concernant le caractère **intrusif** de l'implant.

« L'état des lieux des pratiques contraceptives de l'HAS » (10) nous dit qu'un des freins au choix de l'implant serait « La présence d'un corps étranger vécu comme intrusif ». Nous avons certes interrogé des patientes ayant déjà posé un implant mais nous leur avons tout de même demandé si le fait que l'implant soit placé sous la peau avait été un frein pour le poser ou un inducteur pour le retrait. 100% de nos patientes ont estimé que cela n'avait pas été un aspect dérangent de l'implant. L'une des patientes a même estimé que l'implant n'était justement pas intrusif « *c'est pas intrusif contrairement à un truc qu'on met dans le vagin, pas besoin d'écarter les jambes* ». En effet, l'implant se place sous la peau mais la patiente n'a pas besoin d'être en position gynécologique pour le poser et le bras n'est pas un endroit considéré comme intime du corps. Ainsi, l'aspect intrusif de l'implant n'est donc pas commun à toutes les patientes et sa localisation peut être considérée comme intrusive ou non.

Enfin, les témoignages reçus ont mis en lumière une ambivalence dans le processus de choix de l'implant.

- Certaines des patientes interrogées plaçaient dans l'implant l'espoir d'une contraception parfaite « *Ca me semblait être la meilleure contraception* » « *L'implant me semblait vraiment être la bonne solution pour moi* » « *L'implant je pensais que c'était la meilleure idée, j'avais enfin trouvé la contraception qu'il me fallait* » « *pour moi c'était l'idéal de me dire que j'allais pas avoir mes règles et que je serai tranquille* »
- D'autres, au contraire, choisissaient l'implant par défaut « *Oui on choisit de prendre l'implant mais on doit bien choisir une contraception. Quelque part, on a un choix mais pas très large de quatre ou cinq contraceptifs et faut en choisir un. Si je pouvais j'en choisirais aucune mais j'ai pas envie de tomber enceinte tous les six mois* » « *Je ne veux pas avoir à subir cette contraception toute ma vie* » « *en fait faut choisir entre la peste et le choléra* »

Cette ambivalence met en lumière la difficulté pour trouver une contraception adaptée pour chaque patiente. Les témoignages nous montrent l'importance fondamentale de la contraception mais aussi l'impression qu'ont certaines femmes que celle-ci aura, quoiqu'il arrive, un fort impact sur le

mode de vie.

Premièrement, bien que nous retrouvions des caractéristiques communes recherchées par toutes les patientes ou presque comme la sérénité et la sécurité, certaines caractéristiques sont plus spécifiques en fonction des patientes et de leurs besoins.

Deuxièmement, nous n'avons pas pu identifier de corrélations systématiques entre les caractéristiques recherchées par les patientes et les tranches d'âge, le statut conjugal et le rang de l'implant dans la vie contraceptive.

Nous avons cependant pu mettre en lumière des tendances dont voici les principales :

- Les patientes recherchaient plus souvent la sécurité lors d'une première contraception que lors d'une deuxième contraception.
- La recherche de l'aménorrhée était un critère de choix important pour les patientes qui se considéraient en couple.
- La discrétion était un critère plutôt recherché par les patientes les plus jeunes et qui utilisaient l'implant comme première contraception. Cela peut s'expliquer par le fait que ces patientes vivent encore au sein du foyer familial, avec leurs parents notamment.
- La compatibilité de l'implant avec le tabac était une caractéristique recherchée chez les patientes entre 22 et 24 ans, cela peut s'expliquer par le pourcentage plus élevé de fumeurs en France dans la tranche d'âge des 20-24 ans en 2014 (51).

Nous pouvons donc conclure que les patientes recherchent globalement les mêmes caractéristiques avec des nuances selon leurs besoins personnels. Nous pouvons donc **valider notre deuxième hypothèse.**

II.2. La place de l'entourage

II.2.1. Résultat des entretiens

Pour compléter la réponse à cette deuxième hypothèse, nous nous sommes demandé si l'entourage avait un impact dans le cheminement de pose de l'implant et si cette influence était commune aux différentes patientes que nous avons interrogées.

Nous avons donc voulu savoir comment les patientes interrogées avaient **entendu parler de l'implant**.

Nous avons posé la question suivante à toutes nos patientes : Comment avez-vous entendu parler de l'implant et comment avez-vous décidé de le poser ?

Trois façons d'entendre parler de l'implant ont été exprimées : par Internet, par l'entourage et par un professionnel de santé. Nous avons donc voulu savoir quel élément avait été le plus décisif dans un premier temps puis dans un deuxième temps et pour certaines patientes, dans un troisième temps. Comme **première source** d'aide à la décision, huit patientes ont évoqué l'entourage, trois ont évoqué Internet et deux ont évoqué un soignant.

Comme **deuxième source** d'aide à la décision, huit patientes ont évoqué un soignant et cinq ont évoqué Internet.

Enfin trois patientes ont évoqué leur soignant comme une **troisième source** d'aide à la décision.

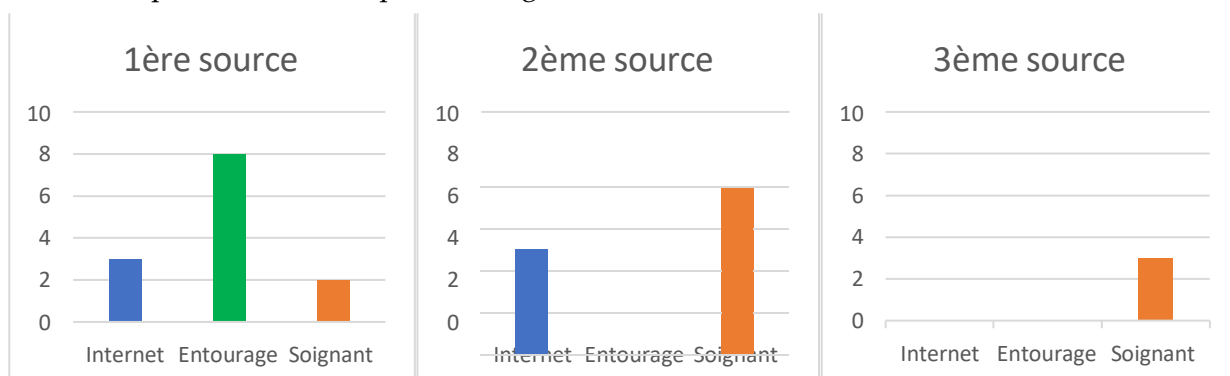


Figure 14 : Graphiques représentant chronologiquement les sources d'aide à la décision des patientes interrogées

Nous pouvons observer que toutes des patientes citant leur entourage comme élément de connaissance de l'implant l'ont cité comme première source. Internet était cité comme première et deuxième source d'aide à la décision mais jamais comme troisième. Enfin, le soignant était peu cité comme première source d'aide à la décision mais beaucoup plus comme deuxième et troisième.

Nous pouvons aussi observer que toutes les patientes ont évoqué au moins deux sources, quel que soit l'ordre.

Pour illustrer ces résultats, nous pouvons citer le témoignage de Gwendoline qui faisait partie des patientes évoquant trois temps d'influence : *« Ma sœur en a un, dans mes copines très peu en ont mais les sœurs de mes copines en ont. Après sur internet j'ai trouvé plein d'infos donc ça m'a rassurée. Et puis je suis allée voir ma gynéco en lui disant que je voulais un implant pour qu'elle confirme que c'était bien pour moi ».*

Nous pouvons aussi citer le témoignage d'Eléonore qui faisait partie des patientes citant deux temps d'influence : son entourage et un soignant *« En fait ma belle-sœur l'avait déjà mais elle n'avait pas encore les problèmes. Donc j'ai eu cette idée et je me suis dit pourquoi pas. [...] Après c'est à la maternité qu'ils me l'ont prescrit [...] Donc j'ai pris rendez-vous plus tard pour le mettre voilà ».*

Nous avons aussi voulu savoir si les patientes interrogées estimaient qu'il y avait un **lien entre leur entourage et la décision de pose** de l'implant. Trois patientes ont évoqué l'absence de lien entre ces deux éléments. Parmi elles, deux ont expliqué cette absence de lien de manière très explicite.

Alicia : *« Pas vraiment, vu que j'ai pas eu de petit copain au collège/lycée, ça n'a pas été un sujet dont j'ai parlé avec mes parents. Et puis j'étais pudique avec mes parents. Donc je me suis renseignée seule sur internet. Au moment de la pose de l'implant je ne vivais pas avec ma famille donc je n'ai pas eu l'occasion d'en parler avec eux. Ils savent que j'ai un implant mais c'est tout »*

Charlotte : *« Une aide ? Non parce qu'ils ne s'y connaissent pas. Après je pouvais quand même bien discuter avec eux, surtout avec les femmes : ma grand-mère, ma mère, ma belle-mère. Mais j'ai l'impression que personne ne sait trop en fait donc c'est pas eux qui m'ont fait prendre cette décision »*

Cinq patientes ont estimé qu'il y avait un lien fort entre les avis de leur entourage et la décision de pose de l'implant. C'est notamment le cas de Fanny *« j'avais des copines qui l'avaient fait et chez qui ça s'est très bien passé » « Tu vois moi j'ai dû me contenter du fait que j'ai deux copines qui ont l'implant et chez qui ça se passe bien pour me dire que moi aussi peut-être »*

Nous avons aussi pu observer dans nos témoignages un impact de l'entourage sur la **décision de retrait** de l'implant. En effet, les mêmes cinq patientes qui avaient évoqué un lien entre leur entourage et la pose de l'implant avaient aussi évoqué ce lien entre l'entourage et le retrait de l'implant.

Fanny « *J'entendais pas mal autour de moi que sa copine, sa fille, sa sœur avait eu un implant et que pendant la durée de l'implant, la personne n'allait vraiment vraiment pas bien... petite dépression... et que depuis qu'elles l'ont enlevé ça allait beaucoup mieux. Donc je me suis dit peut-être que moi aussi* »

Iris « *Et pour le coup mon père est pas du tout à l'aise avec le fait que j'en ai un [implant] à cause du fait qu'elle [belle-mère] avait très mal réagit, qu'elle s'était évanouie et donc du coup il m'a raconté l'histoire. Et ça m'a inquiété pour si peu et donc j'ai décidé de le retirer. Donc l'élément déclencheur c'était mon papa* »

II.2.2. Analyse et discussion des résultats

Dans notre étude, huit patientes sur treize avaient cité l'entourage comme première source d'information sur l'implant. Cela nous prouve que les patientes se renseignent sur la contraception dans la sphère privée avant de consulter un professionnel de santé. Le fait de se faire conseiller une contraception par une personne avec laquelle le lien de confiance est établi facilite l'adhérence à cette contraception : « Si ça a fonctionné pour elle, ça devrait fonctionner pour moi ». On retrouve donc chez la plupart des patientes un même besoin de témoignages de l'entourage pour s'imaginer avec l'implant.

Nous pouvons noter que les patientes semblent vouloir confronter les discours reçus de l'entourage et d'internet avec celui d'un professionnel de santé. En effet, sachant que la durée moyenne d'une consultation avec un médecin généraliste est de 16 minutes en France en 2006 (52), les patientes peuvent anticiper l'information partielle qu'elles pensent recevoir en allant consulter leur professionnel de santé. L'entourage apparaît donc comme un traducteur du jargon médical, un outils de compréhension.

A l'inverse, nos témoignages nous montrent un autre aspect de l'entourage, plus spécifique à

l'implant. Certaines patientes choisissent l'implant pour cacher leur contraception à leurs proches. L'entourage a donc davantage un rôle de catalyseur dans le choix de l'implant, par rapport à une autre méthode de contraception plus visible.

Nous retrouvons une thèse de médecine soutenue en 2015 à Grenoble par Laure Vuarand concernant les moyens de recherche d'information par les adolescents (53). Nous apprenons que les jeunes se tournaient vers leurs pair.e.s en première intention pour les questions de santé, dont la sexualité et la contraception, et vers leur famille en première intention pour les questions de santé générale. La famille était placée en 3^e position après les amis et internet pour les questions de sexualité et de contraception. Cette étude nous montrait aussi que les adolescents se tournaient vers leurs ami.e.s dans 70% des cas, leur famille dans 40% des cas et leur médecin traitant dans 16% des cas concernant les questions de sexualité et contraception.

Enfin, Marion Delbosco dans sa thèse de médecine soutenue en 2017 à Nice (54) cite « Bien que l'avis médical reste prépondérant, celui de l'entourage proche, tels que la mère, les amies ou le conjoint, semble participer au choix de la patiente ».

Dans la littérature internationale, nous pouvons citer une étude pertinente démontrant le rôle important de l'entourage pour les adolescents de 12 à 18 ans en Espagne publiée en 2008 (55). Cette étude impliquait 475 élèves et a montré que la famille était la première source d'information pour les questions de santé, s'en suivait les ami.e.s, médecin traitant et internet.

Nous apprenons donc dans notre étude et dans les autres études citées que l'entourage a un rôle presque qu'aussi important pour le choix d'une contraception que celui du professionnel de santé. Nous retrouvons aussi un cheminement globalement similaire entre celui des patientes de notre étude et des études citées : l'entourage représente une source d'aide à la décision à laquelle les patientes s'adressent dans un premier temps, le professionnel de santé étant appelé dans un second temps. Ce cheminement globalement commun nous invite à **valider notre deuxième hypothèse**.

Il est donc important d'inclure l'entourage dans les actions de prévention et d'éducation à la santé. L'éducation par les pairs est un concept développé dans les années 70 et définie par la Commission Européenne (56) comme une « approche éducationnelle faisant appel à des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de

l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences ». L'éducation par les pairs peut donc se présenter comme une solution pour améliorer les connaissances sur la contraception dans la population générale.

II.3. La place du professionnel de santé

II.3.1. Résultat des entretiens

De même que nous nous sommes intéressé à l'influence de l'entourage, nous avons voulu comprendre l'impact du professionnel de santé dans le cheminement pour la pose de l'implant.

Premièrement, nous avons repris les résultats précédents concernant les sources d'aide à la décision ayant amené les patientes à poser leur implant :

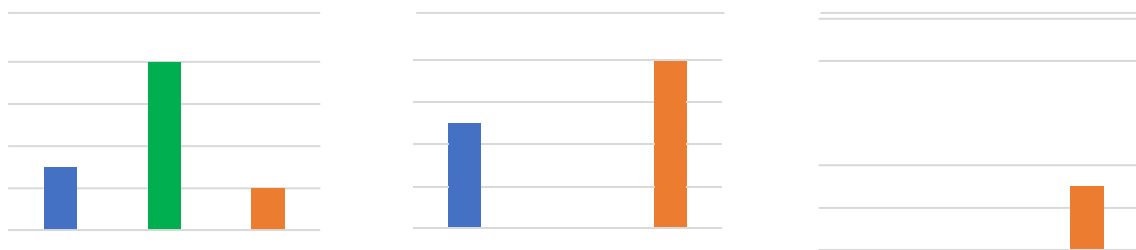


Figure 15 : Graphiques représentant les sources d'information des patientes interrogées

Nous savons que toutes nos patientes ont évoqué le professionnel dans le processus de réflexion pour la pose de l'implant. Nous pouvons aussi observer que la plupart des patientes ont évoqué le soignant comme 2^e ou 3^e informateur principalement.

Les témoignages d'Iris et de Julia sont ceux des patientes considérant le professionnel de santé comme première personne leur ayant évoquant l'implant.

Iris « *Et puis arrivée au planning familial en seconde parce que ça m'intéressait, et parce que j'en avais besoin, j'ai posé des questions sur l'implant [...] et j'ai trouvé que l'implant c'était le moyen le plus simple pour moi d'avoir une contraception étant donné qu'il fallait que ce soit discret* »

Julia « *Je ne connaissais pas du tout, c'est le médecin traitant qui m'en a parlé* »

Nous nous sommes ensuite intéressé au **suivi par le professionnel de santé**. Onze patientes sur treize ont estimé important le suivi gynécologique par le même soignant.

Fanny nous précise « *Si c'est un bon professionnel, oui carrément ! C'est l'avantage qu'elle me connaisse et qu'elle peut me dire « la non cette contraception ça va pas t'aller ». Alors que quand on rencontre quelqu'un pour la première fois, on va pas forcément tout expliquer sur notre vie, moi c'est difficile d'expliquer que je suis hypersensible par exemple »*

Kelly apporte un témoignage similaire « *Oui généralement je vais chez la même personne. Moi j'ai un gynécologue homme qui est très compréhensif, qui m'a suivi tout au long je vais dire, depuis que je suis jeune. Voilà on a une confiance, c'est quand même notre vie intime. Et c'est pour ça que j'ai besoin d'aller voir la même personne. C'est pas comme un médecin généraliste qu'on va voir quand on a un rhume et on va en voir un autre. Ici c'est quand même la vie intime et puis bon, si les problèmes peuvent être liés à autre chose, il est capable de nous le dire comme il nous a suivi depuis longtemps »*

Louise « *Oui parce qu'on a un suivi sur le comportement, sur ce que je peux supporter ou non, sur ce qui ne va pas ou non, elle me connaît »*

Seules deux patientes n'ont pas trouvé d'intérêt dans le suivi par le même professionnel, bien qu'Héloïse précise l'aspect rassurant de consulter dans un même établissement de santé.

Héloïse « *Non c'est pas très important. De toute manière c'est dans le même établissement donc je me dis qu'ils ont mon dossier si besoin »*

Daphné « *Pour moi c'est pas important, quelqu'un qui peut l'enlever il l'enlève c'est pas grave »*

Nous avons fait ressortir les mots forts de la description du suivi régulier des onze patientes qui y portaient de l'importance, dans le nuage de mots ci-dessous.



Figure 16 :

Nuage de mots représentant l'avis des patientes sur la question du suivi

personnalisé

Nous avons ensuite pu nous intéresser aux **caractéristiques du professionnel de santé** pour qu'ils soient jugé positivement par nos patientes. Onze patientes sur les treize interrogées ont évoqué les caractéristiques qu'elles ont appréciées chez leur soignant. Les principales caractéristiques retrouvées étaient la disponibilité, l'écoute attentive, l'acceptation des choix de la patiente et la capacité à rassurer.

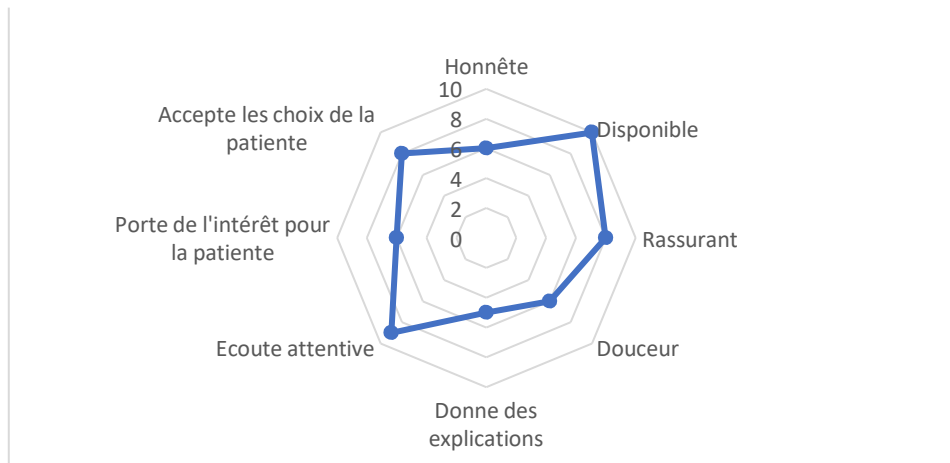


Figure 17 : Graphique radar représentant les caractéristiques du « bon » soignant selon les patientes interrogées.

Certains témoignages ont montré l'importance du professionnel de santé dans la **satisfaction** que ressent la patiente lors de la consultation.

Alicia « *Et la sage-femme était assez agréable et m'avait rassurée donc j'avais l'impression d'avoir suffisamment d'informations* »

Charlotte « *Non mais en même temps j'avais confiance en mon gynéco donc j'avais pas l'impression d'avoir besoin de plus sur le moment* »

Enfin, d'autres témoignages nous ont montré l'impact d'un professionnel de santé sur la **décision de retrait** d'implant comme celui de celui de Marie « *Et puis à un moment je suis allée voir un docteur et je lui ai demandé son avis et il m'a dit « non non ton corps ne le supporte pas » et à partir de ce moment je me suis dit ok stop on l'enlève* »

Nous avons enfin demandé à toutes nos patientes si elles considéraient que **le choix de l'implant**

était réellement le leur et non celui du soignant. 100% de nos patientes ont affirmé que c'était réellement leur choix.

II.3.2. Analyse et discussion des résultats

La relation soignant-soigné représente un enjeu central dans la prise en charge des patients. Nos résultats nous ont montré l'impact de cette relation sur la décision de pose ou de retrait de l'implant. En effet, toutes les patientes ont évoqué le professionnel de santé dans le processus de choix de l'implant et particulièrement en deuxième ou troisième position. Ce besoin de l'aval du professionnel de santé avant de poser l'implant peut être expliqué par le fait que l'implant est une contraception nécessitant un acte médical. Contrairement à certaines contraceptions, l'implant nécessite une consultation pour débiter ou arrêter cette contraception.

De plus, certains témoignages nous ont montré que la qualité du lien patiente-soignant peut même parfois compenser le manque d'informations. Cette relation paraît donc centrale dans la satisfaction concernant une contraception. En effet, un article du CGNOF paru en 2018 (8) révèle que la « qualité de la communication interpersonnelle permettrait une plus grande persistance contraceptive. Un comportement attentif au début de la consultation et facilitant l'expression des points de vue de la femme augmenterait la persistance de la contraception initialement prescrite ».

Nous avons pu déceler des éléments de réponse corroborant cet article dans les réponses de nos patientes. Alicia nous révèle que « Clairement ça change tout une sage-femme qui te rassure et qui te connaît. Comme elle sait mieux te dire si une contraception te va ou pas, on peut mieux lui faire confiance pour choisir »

Lors d'un suivi à long terme, la patiente prend confiance en son professionnel de santé qui va petit à petit connaître sa vie mais aussi des détails plus personnels qui ne seraient pas dévoilés lors d'une première consultation. La patiente peut donc faire confiance à son soignant en lui remettant entre les mains la validation de la contraception.

La méthode BERCER est un modèle défini par l'OMS qui propose six étapes pour la première consultation de contraception : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour. L'HAS précise que cette méthode présente deux approches (57) : le *Counseling* et la démarche éducative. Le *Counseling* est une démarche basée sur l'empathie favorisant l'expression du choix personnel de la patiente et la démarche éducative vise à rendre autonome la patiente dans sa prise

en charge.

Dans notre étude, nous avons vu que toutes les patientes ont estimé que le choix de l'implant était réellement leur choix. Cette information pourrait montrer que le *Counseling* a été respectée dans le témoignage de nos patientes mais la démarche éducative peut-être moins.

Une revue du Cairn sur la relation soignant-soigné (58) nous apprend qu'il s'agit d'une relation complexe à étudier, une « rencontre de deux subjectivités ». Dans la littérature, différents modèles de relation ont été établis, comme le modèle d'Emanuel et Emanuel et de Szasz et Hollender. Ce modèle décrit quatre personnalités médicales différentes : paternaliste : « le médecin est décideur de la qualité de vie et de la philosophie de vie du patient » (59), informatif basé sur l'autonomie du patient avec l'éclairage du soignant, interprétatif et délibératif.

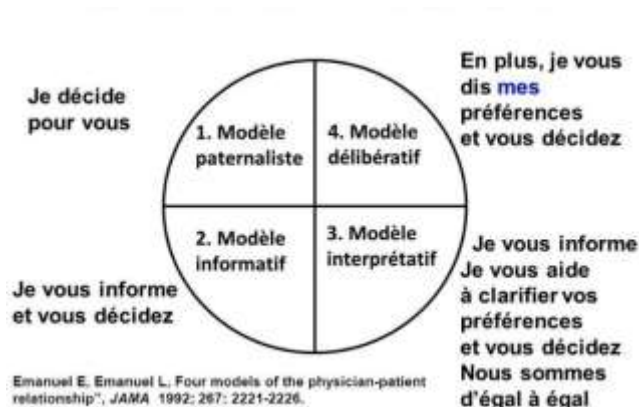


Figure 18 : Le modèle de Szasz et Hollender est décrit comme un modèle à trois niveaux : activité-passivité / direction-coordination / participation mutuelle (60)

Cette relation soignant-soigné est asymétrique, en effet le besoin du soigné le rend plus vulnérable et passif, sa souffrance le diminue. Alors que le soignant est en position de connaissance et apporte l'aide nécessaire. Or dans notre situation, la patiente demandant une contraception n'est pas diminuée ou souffrante. En revanche, elle a un réel besoin d'informations, de confiance et d'encadrement bienveillant par le soignant. Un article Canadien de 2012 *Du paternalisme à l'encadrement bienveillant* (61) définit l'encadrement bienveillant grâce à trois critères :

- « Il doit se fonder sur les besoins et les problèmes particuliers du patient
- Il doit être adopté en réponse à une demande ou à des besoins du patients, de manière implicite ou explicite, ou avec l'approbation du patient
- Il implique la nécessité et la volonté d'adapter sa pratique, il repose sur la flexibilité et le jugement du médecin, acquis par l'expérience, plutôt que sur une liste de règles »

Cet encadrement bienveillant regroupe les caractéristiques du « bon » professionnel citées par les patientes de notre étude : disponibilité, écoute attentive, acceptation des choix de la patiente, capacité à rassurer, intérêt, douceur, explications. Pour pouvoir mettre en application ces caractéristiques, le suivi est une solution notable. En effet, le suivi permet de bien connaître la patiente et lui donner les informations adaptées à son cas. Mais ce suivi nécessite du temps et de la disponibilité.

Le professionnel de santé a donc une place centrale dans le cheminement vers la prescription d'une contraception et notamment de l'implant, qui nécessite un acte médical pour le poser et le retirer. En effet comme nous l'avons vu précédemment dans la thèse de médecine de Laure Vuarand en 2017 (53), le professionnel de santé est généralement appelé en second lieu, après l'entourage et internet. Cette étude a aussi élaboré des notes de fiabilité attribuées par les adolescents de l'étude. Ainsi, internet obtenait une note de fiabilité de 6/10 versus 9/10 pour les autres professionnels de santé, 8/10 pour la famille et 7/10 pour les ami.e.s. On observe donc que le professionnel de santé est vu comme une personne de confiance pour les jeunes. L'accès plus difficile au professionnel de santé, la peur d'être jugé.e et la connaissance de la courte durée de la consultation poussent les patientes à se renseigner auprès de leur entourage avant leur professionnel de santé.

Le professionnel de santé représente donc une personne charnière, souvent appelée en dernier temps, pour conseiller ou déconseiller cette méthode de contraception, notamment lorsque la relation de confiance a été créée grâce au suivi. Cette réflexion est à contrebalancer avec les témoignages des patientes qui arrivent déjà à la consultation avec l'idée de vouloir poser un implant. Ces patientes sont peut-être d'autant plus à informer et conseiller pour éviter le mauvais vécu des effets indésirables.

Nous avons pu voir dans cette sous-partie que toutes les patientes n'ont pas la même histoire avec leur professionnel de santé mais toutes ont cité leur soignant dans le processus de décision de l'implant. Le professionnel de santé a donc une place centrale dans le choix de cette contraception et le suivi sur un long terme permet une meilleure communication et donc un choix plus adapté et éclairé de leur contraception. La méthode BERCER, le *Counseling*, la

démarche éducative et l'encadrement bienveillant ouvrent la porte à un lien fort entre le soignant et la patiente et peuvent aider à trouver la contraception la plus adaptée dont les effets secondaires seront les mieux tolérés.

En conclusion, les patientes interrogées cherchaient presque toutes les mêmes caractéristiques et cheminaient d'une façon globalement similaire jusqu'à leur décision de pose. Bien que nous ne retrouvions pas un cheminement commun à toutes les patientes interrogées, nous avons pu dégager une tendance, ce qui nous permet de **valider notre deuxième hypothèse**.

En effet, les patientes ayant posé un implant cherchaient principalement de la sérénité et la sécurité pour leur contraception. L'entourage a une place importante dans le choix d'une contraception, que ce soit par des témoignages de proches ayant une bonne expérience avec l'implant ou pour cacher leur contraception à leur entourage. Enfin le professionnel de santé a une place centrale dans le choix d'une contraception pour aider les patientes à trouver la meilleure contraception pour elles ainsi que pour poser et retirer l'implant. Le suivi des patientes est essentiel pour permettre au professionnel de santé de trouver cette place centrale.

Troisième partie

Retirer son implant pour améliorer sa qualité de vie

III.1. Le retentissement de l'implant sur la qualité de vie

III.1.1. Résultat des entretiens

Pour répondre à notre problématique, nous avons voulu confirmer ou infirmer notre troisième hypothèse :

Les patientes demandent le retrait prématuré de leur implant afin d'améliorer leur qualité de vie

Nous avons donc étudié le retentissement des effets indésirables de l'implant sur la qualité de vie des patientes.

Les **modifications des menstruations**, comprenant les règles abondantes et les *spottings*, étaient un des principaux effets secondaires cités par les patientes interrogées dans notre étude. En effet, huit patientes sur treize avaient vécu une modification de leurs règles. Nous avons demandé à ces patientes de nous préciser la façon dont leur qualité de vie était diminuée du fait des effets indésirables.

La fatigue et la peur de l'anémie ont été citées par six patientes sur huit. La surcharge mentale comme nous l'a illustré Marie « *Faut y penser tout le temps en fait, c'est lourd de changer ses serviettes tout le temps, faut penser à en avoir toujours dans son sac* » a été citée par quatre patientes sur huit. L'aspect anormal/la peur d'être malade, la limitation des activités, l'irritation de la vulve sont des aspects ayant été respectivement cités par deux patientes. Enfin, la douleur, la peur de l'hémorragie, le cout des protections, l'odeur et la vie de couple altérée sont des aspects ayant chacun été cités par une patiente. Le graphique ci-après représente les aspects de la vie

des patientes ayant été affectés par la modification de leurs règles, du plus fréquent au moins fréquent.



Figure 19 : Graphique représentant l'impact des modifications des règles sur la qualité de vie des patientes interrogées, du plus fréquent au moins fréquent

Comme nous l'illustre Fanny, les modifications des règles ont beaucoup altéré sa qualité de vie « Bah mettre des protèges slips le matin, bon un qui tient toute la journée ça va. Mais imagine tu vas dormir chez une copine ou tu dors pas chez toi et t'oublie tes protèges slips c'est chiant. Et c'est surtout qu'à la fin un protège slip c'était même plus suffisant quoi, fallait que je mette des serviettes. Encore les protèges slips tu les sens pas mais les serviettes hygiéniques tous les jours c'est pas possible. Et puis au final tu perds beaucoup de sang et c'est fatiguant parce qu'on perd du fer ».

Marie aussi nous explique son ressenti face à des métrorragies abondantes lors de son port d'implant « C'était vraiment très abondant, j'avais deux semaines de répit et ça revenait pendant trois semaines à un mois. Des fois je me disais que j'étais pas normale et que j'allais avoir de l'anémie ! Enfin c'était quasiment une hémorragie parfois, je me vidais de mon sang certains jours. J'étais épuisée et puis je pouvais plus sortir de chez moi, imagine si ça déborde sur mon pantalon en public c'est pas possible ».

Prise de poids

Nous avons étudié de la même manière l'impact de la **prise de poids** sur la vie des trois patientes de notre échantillon ayant vécu cet effet indésirable. Nous avons pu mettre en lumière que l'incompréhension était un sentiment cité par les trois patientes ayant vécu une prise de poids. Cette incompréhension était liée au décalage entre les efforts fournis (régime alimentaire adapté ou activité physique augmentée) et la prise de poids. Deuxièmement la honte face à l'entourage, l'impact sur le moral et le dégoût de son corps étaient cités par deux patientes sur les trois. Enfin, la contrainte d'un régime alimentaire, le sentiment d'échec, le sentiment d'anormalité et l'insatiabilité étaient chacun cités par une patiente.



Figure 20 : Graphique représentant l'impact de la prise de poids sur la qualité de vie des patientes interrogées, du plus fréquent au moins fréquent

Charlotte nous illustre bien l'impact de la prise de poids sur son quotidien « *J'ai pris 6-7 kg en 10 mois sans raison particulière et ça je le vivais assez mal. Chaque fois que je montais sur la balance je grossissais alors que je mangeais comme avant, je ne comprenais pas trop. [...] Et puis c'était un peu contraignant à 20 ans de faire un régime alimentaire aussi strict* ».

Eléonore aussi nous a témoigné de son mal-être face à sa prise de poids « *Oui ça m'a beaucoup dérangé à tel point que j'ai dit à mes amis que j'arrivais pas à trouver des fringues pour moi. Tout ce que je*

mets sur moi ça me va pas. Rien ne va à ma morphologie, j'étais vraiment dégoutée. Moralement c'était très difficile. Et ça a commencé dès le début ».

Modifications de l'humeur

Nous avons posé le même type de questions pour les **modifications de l'humeur** qui étaient un effet secondaire vécu par quatre patientes sur les treize participantes. Nous avons pu observer que l'agressivité envers leurs proches était l'élément cité par le plus de patientes, soit trois patientes sur quatre. La déprime inexplicée était le deuxième élément le plus cité, par deux patientes sur les quatre. Enfin, le sentiment de ne plus se reconnaître, la peur de perdre ses proches et les difficultés dans la vie de couple ont été chacun cités par une patiente.

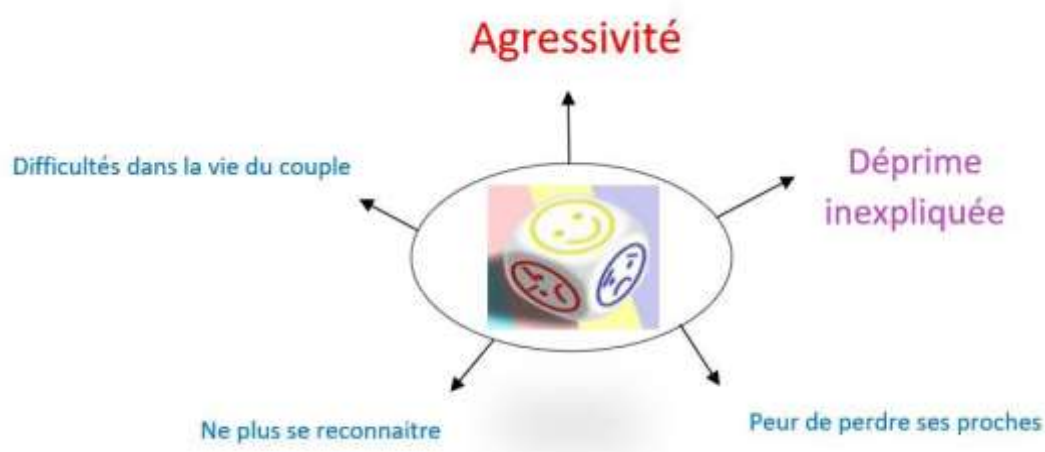


Figure 21 : Graphique représentant l'impact des modifications de l'humeur sur la qualité de vie des patientes interrogées, du plus fréquent au moins fréquent

Concernant cet effet secondaire, Eléonore nous confie « *je suis devenue trop nerveuse, je ne supportais rien au point où je suis devenue insupportable avec mes enfants. J'étais plus moi-même. Mon entourage a remarqué ces changements et je suis devenue très agressive. Jusqu'au point où mon fils m'a dit : « qu'est-ce qu'il y a maman tu ne m'aimes plus ? ». Alors là j'ai pleuré. Comment ça se fait que mon fils me dise ça ? C'était à cause de l'implant. C'était une expérience vraiment difficile* ».

L'aménorrhée

L'aménorrhée était un effet secondaire vécu par deux patientes de notre échantillon de treize patientes. Le sentiment d'anormalité a été cité par les deux patientes et la peur d'être malade a été citée par une patiente.

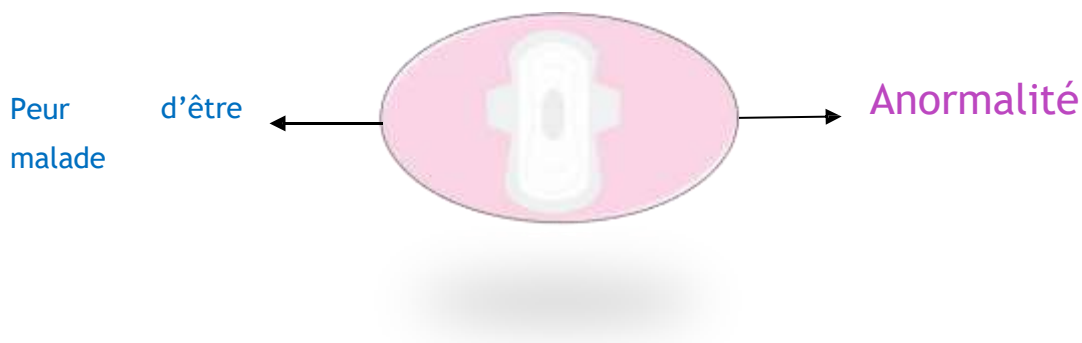


Figure 22 : Graphique représentant l'impact de l'aménorrhée sur la qualité de vie des patientes interrogées, du plus fréquent au moins fréquent

Daphné témoigne de son ressenti face à l'aménorrhée qu'elle a vécue « *normalement tu devrais les avoir mais la ça vient pas et quand ça vient c'est noir. Pour moi c'est pas une chose qui est normale et c'est pas bon* ».

III.1.2. Analyse et discussion des résultats

Dans cette sous-partie, nous avons pu constater que de nombreux aspects de la vie des patientes étaient touchés par les effets secondaires de l'implant et que leur qualité de vie était fortement altérée.

Nous retrouvons une étude de 2004 à Rouen évaluant la satisfaction des femmes vis à vis de l'implant contraceptif Implanon® (25). Elle met en évidence que les saignements abondants et irréguliers sont les effets secondaires les moins bien tolérés. La prise de poids était aussi mal tolérée chez les femmes européennes. Concernant l'aménorrhée, 20% des patientes ont retiré leur implant à cause d'une aménorrhée induite mais associée à d'autres effets secondaires. Les céphalées, l'instabilité émotionnelle et la baisse de libido étaient mieux acceptés et aboutissaient moins souvent à l'abandon de l'implant.

L'acceptabilité d'une méthode contraceptive est conditionnée par l'efficacité, le besoin d'implication et les effets secondaires de cette méthode (25). Le but de l'implant n'est pas seulement de vivre en étant protégé d'une grossesse non souhaitée mais aussi de « vivre bien » cette vie sous implant.

En retirant leur implant à cause des effets secondaires, toutes les patientes participantes ont estimé que la balance bénéfice-altération de qualité de vie n'était pas équilibrée et que l'impact sur leur qualité de vie les contraignait à retirer l'implant. Nous retrouvons dans la littérature que les effets secondaires et l'altération de la qualité de vie sont les principales raisons de l'arrêt d'une contraception. Un article se basant sur les résultats de l'étude COCON réalisée en 2009 nous montre que la majorité d'une cohorte de 2863 femmes françaises ont arrêté leur contraception à cause d'un problème lié à la méthode (22). Une thèse de médecine rédigée par Anne Laure Deprez en 2017 (28) nous apprend que 87% des patientes qui retiraient leur implant de façon anticipée et à terme le faisaient pour cause d'effets indésirables.

Notre étude nous montre que ce n'est pas tant l'effet secondaire lui-même (méo-métrorragies ou aménorrhée, prise de poids, troubles de l'humeur) mais plutôt le retentissement de celui-ci sur le

mode de vie des patientes qui entraîne le retrait prématuré. Concernant les méno-métrorragies par exemple, on peut noter que les éléments qui perturbent les patientes sont par exemple : le fait de devoir penser aux protections, le coût que cela représente, la limitation de leurs activités, l'inconfort que cela provoque dans leur vie sexuelle.

L'aménorrhée peut tout aussi bien être considérée comme un avantage ou un inconvénient selon l'image que la patiente se fait des menstruations. Dans notre échantillon, nous avons donc pu observer des avis divergents sur cette question. Daphné vivait l'aménorrhée comme un effet indésirable, à l'inverse de Julia qui avait posé son implant dans le but de vivre une aménorrhée. De plus, l'absence de règles peut être favorable dans le cas de règles douloureuses ou d'endométriose comme nous confie Charlotte « *Et aussi le fait de pas avoir de règles c'était quand même une bonne chose. Parce que j'ai des douleurs de règles tous les mois et du coup pendant cette période j'étais bien contente de ne rien avoir* ». Enfin, l'aménorrhée peut être vécue comme un effet indésirable dans une situation où la patiente cache sa contraception à ses proches car l'absence de règles peut être détectée.

Le prise de poids présente aussi le double caractère : avantage pour les femmes cherchant à prendre du poids et inconvénient pour celles cherchant à en perdre.

Le problème n'est donc pas tant l'effet secondaire en lui-même mais la façon dont il retentit sur la qualité de vie.

Ainsi, la majorité des retraits prématurés de l'implant Nexplanon® est liée aux effets secondaires vécus par les patientes si ceux-ci conduisent à une altération de leur qualité de vie.

Nous pouvons alors **confirmer notre troisième hypothèse**, les patientes demandent le retrait prématuré de leur implant à cause d'une altération de leur qualité de vie.

Une autre question se pose concernant l'altération de la qualité de vie. Nous avons vu précédemment que la majorité des patientes choisissent l'implant contraceptif pour la tranquillité d'esprit promise par cette méthode de contraception. Cependant lors d'effets indésirables, l'implant et ses contraintes prennent une place majeure dans la vie des patientes : changements réguliers des protections en cas de modifications des règles, régime à observer et remarques de l'entourage en cas de prise de poids, difficultés relationnelles avec l'entourage en cas de modifications de l'humeur, ect... Les notions de charge mentale et notamment de charge sexuelle peuvent alors être introduites. Aurélia Schneider, médecin et psychiatre a introduit la notion de charge mentale dans son livre La charge mentale des femmes comme telle « *La charge mentale a été définie pour la première fois par Monique Haicault en 1984 et se définit par le fait de devoir penser simultanément à des choses appartenant à deux mondes séparés physiquement* » (62).

La charge sexuelle est la part de charge mentale liée à la santé reproductive et sexuelle des femmes et notamment à la vie contraceptive (63). Nous pouvons donc rajouter que les effets indésirables de l'implant alourdissent encore la charge mentale des femmes, là où elles pensaient l'alléger, ce qui contribue à altérer leur qualité de vie.

Enfin, nous avons pu observer dans plusieurs témoignages que l'acceptation des effets secondaires est rendue plus difficile par l'incertitude vis-à-vis de leur durée. Cette incertitude entraîne une impossibilité de se projeter dans le futur. Il est possible de se fixer ses propres limites comme Gwendoline « *A la fin je me suis mis des dead-lines et je me disais si ça continue encore je vais arrêter* ». Pour les soignants, il est difficile voire impossible de prévenir précisément une patiente des effets secondaires auxquelles elle sera confrontée ainsi que leur durée. En effet, chacune aura des effets spécifiques liés à sa propre physiologie.

Nous avons donc pu comprendre dans cette sous-partie que les effets indésirables de l'implant altéraient en grande partie la qualité de vie des patientes et que le retrait de l'implant était notamment lié à ces effets, notamment aux modifications du cycle et à la prise de poids. En revanche, ces effets peuvent être parfois perçus comme positifs ou négatifs en fonction du style de vie, des cultures et des besoins personnels. Dans tous les cas, lorsqu'un effet indésirable vécu comme négatif survient, il alourdit la charge mentale et contraceptive d'autant plus lorsque l'on a choisi l'implant pour la tranquillité d'esprit. L'incertitude quant à la durée de ces effets rajoute une difficulté à les tolérer. Nous pouvons donc **confirmer notre troisième hypothèse** puisque nous trouvons un point commun pour la raison du retrait de l'implant : les patientes retirent en majorité leur implant à cause de l'altération de leur qualité de vie.

III.2. Le sentiment au moment du retrait de l'implant

III.2.1. Résultat des entretiens

Nous allons maintenant nous pencher sur le ressenti des patientes au moment du retrait prématuré de leur implant. Cela nous permettra d'apporter de nouveaux éléments de réponse pour confirmer ou non notre troisième hypothèse.

Processus de retrait

Nous pouvons nous demander si le **processus de retrait** de l'implant est commun chez les patientes qui souhaitent le retirer prématurément. Nous entendons par processus de retrait la durée entre l'arrivée des effets secondaires et la décision du retrait. Sur nos treize patientes participantes, nous n'avons pu utiliser les témoignages que de douze patientes car, en raison d'une barrière de la langue avec une des patientes, il a été difficile d'aborder ce sujet.

Nous avons associé le caractère « se sentir suffisamment informée » ou non et le caractère « processus long pour comprendre le lien entre les effets secondaires et la présence de leur implant ». Nous avons pu constater que la totalité des patientes qui avaient eu un processus long pour comprendre le lien entre les effets secondaires et leur implant se sentaient mal informées. Aussi, les patientes qui se sentaient bien informées, soit deux patientes avaient eu un processus rapide.

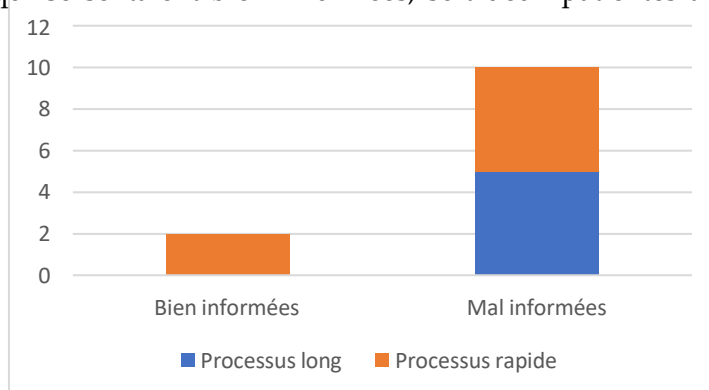


Figure 23 : Graphique représentant les patientes « bien informées » et « mal informées » en fonction du processus long ou rapide pour faire le lien entre les effets indésirables et leur implant

Fanny illustre ce long processus par ses propos « *J'ai mis longtemps à comprendre que c'était ça*

[l'implant] une des grosses raisons de mes problèmes de déprime. Je pensais que c'était moi qui déglinguais. Et au bout d'un moment c'est plus tenable sauf que ça fait des mois que t'aurais pu le retirer si t'avais compris plus tôt. Et puis t'as pas envie de te dire que ça vient de l'implant, c'est tellement pratique donc tu veux le garder et inconsciemment tu cherches d'autres raisons à tes problèmes »

Kelly nous parle également très bien de ce moment charnière où elle a associé les effets indésirables et son implant « *En fait dans notre tête on se dit que c'est pratique, donc on va pas l'enlever ! On cherche en fait une source qui n'est pas la bonne. En fait on a envie de le garder mais bon... j'ai fait du chemin dans ma tête pour me dire que ça venait de là. Je me suis dit t'as rien à perdre, enlève-le et au pire des cas t'en remettras un si ça venait pas de là. Mais bon quand un mois après je sens mon corps qui redevient un peu normal et encore un mois après j'ai plus rien, bah je me pose pas la question mille ans de savoir d'où ça vient. Mais vraiment le plus dur c'est la démarche de se dire que voilà ça peut venir de l'implant et pas qu'on a une maladie. [...] Et quand on réalise que ça vient de là c'est un soulagement incroyable ».*

Ces témoignages nous montrent la difficulté à faire le lien entre les effets vécus et l'implant. Lorsque les patientes ne connaissent pas les effets possibles de l'implant, ce processus est d'autant plus long et difficile à vivre.

Sentiments au moment du retrait de l'implant

Une fois que les patientes ont réalisé que l'implant pouvait être la cause des effets indésirables, elles peuvent prendre la décision de le retirer. Ce retrait de l'implant peut être vécu comme un moment de **libération** grâce à l'espoir d'améliorer sa qualité de vie ou au contraire comme une **déception** de constater l'échec de cette méthode de contraception.

Sur les douze patientes que nous avons interrogées sur ce sujet, sept patientes ont eu un sentiment de libération au moment du retrait et cinq ont eu un sentiment de déception.

Eléonore nous explique son sentiment de libération « *Oui c'était relaxant et j'ai pu mettre tout le stress derrière moi. J'ai remarqué que je ne réagissais plus comme avant. J'ai vu une vraie différence. J'ai commencé à perdre le ballonnement. Et même pour mon poids ça ne fait pas longtemps que je l'ai enlevé et j'ai perdu déjà 3-4 kg. Et j'ai remarqué que je mange beaucoup plus. Peut-être parce que je me sens mieux dans ma tête »*

A l'inverse, Alicia nous témoigne son sentiment de déception « *J'étais contente parce que mes saignements allaient s'arrêter mais en même temps j'étais super triste de quitter mon petit implant. Je quittais mon héros quoi »*

Marie nous confie aussi son sentiment de déception « *Alors j'étais contente parce que j'allais enfin retrouver des règles normales mais en même temps j'avais l'impression de me griller une cartouche, ça fait une contraception en moins que je peux utiliser. On est déjà super limitées donc c'est décevant de savoir qu'on peut pas en utiliser une en fait* »

Nous avons tenté de comprendre le lien entre ces sentiments de libération/déception, l'information reçue par les patientes et le processus long/rapide dont nous avons parlé précédemment.

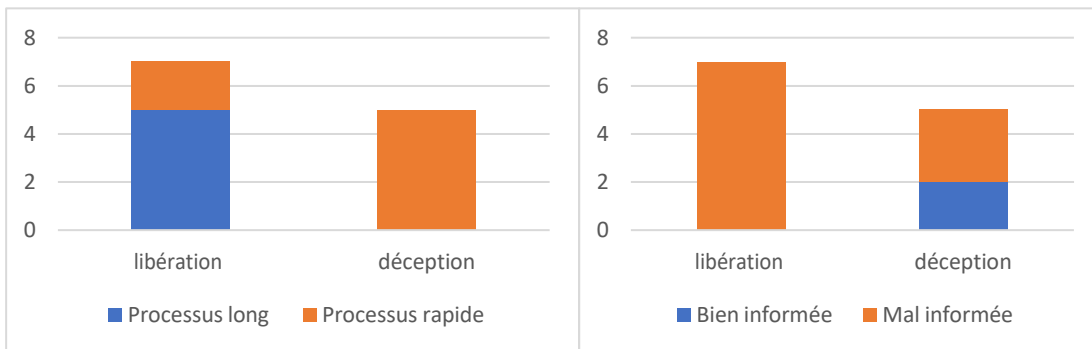


Figure 24 : Graphiques représentant le sentiment de libération ou de déception en fonction de la longueur du processus et de l'information préalable

Nous avons pu constater que toutes les patientes ayant eu un processus long pour comprendre la cause de leur effets indésirables ont eu un sentiment de libération au moment du retrait de l'implant.

Autre observation, les deux patientes qui se considéraient bien informées ont vécu un sentiment de déception au moment du retrait.

III.2.2. Analyse et discussion des résultats

Dans cette sous-partie, nous nous intéressons principalement au ressenti des patientes au moment du retrait de leur implant.

Nous avons pu constater que pour arriver au retrait de l'implant, certaines patientes traversaient un long processus afin de comprendre/accepter que les effets secondaires vécus puissent être liés à l'implant. Nous avons aussi pu observer que les patientes qui avaient vécu un processus long pour aboutir au lien effets secondaires-implant se considéraient mal informées sur les effets de l'implant. Nous pouvons donc estimer qu'une meilleure information sur les effets secondaires permet une meilleure compréhension de ces effets, ce qui permet un processus plus rapide et donc un meilleur vécu.

A l'inverse, une information non adaptée peut conduire à un processus long pour comprendre la cause des effets secondaires et donc à un vécu plus chaotique altérant la qualité de vie.

Nous avons aussi comparé le sentiment de déception de devoir retirer l'implant et le sentiment de libération vécus par les patientes au moment du retrait. En effet, ces deux sentiments sont ressortis dans nos témoignages.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (64), une des définitions de la libération est le « *fait de délivrer quelqu'un (ou de se délivrer) de ce qui est une entrave, une gêne, un poids* ».

Nous pouvons aussi citer Victor Hugo dans Les Misérables qui nous décrit la libération de Jean Valjean « *Libération n'est pas délivrance. On sort du bagne, mais non de la condamnation* » (65). Nous pouvons faire un parallèle avec notre question du sentiment de libération après le retrait de l'implant. En effet, les patientes sont libérées de cet implant qui était la cause de leur mal-être mais ne sont pas libérées pour autant du dilemme de leur contraception.

La déception est quant à elle définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

(66) comme « *l'action d'être déçu ; chagrin, tristesse, vexation que l'on éprouve quand on s'est laissé prendre au mirage de l'illusion, quand une espérance ne se réalise pas* ». Cette définition est en accord avec la situation étudiée, les patientes voient l'espérance d'avoir trouvé leur contraception idéale qui ne se réalisera pas.

Parfois même, ces deux sentiments sont mêlés, on peut se sentir libérée car heureuse de comprendre la cause de son mal-être, et de pouvoir y mettre fin. Mais l'on peut parallèlement se sentir déçue d'être confrontée à un « retour à zéro », de renouveler les recherches, de tenter une nouvelle méthode de contraception, nourrir de nouveaux espoirs et parfois voir survenir de nouveaux effets secondaires.

Ainsi, qu'elles vivent un processus long ou rapide, qu'elles vivent un sentiment de libération ou de déception, les patientes décidant de retirer leur implant le font dans l'objectif de retrouver la qualité de vie qu'elles avaient auparavant.

Nous pouvons alors penser à des solutions possibles pour améliorer le vécu de l'arrêt d'une contraception :

- Une meilleure connaissance dans la population générale des enjeux de la contraception et notamment ceux de l'implant pourrait réduire la fréquence des « processus longs » dont nous avons parlé précédemment. Nous pouvons évoquer les solutions vues précédemment comme une meilleure éducation à la sexualité et à la contraception dans l'enseignement secondaire, une durée plus longue de la première consultation de contraception et des consultations de changement de contraception...
- Une autre solution serait, pour les professionnels, d'insister sur le fait que la recherche d'une contraception est un cheminement long et mouvant. Le corps, les besoins et la situation personnelle évoluant constamment, la contraception idéale n'est donc pas figée et il est nécessaire de savoir qu'il faudra peut-être changer de moyen de contraception à un moment de sa vie. Un bon accompagnement permet de déterminer, avec la patiente, la contraception la plus adaptée à *l'instant T*.

Nous avons donc pu **confirmer notre troisième hypothèse** en déterminant des points communs chez les patientes demandant le retrait prématuré de leur implant. Premièrement les patientes vivant des effets indésirables voient leur qualité de vie altérée. En décidant de retirer leur implant pour cette raison, elles espèrent retrouver la qualité de vie d'avant l'implant.

Nous avons montré qu'un processus long pour comprendre la cause des effets indésirables était plus difficile à vivre. Une meilleure information permettrait une meilleure détection des effets indésirables et éviterait l'errance diagnostique. Les sentiments de libération et de déception s'observent dans tous les témoignages de nos patientes, parfois bien séparés, parfois entremêlés.

Forces et limites

Notre étude nous a permis de répondre à notre objectif principal qui était de faire ressortir des points communs dans l'histoire des patientes qui retirent leur implant prématurément. Nous avons aussi pu mettre en lumière des ressentis subjectifs de l'expérience avec l'implant contractif que nous ne pouvons pas étudier par des études quantitatives. Notre travail apporte donc un nouveau point de vue sur l'implant contraceptif et participe à la connaissance de ce moyen de contraception.

La contraception fait l'objet d'une actualité sans cesse renouvelée. L'*Empowerment* et le désir de mieux connaître son corps, sont des notions récentes et révolutionnent les critères de choix d'un moyen de contraception. L'originalité de notre travail se caractérise par le faible nombre d'études laissant la parole aux femmes pour témoigner de leur moyen de contraception.

Notre étude présente cependant des limites. Nous avons un biais de sélection de notre population, malgré nos efforts pour le limiter. L'âge moyen de notre population est de 25 ans, avec seulement deux patientes âgées de plus de 30 ans, or cette moyenne d'âge est moins élevée que dans la population générale.

Nous avons été attentives à interroger des patientes de différents milieux et de différentes cultures, mais la majorité des patientes incluses résidaient en région parisienne. Notre effectif de treize patientes est relativement restreint pour analyser un phénomène aussi large.

Notre étude portant sur une expérience et des informations passées, le biais de mémorisation peut être important et différent selon les patientes.

Nos résultats n'ont pas vocation à être transposables à la population générale mais nous apportent des pistes de réflexion pour les pratiques professionnelles.

- Il serait intéressant de mener une étude qualitative similaire auprès des professionnels de santé pour comparer les informations données par ceux-ci et les informations retenues par les patientes. Cela permettrait également de nous interroger sur les critères nécessaires à une bonne transmission de l'information.

- Une étude qualitative à plus grande échelle comparant deux populations : retraits à terme et retraits prématurés de l'implant apporterait un nouveau point de vue sur le vécu.
- Une étude de suivi de l'échantillon réalisée aux moments clés du port d'implant comme la consultation de pose et la consultation de retrait, permettrait de limiter le biais de mémorisation.

Conclusion

Les problématiques liées à la contraception sont actuellement en pleine évolution. Les notions de charge mentale et de qualité de vie sont récentes, elles font évoluer les réflexions autour de la santé contraceptive et sexuelle des femmes. Le professionnel de santé, et notamment les sages-femmes, sont au cœur de ce sujet et participent au vécu des femmes face à leur moyen de contraception.

L'implant est un moyen de contraception utilisé depuis 1983 mais les versions plus récentes, notamment le Nexplanon® en 2011 témoignent d'une volonté d'amélioration de ce moyen de contraception.

Dans notre étude, nous avons montré que les femmes demandant le retrait prématuré de leur implant présentaient des points communs et des points plus spécifiques.

Nous avons pu mettre en évidence un cheminement commun pour le choix de l'implant. Nous retrouvons des caractéristiques communes de l'implant recherchées par les patientes, notamment la sérénité et la tranquillité d'esprit. D'autres caractéristiques de l'implant sont plus spécifiquement recherchées comme la discrétion et la recherche d'une aménorrhée. L'entourage, le professionnel de santé et les recherches personnelles sont des étapes quasiment systématiques dans le processus de choix. Ces éléments ont une place centrale, favorisant ou défavorisant le choix de l'implant par rapport aux autres méthodes de contraception. Le professionnel de santé ayant une place centrale dans le choix d'une contraception, nous pouvons affirmer que le suivi des patientes est essentiel pour permettre au professionnel de santé de trouver cette place centrale.

La plupart des patientes que nous avons interrogées disent ne pas avoir reçu une information suffisante, même si toutes ne se considéraient pas en manque d'information sur les effets indésirables et le fonctionnement de l'implant. La recherche d'une information suffisante et adaptée à la patiente devrait être une priorité pour les soignants. Cette information doit être personnalisée et répondre aux besoins personnels des patientes : en quantité, en qualité et aux moments opportuns. La répétition et la personnalisation de l'information peuvent être nécessaires pour la mémorisation.

Nous avons aussi montré que les effets secondaires altéraient fortement la qualité de vie des patientes qui retiraient leur implant dans le but d'améliorer leur qualité de vie. Le processus peut être long ou rapide pour comprendre la cause des effets vécus. Nous avons ainsi pu mettre en évidence une association entre mauvaise information, processus long et moins bon vécu de ce processus. Deux sentiments majeurs sont retrouvés au moment du retrait de l'implant :

- La libération, souvent associée au sentiment d'être mal informée et au processus long
- La déception de devoir retirer l'implant

Pour donner l'information la plus adaptée à la patiente, pour participer au cheminement vers la « meilleure » contraception et enfin pour limiter au maximum l'impact des effets secondaires de l'implant sur la qualité de vie, le suivi et une bonne connaissance de la patiente par le professionnel de santé sont nécessaires. Du fait du nombre décroissant de gynécologues de ville et de l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie de prévention, celles-ci sont en première ligne pour assurer ce suivi de qualité.

Bibliographie

1. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
2. ERKKOLA R, LANDGREN B-M. *Role of progestins in contraception: Progestins for contraception. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.*[en ligne] mars 2005;84(3):207-16.
3. Notice patient - NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66845924&typedoc=N>
4. L'implant (NEXPLANON) [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/304-l-implant-nexplano>
5. MADELENAT P, KOSKAS M. *Mise au point sur la contraception progestative. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* nov 2008;37(7):637-60
6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé - Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=66845924&typedoc=R&ref=R0213827.htm>
7. MOMMERS E, BLUM G-F, GENT TG, PETERS KP, SØRDAL TS, MARINTCHEVA-PETROVA M. *Nexplanon, a radiopaque etonogestrel implant in combination with a next-generation applicator: 3-year results of a noncomparative multicenter trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology.* nov 2012;207(5):388.e1-388.e6.
8. LINET T. *Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* déc 2018;46(12):792-8.

9. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
10. Haute Autorité de Santé. *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse.* avril 2013; 50 p.

11. LEFEBVRE M. *Les raisons de retrait anticipé de l'implant contraceptif liées à la patiente et au médecin: étude de 123 cas*. Thèse de médecine, Université Paris V Descartes; 2014:78
12. LEROY-DAVID C. *Délivrance du dispositif intra-utérin et de l'implant contraceptif*. *Actualités Pharmaceutiques*. déc 2019;58(591):14-7.
13. CNGOF. *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*. Volume 2009: 10 p.
14. RAHIB D. LE GUEN M. LYDIE N. *Baromètre santé 2016 - Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent*. 2016: 8 p.
15. SCREVE O. *Les alternatives à la pilule*. *Vocation sage-femme*. juillet-aout 2013;103:11-14
16. DENIS C. *Contraception par Nexplanon® chez les femmes de 18 à 25 ans*. Thèse de médecine, Université de Rennes; 2016:52 p.
17. ROMANO ET BRAUN-CORVILLE. *Patterns of Contraceptive Implant Use in a General Adolescent Clinic*. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. avril 2016;29:167-187
18. TEUNISSEN et al. *Differences in continuation rates and early removal between contraceptive and therapeutic use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2019;24:449-456
19. LAKHA F. GLASIER AF. *Continuation rates of Implanon® in the UK*. *Contraception*. 2006;74:287-289
20. HARVEY et al. *Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users*. *Contraception*. 2009;80:527-532
21. WEISBERG et al. *A three-year comparative study of continuation rates, bleeding patterns and satisfaction in Australian women using a subdermal contraceptive implant or progestogen releasing intrauterine system*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2014;19(5):14

22. MOREAU et al. *Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Human Reproduction.* 2009;24:1387-1392
23. OMS. *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Département de Santé et recherche génésiques.* 2017:75

24. SIMON et al. *Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon ® , Implanon ®). La revue sage-femme.* 2017;16:205-213
25. SERGENT F. CLAMAGERAN C. *Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®).* *J Gynecol Obstet Biol reprod.* 2004;33(5):407-415
26. CHAUDHRY F. *Nexplanon® removals in a community sexual and reproductive health service.* *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 2016;42:160-161
27. HALPERN et al. *Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception.* *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006:31 p.
28. DEPREZ AL. *Implant Contraceptif : Etude des raisons et des facteurs associés aux demandes de retrait.* Thèse de médecine, Université François Rabelais Tours; 2017:72 p.
29. LASNIER E. *Implant Contraceptif : Etude des raisons et des facteurs associés aux demandes de retrait.* Thèse de médecine, Université Paris VII Descartes; 2014:138 p.
30. GRUNLOH et al. *Characteristics Associated With Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraception Within the First 6 Months of Use.* *Obstetrics & Gynecology.* 2013;122:1214-1221
31. Larousse É. *Définitions : complet - Dictionnaire de français Larousse [Internet].* [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/complet/17678>
32. *Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet].* [cité 7 juin 2021]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586?dateVersion=06%2F06%2F2021&isAdvancedResult=&nomCode=LHIW4Q%3D%3D&page=2&pageSize=10&query=information+claire&searchField=ALL&searchProximity=&searchType=ALL&tab_selection=cod e&typePagination=ARTICLE&typeRecherche=date
33. *L'information du patient [Internet].* Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseilnational.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>
34. FIORELLA L. MAYER RE. *Eight Ways to Promote Generative Learning.* *Educ Psychol Rev. déc*

2016;28(4):717-741.

35. 5 activités pédagogiques pour promouvoir un apprentissage en profondeur - Innovation Pédagogique [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.innovation-pedagogique.fr/article6516.html>

36. WEISBERG et al. *A three-year comparative study of continuation rates, bleeding patterns and satisfaction in Australian women using a subdermal contraceptive implant or progestogen releasing-intrauterine system. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* févr 2014;19(1):5-14.
37. HALPERN et al. *Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006:31 p.
38. ONSSF - Cotations en NGAP [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
39. Fiche méthode: annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/200810/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf
40. ROEGIERS L. *Médecine fœtale: Quelle attitude pour quel handicap? Le fil rouge.* 2003;193-222.
41. KÜBLER-ROSS Elisabeth. *Sur le chagrin et sur le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil.* Paris : JC Lattès; 2011. 283 p. (Pocket Spiritualité).
42. GERBIER É, KOENIG O. *Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation? Revue théorique des effets de pratique distribuée. année psychologique.* 2015;29 p.
43. NABARETTE H. *L'internet médical et la consommation d'information par les patients. Réseaux.* 2002;114(4):249 p.
44. Je souhaite comprendre les enjeux de l'éducation à la sexualité [Internet]. éducol | Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports - Direction générale de l'enseignement scolaire. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2078/je-souhaite-comprendre-les-enjeux-de-l-education-la-sexualite>

45. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

46. Article R4127-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible:https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843562?init=true&page=1&query=R.4127-11&searchField=ALL&tab_selection=all
47. Article L4021-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/2021-03-28
48. Épidémiologie des IST – Santé publique France [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles](http://determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles)
49. Les chiffres 2019 des IST en France [Internet]. vih.org. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://vih.org/20201130/les-chiffres-2019-des-ist-en-france/>
50. BITZER J, TSCHUDIN S, STADLMAYR W. *Die Menstruation und ihre Bedeutung für die Frauengesundheit. Zentralbl Gynakol.* sept 2005;127(05):282-7.
51. Fumeurs : proportion par âge France 2014 [Internet]. Statista. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/861181/fumeurs-proportion-par-age-france/>
52. DREEES. *Etudes et résultats: La durée des séances des médecins généralistes.* avril 2006;481:8 p.
53. VUARAND L. *Recherche d'informations de santé par les adolescents: place d'internet.* Thèse de médecine, Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2015:58 p.
54. DELBOSCO M. *Choix et échec des méthodes contraceptives actuelles: place de l'information numérique.* Thèse de Médecine, Université de Nice; 2017:67p.
55. MIGUEL GONZALEZ I, ECHEVARRIA BROZ C, FERRERO FERNANDEZ E, SUAREZ GIL P. *Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud. Atención Primaria.* juin 2011;43(6):281-6.

56. AMSELLEM-MAINGUY Y. *Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ?*
Cahiers de l'action. 2014;43(3):9p.

57. Haute Autorité de Santé. *Fiche mémo : Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration.* avril 2013:249 p.
58. DELHAYE M, LOTSTRA F. *Soignants... soignés, un rapport complexe.* Cairn. *Cahiers de psychologie clinique.* 2007;28(1):49p.
59. *Psychologie médicale.* Dans : Professeur A. BONNAUD-ANTIGNAC, rédactrice. [Internet] [cité 19 juin 2021]. UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone 2010-2011. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/relation/site/html/2.html>
60. *Centre d'Education du Patient - Un partenariat indispensable* [Internet]. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/un-partenariat-indispensable>
61. LOIGNON C, BOUDREAU-FOURNIER A. *Du paternalisme à l'encadrement bienveillant.* *College of Family Physicians of Canada.* 2012;58(11):618-619 [Internet]. [cité 19 juin 2021] Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498034/pdf/058e618.pdf>
62. La charge mentale des femmes [Internet]. Liseuse d'extraits - Hachette. [cité 23 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.liseuse-hachette.fr/ean/9782035954572>
63. C'est quoi au juste la charge sexuelle ? [Internet]. Le planning familial. [cité 23 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>
64. LIBÉRATION: Définition de LIBÉRATION [Internet]. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/lib%C3%A9ration>
65. HUGO, Victor. *Les Misérables - lecture intégrale.* Edition Testard. 1890. 2598p. [Internet]. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ibibliotheque.fr>https://www.ibibliotheque.fr/les-miserables-victor-hugo-hug_miserables
66. DÉCEPTION: Définition de DÉCEPTION [Internet]. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9ception>

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'inscription attestant de la conformité au RGPD (numéro d'enregistrement : N° 2020 1023174429)



Entité déclarante

12 - HUPC

CCH-2020-E-033 MASTER GINDRE

Traitement n°

20201023174429

Finalités

Description succincte des finalités principales et secondaires

Finalité principale : Enseignement Master SMA5 Ecole de sages-femmes Baudelocque Finalité secondaire : Etude rétrospective multicentrique Retrait anticipé de l'implant contraceptif Nexplanon : Les caractéristiques individuelles et gynécologiques associées.

Catégorie du traitement

Recherche

Licéité du traitement:

Le traitement est nécessaire pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relève de l'exercice de l'autorité publique du responsable du traitement

Formalité applicable

Engagement de conformité (MR, ARU)

Sites/PIC concernés par le traitement

12 - HUPC

Responsables de traitement

Personne morale responsable du traitement

AP-HP

Coordonnées

Hôpital COCHIN - 27 rue du Faubourg St Jacques 75678 Paris Cedex 14

Responsable des opérations de traitement au sein de l'AP-HP

GAILLARD Julie

Direction ou service de rattachement

Ecole de sages-femmes Baudelocque

Collaboration avec des sous-traitants ou des fournisseurs ? Non

GINDRE Apolline

Traitement mis en oeuvre

Date de première mise en oeuvre du traitement
22/10/2020

Modification substantielle

Date de dernière modification substantielle

Durée de conservation

2 ans après soutenance

Catégories & destinataires de données

Personnes concernées par le traitement

Types de données

Destinataires de données

Patients pris en charge à l'AP-HP	<input type="checkbox"/> Données de santé relatives aux soins (Ex : observations médicales, comptes rendus d'hospitalisation, courriers, résultats d'exams...) <input type="checkbox"/> Habitudes de vie (mode de vie et comportement)	<input type="checkbox"/> Utilisateurs de l'application (préciser) <input type="checkbox"/> Encadrement AP-HP (préciser) <input type="checkbox"/> Autres (préciser)
		Etudiante : Apolline GINDRE Directeur de mémoire : Julie GAILLARD Université de Paris pour le mémoire
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Patients non pris en charge à l'AP-HP	<input type="checkbox"/> Données de santé relatives aux soins (Ex : observations médicales, comptes rendus d'hospitalisation, courriers, résultats d'exams...) <input type="checkbox"/> Habitudes de vie (mode de vie et comportement)	<input type="checkbox"/> Autres personnels ne participant pas à la prise en charge du patient (préciser) <input type="checkbox"/> Autres (préciser)
		Etudiante : Apolline GINDRE Directeur de mémoire : Julie GAILLARD Université de Paris pour le mémoire

Diagnostic conformité & sécurité des

données Diagnostic sécurité complété

Oui

PIA renseigné

Non

Transfert de données hors UE envisagé

Non

Information et consentement des

personnes Type d'information

individuelle

Recueil du consentement

Non

Autres précisions

GINDRE Apolline

Pièces jointes

(ex : PIA, notice d'information, diagnostic conformité et sécurité, pièces du marché, annexes fonctionnelles et techniques, etc...) [Dv7 - MASTER GINDRE.docx](#)

[MR004.docx](#)

[Synopsis long A Gindre.docx](#)

Annexe 2 : Grille d'entretien

Lors du premier contact avec les femmes :

« Bonjour, je m'appelle Apolline et je suis en dernière année d'école de sage-femme à Paris. Pour obtenir mon diplôme je dois réaliser un mémoire et j'ai choisi de travailler sur l'implant contraceptif. Pour commencer je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je vous informe que tout ce qui va être dit lors de cet échange sera enregistré puis retranscrit.

Il n'y a que moi qui vous rencontre et qui connaît votre identité. Il sera possible de retrouver la retranscription dans mon mémoire mais on ne pourra pas vous identifier.

Si vous souhaitez que je ne publie pas certaines phrases, vous pouvez m'indiquer lesquelles, je les supprimerai de la retranscription.

Je dois vous faire signer cette charte qui explique ce que je viens de vous dire.

Je vous invite à répondre sans réfléchir et spontanément, en m'expliquant de façon précise ce que vous pensez. Si je vois que certaines questions ne sont pas évidentes, je vous aiderai pour étayer vos réponses. N'hésitez pas à me faire préciser mes questions si vous ne comprenez pas. »

Conditions de l'entretien	Remerciements pour l'entretien accordé Rappel des conditions de l'entretien (anonymat, pas de mauvaise réponse, être le plus précis possible dans son point de vue) Recueil de l'accord pour l'enregistrement de l'entretien
----------------------------------	--

<p>Décision de retrait de l'implant</p>	<p>Vous venez de vous faire retirer votre implant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui vous a poussé à prendre cette décision ? <p>Si à cause des <i>spottings</i>/métrorragies/ménorragies : En quoi ça vous a dérangé dans votre vie quotidienne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Prix de protections ⊗ Honte ⊗ Limitation des activités sportives et de loisirs ⊗ Toujours y penser ⊗ Fatigue et douleurs <p>Si à cause de l'aménorrhée : En quoi ça vous a contrarié ?</p> <p>Si une autre raison (migraines, prise de poids) : essayer d'expliquer en quoi elle a perturbé la vie quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il eu un évènement déclencheur ? - Depuis combien de temps portiez-vous votre implant ? - Depuis combien de temps aviez-vous des EI ?
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - S'il s'agit du même professionnel de santé => En quoi est-ce important pour vous que ce soit la même personne ?
Consultation du retrait de l'implant	<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'est déroulée cette consultation ? - Le professionnel a-t-il demandé les raisons du retrait ? - Vous a-t-on proposé une future contraception ? - Comment vous sentiez-vous en sortant de cette consultation ?
Retour sur la pose de l'implant	<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'est déroulée cette consultation ? - Comment aviez-vous entendu parler de l'implant ? - Comment avez-vous pris la décision de mettre l'implant ? - Était-ce votre choix ou plutôt le choix du professionnel de santé ? - Quelles étaient vos attentes quand vous aviez posé l'implant ? - Comment avez-vous vécu la pose ? Dououreux ? Stressant et angoissant ? - Vous avait-on expliqué le fonctionnement de l'implant ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Si oui, de quoi nous souvenez-vous ? - Vous avait-on prévenue des EI possibles ? De la durée d'efficacité ? De la suite du suivi gynéco ? - Diriez-vous que ces informations étaient suffisantes pour vous ? - Auriez-vous aimé qu'on vous informe sur autre chose ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Si oui, sur quoi ? - En quoi c'est important pour vous de comprendre ça ? - Comment vous sentiez-vous en sortant de cette consultation ? - Avez-vous revu le professionnel de santé 3-6 mois après la pose puis tous les
Histoire contraceptive et représentations de l'implant	<ul style="list-style-type: none"> - Était-ce votre première contraception ? Si non => Quelle était l'ancienne contraception ? Qu'avez-vous apprécié avec cette contraception ? Pourquoi avez-vous décidé de changer de contraception pour l'implant ? <i>Mêmes questions pour chaque contraception</i> - Considérez-vous vous contraception comme une priorité ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ En quoi est-ce important pour vous ? - Quel est votre état d'esprit vis-à-vis de l'implant ? Par rapport aux autres méthodes de contraception ? - Quels sont les avantages et inconvénients de cette méthode de contraception ? - Sauriez-vous m'expliquer le mécanisme d'action de l'implant ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Considérez-vous l'implant comme une contraception de seconde chance et pourquoi ?
Questions générales	<p>Nous allons maintenant parler d'informations plus générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? - Quel est votre poids/taille - <i>CI ou intolérance aux autres techniques de contraception</i> : accident thromboembolique veineux ou artériel (actuel ou antécédent), hypertension artérielle, diabète avec complications vasculaires, tabagisme après 35 ans, migraines avec aura, tumeurs - Prenez-vous des traitements ? - Avez-vous déjà vécu des fausses couches ? IVG ? GEU ? Avez-vous déjà eu une grossesse ? - Avez-vous des enfants à charge ? - Avez-vous déjà eu des IST ? Qui êtes-vous allé voir ? Comment l'avez-vous vécu ? - Etes-vous en lien avec votre famille (si vit chez ses parents : sont-ils au courant ? Parlez-vous de la contraception ?) - Quelle est votre nationalité ? Vos origines ? +/- parcours migratoire ? - Quel est votre niveau d'étude ? - Avez-vous reçu une éducation à la sexualité durant la scolarité (3 séances/an d'EARS par groupe d'âge homogène) par un enseignant formé, une infirmière, intervenants extérieurs ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Si oui, considérez-vous que cela était suffisant ? - Travaillez-vous en ce moment ? et au moment de la pose de l'implant ? - Avez-vous accès à la SS et à une mutuelle ? CMU ? - Diriez-vous que vous avez des difficultés financières ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ L'aspect financier était-il un frein pour la pose ou le retrait de l'implant ? - Considérez-vous avoir été victime de violences dans votre vie, qu'elles soient physiques, sexuelles, psychologiques ou verbales ? <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Si oui, y a-t-il un lien entre ces violences et votre vie sexuelle ? - Êtes-vous en couple ? Mariée ? Depuis combien de temps ?
Conclusion	<p>Arrêt de l'enregistrement</p>

Annexe 3 : Fiche de recrutement patientes

Bonjour Madame,

Je m'appelle Apolline et je suis étudiante sage-femme en dernière année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je mène une étude sur le retrait prématuré de l'implant contraceptif Nexplanon®.

Mon objectif principal est d'étudier l'histoire gynécologique des patientes qui demandent un retrait anticipé de l'implant. Pour cela, je souhaite étudier les circonstances de la pose de l'implant et l'histoire des femmes retirant leur implant précocement.

Ce témoignage sera anonyme et vous aurez le droit de le modifier à tout moment. Pour participer à cette étude :

- Le retrait de l'implant doit être fait avant la fin des 3 ans prévus
- Ce retrait ne doit pas avoir pour cause un désir de grossesse

Si vous acceptez de participer à mon étude, merci de renseigner votre numéro de téléphone ci-dessous. Je pourrai alors vous appeler pour réaliser un entretien enregistré d'environ 30 minutes.

Téléphone.....

Je vous remercie d'avance et vous souhaite une bonne journée ! Apolline

Annexe 4 : Lettre d'information dans le cadre de recueil de données pour un mémoire d'étudiante sage-femme

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, je mène une étude sur le retrait prématuré de l'implant contraceptif Nexplanon®.

Notre objectif principal est d'étudier l'histoire gynécologique des patientes qui demandent un retrait anticipé de l'implant. Pour cela, nous voudrions étudier les circonstances de la pose de l'implant et l'histoire gynécologique des femmes retirant leur implant avant la fin des 3 ans prévus.

Les données sont anonymisées pour leur traitement.

Le responsable des données recueillies est Mme Julie Gaillard, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes Baudelocque (Paris VI^{ème})

Les données seront détruites 2 ans après la soutenance du mémoire qui aura normalement lieu en juin 2021.

Notre travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement des données dans le cadre de la recherche.

En acceptant de rejoindre notre étude, vous avez à tout moment les droits suivants :

- **Droit d'accès** à vos données. Vous pouvez consulter vos données à tout moment.
- **Droit de modification** de vos données. Vous pouvez modifier votre témoignage à tout moment.
- **Droit de suppression** de vos données. Vous pouvez à tout moment nous demander de supprimer les données que nous avons collectées à votre sujet.
- **Droit de limitation**. Vous pouvez choisir à tout moment de sortir de notre étude.
- **Droit de portabilité** concernant vos données. Vous avez le droit à tout moment de nous réclamer vos données.

Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez vous adresser au responsable de la protection des données de l'établissement AP-HP centre Université de Paris (protection.donnees.aphpcup@aphp.fr) ; ou auprès de la DPO de l'AP-HP (protection.donnees.dsi@aphp.fr) ; ou auprès de la CNIL.

GINDRE Apolline

En signant, vous déclarez ne pas vous opposer à la recherche. Date

et Signature :

Annexe 5 : Tableau récapitulatif de la population d'étude

N° d'entretien	Date de l'entretien	Age	IMC	Durée de port de l'implant	Durée entre les EI et le retrait	Nationalité	Nombre	Nombre FCS	Nombre IVG	IST	Première contraception	Etat d'esprit vis-à-vis de	En couple	Violence	Durée de l'entretien
1	10/01/2021	24	?	13	5	Française	0	0	0	non	oui	positif	oui	non	31,2
2	29/01/2021	21	24,9	24	18	Française	0	0	0	non	non pilule	négatif	oui	non	28,41
3	30/01/2021	22	21,4	10	8	Française	0	0	0	non	oui	négatif	oui	non	32,18
4	07/02/2021	34	39,7	12	12	Nigérienn	4	2	0	non	non pilule	positif	non	oui	21,51
5	22/02/2021	36	27	30	18	Algérienn	3	0	0	oui vaginose	non pilule	les deux	oui	non	43,42
6	07/03/2021	23	19,6	4	3	Française	0	0	0	non	non pilule	négatif	non	non	35,51
7	08/03/2021	20	19,8	4	3	Française	0	0	0	oui vaginose	non pilule	positif	oui	non	38,33
8	09/03/2021	22	22,6	28	24	Française	0	0	0	non	non pilule	négatif	oui	non	26
9	17/03/2021	17	18,5	16	13	Française	0	0	0	non	oui	Positif	non	oui	29,08
10	24/03/2021	27	23,5	18	18	Française	2	1	0	non	non pilule	négatif	oui	oui	20,16
11	25/03/2021	30	24	12	8	Belge	0	0	2	oui vaginite	non pilule, patch,	négatif	oui	oui	34,28
12	27/03/2021	26	23,7	24	12	Française	0	0	0	non	non pilule	négatif	oui	non	24,5
13	01/04/2021	28	26,3	11	11	Française	0	0	0	non	non pilule	Positif	oui	non	36,14
		25,3846154	24,25	15,84615385	11,76923077										30,82461538

GINDRE Apolline

Mémoire pour obtenir le diplôme d'Etat de Sage-Femme
96 / 97

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'Université de Paris sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.