

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Motif de demande de retrait anticipé de l'implant contraceptif, en soins primaires, chez les patientes de 15 à 35 ans, qui consultent dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Nord-Pas-de-Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 23 Septembre 2021 à 16h
Au Pôle Formation

Par Laurie ANDRISSSEN

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Madame le Docteur Hélène Grosbety

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de la santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
COEP	Contraceptifs Oraux EstroProgestatifs
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
CPEF	Centre de Planification ou d'Éducation Familiale
GND	Grossesse Non Désirée
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
ARS	Agence Régionale de Santé
LARC	Long-Acting Reversible Contraception
NPDC	Nord-Pas-de-Calais
PDC	Pas-de-Calais

Table des matières

Résumé	6
Introduction	7
I. Matériel et méthode	9
1. Objectifs de l'étude	9
2. Type d'étude	10
3. Population étudiée	10
4. Le questionnaire	11
5. Diffusion du questionnaire.....	11
6. Recueil des données	12
7. Analyse statistique.....	12
8. Éthique.....	13
II. Résultats	13
1. Questionnaires étudiés.....	13
2. Caractéristiques des patientes incluses (N=77).....	13
3. Choix initial de l'implant contraceptif (N=64)	15
4. Terme du retrait de l'implant contraceptif (N=77).....	15
5. Motif de retrait de l'implant contraceptif (N= 77).....	16
6. Motifs de retrait prématuré \leq 30 mois (N=56)	17
7. Saignements vaginaux chez les patientes mineures et majeures (N=77).....	19
8. Caractéristiques des patientes associées à un retrait précoce de l'implant contraceptif (N=55)	19
9. Effets secondaires présentés avant pose de l'implant contraceptif (N=58)	20
10. Les avantages sous implant contraceptif (N=77)	21
11. Contraception post-retrait de l'implant contraceptif (N=77).....	21

III. Discussion	22
1. Résultats principaux	22
2. Limites de l'étude	23
A. Recrutement des patientes	23
B. Le questionnaire	23
C. Les résultats	24
D. Les biais.....	24
a. Biais de sélection :	24
b. Biais d'information :	25
3. Forces de l'étude	25
4. Comparaison à la littérature pour les principaux effets secondaires sous implant contraceptif.....	25
A. Altération des saignements menstruels	25
B. Prise de poids et acné	27
5. Perspectives d'avenir	27
Conclusion.....	28
Références bibliographies.....	29
Annexe 1 : Questionnaire	35
Annexe 2 : Déclaration de conformité.....	39

Résumé

Contexte : L'implant progestatif est la contraception la plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées. Cette méthode contraceptive est diffusée mais encore trop peu répandue. Depuis sa commercialisation, plusieurs effets secondaires ont été décrits.

Méthode : Réalisation sur 12 mois d'une étude épidémiologique descriptive transversale, au moyen d'un questionnaire dirigé, diffusé dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Nord-Pas-de-Calais, pour déterminer, si il existe une différence de tolérance de l'implant contraceptif entre les mineures de 15 à 17 ans et les jeunes femmes de 18 à 35 ans. En parallèle, les causes de retrait précoce ainsi que la fréquence des saignements vaginaux sous implant contraceptif ont été mises en avant.

Résultats : Un total de 77 questionnaires a été analysé. La moyenne du terme de retrait était similaire entre les patientes mineures et majeures. Le contraceptif était majoritairement retiré avant son terme. Les saignements vaginaux figuraient comme le principal motif de retrait précoce de l'implant tous âges confondus ainsi qu'un désir de grossesse chez les patientes majeures.

Conclusion : À ce jour, la prise en charge thérapeutique des saignements vaginaux sous implant contraceptif n'est pas assez documentée. L'efficacité du contraceptif étant existante il faudrait apporter un confort optimal aux patientes.

Introduction

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. (1)

En 1967, le général de Gaulle signe la loi Neuwirth qui légalise la prescription libre de la pilule contraceptive et marque une véritable révolution dans la vie sexuelle des Français. (2)

Le dernier baromètre de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) date de 2016 et recense qu'en France, 71,9% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont concernées par la contraception. (3)

Depuis la légalisation de la contraception, il y a eu une diversification progressive des méthodes offrant au XXIème siècle un arsenal contraceptif varié parmi lequel l'implant contraceptif.

La pilule reste actuellement le contraceptif le plus utilisé en France notamment chez les moins de 25 ans. Sa suprématie est remise en cause depuis quelques années notamment depuis la polémique sur les risques de thromboses veineuses liés aux contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) de 3^{ème} génération et les COEP plus récents qui utilisent des progestatifs de types différents notamment ceux à base de drospirénone. (4 ;5) L'implant contraceptif est diffusé mais il est encore trop peu répandu puisqu'en 2016 c'est 4,3% des femmes notamment entre 20 et 24 ans qui déclarent l'utiliser. (3)

Les échecs à la contraception sont importants : le taux de recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) poursuit sa hausse principalement entre 20 et 29 ans alors que les chiffres chez les plus jeunes ont baissé, s'expliquant par une meilleure accessibilité à la contraception auprès de leur médecin généraliste ou dans les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF). (6 ; 7)

Dès 1974, les mineurs peuvent utiliser la contraception sans le consentement parental, gratuitement et anonymement dans un CPEF. (8) Ces centres trouvent leur origine dans la même loi Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives et offrent actuellement des services diversifiés en santé sexuelle. (9) Ils contribuent notamment à la réduction des risques liés à la sexualité comme les Grossesses Non Désirées (GND), en assurant la prescription de tous les moyens de contraception avec un suivi. Leur mission s'étend également au dépistage gratuit et anonyme des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) pour les mineurs et adultes sans couvertures sociales. (10) Les CPEF peuvent aussi gérer, après convention avec les hôpitaux locaux et l'Agence Régionale de Santé (ARS), la prise en charge de demande d'IVG par méthode médicamenteuse depuis 2007. (11) Dans ce cas, le plus souvent, ils n'assurent pas de suivi de grossesse pour des raisons logiques de respect à la personne. (12) Ils sont trop souvent confondus avec le planning familial qui ne propose pas de consultation médicale et ne délivre donc pas de traitements. Plusieurs conseils départementaux ont délégué le fonctionnement des centres de planification au planning familial permettant ainsi de réaliser par ce biais des consultations médicales, ce qui peut accroître la confusion entre ces deux structures. (13)

L'âge des premiers rapports sexuels en France se maintient à 17,6 ans pour les filles soit 6 mois plus tard que les garçons, et les exposent au risque de GND. (14) Cette éventualité diminue avec l'âge mais une grossesse reste possible jusqu'à l'arrêt complet du fonctionnement ovarien. Dans ces structures qui accueillent adolescentes et jeunes femmes pour demande de contraception, en l'absence de consensus, les contraceptions réversibles de longue durée d'action (LARC) que sont l'implant et le dispositif intra-utérin, apparaissent comme une contraception à positionner en première ligne. (15 ;16 ;17 ;18 ;19)

C'est d'ailleurs l'objectif du projet CHOICE, une vaste étude observationnelle conçue pour promouvoir l'utilisation des LARC chez une cohorte d'adolescentes en éliminant les barrières de coût, d'accès et de connaissances. (20) Les taux de GND et d'IVG qui sont les plus élevés aux États-Unis commencent à baisser avec la levée de ces obstacles à l'accès aux LARC. (21)

L'implant contraceptif est pour le moment seulement recommandé en seconde intention par la commission de transparence, chez les femmes présentant une contre-indication ou intolérance aux contraceptifs estroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins, ou chez les femmes présentant un problème d'observance aux pilules. (22) Disponible sur le marché français depuis 1999 (23) c'est la méthode contraceptive la plus efficace pour prévenir la GND notamment parce que son utilisation ne requière pas l'observance de la patiente. (24 ; 25 ; 26 ; 27).

Il est actuellement commercialisé sous le nom NEXPLANON, placé en sous cutané et composé d'un progestatif seul à l'étonogestrel dont le principal mécanisme est le blocage de l'ovulation avec également des effets secondaires sur la glaire cervicale et des modifications de l'architecture de l'endomètre.

L'implant contraceptif peut être utilisé en toute sécurité pendant 3 ans. (28)

Depuis sa commercialisation, plusieurs effets secondaires ont été décrits dont le principal est le changement imprédictible du profil de saignement vaginal. (29 ; 30 ; 31) Certaines utilisatrices n'auront aucun saignement, d'autres présenteront un saignement plus rare, fréquent et/ou prolongé. (32 ; 33) Ce mauvais contrôle du cycle est la raison la plus fréquente d'arrêt précoce de l'implant. (34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38)

Cette méthode contraceptive reste corrélée à un taux de continuation et satisfaction élevés chez les adolescentes (15 ; 20 ; 39 ; 40) et les jeunes femmes. (34 ; 41 ; 42 ; 43)

L'objectif principal de l'étude était de voir s'il existe une différence de tolérance de l'implant contraceptif entre les mineures et jeunes femmes consultant en centres de planification.

I. Matériel et méthode

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de déterminer s'il existe une différence de tolérance de l'implant contraceptif entre les mineures de 15 à 17 ans et les jeunes femmes de 18 à 35 ans, qui consultent dans des CPEF.

Le premier objectif secondaire était de définir les causes de retrait précoce de l'implant contraceptif avec une éventuelle influence de l'âge. Le second objectif secondaire était de déterminer la fréquence des saignements vaginaux sous implant progestatif en fonction de l'âge.

Le retrait anticipé de l'implant était défini comme un retrait avant 30 mois inclus.
(44 ; 45 ; 46)

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique, réalisée par questionnaire dirigé diffusé dans les CPEF du NDPC du 11 Mai 2020 au 11 Mai 2021.

3. Population étudiée

L'étude a été menée sur une population exclusivement féminine âgée de 15 à 35 ans consultant dans un CPEF du NDPC pour le retrait de leur implant contraceptif.

La constitution de l'échantillon s'est faite sur le volontariat des patientes.

Les critères de non inclusion dans l'enquête étaient l'âge de moins de 15 ans et plus de 35 ans. La limite d'âge supérieure de 35 ans était fixée car au-delà les estroprogestatifs sont le plus souvent indiqués en seconde intention en raison du risque cardio-vasculaire qui augmente avec l'âge et sont contre indiqués si association de migraines, tabac ou obésité. (47 ; 48)

4. Le questionnaire

Un questionnaire a d'abord été élaboré pour pouvoir recueillir les données souhaitées pour l'étude.

Il était anonyme et rempli par les professionnels de santé, médecins ou sages-femmes travaillant dans les différents CPEF du NDPC et amenés à réaliser des consultations de retrait d'implant.

18 questions au total (ouvertes et fermées) devaient être renseignées avec un temps de remplissage d'environ 2 minutes en ayant pris connaissance au préalable des différents items. Ces items ont été définis à la suite de la recherche bibliographique.

5. Diffusion du questionnaire

Dans le Pas-de-Calais les CPEF sont répartis sur 9 territoires que sont l'Arrageois, l'Artois, l'Audomarois, le Boulonnais, le Calaisis, Hénin-Carvin, Lens-Liévin, le Montreuillois et le Ternois. Dans chacun de ces territoires, des annexes sont rattachées à une antenne principale et sont aussi des lieux de consultation.

Le questionnaire a pu être diffusé par mail à l'ensemble des praticiens exerçant dans le département grâce au directeur des CPEF du PDC.

Dans le Nord, le conseil départemental a aussi délégué le fonctionnement des centres de planification à des centres de protection maternelle et infantile (PMI), des centres hospitaliers et des plannings familiaux répartis sur l'ensemble des territoires du département.

Un premier contact téléphonique avec les structures concernées a permis de sélectionner les praticiens qui étaient volontaires pour participer à l'étude et la suite des échanges s'est effectuée par mail.

Le premier mail d'introduction envoyé à l'ensemble des praticiens rappelait que le questionnaire s'adressait aux patientes de 15 à 35 ans consultant pour retrait d'implant et que les professionnels étaient sollicités pour le remplir avec elles en consultation de manière anonyme.

Le questionnaire était disponible en pièce jointe dans ce mail initial mais aussi en ligne via Google Forms.

6. Recueil des données

Les questionnaires remplis dans chaque CPEF étaient envoyés par mail sous format PDF ou en ligne via Google Forms.

Le recueil s'est effectué sur 12 mois du Mercredi 11 Mai 2020 au Mardi 11 Mai 2021.

7. Analyse statistique

Les données de chaque questionnaire rempli ont été reportées dans un tableur Excel sous forme de variables quantitatives et qualitatives.

Une analyse statistique descriptive de ces données a été réalisée en tenant compte des données manquantes.

Les variables quantitatives discrètes comprenaient le terme du retrait, la gestité/parité et les variables continues l'âge, l'IMC. Elles ont été interprétées sous forme de moyennes et écarts types.

Pour toutes les autres variables non mesurables, qualitatives, elles étaient nominales binaires ou à plus de 2 modalités. Leur interprétation s'est faite sous forme de nombres et pourcentages.

L'enquête étant observationnelle et les données peu nombreuses il n'y a pas eu de test statistique spécifique.

8. Éthique

Après entretien auprès du délégué de protection des données de l'université de Lille, cette étude a été déclarée conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelle.

II. Résultats

1. Questionnaires étudiés

77 questionnaires ont été analysés : 59 issus des CPEF du Pas-de-Calais, 18 du Nord. 1 seul questionnaire a été rempli via Google forms et retourné par mail, les 76 autres en format PDF également par mail.

Parmi les praticiens ayant rempli les questionnaires, 32 étaient médecins et 45 sages-femmes.

2. Caractéristiques des patientes incluses (N=77)

Les caractéristiques des patientes sont résumées en **Tableau 1**.

Tableau 1. Caractéristiques des patientes

Caractéristiques		Valeur
Département : N (%)	Nord	18 (23%)
	Pas-de-Calais	59 (77%)
Âge (années)		
Moyenne (écart-type)		22 (5.9)
Âge par classes : N (%)	15-17 ans	24 (31%)
	18-24 ans	36 (47%)
	25-29 ans	3 (4%)
	30-35 ans	14 (18%)
IMC (kg/m²)		
(N = 49 ; 28 données manquantes)		
Moyenne (écart-type)		25.1 (5.2)
IMC par classes d'âge	15-17 ans (N= 7)	23.7 (5.9)
	18-24 ans (N= 28)	24.8 (5.3)
	25-29 ans (N= 2)	29.5 (0.7)
	30-35 ans (N= 12)	26.1 (5.1)
Statut social : N (%)	Actives	23 (30%)
	Non actives	21 (27%)
	Lycéennes	19 (25%)
	Étudiantes	14 (18%)
État matrimonial : N (%)	En couple	56 (73%)
	Célibataires	21 (27%)
Partenaire fixe : N (%)	Fixe	59 (77%)
	Non fixe	18 (23%)
Lieu de vie : N (%)	Structure d'accueil	4 (5%)
	Domicile parental	35 (45%)
	Domicile personnel	38 (50%)
ATCD IVG : moyenne (écart-type)		0 (0.62)
ATCD IVG : N (%)	0	57 (74%)
	1	14 (18%)
	2	6 (8%)
Parité : moyenne (écart-type)		1 (22.7)
Parité : N (%)	0	56 (73%)
	1	5 (6%)
	2	8 (10%)
	3	5 (6%)
	4	3 (4%)
L'implant comme 1^{ère} contraception : N (%)	Non	41 (53%)
	Oui	36 (47%)

3. Choix initial de l'implant contraceptif (N=64)

La question était ouverte et laissait la possibilité aux patientes de mentionner une ou plusieurs raisons (**Figure 1**).

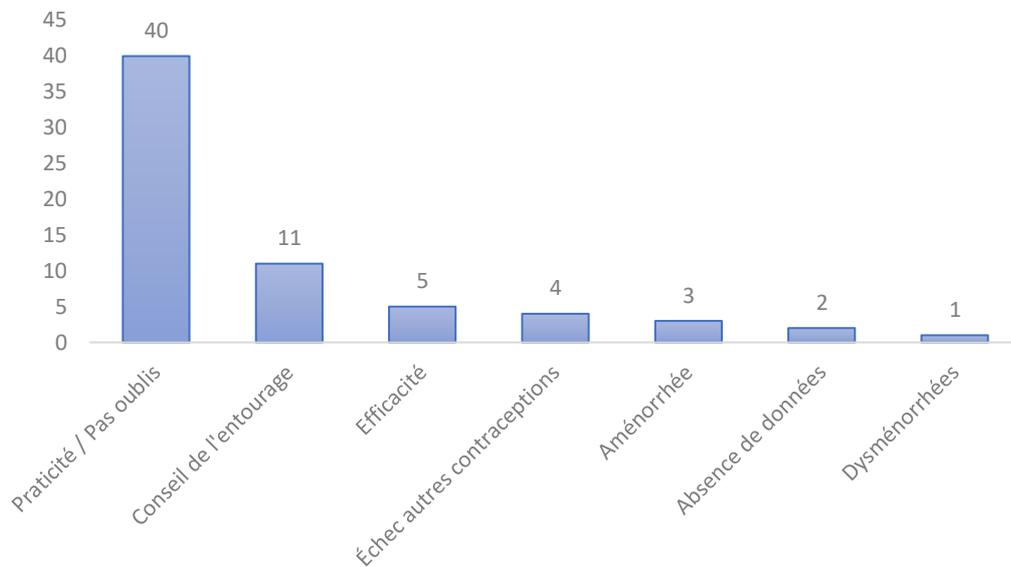


Figure 1 : Raisons du choix initial de l'implant contraceptif par les patientes

4. Terme du retrait de l'implant contraceptif (N=77)

Le **Tableau 2** montre le terme du retrait par classes d'âge.

Tableau 2. Terme du retrait en mois par classes d'âge

Terme du retrait		Valeur
Terme du retrait : moyenne (écart-type)	1-40 mois	19 (8.6)
Retraits à terme		
> 30 mois : N (%)		21 (28%)
> 30 mois : moyenne (écart-type)	31-40 mois	36 (4.5)
Retraits précoces		
≤ 30 mois : N (%)		56 (72%)
	Lié à l'implant	40 (76%)
	Désir de grossesse	16 (24%)
≤ 30 mois : moyenne (écart-type)	1-30 mois	12 (12,6)
Retrait chez les mineures (N=24)		
Moyenne (écart-type)		12 (13)
≤ 30 mois : N (%)	2-29 mois	17 (70%)
	Lié à l'implant	16 (94%)
	Désir de grossesse	1 (6%)
Retrait chez les majeures (N=53)		
Moyenne (écart-type)		13 (13)
≤ 30 mois : N (%)	1-30 mois	39 (74%)
	Lié à l'implant	24 (62%)
	Désir de grossesse	15 (38%)

5. Motif de retrait de l'implant contraceptif (N= 77)

La question du motif de retrait était ouverte laissant la possibilité à la patiente de lister une ou plusieurs raisons (**Figure 2**).

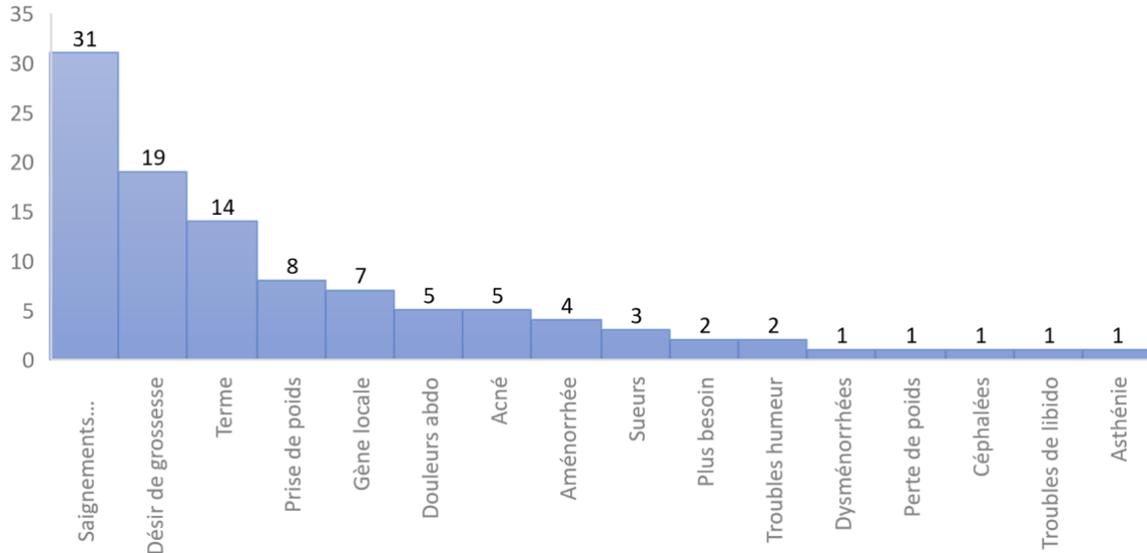


Figure 2 : Répartition des motifs de retrait de l'implant contraceptif par les patientes

6. Motifs de retrait prématuré \leq 30 mois (N=56)

A. Chez les patientes mineures (N=17)

Les motifs de retrait avant terme de l'implant contraceptif chez les mineures sont illustrés sur la **Figure 3**.

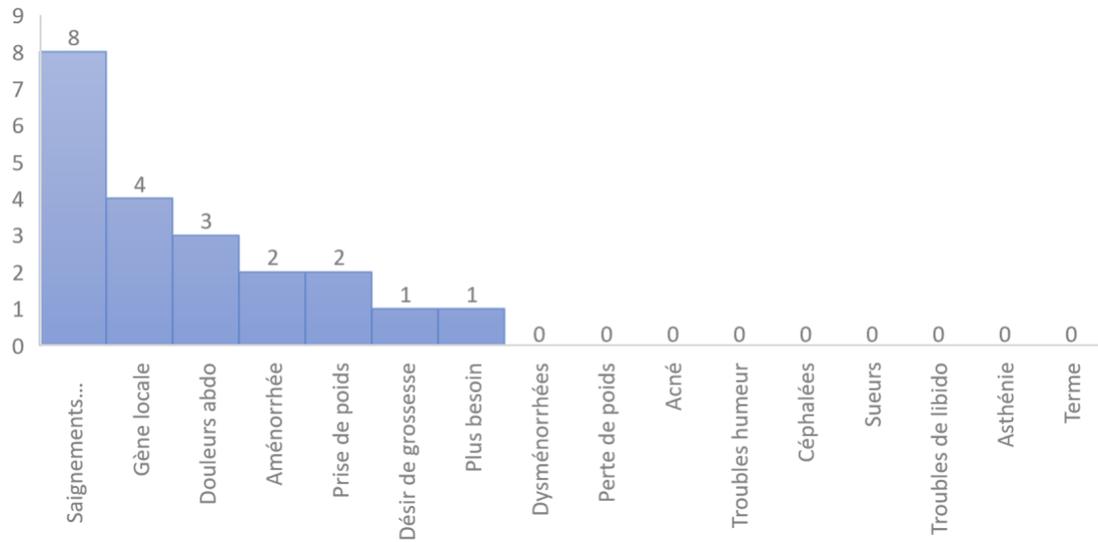


Figure 3 : Répartition des motifs de retrait prématuré de l'implant contraceptif chez les mineures

B. Chez les patientes majeures (N=39)

Les motifs de retrait avant terme de l'implant contraceptif chez les majeures sont illustrés sur la **Figure 4**.

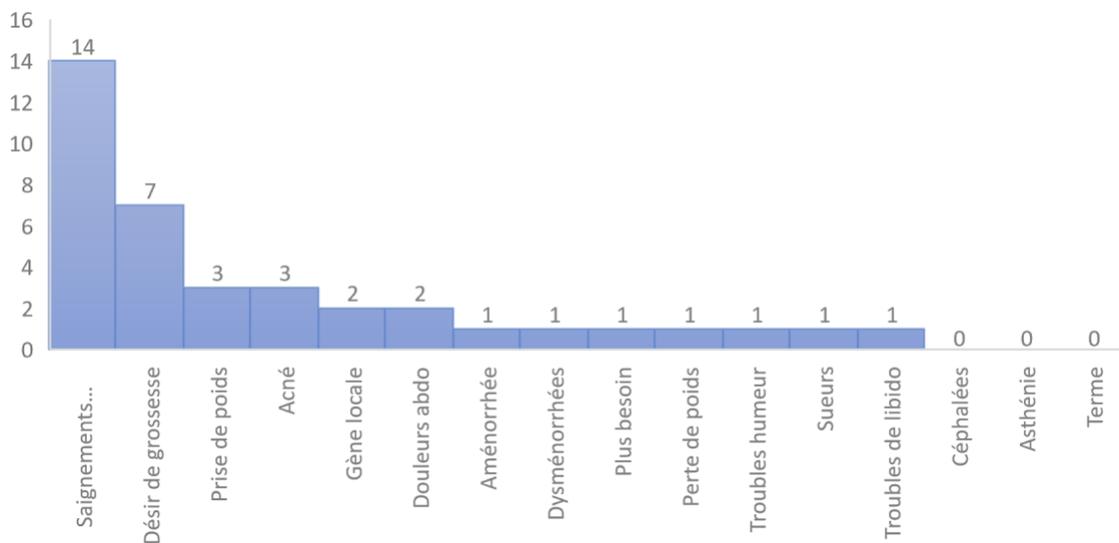


Figure 4 : Répartition des motifs de retrait prématuré de l'implant contraceptif chez les majeures.

7. Saignements vaginaux chez les patientes mineures et majeures (N=77)

La fréquence des saignements vaginaux chez les patientes mineures et majeures est représentée sur la **Figure 5**.

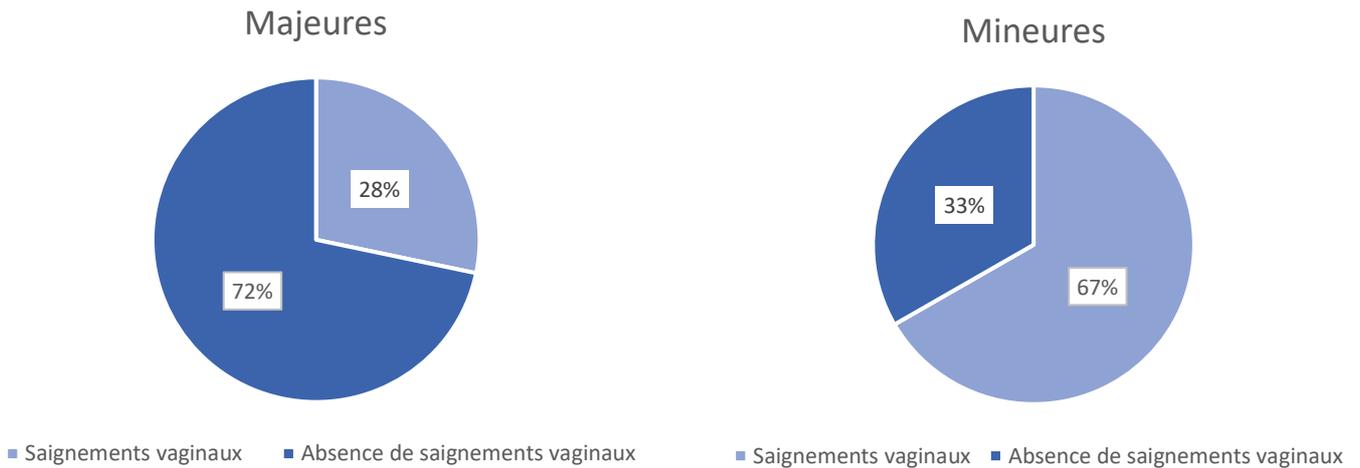


Figure 5 : Fréquence des saignements vaginaux chez les patientes mineures et majeures

8. Caractéristiques des patientes associées à un retrait précoce de l'implant contraceptif (N=55)

Les caractéristiques des patientes associées à un retrait avant terme de l'implant contraceptif sont résumées dans le **Tableau 3**.

Tableau 3. Caractéristiques des patientes associées à un retrait précoce \leq 30 mois de l'implant contraceptif (N=56)

Caractéristiques	Valeur
Âge (Années)	
Moyenne (écart-type)	21 (5.8)
IMC (kg/m²)	
Moyenne (écart-type)	25,69 (5.2)
Statut social : N (%)	
Actives	17 (31%)
Étudiantes	10 (17%)
Lycéennes	14 (25%)
Non actives	15 (27%)
État matrimonial : N (%)	
En couple	40 (71%)
Célibataires	16 (29%)
Partenaire fixe : N (%)	
Fixe	44 (79%)
Non fixe	12 (21%)
Lieu de vie : N (%)	
Structure d'accueil	2 (4%)
Domicile parental	27 (48%)
Domicile personnel	27 (48%)
ATCD IVG : N (%)	
0	38 (69%)
1	11 (22%)
2	5 (9%)
Parité : N (%)	
0	40 (71%)
1	3 (5%)
2	6 (11%)
3	3 (5%)
4	4 (7%)
L'implant comme 1^{ère} contraception : N (%)	
Non	33 (59%)
Oui	23 (41%)

9. Effets secondaires présentés avant pose de l'implant contraceptif (N=58)

19 questionnaires n'étaient pas complets sur cet item.

Les praticiens avaient la possibilité de présenter aux patientes plusieurs effets secondaires listés dans le cadran de réponse du questionnaire et y cocher les réponses.

- 75% mentionnaient avoir été renseignées du risque de changement de profil de saignements vaginaux (n=44),
- 45% étaient informées du risque de prise de poids (n=26),
- 24% connaissaient le risque d'acné des patientes (n=14),
- 17% n'avaient eu aucune information à ce sujet (n=10),

Les autres effets secondaires n'ont été que trop peu renseignés.

10. Les avantages sous implant contraceptif (N=77)

La question était ouverte laissant la possibilité aux patientes d'exprimer 1 voir plusieurs avantages.

- 60 % rapportaient la praticité par l'absence de risques d'oublis du contraceptif et par conséquent de grossesses non désirées (n=46),
- 26% mentionnaient l'aménorrhée (n=20),
- 23% n'y ont vu aucun avantage (n=18),
- 16% citaient l'efficacité de la méthode (n=12),
- 5 patientes ont cité une bonne tolérance de l'implant,
- 1 patiente mentionnait une perte de poids avantageuse.

11. Contraception post-retrait de l'implant contraceptif (N=77)

- 40% choisissaient la pilule (n=31),
- 30% n'ont pas repris de contraception (n=23),
- 16% ont renouvelé l'implant (n=12),
- 6% ont choisi le DIU (n=5),
- 4% optaient pour une contraception mécanique par préservatif (n=3),
- 3% ont choisi le patch oestroprogestatif (n=2),
- Aucune n'a choisi l'anneau vaginal.

III. Discussion

1. Résultats principaux

La population d'étude était principalement composée de patientes majeures entre 18 et 24 ans. Elles étaient généralement en couple, logées chez leurs parents ou non, sans enfants ni antécédents d'IVG et l'implant n'était pas une première contraception.

Les patientes avaient le plus souvent choisi l'implant contraceptif pour sa praticité par l'absence d'oublis possibles et donc de grossesses non désirées.

La moyenne du terme de retrait était similaire entre les mineures et les majeures. Le contraceptif était majoritairement retiré avant son terme.

Chez les majeures, les causes de retrait précoce de l'implant n'étaient pas seulement liées à une intolérance du contraceptif, le désir de grossesse était plus représenté que chez les mineures.

Les saignements vaginaux figuraient comme le principal motif de retrait précoce de l'implant tous âges confondus.

Cet inconfort était cité par plus de la moitié des mineures par rapport aux femmes plus âgées.

Les patientes avaient le plus souvent été informées de la possibilité d'un changement de profil des saignements vaginaux avant la pose de l'implant.

Le retrait précoce de l'implant contraceptif concernait davantage de patientes en couple avec un partenaire fixe, logeant dans leur propre domicile ou chez leurs parents, sans antécédents d'IVG, sans enfants et l'implant n'était pas une 1^{ère} contraception. Les étudiantes étaient moins sujettes au retrait avant terme.

Cette méthode contraceptive restait appréciée pour sa commodité.

La contraception la plus choisie au décours du retrait de l'implant était la pilule.

2. Limites de l'étude

A. Recrutement des patientes

La population d'étude ne constituait qu'un petit échantillon de la patientèle fréquentant les CPEF du NPDC.

Le recrutement des patientes était limité aux CPEF et a été impacté par la situation sanitaire liée à la COVID-19.

Le recueil des données n'était pas exhaustif car échelonné sur une année.

B. Le questionnaire

La question 8 sur la stabilité des relations sexuelles n'était pas pertinente puisque la majorité des patientes étaient en couple et de surcroit avaient un partenaire fixe.

La question 12 aurait pu être étoffée en faisant spécifier aux patientes leur mode de contraception antérieur si l'implant n'était pas leur première contraception.

La question 16 mentionnait les changements de profil des saignements menstruels mais cet item était subjectif car la définition des schémas de saignement n'était pas donnée.

C. Les résultats

Deux items étaient concernés par le manque de réponses, l'IMC et les effets secondaires abordés avant la pose de l'implant.

L'absence de données sur l'IMC était praticien dépendant et les résultats obtenus sur cette variable n'étaient pas représentatifs de la population d'étude.

La question des effets secondaires connus des patientes était à choix multiples pouvant expliquer le manque de données.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat des patientes et la population cible était en fait majoritairement composée des femmes majeures.

La réponse à la question du motif de retrait était ouverte et si les saignements étaient cités, la plupart des patientes ne précisaient pas si l'inconfort portait sur la durée et/ou la quantité du flux.

Le désir de grossesse comme motif de retrait de l'implant n'était pas un critère d'exclusion et représentait 1/4 des retraits avant terme.

D. Les biais

a. Biais de sélection :

Le recrutement des patientes ne s'est pas fait sur tirage au sort engendrant un biais de volontariat.

Il existait un biais de recrutement car les patientes étaient sélectionnées exclusivement en CPEF.

b. Biais d'information :

Le questionnaire comportait des questions ouvertes exposant au risque que le praticien oriente les réponses en fonction de ses propres opinions ou connaissances et constituait un biais lié à l'enquêteur.

La question sur les effets secondaires présentés avant la pose de l'implant faisait appel à la mémoire des patientes entraînant un biais de mémorisation.

3. Forces de l'étude

Les questions étaient posées oralement par les praticiens évitant un biais de lecture par incompréhension de la langue écrite ou des termes médicaux.

Les principaux résultats de l'étude corroboraient avec les données de la littérature. Les changements menstruels sont les effets indésirables les plus décrits sous implant et entraînent la plupart des retraits précoces du dispositif. (35 ; 44 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53)

Aucun facteur de risque prédictif de saignements ou de retrait précoce de l'implant n'a été mis en évidence. (35)

4. Comparaison à la littérature pour les principaux effets secondaires sous implant contraceptif

A. Altération des saignements menstruels

L'utilisation de l'implant progestatif est associée à des schémas de saignement vaginaux imprévisibles. Les saignements altérés couramment observés sont peu fréquents, absents (environ 1 femme sur 5), fréquents et/ou prolongés (1 femme sur 5). (22 ; 29 ; 35 ; 49 ; 54)

Les patientes exposées aux saignements fréquents et/ou prolongés sont plus susceptibles de demander un retrait précoce. (49)

Le schéma de saignement observé au cours des 3 premiers mois d'utilisation de l'implant est souvent prédictif des futurs profils de saignements pour de nombreuses femmes. (22 ; 29 ; 49 ; 51 ; 55) Les femmes présentant initialement des schémas de saignements défavorables sont susceptibles d'avoir des saignements imprévisibles à l'avenir et elles ont environ 50% de chances de constater une amélioration au fil du temps. (49)

Exclure les autres causes de saignements imprévus comme la grossesse, les pathologies cervico-utérines ou ovariennes, les IST ou une interaction médicamenteuse est indiqué dans ce cadre. (49 ; 51)

L'âge des utilisatrices n'a pas d'influence sur la tolérance du contraceptif et les schémas de saignements vaginaux. (54)

Les preuves sont limitées pour la gestion de ces inconvénients sous implant. Peu d'options thérapeutiques sont à disposition et les traitements étudiés n'offrent souvent des avantages qu'à court terme.

Le 1^{er} médicament de choix en pratique en l'absence de contre-indication, est l'ajout d'œstrogènes par voie orale d'œstradiol quotidiennement sur 1 ou 2 semaines ou une contraception oestroprogestative sur 1 à 3 cycles. (49 ; 51 ; 56)

L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens sur courtes périodes peut également fonctionner en pratique. (49)

La Doxycycline à la posologie de 200 mg/jour apporte des résultats aléatoires selon les études et l'acide tranexamique (EXACYL) a montré un bénéfice sur de courtes durées d'utilisation. (49) Des études ont évalué l'effet du tamoxifène et de la mifépristone (modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone) mais n'est pas indiqué en pratique courante. (49 ; 57)

B. Prise de poids et acné

Chez les patientes majeures, la prise de poids et l'acné étaient citées comme 3^{ème} cause de motif de retrait précoce après le désir de grossesse.

Peu de preuves sont disponibles concernant le changement de poids sous implant. Cette problématique sous contraceptif est délicate car elle devrait toujours prendre en compte le gain de poids naturel avec l'avancée en âge. (58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 63)

L'acné est un effet indésirable très fréquemment cité par les utilisatrices d'étonogestrel mais peu documenté.

5. Perspectives d'avenir

Il est essentiel d'améliorer les services d'éducation et conseils au sujet de la contraception et ses effets secondaires dès le plus jeune âge.

Comprendre les mécanismes de saignements vaginaux imprévus sous implant progestatif et donc les cibles de stratégies thérapeutiques afin d'améliorer les taux de continuation du contraceptif est une priorité.

Les inquiétudes des patientes concernant des ménométrorragies inhabituelles sous implant progestatif doivent être traitées en profondeur et rassurées.

Approfondir les recherches sur la réalité d'une fréquence plus élevée des saignements chez les mineures.

Conclusion

En majorité, le retrait de l'implant contraceptif avant la date butoir, s'explique par un changement imprédictible du profil de saignement vaginal quelque soit l'âge mais en particulier chez les patientes mineures et un désir de grossesse chez les patientes majeures. À ce jour, la prise en charge thérapeutique n'est pas assez documentée. L'efficacité du contraceptif étant existante il faudrait apporter un confort optimal aux patientes.

Références bibliographiques

1. OMS | Contraception [Internet]. WHO. World Health Organization. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
3. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception](https://determinants-de-sante.sante-sexuelle.barometre-sante-2016-contraception)
4. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014;N° 511(5):1.
5. contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
6. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un>
7. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
8. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/pied-de-page/ressources/reperes-chronologiques/?filter=65>
9. Laurant F. Evolution du rôle des lieux et des organismes d'Information et d'Education à la Sexualité. :80.
10. Qu'est-ce qu'un CPEF ? [Internet]. Centres de Planification et d'Education Familiale. 2019. Disponible sur: <http://www.centredeplanification.fr/centre-de-planification-education-familiale>
11. Les centres de planification autorisés à pratiquer les IVG médicamenteuses - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/Les-centres-de-planification-autorises-a-pratiquer-les-IVG-medicamenteuses>
12. organisme.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/organisme.pdf>

13. Planning Familial et Centre de Planification | Fil santé jeunes [Internet]. Fil santé jeunes | Fil santé jeunes. 2017. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/planning-familial-et-centre-de-planification-5772>
14. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. Disponible sur: </import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
15. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1 avr 2017;216(4):364.e1-364.e12.
16. Ott MA, Sucato GS, Adolescence CO. Contraception for Adolescents. *Pediatrics.* 1 oct 2014;134(4):e1257-81.
17. Moreau C, Bohet A. Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception.* 1 août 2016;94(2):152-9.
18. Francis JKR, Gold MA. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA Pediatr.* 1 juill 2017;171(7):694.
19. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, Morfesis J, Goodman S, Darney PD, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *The Lancet.* 8 août 2015;386(9993):562-8.
20. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* août 2010;203(2):115.e1-7.
21. Turok DK, Gawron LM, Lawson S. New developments in long-acting reversible contraception: the promise of intrauterine devices and implants to improve family planning services. *Fertil Steril.* nov 2016;106(6):1273-81.
22. CT-14280_NEXPLANON_PIS_RI_Avis2_CT14280.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-14280_NEXPLANON_PIS_RI_Avis2_CT14280.pdf
23. Laëtitia - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/nexplanon_15092015_avis_efficienc.pdf
24. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 24 mai 2012;366(21):1998-2007.
25. synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
26. Fiche-mémo-HAS-contraception-des-adolescentes.pdf [Internet]. Disponible

sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/04/Fiche-m%C3%A9mo-HAS-contraception-des-adolescentes.pdf>

27. Power J, French R, Cowan FM. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods for preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 juill 2007;2007(3):CD001326.
28. McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the Etonogestrel Implant and Levonorgestrel Intrauterine Device Beyond the U.S. Food and Drug Administration–Approved Duration. *Obstet Gynecol.* mars 2015;125(3):599-604.
29. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0323335.htm>
30. Simon C, Agier MS, Béné J, Muller C, Vrignaud L, Marret H, et al. [Safety profile of etonogestrel contraceptive implant (Nexplanon® and Implanon®) reported in France]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* nov 2016;45(9):1074-82.
31. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod.* 1 nov 2015;30(11):2527-38.
32. Directive clinique FSRH: Implant progestatif seul (février 2021) - Faculté de santé sexuelle et reproductive [Internet]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/>
33. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Great Britain). Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. 2005.
34. Dickerson LM, Diaz VA, Jordan J, Davis E, Chirina S, Goddard JA, et al. Satisfaction, Early Removal, and Side Effects Associated With Long- Acting Reversible Contraception. *Fam Med.* :7.
35. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Bury JE. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population. *Contraception.* mai 2011;83(5):426-30.
36. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 1 mai 2017;216(5):443-50.
37. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Fleming-Harvey J, Drozdowicz LB, Weaver AL. Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant. *Contraception.* 1 mars 2013;87(3):370-4.

38. Apter D, Briggs P, Tuppurainen M, Grunert J, Lukkari-Lax E, Rybowski S, et al. A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system with the etonogestrel subdermal implant. *Fertil Steril*. 1 juill 2016;106(1):151-157.e5.
39. Berlan E, Mizraji K, Bonny AE. Twelve-month discontinuation of etonogestrel implant in an outpatient pediatric setting. *Contraception*. 1 juill 2016;94(1):81-6.
40. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. *J Adolesc Health*. 1 mars 2016;58(3):284-9.
41. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. mai 2011;117(5):1105-13.
42. O'Neil ME, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. nov 2013;122(5):1083-91.
43. Modesto W, Bahamondes MV, Bahamondes L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Hum Reprod*. 1 juill 2014;29(7):1393-9.
44. Harvey C, Seib C, Lucke J. Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*. 1 déc 2009;80(6):527-32.
45. Utaile MM, Debere MK, Nida ET, Boneya DJ, Ergano AT. A qualitative study on reasons for early removal of Implanon among users in Arba Minch town, Gamo Goffa zone, South Ethiopia: a phenomenological approach. *BMC Womens Health*. 2 janv 2020;20:2.
46. Mruts K, Gebreyesus S, Fantahun M. Early discontinuation of implanon and its associated factors among women who ever used implanon in Ofla District, Tigray, Northern Ethiopia. *Int J Pharma Sci Res*. 1 avr 2015;6:544-51.
47. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
48. Recommandations Contraception [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/contraception-1626.html>
49. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception*. 1 mars 2011;83(3):202-10.
50. Aziz MM, El-Gazzar AF, Elgibaly O. Factors associated with first-year

discontinuation of Implanon in Upper Egypt: clients' and providers' perspectives. *BMJ Sex Reprod Health.* oct 2018;44(4):260-6.

51. Bateson D, McNamee K, Briggs P. Newer non-oral hormonal contraception. *BMJ.* 14 févr 2013;346:f341.
52. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reprod Health.* 6 janv 2021;18(1):4.
53. Berenson AB, Tan A, Hirth JM. Complications and continuation rates associated with 2 types of long-acting contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juin 2015;212(6):761.e1-761.e8.
54. López del Cerro E, Serrano Diana C, Castillo Cañadas AM, González Mirasol E, García Santos F, Gómez García MT, et al. Influence of age on tolerability, safety and effectiveness of subdermal contraceptive implants. *J Obstet Gynaecol.* 3 oct 2018;38(7):979-84.
55. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon® on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1 janv 2008;13(sup1):13-28.
56. Upawi SN, Ahmad MF, Abu MA, Ahmad S. Management of bleeding irregularities among etonogestrel implant users: Is combined oral contraceptives pills or nonsteroidal anti-inflammatory drugs the better option? *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(3):479-84.
57. Edelman AB, Kaneshiro B, Simmons KB, Hauschildt JL, Bond K, Boniface ER, et al. Treatment of Unfavorable Bleeding Patterns in Contraceptive Implant Users: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* août 2020;136(2):323-32.
58. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016;(8). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008815.pub4/full>
59. Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception.* 1 oct 2013;88(4):503-8.
60. Romano ME, Braun-Courville DK. Assessing Weight Status in Adolescent and Young Adult Users of the Etonogestrel Contraceptive Implant. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* août 2019;32(4):409-14.
61. Bahamondes L, Brache V, Ali M, Habib N, WHO study group on contraceptive implants for women. A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement. *Contraception.* sept 2018;98(3):181-7.

62. Dickerson LM, Diaz VA, Jordan J, Davis E, Chirina S, Goddard JA, et al. Satisfaction, Early Removal, and Side Effects Associated With Long- Acting Reversible Contraception. *Fam Med.* :7.

63. Bender NM, Segall-Gutierrez P, Najera SOL, Stanczyk FZ, Montoro M, Mishell DR. Effects of progestin-only long-acting contraception on metabolic markers in obese women. *Contraception.* sept 2013;88(3):418-25.

Annexe 1 : Questionnaire

ANDRISSEN Laurie
andrissenlaurie@gmail.com
06 42 93 29 89

Faculté de médecine Henri Warembourg
Université de Lille



Questionnaire de thèse sur la contraception par implant sous-cutané à destination des professionnels de santé

Chers collègues,

Je m'appelle Laurie Andrissen, je suis médecin généraliste et je réalise ma **thèse de médecine** sur la **couverture contraceptive** des adolescentes et jeunes femmes du Nord-Pas-De-Calais.

Ce questionnaire s'adresse aux **patientes qui veulent retirer leur implant** et je sollicite votre aide pour le remplir pendant vos consultations.

Il vise à comprendre quel est le **motif de retrait précoce de l'implant contraceptif** chez les **adolescentes et femmes jeunes de 15 à 35 ans qui consultent dans les CPEF du Nord-Pas-De-Calais**.

Ce questionnaire sera rempli avec la patiente de manière anonyme, en effet votre identité ainsi que celle de la patiente ne seront pas dévoilées d'aucune manière. Il permettra d'établir des données fiables sur lesquelles appuyer mes recherches pour rédiger ma thèse.

Le questionnaire rempli peut être renvoyé directement sur mon adresse mail mentionnée en entête ou un format en ligne via Google forms est disponible.

Il ne vous prendra que quelques minutes.

Merci d'avance pour votre aide.

Cordialement,

ANDRISSEN Laurie

1	Date :	
2	Vous êtes : <i>(Entourez la réponse)</i>	Médecin Sage-femme
3	Quelle est votre structure et lieu d'exercice ?	
4	Âge de la patiente :	
5	Son IMC : Kg / m ²
6	Quelle est sa situation ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Lycéenne Étudiante Active Non active
7	Quelle est sa situation conjugale ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Célibataire En couple
8	A-t-elle un partenaire fixe ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Oui Non
9	Où vit la patiente ? <i>(Entourez la réponse)</i>	À son domicile Avec ses parents En structure d'accueil
10	A-t-elle déjà eu recours à l'IVG ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Oui, combien de fois ? <input type="text"/> Non
11	A-t-elle des enfants ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Oui, combien ? <input type="text"/> Non
12	Est-ce que l'implant était sa 1^{ère} contraception ? <i>(Entourez la réponse)</i>	Oui Non
13	Pourquoi avait-elle choisi l'implant ? <i>(Quelques mots)</i>	

14	Est-il retiré à son terme ?	Oui Non, à quel terme ? <input data-bbox="890 383 1445 461" type="text"/>
15	Quel est le motif de retrait ? <i>(Quelques mots)</i>	
16	Quels effets secondaires lui avaient été exposés avant la pose de l'implant ? <i>(Cochez la ou les réponses)</i>	Changements du profil des saignements : Moins fréquents <input type="checkbox"/> Aménorrhée <input type="checkbox"/> Plus fréquents <input type="checkbox"/> Prolongés <input type="checkbox"/> Réduits ou augmentés <input type="checkbox"/> Infection vaginale <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/> Troubles de libido <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Flatulences <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Alopecie <input type="checkbox"/> Mastodynie <input type="checkbox"/> Dysménorrhée <input type="checkbox"/> Kyste ovarien <input type="checkbox"/> Douleur ou réaction locale au site d'insertion <input type="checkbox"/> Syndrome pseudogrippal <input type="checkbox"/>

		Prise poids <input type="checkbox"/> Perte poids <input type="checkbox"/> Autre (s)
17	Y-a-t-il eu des avantages ? <i>(Quelques mots)</i>	
18	Quelle contraception souhaite la patiente ? <i>(Quelques mots)</i>	

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire !

ANDRISSEN Laurie

Annexe 2 : Déclaration de conformité



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les raisons de retrait anticipé de l'implant contraceptif en soins primaires, liées aux adolescentes, qui consultent dans les Centres de planification et d'éducation familiale du Nord-Pas-de-Calais
Référence Registre DPO : 2020-27
Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX / Mme Laurie ANDRISSEN
Spécificités : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Le 23 avril 2020

Bureau DPO

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : ANDRISSEN

Prénom : Laurie

Date de soutenance : 23 Septembre 2021

Titre de la thèse : Motif de demande de retrait anticipé de l'implant contraceptif, en soins primaires, chez les patientes de 15 à 35 ans, qui consultent en Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Retrait anticipé, implant progestatif, contraception à longue durée d'action, adolescentes

Résumé :

Contexte : L'implant progestatif est la contraception la plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées. Cette méthode contraceptive est diffusée mais encore trop peu répandue. Depuis sa commercialisation, plusieurs effets secondaires ont été décrits.

Méthode : Réalisation sur 12 mois d'une étude épidémiologique descriptive transversale, au moyen d'un questionnaire dirigé, diffusé dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Nord-Pas-de-Calais, pour déterminer, si il existe une différence de tolérance de l'implant contraceptif entre les mineures de 15 à 17 ans et les jeunes femmes de 18 à 35 ans. En parallèle, les causes de retrait précoce ainsi que la fréquence des saignements vaginaux sous implant contraceptif ont été mises en avant.

Résultats : Un total de 77 questionnaires a été analysé. La moyenne du terme de retrait était similaire entre les patientes mineures et majeures et le contraceptif était majoritairement retiré avant son terme. Les saignements vaginaux figuraient comme le principal motif de retrait précoce de l'implant tous âges confondus ainsi qu'un désir de grossesse chez les patientes majeures.

Conclusion : À ce jour, la prise en charge thérapeutique des saignements vaginaux sous implant contraceptif n'est pas assez documentée. L'efficacité du contraceptif étant existante il faudrait apporter un confort optimal aux patientes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur : Madame le Docteur Hélène GROSBETY

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Denis Deleplanque