

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

ANDLAUER TRESCA Mathilde

Née le 09 Novembre 1981 à Charenton-Le-Pont (94)

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2010

**UNE CONTRACEPTION PAR IMPLANON OU
DEPO-PROVERA : POUR QUI ET POURQUOI ?**

Président : Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeurs : Docteur Françoise BACLE, Docteur Maud GELLY

DES DE MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Je remercie mon président de thèse, Monsieur le Professeur Michel NOUGAIREDE, pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse, et pour l'intérêt qu'il y a porté.

Je remercie tous les membres du Jury qui me font l'honneur de juger cette thèse.

Je remercie également les équipes des centres de planification familiale des Moulins à Saint-Denis et de la Croix Nobillon à Aulnay-sous-Bois, d'avoir tout mis en œuvre pour le bon déroulement de l'étude.

Je remercie tout particulièrement mes directrices de thèse, les Docteurs Françoise BACLE et Maud GELLY, pour leurs conseils, leur soutien, leur disponibilité et leur enthousiasme. Leur investissement personnel, à la fois intime et militant, dans leur pratique quotidienne, m'a donné le goût de la gynécologie et le réel désir d'y vouer une partie de mon exercice.

Je remercie ma mère, Anne, pour ses corrections judicieuses, et pour l'exemple de Femme avec un grand « F » qu'elle représente à mes yeux.

Enfin je remercie Guillaume, mon statisticien et mon « coach mental » dans ce travail, mais surtout l'homme qui partage ma vie depuis onze ans, qui m'a soutenue tout au long de mes études de médecine et dans les difficultés de la vie, mon amour, mon confident, mon mari et le père de mon enfant à naître.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PARTIE I - ETUDE DE LA LITTERATURE	10
I. GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION	11
A. ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE MEDICALE : LA CONTRACEPTION, L'AFFAIRE DU MEDECIN GENERALISTE.....	11
B. LES LIMITES DE LA CONTRACEPTION AUJOURD'HUI.....	12
C. QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION DISPONIBLES AUJOURD'HUI ?	14
1. <i>La contraception hormonale féminine</i>	14
2. <i>Les dispositifs intra-utérins</i>	22
3. <i>Les méthodes de stérilisation</i>	26
4. <i>La contraception hormonale masculine</i>	26
5. <i>Les méthodes « barrières »</i>	27
6. <i>Les méthodes dites « naturelles »</i>	27
7. <i>La contraception d'urgence</i>	28
D. REPARTITION DANS LA POPULATION, REPARTITION SOCIALE ET « NORME CONTRACEPTIVE »	30
II. LES PARTICULARITES DE L'IMPLANON° ET DU DEPO-PROVERA°	33
A. INCONVENIENTS DES PROGESTATIFS DE LONGUE DUREE D'ACTION	33
1. <i>Les perturbations du cycle menstruel</i>	33
2. <i>La prise de poids</i>	34
3. <i>Effets métaboliques</i>	35
4. <i>L'acné</i>	35
5. <i>Autres effets indésirables</i>	36
6. <i>Inconvénients spécifiques au Depo-provera°</i>	36
7. <i>Inconvénients spécifiques à l'Implanon°</i>	37
B. AVANTAGES RECENSES POUR CES DEUX METHODES	38
1. <i>Une grande efficacité contraceptive</i>	38
2. <i>Une durée prolongée, une facilité d'utilisation, et une limitation du risque d'erreurs d'observance</i>	38
3. <i>Discrétion et confidentialité</i>	39
4. <i>Une bonne tolérance métabolique et cardio-vasculaire</i>	39
5. <i>La possibilité d'utilisation en post-partum et en cas d'allaitement</i>	40
6. <i>Une innocuité rassurante</i>	40
7. <i>Une efficacité sur les dysménorrhées et les douleurs d'endométriose</i>	41
8. <i>Une utilisation possible chez les épileptiques sous traitement pour le Depo-provera°</i>	42
9. <i>Un faible coût d'utilisation</i>	42
C. RETICENCES DU CORPS MEDICAL AUX PROGESTATIFS DE LONGUE DUREE D'ACTION, NOTAMMENT INJECTABLES	45
1. <i>Réticences liées aux effets secondaires à court terme, à la durée d'action et au taux d'abandon</i>	45
2. <i>Réticences à la contraception injectable liées à une mauvaise image du produit et de la méthode</i>	46
3. <i>La méconnaissance de ces méthodes</i>	47

PARTIE II - JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE, MATERIELS ET METHODES.....	48
I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	49
II. MATERIELS ET METHODES	51
A. REVUE DE LA LITTERATURE.....	51
B. REALISATION DE L'ETUDE.....	51
1. <i>Lieux et période de recueil des données</i>	51
2. <i>Méthode d'inclusion</i>	51
3. <i>Outils</i>	52
4. <i>Recueil des données</i>	54
5. <i>Analyse des données</i>	54
PARTIE III - RESULTATS.....	55
I. LES DONNEES SUR LES INVESTIGATEURS	56
II. LES DONNEES SUR LES PATIENTES	56
A. CARACTERISTIQUES SOCIALES DES PATIENTES.....	57
1. <i>Age</i>	57
2. <i>Situation familiale</i>	58
3. <i>Niveau d'études</i>	59
4. <i>Situation professionnelle</i>	59
5. <i>Couverture sociale</i>	60
6. <i>Pays d'origine</i>	61
B. DONNEES MEDICALES, OBSTETRIQUES ET HISTOIRE CONTRACEPTIVE	63
1. <i>Poids et IMC de départ</i>	63
2. <i>Gestité et parité</i>	64
3. <i>Contraceptions précédemment essayées</i>	66
III. CHOIX DU CONTRACEPTIF.....	69
A. IMPLANT OU INJECTABLE	69
B. RAISONS DU CHOIX ENTRE LES DEUX METHODES	69
C. RAISONS DU CHOIX PAR RAPPORT AUX AUTRES METHODES.....	71
IV. RETOUR DES PATIENTES.....	75
A. CHIFFRES.....	75
1. <i>Patientes revenues, et patientes contactées par téléphone</i>	75
2. <i>Patientes perdues de vue</i>	76
B. EVOLUTION DU POIDS ET DE L'IMC	77
C. EFFETS SECONDAIRES RECENSES	78
D. SATISFACTION ET INSATISFACTION	81
E. ABANDON DE LA METHODE.....	85
PARTIE IV - DISCUSSION	86
I. DISCUSSION SUR LA METHODE, LES DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	87
A. CHOIX DE LA METHODE.....	87
B. RETICENCES DES SOIGNANTS	87
C. PEU D'HETEROGENEITE SOCIALE	88
D. DIFFICULTES DE COMPARAISON DES DONNEES DE RETOUR.....	88

E.	UN NOMBRE IMPORTANT DE PATIENTES PERDUES DE VUES.....	88
II.	DISCUSSION SUR LES RESULTATS	90
A.	PROFIL DES FEMMES DANS CHAQUE GROUPE.....	90
	1. <i>L'âge</i>	90
	2. <i>Les caractéristiques sociales</i>	91
	3. <i>Caractéristiques médico-obstétricales et trajectoires contraceptives</i>	92
B.	MOTIFS DU RECOURS A LA METHODE IMPLANTABLE OU INJECTABLE	93
C.	RETOUR DES FEMMES	96
III.	COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES	99
IV.	PERSPECTIVES D'AVENIR.....	104
A.	PRESCRIRE UNE CONTRACEPTION NECESSITE UN PARTENARIAT ENTRE LE MEDECIN ET LA PATIENTE	104
B.	INFORMATIONS A DELIVRER LORS DE LA PRESCRIPTION.....	105
C.	REALISATION D'UNE ETUDE PROSPECTIVE COMPARATIVE A PLUS LARGE ECHELLE 106	
	CONCLUSION	108
	ANNEXES	109
	BIBLIOGRAPHIE	115
	RESUME	118

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1. Contre-indications aux oestroprogestatifs</i>	16
<i>Tableau 2. Contre-indications à l'Implanon°</i>	19
<i>Tableau 3. Contre-indications au Depo-provera°</i>	21
<i>Tableau 4. Contre-indications au DIU au cuivre</i>	24
<i>Tableau 5. Contre-indications au Mirena°</i>	25
<i>Tableau 6. Indice des ventes annuelles des différentes contraceptions en 2007</i>	30
<i>Tableau 7. Profils des saignements menstruels sous Implanon° et Depo-provera°</i>	34
<i>Tableau 8. Pourcentage de femmes pouvant concevoir après l'arrêt d'une contraception</i>	37
<i>Tableau 9. Tarifs et remboursement des différents contraceptifs en 2009</i>	43
<i>Tableau 10. Récapitulatif des situations cliniques dans lesquelles certaines contraceptions sont déconseillées et où l'implant ou l'injectable peuvent être utilisés</i>	44
<i>Tableau 11. Répartition des patientes incluses</i>	56
<i>Tableau 12. Profils d'IMC</i>	63
<i>Tableau 13. Récapitulatif des éléments orientant ou non le choix contraceptif</i>	74
<i>Tableau 14. Évolution du poids et de l'IMC en fonction du délai de re-consultation</i>	78
<i>Tableau 15. Récapitulatif des effets secondaires en fonction du délai par rapport à la première consultation</i>	81
<i>Tableau 16. Motifs de satisfaction dans les deux groupes</i>	83
<i>Tableau 17. Motifs d'insatisfaction dans les deux groupes</i>	84
<i>Tableau 18. Motifs de choix de l'implant à l'étonogestrel</i>	101

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1. Utilisation de la contraception entre 1978-2000.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 2. Répartition des patientes par tranches d'âge.....</i>	<i>57</i>
<i>Figure 3. Situation familiale.....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 4. Niveau d'études.....</i>	<i>59</i>
<i>Figure 5. Situation professionnelle.....</i>	<i>60</i>
<i>Figure 6. Couverture sociale.....</i>	<i>61</i>
<i>Figure 7. Pays de naissance des femmes.....</i>	<i>62</i>
<i>Figure 8. Pays de naissance des parents des femmes nées en France.....</i>	<i>62</i>
<i>Figure 9. Nombre d'enfants par femme.....</i>	<i>65</i>
<i>Figure 10. Nombre de grossesses par femme.....</i>	<i>65</i>
<i>Figure 11. Nombre de contraceptions différentes essayées avant l'étude.....</i>	<i>66</i>
<i>Figure 12. Contraceptions précédemment essayées par les femmes (en nombre de citations).....</i>	<i>67</i>
<i>Figure 13. Contraceptions précédemment essayées par les femmes (en nombre de citations dans les deux groupes).....</i>	<i>68</i>
<i>Figures 14. Raisons du choix entre les deux progestatifs de longue durée d'action.....</i>	<i>71</i>
<i>Figure 15. Raisons du choix de la méthode implantable ou injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives, en nombre de citations, groupes confondus.....</i>	<i>73</i>
<i>Figure 16. Raisons du choix de la méthode implantable ou injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives (en nombres de citations rapportées au nombre de femmes.....</i>	<i>73</i>
<i>Figure 17. Nombre de femmes re-consultant, en fonction du délai écoulé depuis la première consultation.....</i>	<i>75</i>
<i>Figure 18. Nombre de femmes revenues, contactées par téléphone, et perdues de vues.....</i>	<i>76</i>
<i>Figure 19. Effets secondaires recensés dans les deux groupe.....</i>	<i>79</i>
<i>Figure 20. Taux de satisfaction pour chaque méthode.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 21. Répartition des motifs de satisfaction pour chaque méthode.....</i>	<i>83</i>

ABREVIATIONS

ACRN : Association des Centres de Régulation des Naissances
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AME : Aide Médicale d'État
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CI : Contre Indication
CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CMU : Couverture Maladie Universelle
CO : Contraception Orale
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU : Dispositif Intra-utérin
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
IC : Intervalle de Confiance
IMC : Indice de Masse Corporelle
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LH : Hormone Lutéïnisante
MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
NS : Non Significatif
OMS : Organisation Mondiale de la santé
OP : Oestroprogestatif - Oestroprogestative
OR : Odd Ratio
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAS : Pression Artérielle Systolique
SS : Sécurité Sociale
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Implanon° et Depo-provera° sont deux contraceptions progestatives de longue durée d'action, ayant l'AMM en France depuis plusieurs années (1983 pour le Depo-provera°, 1999 pour l'Implanon°).

Si l'Implanon° connaît un véritable effet de mode notamment auprès des jeunes femmes, le Depo-provera°, malgré son ancienneté d'utilisation, reste extrêmement méconnu des professionnels de santé français et par conséquent des femmes, bien qu'il soit largement utilisé en Amérique du Nord, au Royaume-Uni ainsi que dans les pays du tiers-monde.

Ces différences de prescriptions semblent être davantage liées à des réticences du corps médical qu'à celles des femmes, qui sont finalement peu informées sur cette méthode contraceptive injectable. Et pourtant le Depo-provera°, comme l'Implanon°, présente de nombreux avantages (efficacité indépendante de l'observance, facilité, confidentialité, coût peu élevé), et n'a pas d'effets secondaires graves recensés.

Si l'on considère en dehors de tout préjugé médical, que la meilleure contraception est celle que la femme choisit, il paraît intéressant de proposer systématiquement ces deux méthodes, au même titre que les autres, à toute femme consultant pour une contraception.

Étant données la démographie actuelle décroissante des gynécologues médicaux et les capacités limitées d'accueil en centres de planification familiale, les médecins généralistes, notamment femmes, devront s'impliquer davantage dans le suivi gynécologique de la femme. Cela implique d'avoir des connaissances solides en matière de contraception, afin de pouvoir proposer un éventail de méthodes le plus large possible et de pouvoir apporter aux femmes des informations précises.

PARTIE I
ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE

I. GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION

A. ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE MEDICALE : LA CONTRACEPTION, L’AFFAIRE DU MEDECIN GENERALISTE

La contraception est définie par l’ensemble des moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou chez l’homme.

L’intérêt pour la contraception est une nécessité de santé publique puisqu’elle concerne potentiellement toute femme en âge de procréer soit 23% de la population générale.

L’accès à la contraception se fait essentiellement par l’intermédiaire d’un médecin : le plus souvent gynécologue (61,4% des prescriptions), mais aussi généraliste (37,9% des prescriptions) [données de l’EPPM « étude permanente de la prescription médicale »1999]. Aujourd’hui en France, la contraception doit être envisagée comme une compétence de médecine générale.

En effet, le paysage médical français a changé. Le nombre de gynécologues médicaux qui avait peu diminué depuis 1993 (passant de 1 889 à 1 846 spécialistes en 2000), diminue fortement depuis 2000, avec en prévision seulement 550 gynécologues médicaux en 2020 (soit une baisse de 70%). [25]

De son côté, la population de médecins généralistes, qui se féminise très largement, semble se stabiliser. [16]

Il semble évident que ce sera aux médecins généralistes d’absorber la demande de soins gynécologiques de pratique courante (prévention, contraception, suivi gynécologique des patientes non à risque) et donc de s’investir dans la connaissance et la maîtrise de ces soins.

B. LES LIMITES DE LA CONTRACEPTION AUJOURD'HUI

L'information et l'accès à la contraception se sont considérablement améliorés depuis sa légalisation en 1967 (Loi Neuwirth), conduisant les Françaises à occuper une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales de contraception. En 2000, 98% des femmes potentiellement à risque d'une grossesse non prévue utilisaient un moyen de contraception. [11] Les mineures ont depuis 2001 un accès gratuit et anonyme à la contraception dont la prescription ne requiert plus l'accord parental. [15]

Pourtant toutes les difficultés liées à la contraception n'ont pas disparu. Une grossesse sur trois est encore qualifiée de non prévue par les femmes, dont les deux tiers surviennent sous contraception. [11]

Si les difficultés d'observance existent toujours, chez toutes les femmes et dans tous les couples, comme pour tout médicament, c'est aussi parce que les médecins continuent de prescrire des formes contraceptives non adaptées à la vie de leurs patientes. Il est important de rappeler que sur les nombreux travaux réalisés sur l'observance, notamment par Nathalie Bajos, il a toujours été conclu que l'efficacité pratique d'une méthode dépend de sa bonne utilisation et de son observance, lesquelles sont étroitement liées au niveau d'adhésion des utilisatrices, ainsi qu'à l'adaptation de cette méthode à leur mode de vie. La meilleure contraception n'est donc pas nécessairement la plus efficace, mais bien celle que la femme choisit.

Or si la pilule, comme on l'a vu précédemment, est de loin au premier rang des méthodes contraceptives chez les jeunes femmes et les adolescentes, on sait, et c'est paradoxal, que c'est chez ces mêmes femmes qu'il y a le plus d'erreurs d'observance [2]. Il s'agit également du contraceptif présentant la plus grande différence entre efficacité contraceptive théorique et efficacité pratique [cf. Annexe 2 qui montre un rapport de 1/70 entre le nombre de grossesses observées pour 100 femmes dans la première année d'utilisation de la pilule en utilisation « optimale » et en pratique courante]. On peut alors se poser la question du juste choix de la méthode opérée par le professionnel de santé avec sa patiente.

Dans l'étude COCON réalisée en France, il a été démontré que les oublis de pilules surviennent dans des situations sociales et affectives particulières de la vie des femmes. Des

difficultés sont également mises à jour, à travers la fréquence des arrêts ou des changements contraceptifs. Ils surviennent dans différents contextes (intolérance, lassitude, difficultés financières, ordonnance périmée, rupture amoureuse...) et exposent à un risque de grossesse non désirée. La fréquence et la précocité de ces arrêts ou changements de méthodes, associés aux écarts d'observance, sont responsables d'une perte d'efficacité contraceptive et semblent jouer un rôle important dans la survenue des grossesses. L'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant eu recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédant la grossesse. [18]

D'après une étude menée au Mexique sur 207 utilisatrices de l'implant à l'étonogestrel, suivies sur 24 mois, 29.7 % des usagères avaient eu une grossesse non désirée avant. 72,1 % étaient pourtant usagères d'une méthode contraceptive au préalable (34% DIU, 26% CO, 13% Progestatif injectable), mais 36.6 % avaient eu une mauvaise expérience avec la méthode préalable (63.3 % l'ont rattachée aux effets secondaires). 41.9 % des femmes ont choisi l'implant par commodité. [3]

Le critère économique (prix de revient annuel d'une contraception) est également de plus en plus important aux yeux des femmes, des ménages, et des médecins. Or si certaines méthodes contraceptives sont en partie remboursées par la sécurité sociale (les dispositifs intra-utérins, certaines pilules, l'implant à l'étonogestrel et l'acétate de médroxyprogestérone injectable), un grand nombre sont entièrement aux frais des patientes (le patch et l'anneau oestro-progestatifs, et les préservatifs masculins et féminins en dehors des distributions gratuites dans les centres de planification familiale et autres structures associatives ou militantes). À noter également que pour les patientes sans mutuelle et même pour les contraceptifs remboursés, 35% du prix restent à payer, ce qui est rarement négligeable.

La commodité, la discrétion, la confidentialité, le prix, sont des éléments à prendre en compte au moment d'une prescription en matière de contraception, en essayant toujours d'intégrer la femme ou la jeune femme dans sa dynamique familiale parfois délicate.

C. QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION DISPONIBLES AUJOURD'HUI ?

En France et dans le monde, on dispose maintenant d'une diversité intéressante de méthodes qu'on appellera « méthodes médicales de contraception », auxquelles s'ajoutent les méthodes dites « naturelles ». Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients, et c'est à la femme d'en faire le choix, un choix qui devra être éclairé par le médecin. La plupart des données suivantes sont extraites des recommandations de l'ANAES, rédigées en Décembre 2004, après une grande revue de la littérature scientifique [20].

1. La contraception hormonale féminine

a) La contraception oestroprogestative

C'est actuellement une des méthodes de première intention pour les femmes sans facteur de risque particulier, et aussi la plus utilisée en France.

Classiquement il s'agit de la « pilule », ou contraception orale oestroprogestative, dont il existe plusieurs catégories : normo ou minidosée en fonction du dosage en éthinyloestradiol, 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} génération en fonction du type de progestatif, ou encore mono-, bi-, ou triphasique en fonction du changement de composition au cours de la plaquette.

La voie orale implique une prise quotidienne, 21 jours sur 28 ou en continu selon les pilules.

Depuis quelques années, il existe également des oestroprogestatifs sous forme de patch (Evra^o), nécessitant une application hebdomadaire 3 semaines sur 4, et sous forme d'anneau vaginal (Nuvaring^o), à laisser en place 21 jours sur 28. Ces deux nouvelles méthodes, bien que non remboursées par la sécurité sociale, peuvent être utiles en cas de difficultés d'observance.

Le mécanisme d'action des oestroprogestatifs comprend :

- Le blocage de l'ovulation
- Une modification de l'endomètre, devenant impropre à la nidation
- Une densification de la glaire cervicale.

Leur efficacité est très bonne, mais dépend de l'observance (voir les différences des indices de Pearl en annexe 2 entre une utilisation optimale et la pratique courante).

La tolérance clinique à la pilule est très variable, les effets indésirables « bénins » sont potentiellement nombreux : nausées, céphalées, prise de poids, irritabilité ou dépression, sensation de jambes lourdes, tensions mammaires, saignements entre les cycles et/ou perturbations du cycle, modifications cutanées à type d'acné légère et de séborrhée, baisse de libido. Ils n'empêchent en général pas de poursuivre la contraception, mais peuvent faire envisager un changement de molécule, souvent après 3 mois.

Les autres effets indésirables à prendre en compte lors de la prescription sont :

- Une augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel, qui dépend du type de progestatif utilisé, et du dosage d'éthinylestradiol
- Une augmentation non significative du risque de cancer du sein, sans différence significative sur la mortalité (les risques relatifs étaient de 0,98 à 1,12 selon les études, sur des échantillons de plus de 40 000 femmes atteintes de cancer du sein). [26,27]
- Une légère augmentation du risque de cancer du col utérin [26]
- En revanche on distingue un effet protecteur des oestroprogestatifs sur le risque de cancer de l'endomètre, de l'ovaire, et du cancer colorectal. [26]
- L'effet global de la pilule, tous cancers confondus, est protecteur. [26] []

Les contre-indications à la pilule sont nombreuses, et sont recensées dans le tableau ci-après.

Tableau 1. Contre-indications aux oestroprogestatifs

<p>CI établies et mentionnées par l'Afssaps</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients • accidents thromboemboliques artériels en cours ou ancien • accidents thromboemboliques veineux en cours ou ancien • prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles • maladie cérébro-vasculaire ou coronarienne • hypertension artérielle non équilibrée • valvulopathie • troubles du rythme thrombogènes • diabète compliqué de micro- ou de macro-angiopathie • tumeur maligne connue ou suspectée du sein • carcinome de l'endomètre ou toute autre tumeur oestrogéno-dépendante connue ou suspectée • adénome ou carcinome hépatique, affection hépatique sévère jusqu'au retour à la normale de la fonction hépatique • hémorragies génitales non diagnostiquées • tumeurs hypophysaires • connectivites • porphyries.
<p>CI retenues en complément par l'OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • allaitement • post-partum (< 21 jours) • consommation excessive de cigarettes (> 15 cigarettes par jour) si âge > 35 ans. CI relative si < 15 cigarettes par jour) • hypertension sévère (PAS>160 ou PAD> 100). Une HTA bien contrôlée et mesurable et une HTA modérée (PAS > 140 ou PAD> 90) sont considérées comme des CI relatives • chirurgie majeure avec immobilisation prolongée • migraine avec symptômes neurologiques focaux ou sans symptôme neurologique focal chez une femme d'âge > 35 ans • hyperlipidémie avérée • diabète installé depuis plus de 20 ans • cholécystopathie actuelle ou traitée médicalement, antécédents de cholestase liée à une utilisation passée de contraception orale.
<p>Précautions d'emploi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obésité (lorsque l'indice de masse corporelle est supérieur à 30) • certaines tumeurs bénignes du sein et affections de l'utérus (hyperplasie, fibrome) • l'existence de varices qui doit faire discuter d'une autre méthode contraceptive • antécédent d'hypertension gravidique même avec une tension artérielle actuelle normale • l'association à des inducteurs enzymatiques ou à certaines protéases tend à diminuer l'action contraceptive

b) La contraception progestative

Elle comporte les pilules microprogestatives, l'implant à l'étonogestrel (Implanon^o), les progestatifs injectables (Depo-provera^o) et le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena^o).

Les macroprogestatifs, bien que fréquemment utilisés comme moyens de contraception, n'ont pas l'AMM pour cette utilisation. Le stérilet au lévonorgestrel sera détaillé dans le paragraphe sur les dispositifs intra-utérins. En revanche, il nous a paru important de détailler avec plus de précisions les caractéristiques de l'implant à l'étonogestrel et de l'acétate de médroxyprogestérone. Leurs avantages seront détaillés en deuxième partie.

- Les microprogestatifs

Ils se prennent par voie orale, en continu, et ont une action sur la glaire cervicale et l'endomètre. Certains auraient également une action anti-ovulatoire.

Leur efficacité, comme pour les oestroprogestatifs, dépend grandement de l'observance qui n'est optimale que dans des délais de prise quotidienne très restreints (prise à heure fixe même pendant les règles, sans dépasser 3 heures de retard).

Leur tolérance est variable, mais essentiellement affectée par les signes d'hyperestrogénie relative (mastodynies, oedèmes cycliques, douleurs pelviennes), et par les perturbations du cycle menstruel, qui s'observent chez 70% des utilisatrices (métrorragies, absence ou irrégularité des règles).

On relève également un risque accru de kystes de l'ovaire et de grossesse extra-utérine (possiblement en lien avec un ralentissement induit de la mobilité tubaire). Comme pour les oestroprogestatifs, le risque relatif de cancer du sein ne semble pas augmenté de façon significative selon les études, en revanche les études montrent également un effet protecteur potentiel sur les cancers de l'endomètre.

Ils ont l'avantage de pouvoir être prescrits en cas d'allaitement et de ne pas augmenter le risque cardio-vasculaire et thromboembolique. Ils présentent donc, en cas de contre-indication aux oestroprogestatifs, une alternative intéressante.

Les contre-indications des microprogestatifs sont :

- Les accidents thromboemboliques veineux évolutifs
- La présence ou antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés
- Les tumeurs sensibles aux progestatifs : cancer du sein et cancer de l'endomètre
- Ils ne sont pas recommandés en cas d'affection mammaire et/ou utérine, de dysfonctionnement ovarien
- Ils ne sont pas indiqués en cas d'antécédent ou de risque de grossesse extra-utérine

Seul le Microval^o est remboursé par la sécurité sociale.

- L'implant à l'étonogestrel (Implanon^o)

Il s'agit d'un bâtonnet flexible blanc non-biodégradable de 40 mm de long et 2 mm de diamètre, contenant 68 mg d'étonogestrel.

L'insertion se fait par voie sous-cutanée, à l'aide d'une aiguille et d'un applicateur, après anesthésie locale, dans la face interne du bras non dominant, dans l'axe du bras, à environ 7 cm au-dessus du pli du coude. Si l'insertion est correcte, l'implant est invisible mais palpable.

La diffusion d'étonogestrel est lente, stable, et décroît très progressivement avec le temps, entraînant :

- Un blocage de l'ovulation pendant au moins 30 mois (par suppression du pic de LH).
- Une modification de viscosité de la glaire cervicale.
- Une atrophie de l'endomètre, rendant la muqueuse impropre à la nidation.

En dehors de toute contraception, la pose devra se faire dans les 5 premiers jours du cycle menstruel, ou dans les 6 semaines après un accouchement des femmes qui allaitent. En dehors de ces délais, des précautions contraceptives sont à prendre pendant les sept jours qui suivent la pose. La pose peut par ailleurs être immédiate en cas d'IVG, ou en relais d'une autre contraception efficace. [6]

L'efficacité est quasiment maximale quelles que soient les études avec un indice de Pearl à 0,1. [Annexe 2]

La tolérance, comme pour toutes les contraceptions hormonales, est variable. Mais on observe fréquemment :

- Des désordres menstruels : des saignements irréguliers, plus fréquents que les règles (9% au premier trimestre), ou prolongés (28% au premier trimestre), ou au contraire une diminution de la fréquence des règles (50% au premier trimestre puis 25 à 35% au-delà) voire une aménorrhée (24% au-delà du 3^{ème} mois). [6]
- Une prise de poids supérieure à 3 Kg à 6 mois a été recensée chez 15,7% des femmes, sur une étude portant sur 1716 femmes. [6]

D'autres effets indésirables bénins sont également recensés, tels qu'une acné (15,3%)[6], des mastodynies (9,1%), des céphalées (8,5%), des douleurs abdominales (4,3%), une baisse de la libido (2,9%), des sensations vertigineuses (2,9%), une labilité émotionnelle (2,5%) [6], et des leucorrhées. [10]

Une augmentation significative des chiffres tensionnels a été observée dans une étude chez 0,6% des femmes pour la systolique, et 0,7% des femmes pour la diastolique) [6]

Les complications lors de la pose (saignements ou impossibilité de mise en place chez 0,6% des femmes) et lors du retrait (sur 1716 femmes, 6 insertions profondes, 4 localisations difficiles, 6 fibroses du site d'implantation, 3 implants brisés) sont peu fréquentes, mais ces gestes nécessitent un praticien expérimenté. [6]

Il est remboursé par la sécurité sociale à hauteur de 65%.

Les contre-indications de l'Implanon^o sont recensées dans le tableau suivant.

Tableau 2. Contre-indications à l'Implanon^o [19]

CI dans l'AMM	<ul style="list-style-type: none"> • accidents thromboemboliques veineux évolutifs • tumeur progestérone-dépendante (cancer du sein et de l'endomètre) • hémorragies génitales non diagnostiquées • présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés • grossesse connue ou suspectée • hypersensibilité à l'un des composants
Précautions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • L'effet contraceptif peut être diminué dans la 3^{ème} année d'utilisation chez les patientes obèses (IMC>30) • Interactions médicamenteuses : chez les femmes traitées au long cours par des inducteurs enzymatiques, une diminution de l'effet contraceptif peut être observée et contre-indique l'implant

- L'acétate de médroxyprogestérone injectable (Depo-provera^o)

Il s'agit d'un progestatif de synthèse (l'acétate de médroxyprogestérone) présenté sous la forme d'une solution microcristalline.

Une injection intramusculaire profonde de 150 mg permet une résorption lente et une activité prolongée, d'une durée d'au moins 14 semaines.

L'imprégnation permanente de l'organisme par le progestatif permet une modification de l'équilibre hormonal, ayant pour conséquences :

- Un blocage de l'ovulation
- Une modification de la glaire cervicale qui devient rare et visqueuse, ainsi défavorable à la pénétration des spermatozoïdes
- Une modification de l'endomètre qui après une période proliférative, a tendance à évoluer vers l'atrophie, impropre à la nidation [8].

En dehors de toute contraception, la première injection doit se faire dans les 5 premiers jours du cycle, puis tous les trois mois (12 semaines).

L'AMM a été obtenue en 1983 en France et il a été approuvé par la FDA (United States Food and Drug Administration) en 1992.

La méthode injectable est également très efficace, avec un indice de Pearl à 0,3.

Les effets secondaires recensés dans la littérature sont très proches de ceux de l'implant à l'étonogestrel:

- Les perturbations du cycle menstruel sont les plus fréquentes: on peut observer des saignements irréguliers, imprévisibles, parfois plus fréquents ou prolongés que les règles, ou à l'inverse une aménorrhée [6]. Ces saignements imprévisibles sont souvent présents dans le premier trimestre d'utilisation (70% des femmes [8]), mais ils s'espacent et diminuent en principe assez rapidement, pour arriver à 50% de femmes en aménorrhée à un an d'utilisation, [2] et 75% à 2 ans. [7]
- Une prise de poids inconstante selon les études. Elle serait en moyenne de 0,5 à 2 kg à un an [6,8], mais 20 à 40% des femmes accuseraient au contraire une perte de poids de moins de 3 kg la première année [8]. Certaines études stipulent que la prise de poids

ne serait significative que chez les jeunes femmes obèses (IMC>30), et non significative chez les jeunes femmes ayant un IMC normal. [2]

- Une diminution de la densité minérale osseuse a été observée pour un usage supérieur à un an, sans augmenter le risque d'ostéoporose [5] et de façon réversible [2]. Cette diminution est liée aux effets métaboliques dus à la réduction de la production ovarienne d'oestradiol. [7]

Certains troubles à type de changements d'humeur sont également recensés, mais demeurent inconstants selon les études et non significatifs chez l'adolescente dans une étude sur le Depo-provera°. [2,7]

Par ailleurs, les seins douloureux, les douleurs abdominales et la baisse de la libido sont souvent cités mais jamais chiffrés.

Le produit est remboursé par la sécurité sociale à hauteur de 65%.

Les contre-indications sont quasiment identiques à celles de l'implant. Elles sont recensées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3. Contre-indications au Depo-provera° [19]

CI dans l'AMM	<ul style="list-style-type: none"> • maladie thromboembolique artérielle ou veineuse • tumeur progestérone-dépendante (cancer du sein et de l'endomètre) • hémorragies génitales non diagnostiquées • insuffisance hépatique, hépatite en cours • grossesse connue ou suspectée • hypersensibilité à l'acétate de médroxyprogestérone • NB : l'obésité, le diabète, l'HTA sont indiqués dans le Vidal mais non repris par l'ANAES
Précautions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement n'est pas recommandé chez les adolescentes en pleine croissance ou en cas de facteurs de risque d'ostéoporose • Interactions médicamenteuses : chez les femmes traitées au long cours par des inducteurs enzymatiques, une diminution de l'effet contraceptif peut être observée. Cette donnée n'est pas confirmée par la littérature étrangère.

2. Les dispositifs intra-utérins

C'est la méthode contraceptive réversible la plus utilisée dans le monde, et l'une des plus anciennes. [20]

Ils comprennent les DIU au cuivre et le DIU hormonal au lévonorgestrel (Mirena^o) qui sont tous remboursés à 65 % par la sécurité sociale.

a) Le DIU au cuivre

Son mécanisme d'action est principalement contraceptif, en provoquant une réaction inflammatoire stérile dans l'endomètre et la cavité utérine (réaction à corps étranger), qui est toxique pour les spermatozoïdes. Une action contragestive associée n'est pas démontrée mais probable. Sa durée de vie est de 5 à 10 ans.

Il en existe de plusieurs formes, de plusieurs tailles, plus ou moins adaptées aux patientes nullipares, mais sa pose nécessite toujours un acte médical expérimenté. Elle doit se faire en première partie de cycle, idéalement pendant les règles, après toucher vaginal et hystérométrie.

Son efficacité est très bonne avec un indice de Pearl à 0,6 grossesses par an en utilisation optimale.

Ses complications sont peu fréquentes, mais à connaître. Ce sont essentiellement les risques d'expulsion (de 1 à 7 % à 1 an selon les études) et de perforation utérine (rare). L'insertion peut également être difficile, avec des contractions utérines, des saignements, des douleurs, et des réactions vagales. Le risque de maladie inflammatoire pelvienne est aujourd'hui nettement diminué par le dépistage systématique des IST recommandé avant la pose, ainsi que le ciblage de la population à risque. D'après les dernières études, il semblerait que l'utilisation du DIU au cuivre ne soit pas associée de façon statistiquement significative au risque de stérilité tubaire, qui est uniquement corrélé aux antécédents d'infection à Chlamydiae.

Le DIU n'augmente pas le risque de grossesses extra-utérines par rapport à la population générale (il le divise même par 2), mais il l'augmente par rapport aux autres contraceptions (OR = 1,6 [1,4 ; 1,8] selon une méta-analyse reprise dans les recommandations de l'ANAES). [20]

Un des inconvénients à prendre en compte est celui de l'augmentation potentielle de la durée, de l'abondance et des douleurs de règles (5 à 15% des femmes), ce qui crée un réel inconfort pour certaines femmes.

Les contre-indications du DIU au cuivre sont citées dans le tableau ci-après.

Le DIU au cuivre peut être posé en post-partum ou post-abortum immédiat et peut également être utilisé comme contraception d'urgence, jusqu'à 5 jours après l'ovulation.

Un de ses principaux avantages, en dehors de son prix bas et de sa longue durée d'action, est celui de ne pas contenir d'hormone, ce qui autorise son utilisation chez les femmes relevant de contre-indications aux oestrogènes ou à la progestérone.

Tableau 4. Contre-indications au DIU au cuivre [20]

<p>CI absolues retenues par l'OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • grossesse suspectée • infection puerpérale en post-partum • immédiatement après un avortement septique • anomalie utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer le DIU • saignements vaginaux/génitaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) • maladie trophoblastique gestationnelle maligne (risque accru de perforation compte tenu de l'exigence des curetages) • cancer du col utérin, cancer de l'endomètre • fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine • infection génitale haute en cours ou datant de moins de 3 mois • tuberculose génito-urinaire avérée • infection sexuellement transmissible en cours ou datant de moins de 3 mois
<p>CI absolues non retenues par l'OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • polypes endo-utérins • hypersensibilité à l'un des composants du dispositif en particulier hypersensibilité au cuivre³⁴
<p>CI relatives retenues par l'OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • entre 48 heures et 4 semaines post-partum • maladie trophoblastique gestationnelle bénigne • cancer de l'ovaire (DIU vraisemblablement à retirer au moment du traitement) • risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples) dont haut risque d'infection à VIH, sérologie VIH positive et Sida
<p>Éléments nécessitant une certaine prudence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • traitements anti-inflammatoires au long cours (non étayé par la littérature, le risque de moindre efficacité du DIU n'est pas démontré, mais il existe des risques infectieux et hémorragiques potentiels) • traitements immunosuppresseurs (non étayé par la littérature ; il existe des risques infectieux potentiels) • dysménorrhée sévère, ménorragies, anémie (un DIU au lévonorgestrel peut lui être préféré) • coagulopathie, traitements anticoagulants (exposent à un risque de saignement ou de règles plus abondantes) • haut risque d'infection génitale haute • utérus cicatriciel secondaire à d'autres causes qu'une césarienne • valvulopathies à risque d'endocardite (prévoir une prophylaxie antibiotique des cardiopathies) • autres facteurs de nature à faire repousser la mise en place du DIU tels que vaginites, cervicites, diabète non équilibré, dysplasie cervicale. • pour certaines monographies du Vidal 2004 (GynElle° 375 et Nova T°) la nulliparité/nulligestité sont considérées comme des « CI relatives » à l'utilisation du DIU ou comme une indication ne relevant pas de l'utilisation d'un DIU en première intention

b) Le DIU au lévonorgestrel (Mirena°)

Mirena° est un DIU sans cuivre, disposant d'une capsule hormonale qui libère dans l'utérus environ 20 µg de lévonorgestrel par 24 heures, pendant au maximum 5 ans.

En plus du mécanisme d'action du DIU classique au cuivre, son action hormonale progestative permet un épaissement de la glaire cervicale, une atrophie de la muqueuse endométriale, et à moindre degré chez certaines femmes un blocage de l'ovulation.

Aussi efficace que le DIU au cuivre, il en présente également les mêmes effets secondaires (risque d'expulsion, de grossesse extra-utérine, prudence nécessaire face au risque infectieux). Des troubles menstruels liés à la délivrance de progestérone, sont également observés : saignements entre les cycles (spotting), règles prolongées ou raccourcies, saignements irréguliers, oligoménorrhée et aménorrhée. La fréquence des saignements prolongés et des spottings diminue au cours des premiers mois de traitement.

Les contre-indications retenues par l'OMS sont les suivantes :

Tableau 5. Contre-indications au Mirena° [20]

Cf. CI des DIU au cuivre	Sauf : <ul style="list-style-type: none">• dysménorrhées sévères, ménorragies, anémie• hypersensibilité au cuivre
CI propres au Mirena°	<ul style="list-style-type: none">• thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire actuelle• migraine avec symptômes neurologiques (en cas de poursuite de la contraception uniquement)• cancer du sein actuel ou en rémission depuis moins de 5 ans• affections hépatiques (hépatite virale, cirrhose décompensée, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes, etc.)• cardiopathie ischémique actuelle (en cas de poursuite de la contraception uniquement)

À noter que l'aménorrhée induite peut, selon les femmes, être un inconvénient (voire une cause de retrait), ou au contraire un avantage considérable. Le Mirena° a d'ailleurs aussi pour indication le traitement des ménorragies fonctionnelles. Les saignements menstruels diminuent de 88 % dès 3 mois d'utilisation chez les femmes présentant des ménorragies et la

fréquence des dysménorrhées diminue également avec une fréquence identique à celles des contraceptifs oraux.

3. Les méthodes de stérilisation

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France depuis 2001 pour tous les couples qui en font la demande, après un délai de réflexion obligatoire de 4 mois.

La méthode de stérilisation féminine de référence est aujourd'hui la méthode « ESSURE », qui consiste en la mise en place d'implants dans la partie proximale des deux trompes, induisant en 3 mois une obstruction tubaire complète. Elle ne nécessite pas d'anesthésie dans 80% des cas et peut donc se faire en bloc ambulatoire. Le taux de succès bilatéral est de 95%, et le taux de complications est de l'ordre de 1 à 10%. Elle est donc définitive et n'a que très peu de contre-indications (post-partum immédiat, infection en cours, fibrome, cancer, métrorragies non expliquées).

La ligature chirurgicale des trompes n'est plus la technique de référence du fait des risques opératoires.

La stérilisation masculine ou vasectomie consiste en une section et ligature des canaux déférents. Il s'agit d'une intervention chirurgicale bénigne, se pratiquant sous anesthésie locale, qui ne modifie en rien l'érection ni l'éjaculation. Elle reste relativement réversible, mais implique une réparation microchirurgicale.

Ces méthodes sont toutes prises en charge par la sécurité sociale. Elles nécessitent un entretien médical personnalisé, une information médicale claire et complète, et le recueil d'un consentement éclairé écrit. Elles ne sont pas légales chez les personnes mineures, et ne sont envisageables chez les personnes jeunes qu'avec la plus grande précaution.

4. La contraception hormonale masculine

Elle est en cours d'expérimentation en France, et consiste en une mise au repos des cellules de Sertoli, inhibant ainsi la spermatogénèse.

Les protocoles à l'essai concernent l'énanthate de testostérone sous forme injectable et l'association d'une pilule progestative à une testostérone par voie transcutanée.

L'efficacité (absence de spermatozoïdes dans le sperme) serait différée mais satisfaisante pour une catégorie de patients répondeurs.

Les effets indésirables à long terme sont encore méconnus, et les effets à court terme relèveraient d'une hyperandrogénie (diminution du HDL-cholestérol, acné, agressivité, hypersexualité...).

5. Les méthodes « barrières »

Il s'agit des préservatifs masculin et féminin, mais aussi des spermicides, du diaphragme et de la cape cervicale, moins répandus en France.

Leur efficacité dépend grandement de leur technique d'utilisation. Comme il l'est rappelé dans les recommandations de l'ANAES [20], l'utilisation des préservatifs masculin et féminin nécessite un certain entraînement, une mise en place à chaque rapport sexuel et avant toute pénétration vaginale, et un retrait rapide après le rapport sexuel pour le préservatif masculin. La motivation des deux partenaires est préférable. Le médecin devra donc rappeler les risques d'échec (rupture, glissement), ainsi que la possibilité d'une méthode dite de « rattrapage » comme la pilule du lendemain.

Cette méthode n'étant pas fiable à 100%, elle n'est peut-être pas à privilégier au long cours dans les couples stables.

En dehors de l'allergie au latex qui incite à utiliser des préservatifs en polyuréthane, il n'existe aucune contre-indication et ils sont en accès libre.

Il est important de rappeler que les préservatifs sont les seules méthodes ayant fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles.

6. Les méthodes dites « naturelles »

Elles sont essentiellement le retrait, la méthode d'aménorrhée lactationnelle (ou méthode « MAMA »), la douche vaginale, et les méthodes observant le cycle féminin (méthode des températures basales, méthode de Billings observant la glaire cervicale, méthode Ogino).

L'abstinence peut également être considérée comme une méthode naturelle. [28]

Le principal avantage des méthodes naturelles est l'absence totale de contre-indication.

En revanche, en dehors de la technique d'allaitement exclusif, et seulement si elle est bien conduite, leur efficacité est inférieure à celle des méthodes médicales, comme en témoigne le tableau relevant les indices de Pearl. [Annexe 2]

7. La contraception d'urgence

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

a) La pilule du lendemain ou contraception d'urgence hormonale

Il s'agit actuellement d'un progestatif seul, le lévonorgestrel (Norlevo^o), sous forme d'un seul comprimé à 1,5mg, qui fait référence dans le monde entier, en inhibant ou retardant l'ovulation.

Il ne présente aucune contre-indication (en dehors d'une phlébite évolutive ou une d'allergie au produit), et ses effets secondaires sont en général très modérés (nausées 20 %, vomissements 5 %, fatigue 20 %, douleurs abdominales 15 à 20 %, céphalées 15 à 20 %, vertiges 10 à 15 %, tension mammaire 10 à 15 %, et spotting moins de 5 %).

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

Si ces chiffres sont inférieurs à ceux du DIU au cuivre, la contraception d'urgence hormonale est plus accessible car elle peut être délivrée sans ordonnance et de manière anonyme en pharmacie (où elle est gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

Elle peut être utilisée plusieurs fois par mois, mais ne protège pas des rapports suivants.

Bien qu'elle ne présente pas de contre-indication, son utilisation doit rester celle d'une

méthode passerelle ou de rattrapage, car elle reste moins efficace qu'une méthode continue.

À noter qu'une nouvelle molécule a fait son apparition sur le marché en 2009 : l'ulipristal acétate (Ellaone^o), faisant partie des modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone, et qui aurait une action inhibitrice de l'ovulation même en cas de pic de LH déjà enclenché, et donc une efficacité prolongée jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel. Selon un article de La Revue Prescrire qui reprend plusieurs essais cliniques, il n'a pas été démontré d'efficacité supplémentaire par rapport au lévonorgestrel, que le produit ait été pris dans les 3 jours ou dans les 5 jours suivant le rapport sexuel. Le profil d'effets indésirables n'est par ailleurs pas apparu plus favorable. Ellaone^o n'étant pas encore remboursé par la sécurité sociale, son efficacité n'étant pas démontrée, et le recul sur ses effets indésirables à long terme étant insuffisant, la rédaction de Prescrire conseille d'en rester à la prescription de lévonorgestrel. [32]

b) Le DIU au cuivre

Il est utilisable en contraception post-coïtale avec un délai de pose possible jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation.

Il est extrêmement efficace, avec un taux d'échec de 0,1 à 0,2 %, quel que soit le moment du cycle, il protège des rapports non protégés à venir, et peut donc être le début d'une nouvelle contraception.

En revanche, il ne peut être posé que lors d'une consultation médicale, sa pose peut être difficile chez les patientes nullipares ou limitée du fait du risque infectieux, difficile à évaluer dans l'urgence.

D. REPARTITION DANS LA POPULATION, REPARTITION SOCIALE ET « NORME CONTRACEPTIVE »

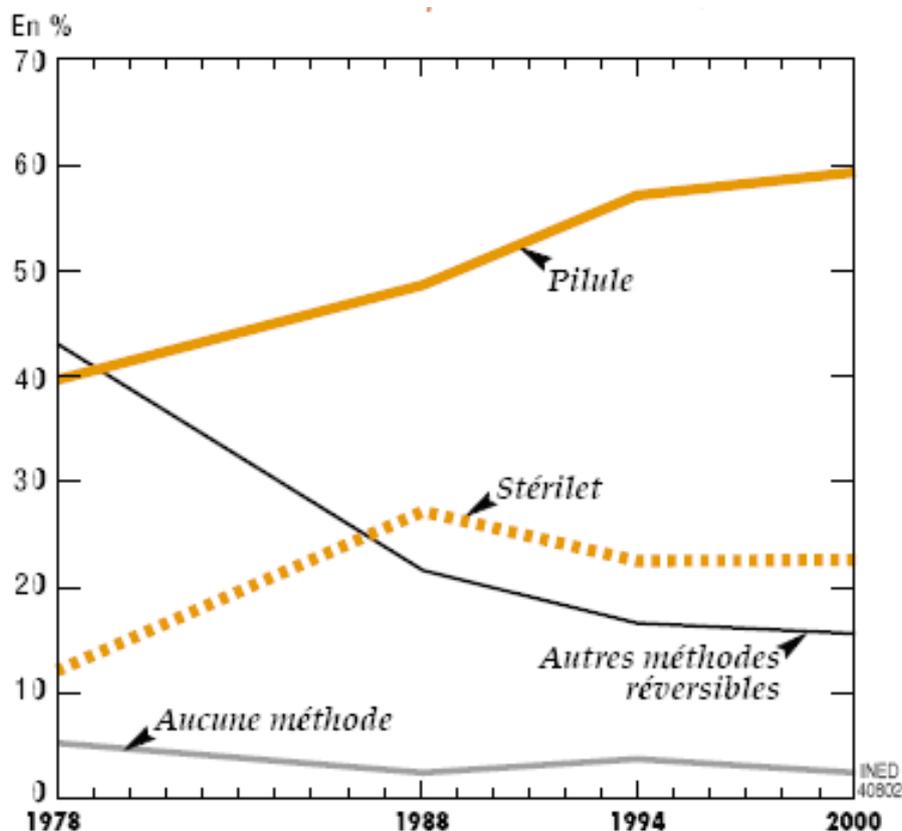
Parmi les méthodes médicales, l'utilisation de progestatifs injectables ou implantables ne représente qu'une très faible part de la population. En effet en France, selon l'étude COCON réalisée entre 2000 et 2004, 60% des femmes utilisant une contraception prennent la pilule, 23% des femmes portent un stérilet, 10% utilisent le préservatif, et seulement 7% des femmes utilisent d'autres méthodes réversibles (patchs et anneaux vaginaux oestroprogestatifs, spermicides, diaphragmes, progestatifs implantables ou injectables et méthodes naturelles). La stérilisation volontaire féminine ne concerne que 1% des 15-44 ans en France, alors qu'elle est pratiquée pour 1 femme sur 4 aux Etats-Unis. La stérilisation masculine n'occupe également en France qu'une place très modeste dans la régulation des naissances.

Le tableau ci-dessous reprend les ventes des différents contraceptifs en 2007.

Tableau 6. Indice des ventes annuelles des différentes contraceptions en 2007 (source : Industries pharmaceutiques)

Moyen de contraception	Ventes par an	Évolution
Pilules oestroprogestatives	61 millions de plaquettes	Diminution
Pilules microprogestatives	6 millions de plaquettes	Augmentation
Patch	360 400 boîtes de 3	Légère diminution
Anneau vaginal	685 000 unités	Augmentation
DIU cuivre	268 000 unités	Diminution
DIU hormonal	340 000 unités	Augmentation
Implant	118 000 unités	Augmentation
Progestatif injectable	20 250 flacons	Diminution
Pilule du lendemain	1 180 000 unités	Augmentation

Figure 1. Utilisation de la contraception entre 1978-2000 pour 100 femmes de 20 à 44 ans ne souhaitant pas être enceintes [17]



S'il semble exister encore quelques disparités sociales sur le choix de la méthode contraceptive (les femmes artisanes ou commerçantes ont moins recours aux méthodes de contraception médicalisées, les pilules de 3ème génération sont davantage prescrites aux cadres...), il est démontré que le choix de la méthode est très nettement corrélé à la position de la femme dans son cycle de vie, introduisant une notion de « norme contraceptive » dans les esprits des femmes et des médecins. [17] La pilule reste l'apanage des femmes les plus jeunes (méthode utilisée chez 86% des femmes de 20-24 ans et 83% des 18-19 ans en 2000), le stérilet celui des femmes déjà mères, plus âgées, et ne voulant en général plus d'enfants, tandis que le recours au préservatif concerne majoritairement des femmes vivant seules ou en phase d'entrée dans la sexualité.

Pourtant les modes de vie changent, et les parcours affectifs et sexuels des femmes ont évolué. Celles-ci connaissent plus de partenaires sexuels au cours de leur vie, avec des périodes en couple, des périodes de ruptures ou de célibat, parfois d'incertitude. Le schéma d'une contraception orale quotidienne, inspirée d'une sexualité prévisible et régulière, n'est plus

toujours adapté. Et si les femmes voyaient dans les années 70 la pilule comme le symbole d'une libération sexuelle, beaucoup la voient aujourd'hui comme une méthode contraignante.

Alors cette « norme contraceptive », qui traduit initialement une recherche d'efficacité maximale associée à une prévention vis-à-vis des IST, est-elle réellement synonyme d'efficacité dans un contexte de diversification des modes de vie?

II. LES PARTICULARITES DE L'IMPLANON° ET DU DEPO-PROVERA°

En effet afin de comprendre ces différences d'utilisation et donc de prescription, il nous a paru important de décrire les inconvénients et les avantages de chacune de ces deux méthodes, et de les comparer aux autres méthodes davantage prescrites. Nous ne les comparerons pas à la stérilisation (méthode non réversible) ni aux méthodes naturelles dont les bénéfices escomptés sont toujours à mettre en balance avec une moindre efficacité.

L'étude de la littérature nous permet aussi d'évoquer quelques hypothèses sur les réticences des médecins à prescrire ces progestatifs de longue durée d'action.

A. INCONVENIENTS DES PROGESTATIFS DE LONGUE DUREE D'ACTION

Les effets secondaires de l'Implanon° et du Depo-provera° sont, comme nous l'avons vu, souvent comparables. Ils semblent également proches de ceux des microprogestatifs et du DIU au Lévonorgestrel. Malheureusement l'Implanon° étant un produit récent, certaines données ne sont pas encore disponibles, comme sur le risque cancérigène à long terme. Quant aux études sur le Depo-provera°, elles datent pour la plupart des années 1980-1990, et n'ont donc pas fait l'objet d'une méthodologie moderne. Il n'existe notamment pas d'étude comparative entre la méthode injectable et la méthode implantable, et très peu d'études comparant le Depo-provera° et l'Implanon° aux autres méthodes contraceptives réversibles.

1. Les perturbations du cycle menstruel

Il s'agit du premier effet secondaire cité dans les études et de la première cause d'abandon pour les deux méthodes.

Si l'aménorrhée peut être pour certaines femmes un avantage important, les saignements imprévisibles souvent présents dans le premier trimestre d'utilisation sont mal vécus par les femmes.

Ces saignements s'espacent et diminuent en général assez rapidement, pour arriver à 50% de femmes en aménorrhée à un an d'utilisation.

Ces modifications du cycle sont transitoires, réversibles à l'arrêt de la contraception et nécessitent une information préalable auprès de la patiente.

☛ Avec les autres méthodes :

Ces perturbations peuvent exister avec les autres progestatifs (microprogestatifs, DIU au Lévonorgestrel) et à moindre incidence avec les oestroprogestatifs lorsqu'ils ne sont pas adaptés à la femme (spotting, ménorragies). Le DIU au cuivre a également tendance à augmenter la durée et l'abondance des règles.

Tableau 7. Profils des saignements menstruels sous Implanon° et Depo-provera° [6,8]

	Implanon°	Depo-provera°
Cycles normaux		25 %
Aménorrhée à 1 an	25 %	50 à 70 %
Saignements moins fréquents que les règles - à 3 mois - après 3 mois	50 % 25 à 35 %	
Saignements plus fréquents ou prolongés - à 3 mois - à 2 ans	37 % 12,7 %	70 % 10,7 %

2. La prise de poids

Elle reste inconstante selon les études et modérée dans la plupart des cas, mais c'est un élément à prendre en compte dans la prescription (notamment chez les femmes déjà en surpoids).

☛ Avec les autres méthodes :

Les études portant sur la prise de poids sous oestroprogestatifs sont également contradictoires, mais dans une synthèse de l'étude COCON portant sur 2863 femmes, 25,2% des femmes ont rapporté un effet secondaire des oestroprogestatifs à type de prise de poids. [33]

3. Effets métaboliques

Les fonctions hépatique, surrénalienne, rénale, hypophysaire, thyroïdienne, la coagulation, la pression artérielle ont été étudiées pour le Depo-provera°, et aucune anomalie n'a été enregistrée. [4,8]

En revanche on a relevé que les progestatifs de synthèse diminuaient le taux circulant du cholestérol-HDL et certaines études, contredites par d'autres, suggéraient que l'acétate de médroxyprogestérone pourrait contribuer à augmenter la glycémie et accroître la réponse à une hyperglycémie provoquée. Ces données encore incertaines incitent à la prudence chez les femmes à risque sur le plan cardio-vasculaire. [8]

Dans une étude sur l'Implanon° portant sur 889 femmes, une augmentation des chiffres tensionnels a été recensée pour 0,6% des femmes pour la systolique, et 0,7% des femmes pour la diastolique. [6]

☛ Avec les autres méthodes :

Si ces données incitent à une certaine prudence chez les patientes en surpoids ou ayant des troubles lipidiques, les contre-indications aux oestroprogestatifs sont plus strictes en termes de risque cardio-vasculaire (HTA, diabète compliqué, dyslipidémie, association tabagisme + obésité).

4. L'acné

L'étude reprise par Prescrire rapporte des effets secondaires à type d'acné pour 15,3% des femmes sous Implanon°. Cet effet secondaire n'est pas recensé dans le Vidal pour le Depo-provera°.

☛ Avec les autres méthodes :

Tous les progestatifs dérivés de la 19 nortestostérone (y compris les progestatifs contenus dans les associations oestroprogestatives) ont des effets androgéniques. Cependant ils abaissent le taux de testostérone libre dans le sang et ont ainsi pour la plupart un effet bénéfique sur l'acné. Les progestatifs de 3ème génération sont décrits comme ayant un pouvoir androgénique plus faible et participeraient ainsi à la réduction du climat androgénique. Cependant en France, seule l'association de 35 mg d'éthinylestradiol et de norgestimate (Tricilest°/Triafémil°) a obtenu la double AMM « contraception et acné légère à

modérée » [20]. L'acné reste un effet secondaire fréquent de la contraception oestroprogestative (entre 1 et 10% des femmes selon le Vidal) [19].

5. Autres effets indésirables

Des effets indésirables à type de labilité émotionnelle, de mastodynies, de céphalées, de baisse de la libido ont été recensés pour nos deux méthodes.

☛ Avec les autres méthodes :

Tous ces effets secondaires peuvent être retrouvés avec les autres contraceptions hormonales (pilule oestroprogestative et progestative, patches, anneaux, DIU à la progestérone).

6. Inconvénients spécifiques au Depo-provera°

a) La baisse de la densité minérale osseuse

Cette diminution a été observée pour un usage supérieur à un an, sans augmenter le risque d'ostéoporose. [5] Cette baisse est totalement réversible après un arrêt de deux ans [2]. Même si les nombreuses études sur le sujet sont rassurantes, une attention est nécessaire pour les jeunes femmes adolescentes n'ayant pas terminé leur croissance, et il est important de promouvoir dans ces cas-là une activité physique régulière et la consommation de produits laitiers et de poissons gras (riches en vitamine D).

b) Un retour à la fécondité retardé

Après l'arrêt des injections, on peut observer un délai de retour à la fécondité allant jusqu'à 12 mois. [6] Cette infertilité est transitoire et totalement réversible, mais c'est une donnée à prendre en compte lors de la prescription qu'il faudra contre-indiquer en cas de désir de grossesse dans les mois ou l'année à venir.

☛ Avec les autres méthodes :

Ce délai varie selon les femmes et les contraceptions, mais semble plus important avec le Depo-provera°.

Le tableau ci-dessous montre le pourcentage de femmes pouvant concevoir après l'interruption de l'utilisation du Depo-provera°, des oestroprogestatifs et du DIU au cuivre. On note qu'après 1 an d'arrêt le taux de femmes pouvant concevoir a rattrapé celui des femmes ayant porté un stérilet, et qu'après 2 ans le taux est identique pour les trois méthodes.

Tableau 8. Pourcentage de femmes pouvant concevoir après l'arrêt d'une contraception [29]

Mois suivant l'interruption de la contraception	Utilisatrices du Depo-provera°	Utilisatrices d'une pilule oestroprogestative	Utilisatrices d'un DIU au cuivre
6	54%	75%	60%
12	76%	85%	76%
24	92%	95%	93%

7. Inconvénients spécifiques à l'Implanon°

a) Une efficacité moindre chez les patientes obèses

Certaines études montrent un risque de diminution d'efficacité dans la troisième année chez les femmes obèses, ayant un IMC supérieur à 30. [6]

☛ Avec les autres méthodes :

Aucune recommandation d'adaptation de dose n'est mentionnée pour les autres contraceptions hormonales. [19,20]

b) Les difficultés liées à la pose et au retrait

Comme vu précédemment, les complications lors la pose ou du retrait sont peu fréquentes, mais impliquent un praticien expérimenté. De même, lorsque la femme souhaite interrompre sa contraception ou changer de méthode, un rendez-vous avec un médecin expérimenté est nécessaire, et certains praticiens refusent d'enlever un implant qu'ils n'ont pas posé.

➤ Avec les autres méthodes :

La prise d'une pilule, la mise en place d'un patch ou d'un anneau vaginal, ne nécessitent qu'une consultation médicale annuelle, pour le renouvellement d'ordonnance et la surveillance du traitement. Mais ceci est à contrebalancer avec les risques liés aux difficultés d'observance, aux effets secondaires et aux contre-indications des oestroprogestatifs.

Concernant les DIU (au cuivre ou hormonal), ils nécessitent également une consultation avec un praticien entraîné et une surveillance annuelle. Les risques liés à la pose ne sont par ailleurs pas inexistantes (insertion délicate voire difficile, risque de perforation...).

B. AVANTAGES RECENSES POUR CES DEUX METHODES

1. Une grande efficacité contraceptive

Elle est supérieure à 99% quelle que soit l'étude. L'indice de Pearl est à 0,3 pour le Depo-provera° [7,14], et à 0,1 pour l'Implanon°. [10]

L'efficacité est immédiate si l'on respecte les moments d'injection et de pose.

➤ Avec les autres méthodes : voir l'annexe recensant les indices de Pearl [Annexe 2].

2. Une durée prolongée, une facilité d'utilisation, et une limitation du risque d'erreurs d'observance

La fréquence d'administration est de 3 mois pour la forme injectable, et de 3 ans pour l'implant.

La durée d'efficacité est donc prolongée par rapport à toute autre méthode contraceptive réversible, en dehors des dispositifs intra-utérins (efficaces jusqu'à 10 ans pour le TT380°) [19].

L'implant comme la forme injectable ne nécessite aucune prise médicamenteuse quotidienne, ni de renouvellement mensuel.

Ces avantages sont considérables pour beaucoup de femmes qui ont des difficultés d'observance avec la pilule, ou encore pour des femmes travaillant en horaires décalés ou voyageant beaucoup.

3. Discrétion et confidentialité

Lorsqu'il est bien posé, l'implant à l'étonogestrel est invisible et uniquement palpable. Les injections de Depo-provera° sont elles complètement invisibles. Cette discrétion permet une totale confidentialité entre le médecin et la patiente, discrétion qui peut être souhaitée vis-à-vis des parents, ou encore du partenaire. Ces méthodes ne requièrent donc en rien l'accord parental ni celui du partenaire. Probablement grâce à ces deux derniers éléments, on a noté une diminution significative du nombre de grossesses chez les adolescentes aux Etats-Unis, en lien avec l'utilisation du Depo-provera°. [2]

☛ Avec les autres méthodes :

La discrétion est respectée avec les DIU, bien que certains partenaires se plaignent de sentir les fils du stérilet.

Pour les pilules, patchs, anneaux et méthodes barrières, la présence d'une boîte ou d'un emballage peut être difficile à dissimuler, notamment pour les jeunes filles voulant garder le secret de leur contraception.

4. Une bonne tolérance métabolique et cardio-vasculaire

Comme citées précédemment, les études sur le Depo-provera° n'ont pas montré d'impact sur les taux de cholestérol, de triglycérides, de glycémie, ni de modification de l'hémostase. [4] Il n'a pas non plus été démontré d'effet sur la pression artérielle, ni sur le risque thrombotique.[4]

☛ Avec les autres méthodes :

Selon les recommandations de l'ANAES [20], la prescription d'un implant ou d'une contraception injectable est indiquée dans certains cas où les oestroprogestatifs sont à éviter :

- Hypertension artérielle modérée (TAS 140-159 ou TAD 90-99)
- Antécédent d'hypertension gravidique
- Valvulopathie cardiaque
- Tabagisme chez la femme de plus de 35 ans
- Hyperlipidémie avérée
- Cirrhose hépatique compensée, antécédent de cholestase sous oestroprogestatifs
- Patiente migraineuse

5. La possibilité d'utilisation en post-partum et en cas d'allaitement

Ces deux contraceptifs ne contenant pas d'oestrogènes, leur utilisation serait possible en post-partum immédiat.

Selon plusieurs études, l'utilisation du Depo-provera° comme de l'Implanon° n'a pas d'impact sur la quantité ni sur la qualité du lait maternel [2,7,8], et est donc possible en cas d'allaitement.

À noter cependant que dans le dictionnaire Vidal le Depo-provera° est contre-indiqué en cas d'allaitement et n'est pas recommandé par l'ANAES avant 6 semaines en post-partum (toujours en cas d'allaitement). En revanche il est recommandé au-delà des 6 semaines, même en cas d'allaitement, ainsi que sur le site référent du CRAT (centre de référence sur les agents tératogènes), et au Canada. [19,20,21]

➤ Avec les autres méthodes :

Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués pendant les 4 semaines suivant un accouchement si la femme n'allait pas, et pendant toute la durée d'un allaitement maternel.

Les DIU sont possibles en post-partum après 4 semaines, et en cas d'allaitement.

Les microprogestatifs sont dans beaucoup de maternités la contraception de référence pour les femmes qui allaitent, malgré les difficultés d'observance liées au rythme imposé par l'accueil d'un nouveau-né et son allaitement.

6. Une innocuité rassurante

Le recul sur l'utilisation au long cours de l'implant à l'étonogestrel est insuffisant, mais pour le Depo-provera° il n'a pas été démontré d'effet tératogène. [2]

De même, on ne note pas d'augmentation des migraines. [4]

Il n'y a pas d'augmentation du risque de cancer. On ne note pas d'augmentation de risque sur le cancer ovarien, le cancer du col de l'utérus, et le cancer du foie. On noterait même une diminution prolongée du risque de cancer de l'endomètre (Jusqu'à une diminution de 80% du risque d'adénocarcinome endométrial dans certaines études). [2,4]

En ce qui concerne le risque relatif de cancer du sein après utilisation du Depo-provera°, il ne semblerait pas significatif ou très légèrement augmenté selon les études : risque relatif de 0,9 (IC : 0,7-1,2) selon une étude portant sur 419 femmes africaines atteintes de cancer, appariées à 1625 cas témoins. Ce risque était par contre majoré entre 35 et 44 ans avec un

risque relatif de 2,3 (1,3-4,1) chez les femmes en cours d'utilisation, sans effet durée. [22]
Selon une autre étude, le risque relatif serait de 2 en cas d'utilisation avant l'âge de 34 ans et de 1,7 si les progestatifs sont utilisés dans les cinq ans précédant l'apparition du cancer. [23]

➤ Avec les autres méthodes :

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux obtenus après méta analyses sur la contraception oestroprogestative et le risque de cancer du sein : les risques relatifs sont du même ordre, à savoir peu ou pas significatifs, et toujours à contrebalancer avec les effets protecteurs sur les autres cancers.

Les méthodes mécaniques (DIU au cuivre et méthodes barrières) sont évidemment les méthodes de référence chez les femmes aux antécédents de cancers hormono-dépendants.

7. Une efficacité sur les dysménorrhées et les douleurs d'endométriose

Une efficacité sur les douleurs liées au cycle a été démontrée pour le Depo-provera° : réduction significative des dysménorrhées et douleurs chez les patientes souffrant d'endométriose, et des dysménorrhées et syndromes prémenstruels chez les autres [2].

Il est par ailleurs prescrit au Canada comme traitement de l'endométriose. [29]

Une petite étude autrichienne d'un an portant sur 41 femmes souffrant d'endométriose symptomatique a également révélé une efficacité significative du Depo-provera° et de l'Implanon° sur les dysménorrhées. Les effets bénéfiques sur la douleur, ainsi que les effets secondaires observés dans les deux groupes étaient statistiquement comparables. (21 femmes avaient un implant à l'étonogestrel, et 20 femmes recevaient des injections de Depo-provera°). [9]

➤ Avec les autres méthodes :

Les oestroprogestatifs ont souvent un effet bénéfique sur les dysménorrhées. Il semblerait que le Mirena°, comme la forme injectable et la forme implantable, aurait également un effet bénéfique sur les dysménorrhées.

Les DIU au cuivre sont en revanche peu recommandés pour les femmes souffrant de dysménorrhées.

Concernant l'endométriose, l'étude autrichienne montrait une efficacité supplémentaire de l'Implanon° et du Depo-provera° sur les douleurs pour des femmes ayant déjà essayé les

oestroprogestatifs. Les macro-progestatifs sont par ailleurs également prescrits pour traiter l'endométriose. [19]

8. Une utilisation possible chez les patientes épileptiques sous traitement pour le Depo-provera°

Même si l'ANAES et le Vidal invitent à des précautions d'emploi du Depo-provera° avec les inducteurs enzymatiques, plusieurs études ont démontré que c'était la seule contraception hormonale restant efficace sous traitement antiépileptique. [30,31]

☛ Avec les autres méthodes :

En dehors des DIU au cuivre et des méthodes barrières, toutes les contraceptions hormonales ont montré une baisse d'efficacité significative en cas d'association aux anti-épileptiques (oestroprogestatifs, microprogestatifs, implant à l'étonogestrel). [30,31]

9. Un faible coût d'utilisation

Le coût de l'Implanon° (124,68 €) est relativement faible, rapporté sur 3 ans (coût annuel 41,56 €) [10], mais ne comprend pas la tarification liée à la pose et au retrait. Le Depo-provera ° a un coût annuel encore 3 fois inférieur (3,33 € le flacon soit environ 13,50 € par an). [6] Les deux produits sont remboursés à 65 % par la sécurité sociale.

☛ Avec les autres méthodes :

Pour comparaison, le prix annuel d'une pilule oestroprogestative varie de 12,48 € (Triella°) à 175 € (Yaz°, prix indicatif). Certaines ne sont pas remboursées par la sécurité sociale (notamment les pilules de 3^{ème} génération).

Le patch contraceptif (Eвра°), et l'anneau vaginal (Nuvaring°) ne sont pas remboursés et ont des coûts annuels respectifs de 183,20 € et 207,20 €. Concernant les dispositifs intra-utérins, leur prix annuel varie de 6,10 € pour les stérilets au cuivre, à 25,10 € pour le Mirena°. Ils sont tous remboursés à 65% par la sécurité sociale, mais ces tarifs ne comprennent pas la pose.

Les méthodes barrières sont souvent à la charge du couple, en dehors des distributions gratuites dans les centres de planification familiale, les centres de dépistage anonyme et gratuit, et autres structures associatives ou militantes. [19]

Le tableau ci-dessous relève les prix des différentes contraceptions sur le marché.

Tableau 9. Tarifs et remboursement des différents contraceptifs en 2009 [19]

Contraceptifs	Prix unitaire (pour 3 plaquettes concernant les pilules)	Prix annuel	Remboursement sécurité sociale
Depo-provera°	3,33 € / flacon	13,50 €	65 %
Implanon°	124,68 €	41,56 €	65 %
Pilule OP - remboursées (Ex : Minidril°, Adepal°, Trinordiol°, Stédiril°) - non remboursées (Ex : Varnoline°, Yaz°)	3,12 à 16 € 18 à 43,80 €	12,50 à 64 € 72 à 175 €	65 % Non
Patch OP	45,80 € / boîte de 3	183,20 €	Non
Anneau OP	51,80 € / boîte de 3	207,20 €	Non
Pilule microprogestative - Microval° - autres (Ex : Cérazette°)	3,82 € 21 à 32,95 €	15,50 € 84 à 132 €	65 % Non
DIU au cuivre	30,50 €	6,10 €	65 %
DIU hormonal	125,37 €	25,10 €	65 %

☛ Concernant les méthodes barrières :

Il est difficile de les comparer aux contraceptions hormonales, mais il est important de rappeler quelques données :

- Elles présentent toujours l'avantage de n'avoir (en dehors des allergies) aucune contre-indication.
- Les préservatifs masculin et féminin sont les seules méthodes à protéger l'homme et la femme des infections sexuellement transmissibles.
- Leur efficacité contraceptive est inférieure aux méthodes médicales étudiées (cf. Annexe 2), nécessite une bonne maîtrise et un entraînement.

Tableau 10. Récapitulatif des situations cliniques dans lesquelles certaines contraceptions sont déconseillées et où l'implant ou l'injectable peuvent être utilisés [20]

Situations cliniques	OP	Micro-progestatif	DIU cuivre	Mirena	Implant	Depo-provera
Post-partum sans allaitement						
- < 48h	-	+	+	-	+	-
- 48h à 4 semaines	-	+	-	-	+	-
Allaitement maternel						
- < 6 semaines	-	-	-	-	SC	SC
- 6 semaines à 6 mois	-	+	+	+	+	+
Antécédent de grossesse extra-utérine	+	SC	SC	SC	+	+
Cancer gynécologique (col, endomètre, ovaire)	+	+	-	-	+	+
Anomalies anatomiques de l'utérus avec déformation de la cavité utérine	+	+	-	-	+	+
Infections : Cervicite purulente, Chlamydia ou gonococcie	+	+	-	-	+	+
HTA						
- TAS 140-159 ou TAD 90-99	-	+	+	+	+	+
- TAS > 160 ou TAD > 100	-	+	+	+	+	-
- HTA bien contrôlée et mesurable	-	+	+	+	+	+
Valvulopathie cardiaque						
- sans complication	SC	+	+	+	+	+
- avec complication	-	+	+	+	+	+
Facteurs de risque cardiovasculaire multiples (diabète, tabac, âge, etc.)	-	+	+	+	+	-
Diabète compliqué	-	+	+	+	+	-
Maladie coronarienne ou accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	-	-	+	-	SC	-
Tabac > 35 ans et						
Fumeur < 15 cigarettes/ jour	-	+	+	+	+	+
Fumeur > 15 cigarettes/ jour	-	+	+	+	+	+
Hyperlipidémies avérées	-	+	+	+	+	+
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire						
- Antécédent documenté	-	+	+	+	+	-
- actuelle	-	-	+	-	-	-
- Chirurgie majeure + immobilisation prolongée	-	+	+	+	+	+
- sans immobilisation prolongée	+	+	+	+	+	+
Thrombophilie (mutation identifiée)	-	+	+	+	+	-
Pathologies gastro-intestinales cholécystopathie	-	+	+	+	+	+
Cirrhose hépatique légère, compensée	-	+	+	+	+	+
Céphalées migraineuse						
- Sans aura mais âge >35 ans	-	+	+	+	+	+
- Avec signe neurologique focal	-	+	+	+	+	+

C. RETICENCES DU CORPS MEDICAL AUX PROGESTATIFS DE LONGUE DUREE D'ACTION, NOTAMMENT INJECTABLES

1. Réticences liées aux effets secondaires à court terme, à la durée d'action, et au taux d'abandon

Les professionnels de santé évoquent fréquemment les troubles du cycle menstruel, présents dans nos deux méthodes étudiées, comme frein à la prescription. Ils craignent en premier lieu l'absence de « maîtrise » du cycle. [1] Cette crainte est amplifiée par l'inertie du produit en lien avec sa durée d'action (14 semaines pour une injection de Depo-provera[°] et 3 ans pour l'Implanon[°], en dehors de tout retrait).

Ils craignent également un taux d'abandon élevé du fait des effets secondaires des deux méthodes. Cela peut être une demande de retrait précoce pour l'Implanon[°] (avec la nécessité d'un nouvel acte de petite chirurgie, diminuant la rentabilité en temps du premier, ainsi que sa rentabilité économique pour la patiente), ou un non retour des femmes après trois mois pour le Depo-provera[°], avec une rupture contraceptive et un risque de grossesse non souhaitée. Il faut cependant noter que le taux d'abandon de chaque méthode varie beaucoup selon les études :

- Pour le Depo-provera[°] selon les auteurs, le taux d'abandon serait équivalent à celui des contraceptifs oraux, mais irait jusqu'à 85% à un an pour d'autres. [8]
- Pour l'implant à l'étonogestrel, dans une étude mexicaine, le taux de continuité a été de 88,4%, et 86,6% des femmes étudiées recommanderaient même cette méthode. En revanche, seules 73,8% des femmes connaissaient les effets secondaires possibles de l'implant. [3] Dans une autre étude, on notait 28% de retraits précoces, ce qui montre que ces chiffres sont variables et qu'ils dépendent très probablement de l'information délivrée en amont. [13]

Mais si l'on se penche sur la continuité du traitement dans la contraception orale oestroprogestative, on observe des chiffres également non négligeables :

- Dans une étude américaine prospective portant sur 1657 femmes en 1998, on note que 32% des femmes qui débutaient une contraception par oestroprogestatifs ont interrompu leur traitement dans les 6 premiers mois, dont 46% en raison des effets secondaires (spotting, céphalées).

- Une autre étude américaine plus récente portant sur 1716 femmes montrait une interruption de contraception chez 60% des femmes dans les 6 premiers mois, mais davantage pour des problèmes d'accessibilité et de coût. [34]
- En France, l'étude COCON portant sur 2863 femmes a révélé des taux d'abandon plus modestes : 22% à 12 mois, et 48% après 4 ans d'utilisation. [35] Les effets secondaires les plus souvent rapportés par les femmes sont une prise de poids (25,2%), les jambes lourdes (20,9%), des douleurs menstruelles (20,7%), et des règles abondantes (15,6%). [33]

2. Réticences à la contraception injectable liées à une mauvaise image du produit et de la méthode

Les contraceptifs injectables à longue durée d'action (et surtout le Depo-provera^o) ont été utilisés à large échelle dans un grand nombre de pays, surtout dans les pays du tiers-monde, et ce depuis les années 1970. Contrairement à bien d'autres médicaments, ils ont fait l'objet de nombreuses études, tant chez l'animal qu'en clinique. Mais le développement de ce médicament a malgré tout fait l'objet de nombreuses critiques dans certains pays, et notamment en France.

Le Depo-provera^o a d'abord eu une connotation dangereuse : interdit aux Etats-Unis en 1978 par la Food and Drug Administration qui suspectait un risque oncogène de la molécule, il n'a finalement été approuvé qu'en 1992. En France, son indication dans le Vidal reste limitée aux situations où « il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives ».

C'est ensuite l'image d'un contraceptif de masse, d'une méthode « coercitive », qui a été véhiculée en Europe dans les années 1990, du fait de son utilisation à grande échelle dans les pays en voie de développement, et certains praticiens y voient encore « un instrument idéal de contraception imposée ». [8]

Enfin son utilisation en France est restée extrêmement péjorative, réservée pour beaucoup de praticiens à des patientes ayant des déficiences intellectuelles ou souffrant de pathologies psychiatriques, ou encore à une catégorie sociale et ethnique de femmes pour laquelle les médecins considèrent que la contraception relève de l'urgence. Cette notion « d'urgence

contraceptive » est à relativiser car il s'agit d'une urgence ressentie, dans la majorité des situations, par le médecin et non par la femme elle-même.

Beaucoup de médecins voient la méthode injectable comme la conséquence d'un échec de communication entre une fraction de la population démunie et le système de santé. Les médecins interrogés dans l'étude « Médecins et contraception injectable » [1], évoquent même une prescription en rapport avec une « mentalité maghrébine », où l'interdit contraceptif lié à l'opposition religieuse du mari à toute contraception, ne doit pas primer sur la santé de la femme, et plus largement sur le contrôle des naissances.

3. La méconnaissance de ces méthodes

Si l'Implanon^o reste un contraceptif récent et donc encore partiellement prescrit, son apparition a été très largement médiatisée dans les milieux médicaux et la méthode a été, par le bouche-à-oreille, très rapidement connue des femmes.

Il n'en est pas de même pour le Depo-provera^o qui, malgré son ancienneté d'édition dans le Vidal, reste très méconnu des professionnels de santé.

En effet, lors de nos études médicales, les progestatifs injectables sont souvent oubliés de nos polycopiés, ou au mieux simplement cités sans détails. Il semble ainsi qu'une majorité de médecins généralistes ne connaisse pas le Depo-provera^o, et qu'une petite minorité se sente assez à l'aise avec pour proposer sa prescription.

Pourtant aux Etats-Unis, suite à une grande campagne de lutte contre les grossesses non désirées chez les adolescentes, l'utilisation du Depo-provera^o a été associée à un déclin significatif du nombre de ces grossesses. [2]

Une étude américaine menée en 2007 sur des jeunes femmes de 15 à 19 ans concluait également à une meilleure efficacité des contraceptions hormonales à longue durée d'action (Implant à l'étonogestrel et acétate de médroxyprogestérone injectable) dans la prévention des grossesses.

PARTIE II

JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE

L'ETUDE, MATERIELS ET

METHODES

I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

Au vu de cette littérature imposante et rassurante sur les progestatifs de longue durée d'action injectable et implantable, et des réticences persistantes des médecins français quant à leur prescription (et ce malgré les nombreux avantages cités ci-dessus), il semble légitime de s'intéresser enfin au point de vue des femmes.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de proposer systématiquement ces deux méthodes au même titre que les autres, à toute femme consultant pour une contraception, et de décrire les raisons pour lesquelles certaines femmes les choisissent.

La question est de savoir, lorsqu'une contraception progestative injectable ou implantable est proposée parmi les autres méthodes contraceptives réversibles, quels sont les éléments conditionnant le choix des patientes, d'une part entre le Depo-provera° et l'Implanon°, et d'autre part entre le progestatif choisi et les autres méthodes ?

Notre hypothèse est donc que les femmes informées sur le Depo-provera° comme sur l'Implanon°, ont des raisons de choisir l'une ou l'autre méthode. Cela justifie que les professionnels de santé proposent aux femmes ces deux méthodes contraceptives au même titre que les autres, et qu'ils les prescrivent aux patientes qui le souhaitent.

Notre objectif principal dans cette étude, était :

- De déterminer les éléments conditionnant le choix des femmes consultant pour une contraception, entre une contraception progestative implantable ou injectable, et par rapport aux autres méthodes contraceptives réversibles.

Nos objectifs secondaires étaient:

- De déterminer s'il existe un lien statistiquement significatif entre les caractéristiques sociales des femmes et le choix de la méthode contraceptive.

- De décrire les effets secondaires à court terme des deux méthodes et de comparer leur fréquence (notamment comparer les variations de poids, critères qui suscitent le plus de questions chez les patientes).
- De recenser les différents motifs d'arrêt de chaque méthode.

II. MATERIELS ET METHODES

A. REVUE DE LA LITTERATURE

La recherche bibliographique a été essentiellement faite à l'aide des moteurs de recherche *Pubmed*, sur Internet puis à la bibliothèque interuniversitaire de médecine et d'odontologie. La recherche a été faite en utilisant les mots-clés suivants: étonogestrel, acétate de médroxyprogestérone, implanon, depo-provera, contraception injectable, contraceptifs à longue durée d'action, étude COCON.

Les données sur les autres contraceptions et leurs recommandations en termes de prescription sont basées sur le rapport de l'ANAES datant de 2004 et disponibles sur le site Internet de l'HAS.

Les données sur la démographie médicale ont été obtenues sur les sites Internet du Conseil national de l'ordre des médecins, et de la faculté de médecine de Marseille.

B. REALISATION DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 99 femmes, ayant toutes consulté pour une contraception en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

1. Lieux et période de recueil des données

L'étude a porté sur le CPEF « Les Moulins » à Saint-Denis, ainsi que sur le centre de la « Croix Nobillon », à Aulnay-sous-Bois, tous deux situés en Seine-saint-Denis.

Le recueil des données s'est fait entre Octobre 2007 et janvier 2010.

2. Méthode d'inclusion

Pendant cette période, l'objectif a été de proposer à toute femme consultant au CPEF pour une contraception, l'implant à l'étonogestrel (Implanon^o) et l'acétate de médroxyprogestérone

injectable (Depo-provera°), au même titre que les autres contraceptions réversibles, en les informant sur les modalités d'utilisation et les effets indésirables possibles.

Ces méthodes n'ont pas été proposées aux femmes présentant une contre-indication aux progestatifs.

Toute femme choisissant l'une ou l'autre méthode était incluse dans l'étude, sans limitation d'âge, après obtention d'un consentement oral.

Les seuls critères d'exclusion étaient le refus de la personne ou l'utilisation en cours d'une des deux méthodes.

3. Outils

L'outil ayant servi au recueil des données est un questionnaire écrit, initialement nominatif puis anonymisé lors de la collecte des données, rempli par un professionnel de santé à chaque consultation des femmes entrées dans l'étude.

➤ Première partie du questionnaire

Nominative, elle contient les nom et prénom de la patiente incluse, l'adresse du CPEF collectant les questionnaires, ainsi que des recommandations pour les professionnels de santé qui le rempliront. Ces recommandations précisent que le professionnel de santé doit avoir proposé les deux méthodes concernées par l'étude à la femme.

Elle contient également ce texte explicatif, de formulation standardisée, à lire aux patientes avant de remplir le questionnaire.

« Vous avez accepté de participer à une étude comparant Implanon° et Depo-provera° et nous vous en remercions. Ce sont deux contraceptions très efficaces fonctionnant selon le même principe et ayant le même type d'effets secondaires sans gravité : variations de poids, arrêt des règles, saignements plus fréquents ou plus longs que des règles. Cette étude cherche à comparer ces effets secondaires pour chaque méthode. »

Il est également rappelé la nécessité de détacher cette partie une fois l'étude terminée, afin de garantir l'anonymat de la patiente.

➤ Seconde partie du questionnaire

Anonyme, elle ne contient que les trois premières lettres du nom de famille de la patiente incluse.

Elle contient ensuite un questionnaire semi-directif, comprenant:

- L'âge de la patiente lors de l'inclusion
- Sa gestité, sa parité, ainsi que les méthodes contraceptives déjà utilisées (texte libre)
- Ses caractéristiques sociales (situation familiale, niveau d'étude, situation professionnelle, couverture sociale), son pays de naissance et celui de ses parents
- Le choix de la méthode progestative choisie (IMPLANON° ou DEPO-PROVERA°)
- Les raisons du choix de cette méthode par rapport à l'autre progestatif proposé
- Et enfin les raisons du choix de cette méthode par rapport aux autres méthodes contraceptives existantes

Sont ensuite notés pour la première consultation:

- La date
- La taille de la patiente et son poids initial

Puis pour chaque nouvelle consultation au CPEF :

- La date
- Le poids de la patiente
- Les effets secondaires perçus
- La satisfaction ou non liée à la méthode ainsi que les raisons de cette satisfaction ou insatisfaction (texte libre)
- Si la patiente souhaite interrompre sa contraception, le questionnaire précise les raisons de son choix.

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de trois femmes et trois professionnelles de CPEF.

4. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft® Excel.

Les femmes n'ayant pas reconsulté au CPEF, ont été, dans la mesure du possible, contactées par téléphone. De la même façon qu'au CPEF, il leur a été posé les questions relatives au poids, aux effets secondaires, et à la satisfaction vis-à-vis du produit.

5. Analyse des données

Les données ont été analysées à partir du logiciel Microsoft® Excel puis exploitées avec différents tests statistiques (test du Khi2, test de Student, test de Fisher). Le seuil de significativité a été fixé à 5%. M. Guillaume TRESCA, statisticien économiste, nous a apporté son aide dans cette démarche.

PARTIE III
RESULTATS

I. LES DONNEES SUR LES INVESTIGATEURS

Le recueil de données s'est fait sur 2 centres de planification et d'éducation familiale: le CPEF Saint-Denis et le CPEF d'Aulnay-sous-bois.

Il y avait 3 médecins prescripteurs (2 à Saint-Denis et 1 à Aulnay-sous-bois).

Les 3 médecins étaient des généralistes.

Les 3 médecins étaient des femmes de 30, 30, et 43 ans.

II. LES DONNEES SUR LES PATIENTES

Il n'y a eu aucun refus de participer à l'étude de la part des patientes.

99 femmes ont été incluses, 82 ayant consulté au CPEF de Saint-Denis et 17 au CPEF d'Aulnay-Sous-Bois.

63 femmes ont choisi la pose d'un implant, et 36 ont opté pour les injections trimestrielles de Depo-provera°, selon la répartition suivante :

Tableau 11. Répartition des patientes incluses

	CPEF Saint-Denis	CPEF Aulnay	Total
Implanon°	53	10	63
Depo-provera°	29	7	36
Total	82	17	99

A. CARACTERISTIQUES SOCIALES DES PATIENTES

1. Age

98 femmes ont répondu à cette question.

Les femmes de l'étude ont toutes entre 13 et 47 ans.

Plus de la moitié des femmes a moins de 25 ans (52 % pour le groupe Implanon, et 64 % pour le groupe Depo-provera).

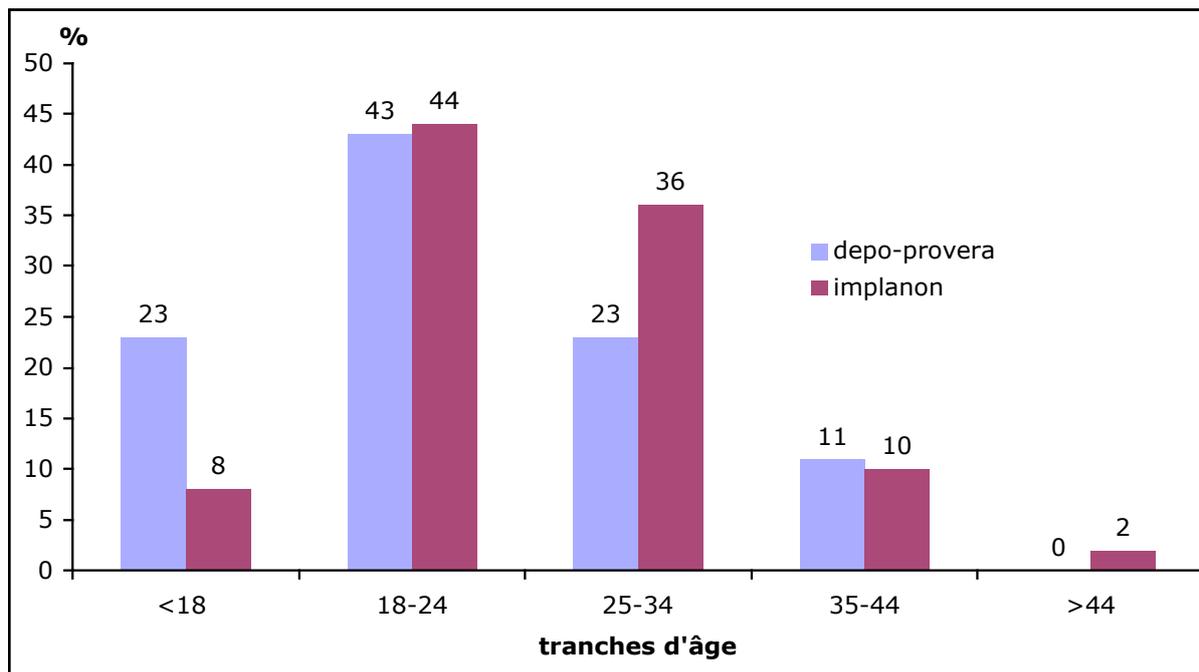
L'âge moyen est de 24,9 ans, soit :

- 25,7 ans pour le groupe Implanon
- 23,3 ans pour le groupe Depo-provera

La médiane est de 23 ans (24 dans le groupe Implanon, 20 dans le groupe Depo-provera).

La répartition des âges dans chaque groupe est la suivante :

Figure 2. Répartition des patientes par tranches d'âge, en pourcentages



Il n'a pas été démontré de lien statistique entre l'âge et le choix de la méthode contraceptive (test de Student : hypothèse de moyennes égales acceptée, test du Khi2 : indépendance entre l'âge et le choix du contraceptif, $p > 5\%$).

2. Situation familiale

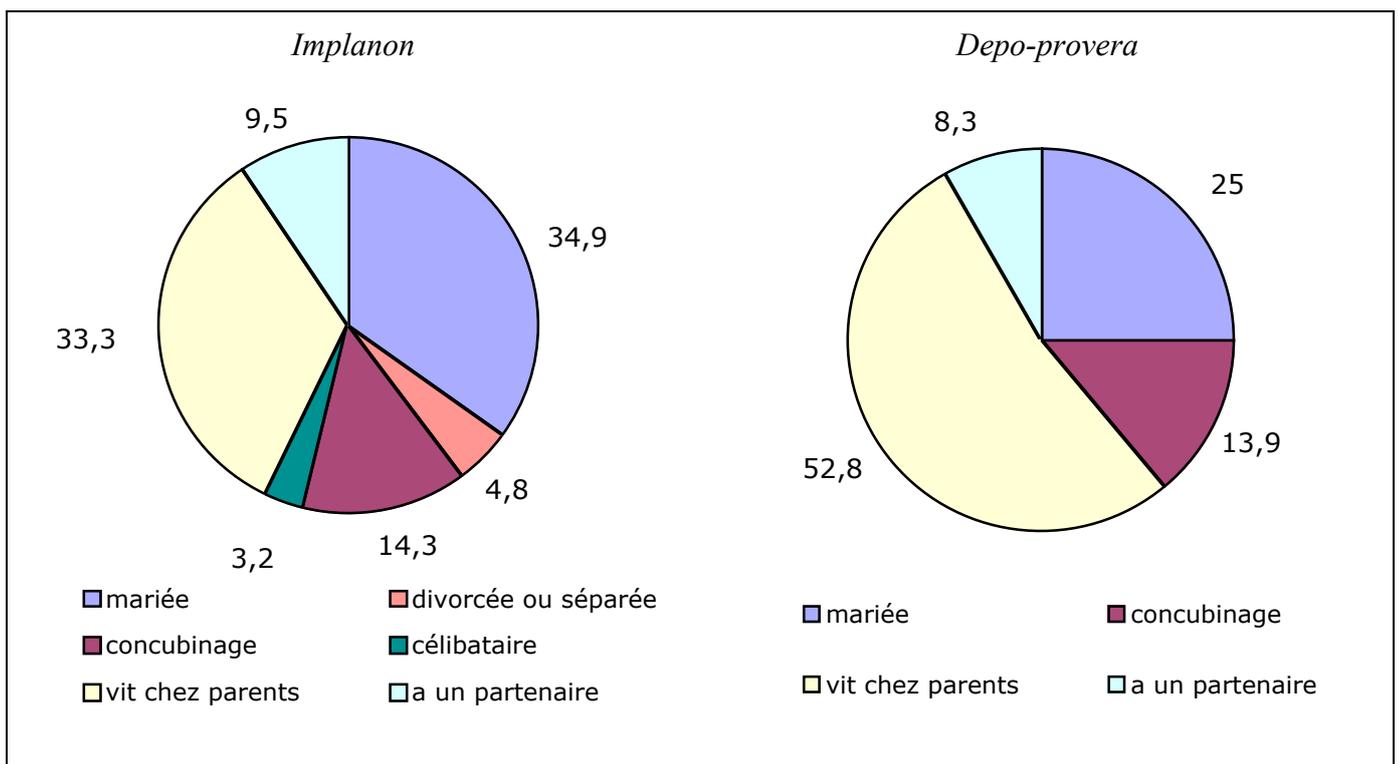
Toutes les femmes ont répondu à cette question.

Parmi les 40 femmes vivant chez leurs parents, 35 ont déclaré avoir un partenaire au moment de l'inclusion (18/21 pour le groupe Implanon et 17/19 pour le groupe Depo-provera).

Seulement 6 femmes ont déclaré n'avoir aucun partenaire au moment de l'inclusion (5 dans le groupe Implanon, 1 dans le groupe Depo-provera).

Le test du Khi montre une dépendance entre le choix de la méthode et la situation familiale : les patientes vivant chez leurs parents choisissent préférentiellement le Depo-provera^o tandis que les femmes mariées ou vivant en concubinage choisissent préférentiellement l'implant ($p < 5\%$).

Figure 3. Situation familiale, en pourcentages dans chaque groupe



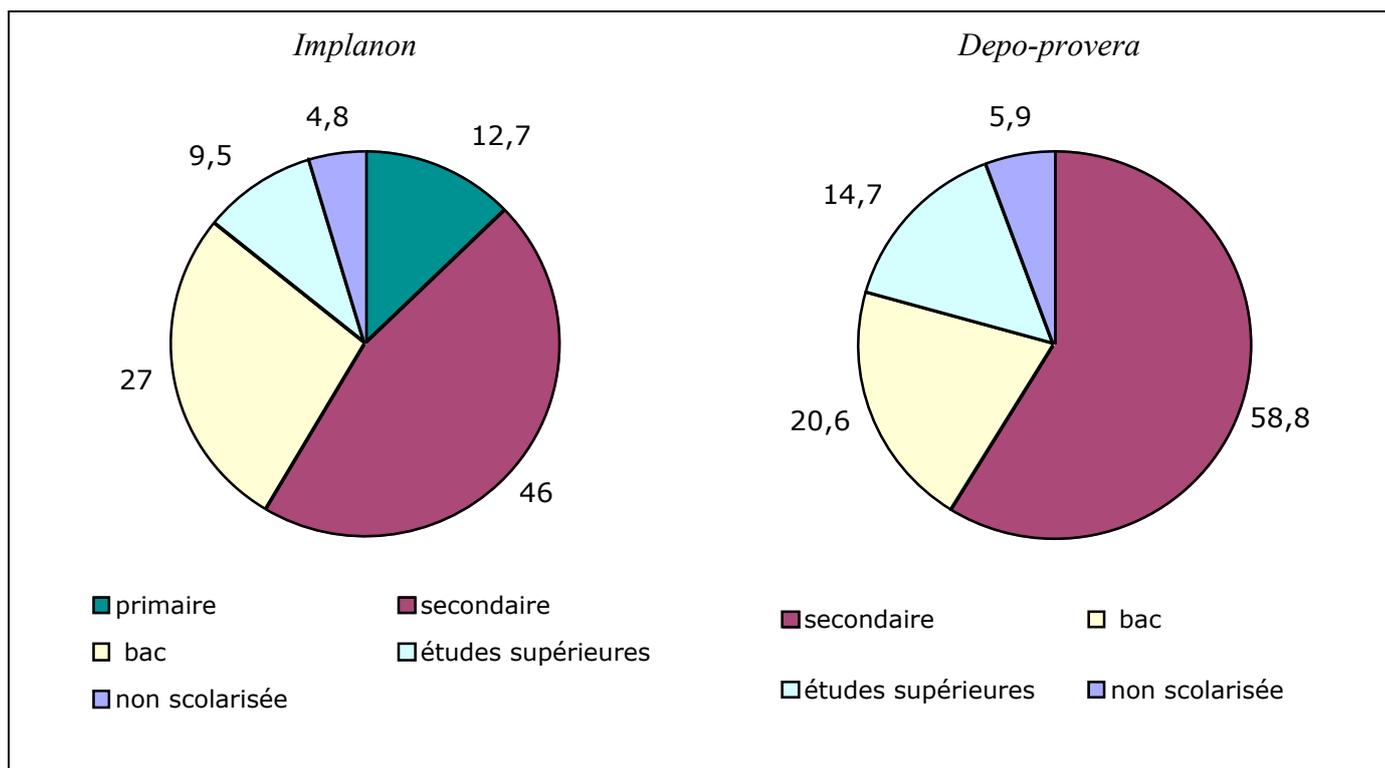
3. Niveau d'études

97 femmes ont répondu à cette question.

36% des femmes ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat (n=35).

5% n'ont jamais été scolarisées (n=5).

Figure 4. Niveau d'études, en pourcentages dans chaque groupe



Le test du Khi 2 ne montre pas de dépendance entre le niveau d'étude et le choix de la méthode contraceptive. ($p > 5\%$)

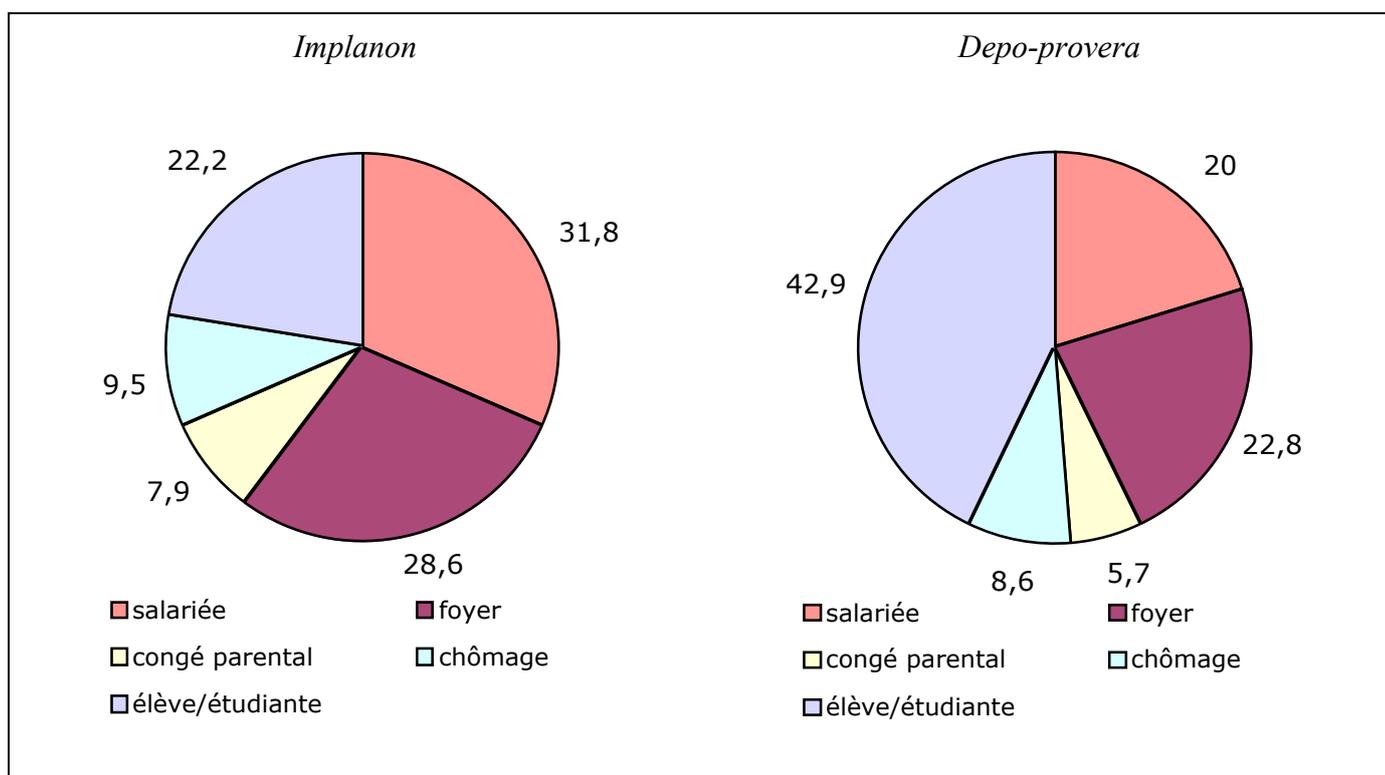
4. Situation professionnelle

98 femmes ont répondu à cette question.

30% sont encore élèves ou étudiantes (n=30).

Moins d'1 femme sur 3 est salariée (27%, n=27).

Figure 5. Situation professionnelle, en pourcentages dans chaque groupe



Il existe une dépendance statistique entre le choix de la méthode et la situation professionnelle ($p < 5\%$). Les femmes salariées et vivant au foyer choisissent préférentiellement l'implant, tandis que les femmes élèves ou étudiantes choisissent préférentiellement le Depo-provera°.

5. Couverture sociale

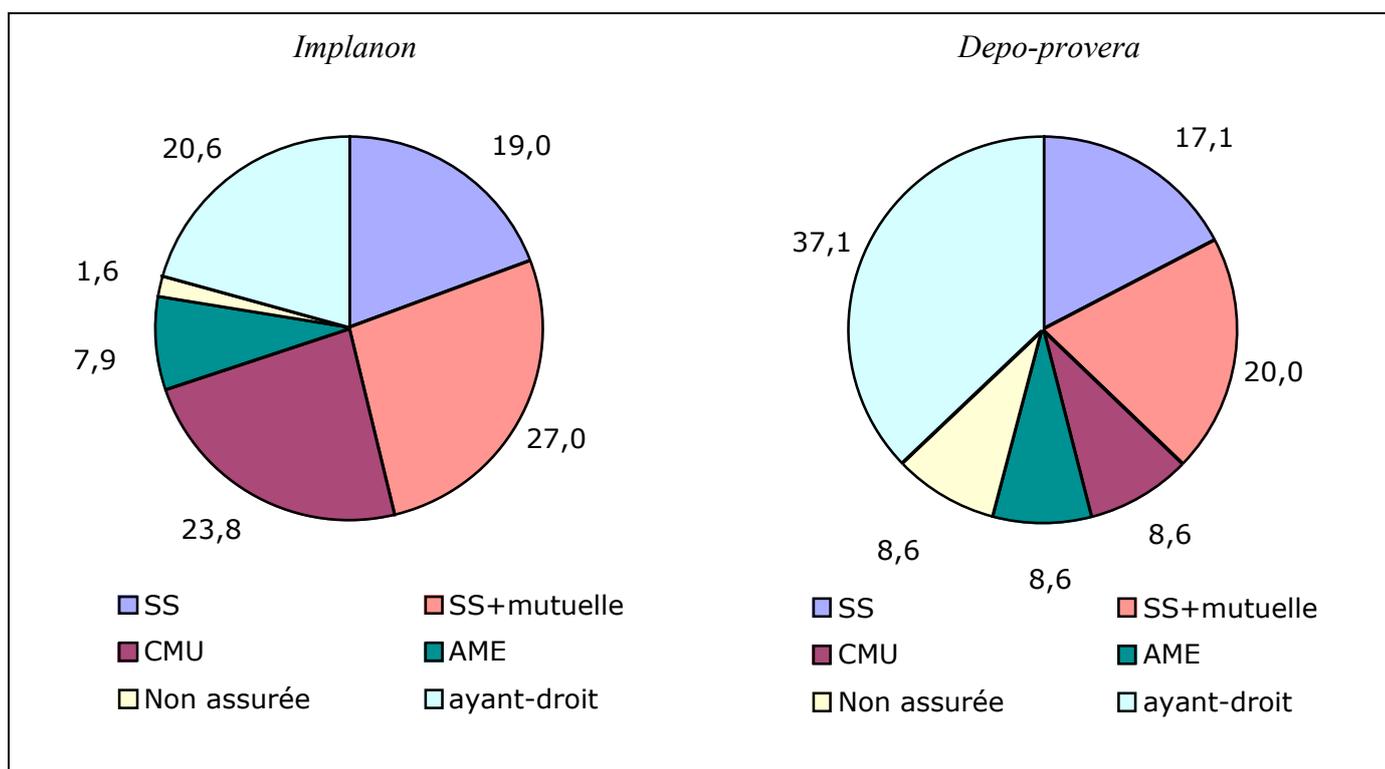
98 femmes ont répondu à cette question.

Près d'un tiers des femmes (31%) sont dans une situation sociale précaire (CMU, AME, non assurées) (n=30).

26,5% des femmes ont déclaré être ayant droit de parents auprès desquels elles souhaitent garder le secret (n=26, 13 dans le groupe Implanon, 13 dans le groupe Depo-provera).

Aucune femme n'a déclaré être ayant droit d'un conjoint auprès duquel elle souhaitait garder le secret.

Figure 6. Couverture sociale, en pourcentages dans chaque groupe



Il existe une dépendance statistique entre la couverture sociale et le choix contraceptif, dissociant les patientes « précaires » (non assurées, AME, CMU) versus assurées sociales (SS, SS + mutuelle, ayant droit d'un parent assuré). Les femmes assurées sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe Depo-provera ($p < 5\%$).

6. Pays d'origine

97 femmes ont répondu à cette question.

53% des femmes sont nées hors de France ($n=51$) et parmi elles les trois quarts (76%) sont nées en Afrique sub-saharienne ($n=39$).

Parmi les femmes nées en France, 58% ont au moins un des deux parents nés à l'étranger ($n=26$).

Figure 7. Pays de naissance des femmes, en pourcentages dans chaque groupe

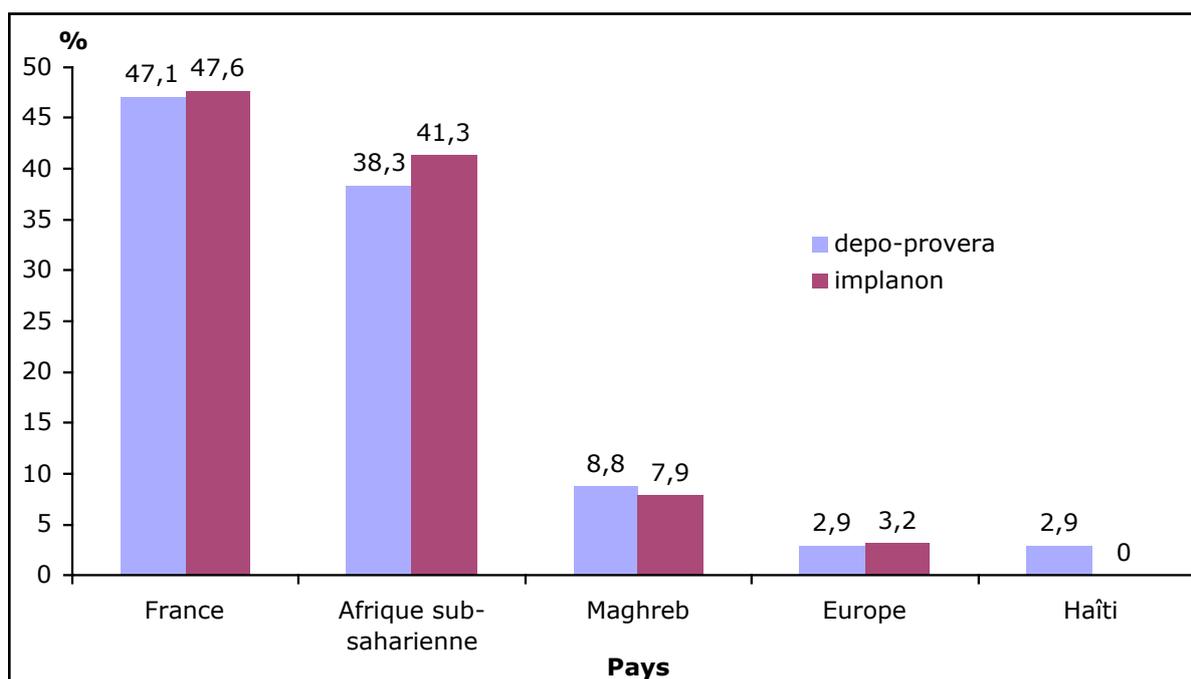
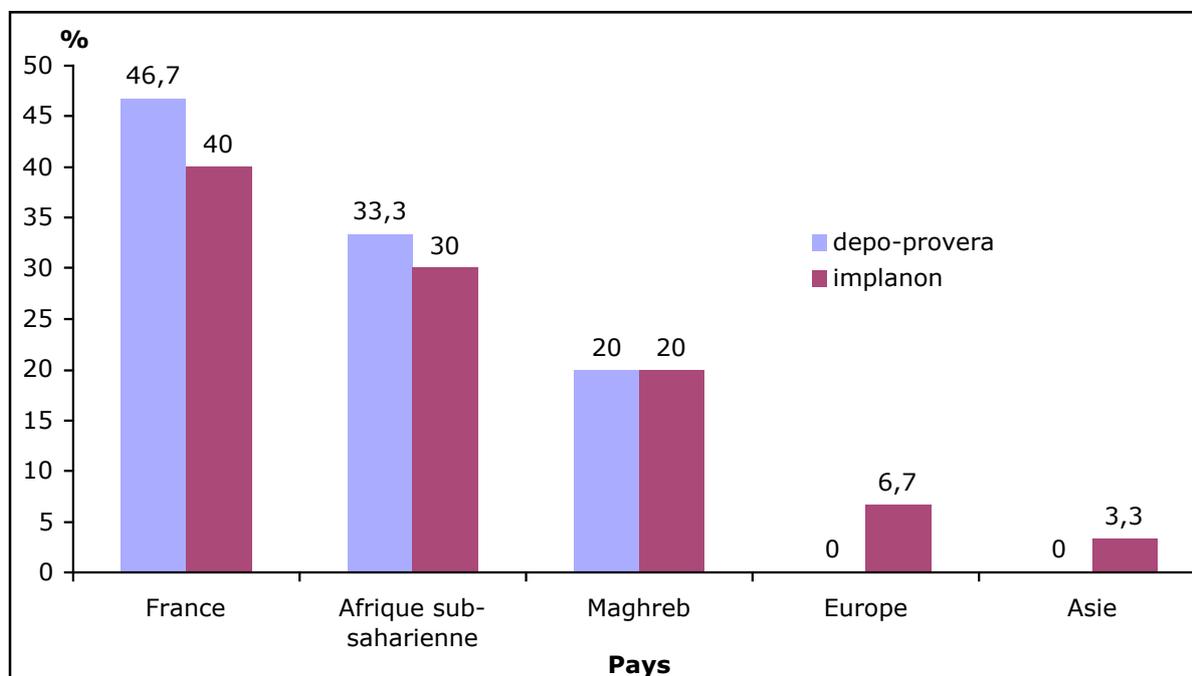


Figure 8. Pays de naissance des parents des femmes nées en France, en pourcentages dans chaque groupe



Les deux groupes sont homogènes sur le plan statistique. L'absence de dépendance au test du Khi 2 ($p > 5\%$) indique qu'il n'y a pas d'influence du pays d'origine sur le choix contraceptif.

B. DONNEES MEDICALES, OBSTETRIQUES ET HISTOIRE CONTRACEPTIVE

1. Poids et IMC de départ

Le poids des femmes étudiées varie de 40 à 111,9 kg : {40-104} dans le groupe Implanon, {47-111,9} dans le groupe Depo-provera.

Le poids moyen est de 68,3 kg (69,1 kg dans le groupe Implanon et 66,8 kg dans le groupe Depo-provera).

L'indice de masse corporelle (IMC) a pu être calculé pour 95 femmes, la taille manquant pour les 4 autres femmes. Il varie de 16,4 à 38,7, avec une moyenne de 24,7 (24,9 dans le groupe Implanon et 24,3 dans le groupe Depo-provera).

Selon les normes d'IMC établies par l'OMS, les femmes de l'étude peuvent être réparties selon le tableau suivant :

Tableau 12. Profils d'IMC, en nombres de femmes

Profil	IMC	Groupe Implanon	Groupe Depo-provera	Total
Maigreur	< 18,5	2	5	7
Corpulence normale	18,5 – 25	31	17	48
Surpoids	25-30	21	6	27
Obésité modérée	30-35	5	5	10
Obésité sévère	35-40	2	1	3
Total		61	34	95

On note que :

- 48 femmes (soit 50% de l'effectif) ont un IMC normal (répartition strictement homogène entre les deux groupes)
- 7,4% sont en dessous du poids normal (3% dans le groupe Implanon et 17,7% dans le groupe Depo-provera)

- 28,4% sont en surpoids (34,4% dans le groupe Implanon et 17,6% dans le groupe Depo-provera)
- 13,7% sont obèses (11,5% dans le groupe Implanon et 17,6% dans le groupe Depo-provera)

Les deux groupes sont statistiquement comparables (test du Khi2 : indépendance entre l'IMC et le choix du contraceptif, $p < 5\%$).

2. Gestité et parité

Toutes les femmes ont répondu à la question du nombre d'enfants, 98 femmes ont répondu sur le nombre de grossesses antérieures.

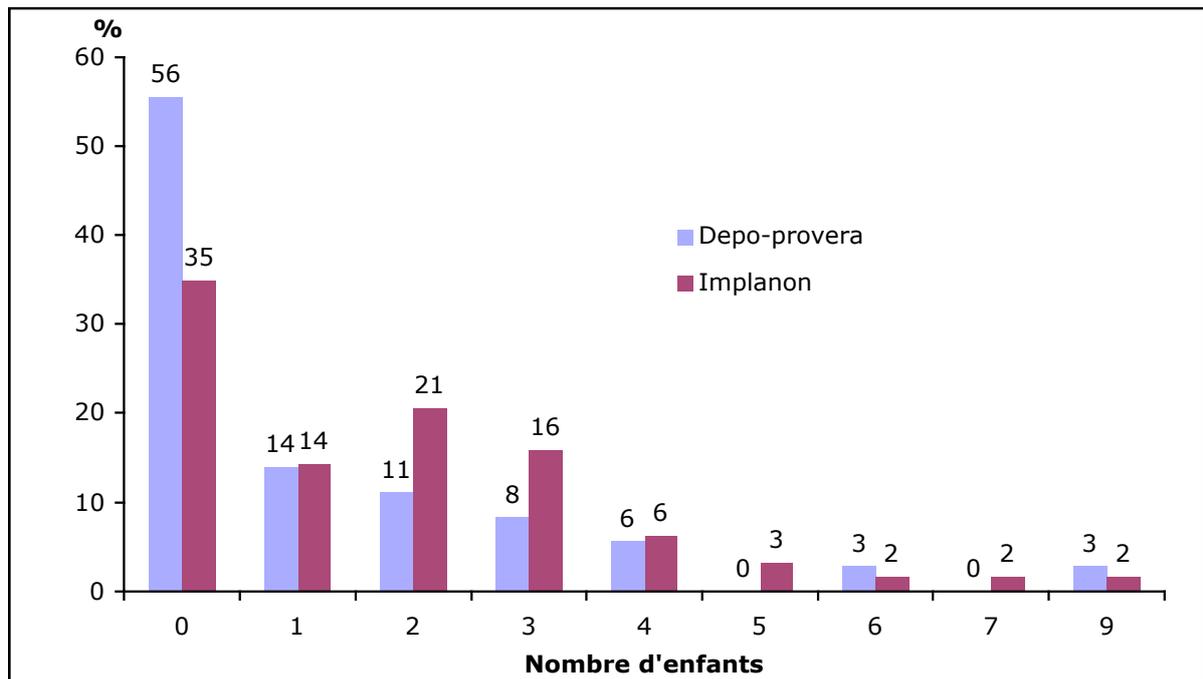
Les femmes ont eu en moyenne :

- 1,6 enfants : 1,79 enfants dans le groupe Implanon et 1,25 enfants dans le groupe Depo-provera
- pour 2,2 grossesses : 2,24 dans le groupe Implanon et 2,14 dans le groupe Depo-provera.

Au total on dénombre 216 grossesses et 158 naissances, soit 58 grossesses interrompues. Nous n'avons pas demandé aux femmes de préciser s'il s'agissait de fausses couches spontanées, de grossesses extra-utérines ou d'interruptions volontaires ou médicales de grossesses.

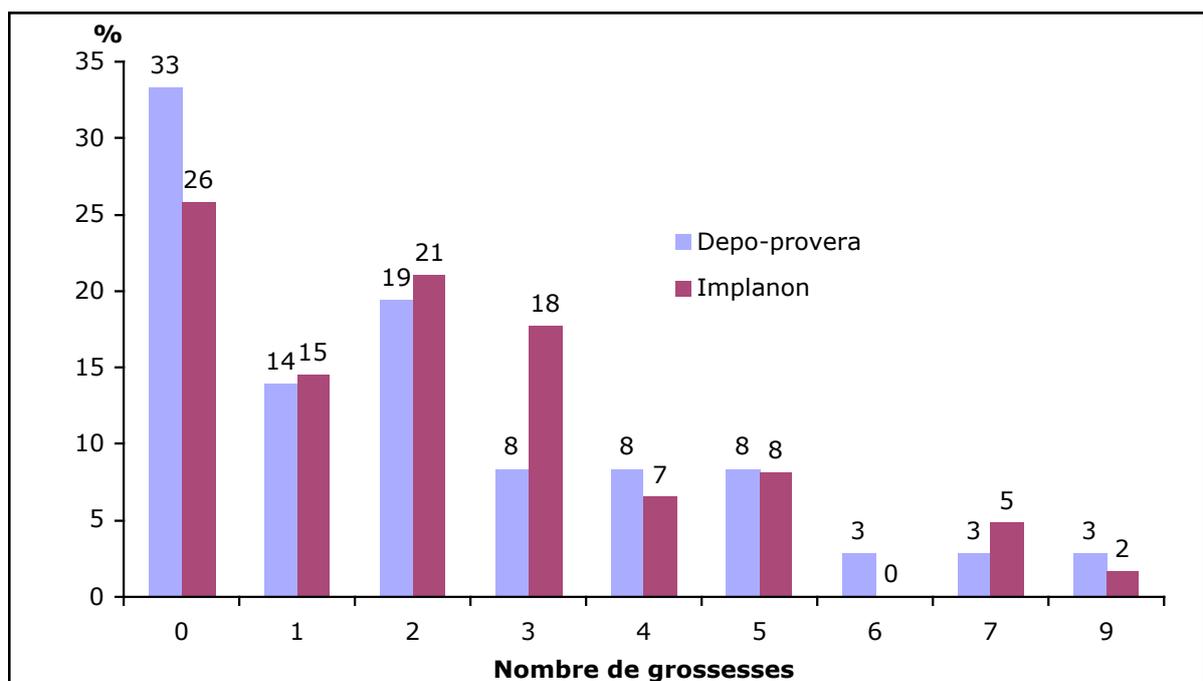
42 femmes (42%) n'ont jamais eu d'enfant et 28 femmes (29%) n'ont jamais eu de grossesse. 22 femmes (22%) ont eu au moins 4 grossesses.

Figure 9. Nombre d'enfants par femme, en pourcentages dans les deux groupes



Il existe une dépendance de faible significativité entre le fait d'avoir déjà eu, ou non, des enfants, et le choix de la contraception ($p < 5\%$). Les femmes ayant déjà des enfants choisissent préférentiellement l'Implanon°.

Figure 10. Nombre de grossesses par femme, en pourcentages dans les deux groupes



Le fait d'avoir eu une ou plusieurs fausses couches ou IVG ne préjuge pas du type de contraceptif choisi ($p > 5\%$).

3. Contraceptions précédemment essayées

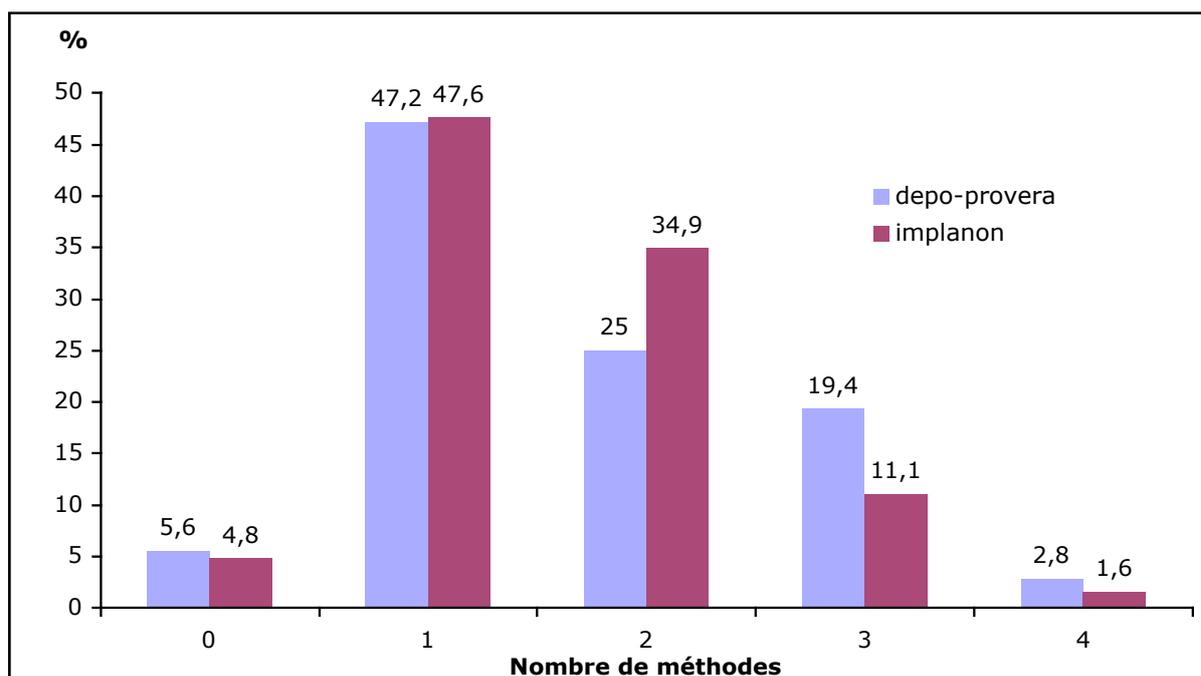
La question était ouverte. Le premier graphique correspond au nombre de femmes, en pourcentages, ayant cité 0,1,2,3 ou 4 moyens contraceptifs essayés avant l'inclusion dans l'étude.

Dans chaque groupe, près d'une femme sur deux n'a cité qu'une seule méthode contraceptive (30 femmes sur 63 dans le groupe Implanon, 17 femmes sur 36 dans le groupe Depo-provera). 46% des femmes ont essayé au moins 2 méthodes contraceptives avant l'inclusion (29 femmes dans le groupe Implanon, 17 dans le groupe Depo-provera) :

- 31 femmes ont cité 2 méthodes (22/9)
- 14 femmes ont cité 3 méthodes (7/7)
- 2 femmes ont cité 4 méthodes (1/1)

5 femmes n'ont cité aucune méthode contraceptive essayée (3 dans le groupe Implanon, 2 dans le groupe Depo-provera).

Figure 11. Nombre de contraceptions différentes essayées avant l'étude (en pourcentages de femmes)



Le test du Khi2 retrouve une dépendance statistique entre le choix de la méthode et le nombre de contraceptions essayées avant. Néanmoins au vu des pourcentages nous ne parvenons pas à conclure quant à sa signification.

Les graphiques suivants indiquent le nombre de fois où chaque méthode contraceptive a été citée au total, puis dans chaque groupe.

Nous n'avons pas fait de différences entre les différentes contraceptions orales, parfois citées nominativement par les femmes (pilules oestroprogestatives ou microprogestatives).

On note que :

- La pilule a été citée chez plus de 4 femmes sur 5 (81%, n=81)
- Le préservatif chez seulement 2 femmes sur 5.
- Moins d'1 femme sur 5 a déclaré avoir déjà utilisé un DIU (n=15), un implant (n=10), ou une contraception injectable (n=12).

Figure 12. Contraceptions précédemment essayées par les femmes (en nombre de citations)

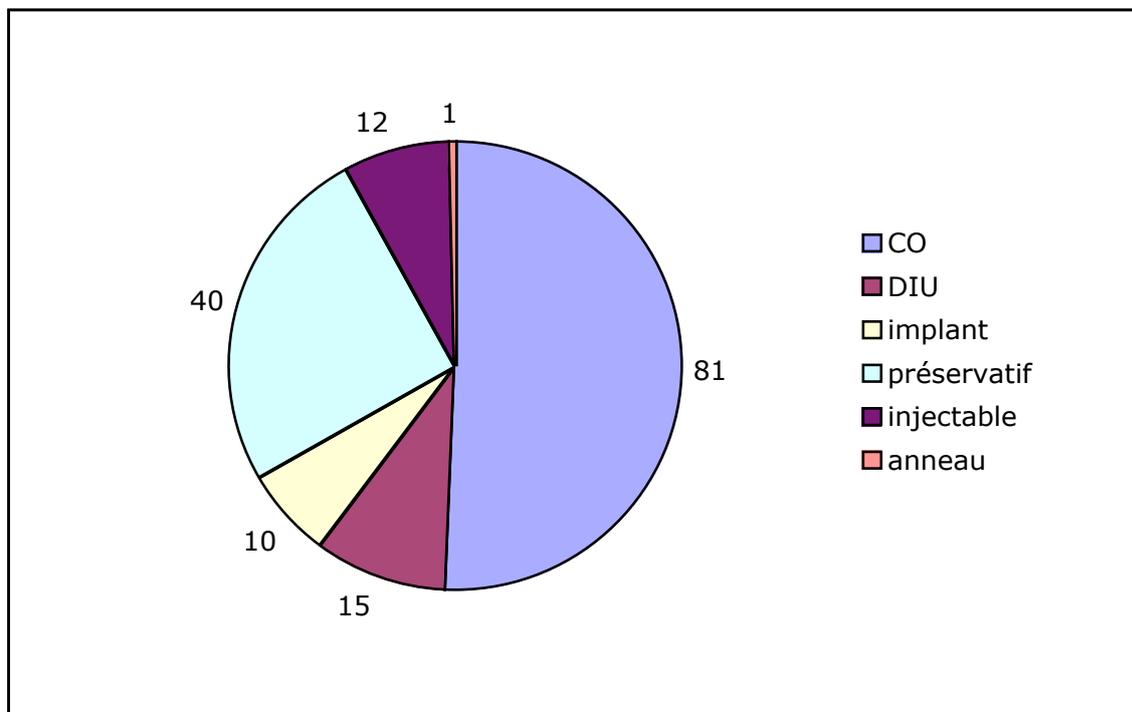
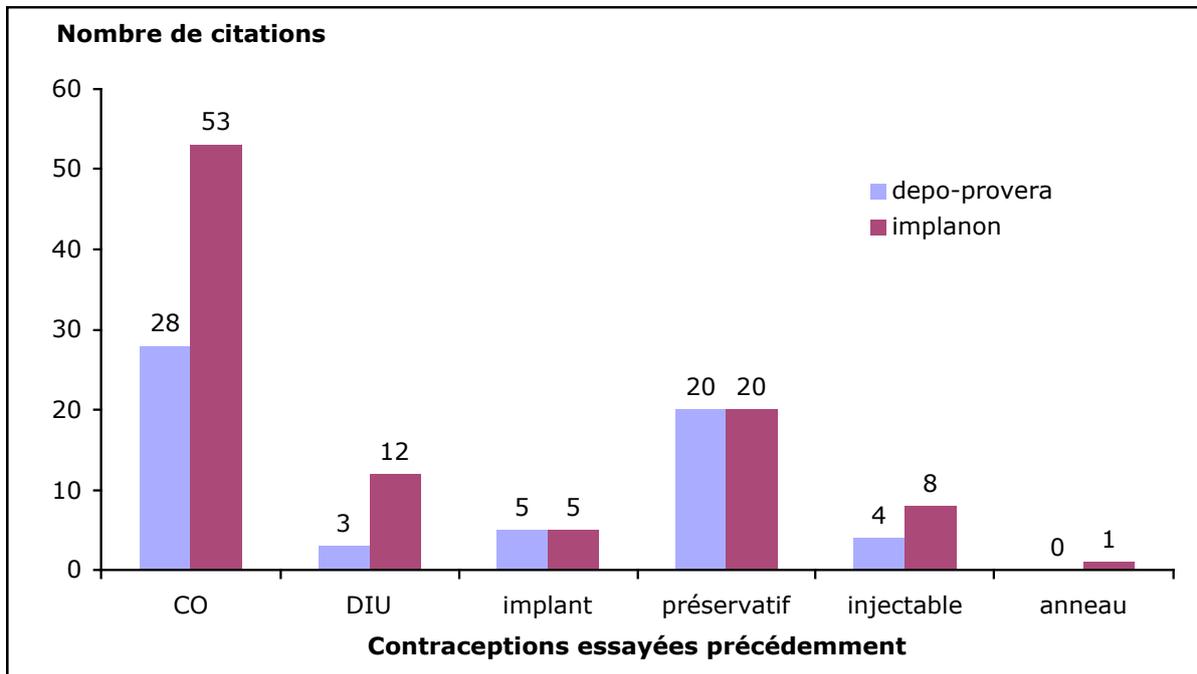


Figure 13. Contraceptions précédemment essayées par les femmes (en nombre de citations dans les deux groupes)



Il existe une dépendance entre le type de contraceptions précédemment essayées et le choix actuel des patientes ($p < 5\%$) :

- Les femmes ayant cité une utilisation antérieure du préservatif choisissent préférentiellement de Depo-provera°.
- Les femmes ayant cité la prise d'une pilule ou l'antécédent de DIU choisissent préférentiellement l'Implanon°.

Mais on voit que le fait d'avoir déjà essayé l'implant ou le Depo-provera° avant n'oriente pas le choix actuel.

III. CHOIX DU CONTRACEPTIF

A. IMPLANT OU INJECTABLE

63 femmes ont choisi l'implant, et 36 femmes ont choisi la forme injectable, soit quasiment un rapport 2/3 – 1/3.

B. RAISONS DU CHOIX ENTRE LES DEUX METHODES

97 femmes ont répondu à cette question. Les femmes pouvaient cocher plusieurs réponses parmi 4 items fixes et avaient le choix d'ajouter un texte libre dans l'item « autres ».

- Dans le groupe Implanon

La principale raison invoquée parmi celles proposées est la durée d'efficacité : 81% des femmes l'ont citée (n=51).

La méthode implantable a été conseillée par un soignant pour 14,5% des femmes (n=9).

Seulement 8% des femmes ont déclaré avoir peur des piqûres (n=5).

Les raisons invoquées dans la réponse ouverte « autres » sont :

- La mauvaise tolérance au Depo-provera° (cité 1 fois), des métrorragies sous Depo-provera° (cité 1 fois), une prise de poids sous Depo-provera° (cité 1 fois)
- La crainte de grossir sous Depo-provera° (cité 2 fois)
- L'impossibilité d'arrêter et la garantie de ne pas oublier (cité 1 fois chacune)
- Une expérience personnelle satisfaisante avec l'implant (cité 1 fois)
- La mode (cité 1 fois)
- Le conseil par l'entourage (cité 1 fois)

- Dans le groupe Depo-provera

La durée d'efficacité a été citée pour 49% des femmes (n=17).

La peur du corps étranger a été citée pour 10% des femmes (n=14).

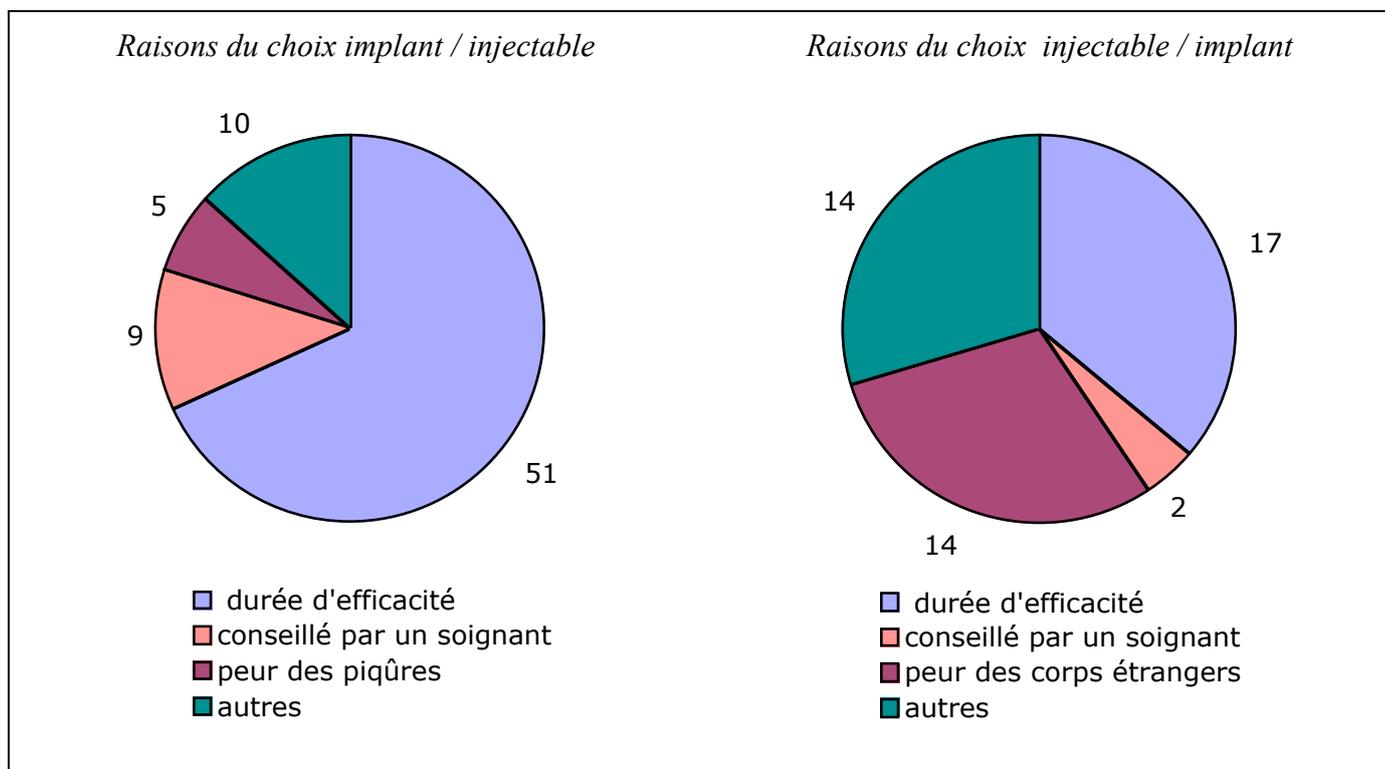
La méthode a été conseillée par un soignant pour seulement 6% des femmes (n=2).

Les raisons invoquées dans la réponse ouverte « autres » sont :

- La peur de prendre du poids avec l'implant (cité 2 fois)
- Une mauvaise tolérance antérieure à l'implant (cité 1 fois), des métrorragies sous Implanon° (cité 1 fois), des douleurs ou une gêne locales sous Implanon° (cité 2 fois), une augmentation de la taille des seins sous Implanon°(cité 1 fois)
- La discrétion (cité 1 fois)
- Un changement de méthode plus facile et plus rapide qu'avec l'implant (cité 2 fois)
- L'absence de cicatrice (cité 1 fois)
- Une copine en est contente (cité 1 fois)
- Une copine a mal supporté l'implant (cité 1 fois)
- Une femme a déclaré ne pas savoir pourquoi elle avait fait ce choix

Au total les réponses relatives au poids (crainte d'en prendre ou un antécédent de prise de poids) sont au nombre de 5.

Figures 14. Raisons du choix entre les deux progestatifs de longue durée d'action, en nombre de citations.



Pour les deux groupes, la durée d'efficacité est le critère principal de choix.

C. RAISONS DU CHOIX PAR RAPPORT AUX AUTRES METHODES

Toutes les femmes ont répondu à cette question. Les femmes pouvaient cocher plusieurs réponses parmi 5 items fixes et avaient le choix d'ajouter un texte libre dans l'item « autres ». Les items fixes étaient l'absence de risque d'oubli, la peur du DIU, l'efficacité, la discrétion et la mauvaise tolérance aux méthodes précédemment utilisées.

- Dans le groupe Implanon

L'absence de risque d'oubli est le critère principal, cité chez 81% des femmes (n=51).

La peur du DIU a été citée chez 24% des femmes (n=15).

La mauvaise tolérance aux méthodes précédemment utilisées chez 22% des femmes (n=14).

L'efficacité chez 16% des femmes (n=10).

La discrétion chez 13% des femmes (n=8).

Les raisons invoquées dans la réponse ouverte « autres » sont :

- La crainte de la rupture du préservatif (cité 1 fois)
 - Une grossesse sous pilule (cité 1 fois), sous DIU (cité 1 fois)
 - La tranquillité (cité 1 fois), le fait de ne pas aimer prendre des comprimés (cité 1 fois), ou « d'en avoir marre » de la pilule (cité 1 fois)
 - La durée d'efficacité (cité 1 fois)
 - Une contre-indication au DIU (cité 1 fois), un antécédent d'expulsion de DIU (cité 1 fois)
 - Le refus du DIU par le mari (cité 1 fois)
 - La confiscation de la pilule par la mère (cité 1 fois)
 - La recherche d'une aménorrhée (cité 1 fois)
 - La mode (cité 1 fois)
- Dans le groupe Depo-provera

L'absence de risque d'oubli est à nouveau le critère principal, citée chez 81% des femmes (n=29).

La peur du DIU a été citée chez 28% des femmes (n=10).

La discrétion arrive dans ce groupe en troisième position avec 25% des femmes l'ayant citée (n=9).

La mauvaise tolérance aux méthodes précédemment utilisées chez 14% des femmes (n=5).

L'efficacité chez 11% des femmes (n=4).

Les raisons invoquées dans la réponse ouverte « autres » sont :

- La crainte de la rupture du préservatif (cité 2 fois)
- Le souhait de prendre du poids (cité 1 fois)

Remarques :

- On note que les problèmes liés aux DIU sont cités 4 fois dans les réponses « autres ».
- Plusieurs citations pourraient être assimilées à l'item « efficacité » (crainte de rupture du préservatif, grossesse sous pilule, grossesse sous DIU).

Figure 15. Raisons du choix de la méthode implantable ou injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives, en nombre de citations, groupes confondus.

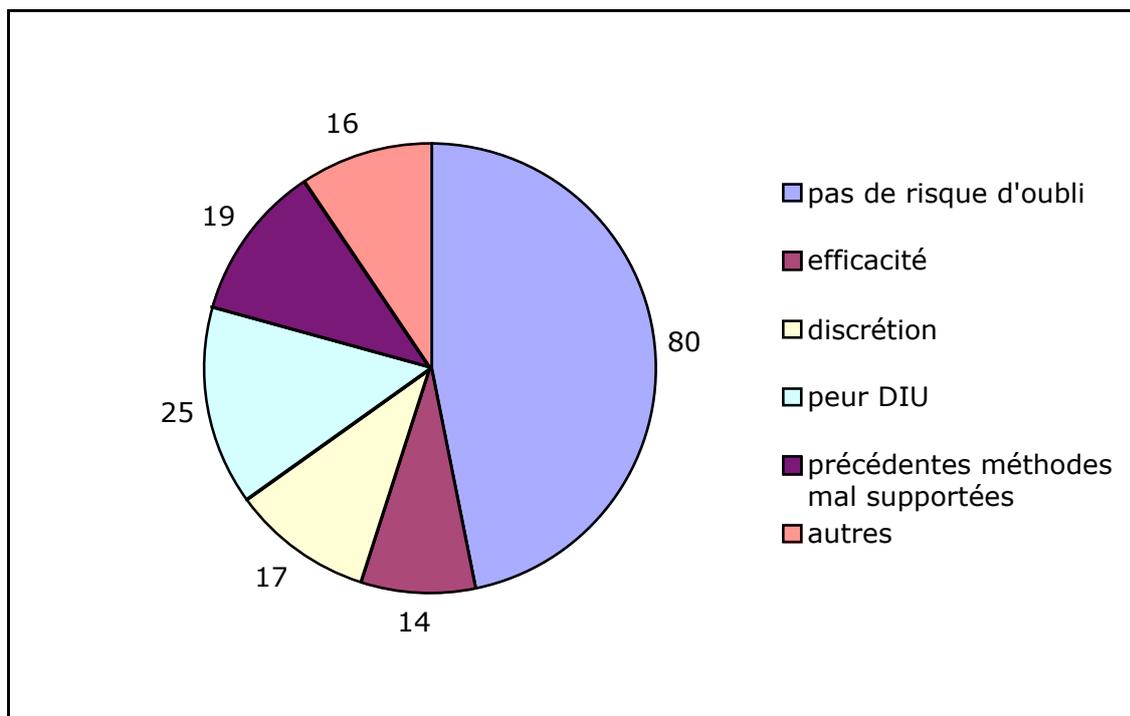


Figure 16. Raisons du choix de la méthode implantable ou injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives (en nombres de citations rapportées au nombre de femmes dans chaque groupe afin que les données soient comparables).

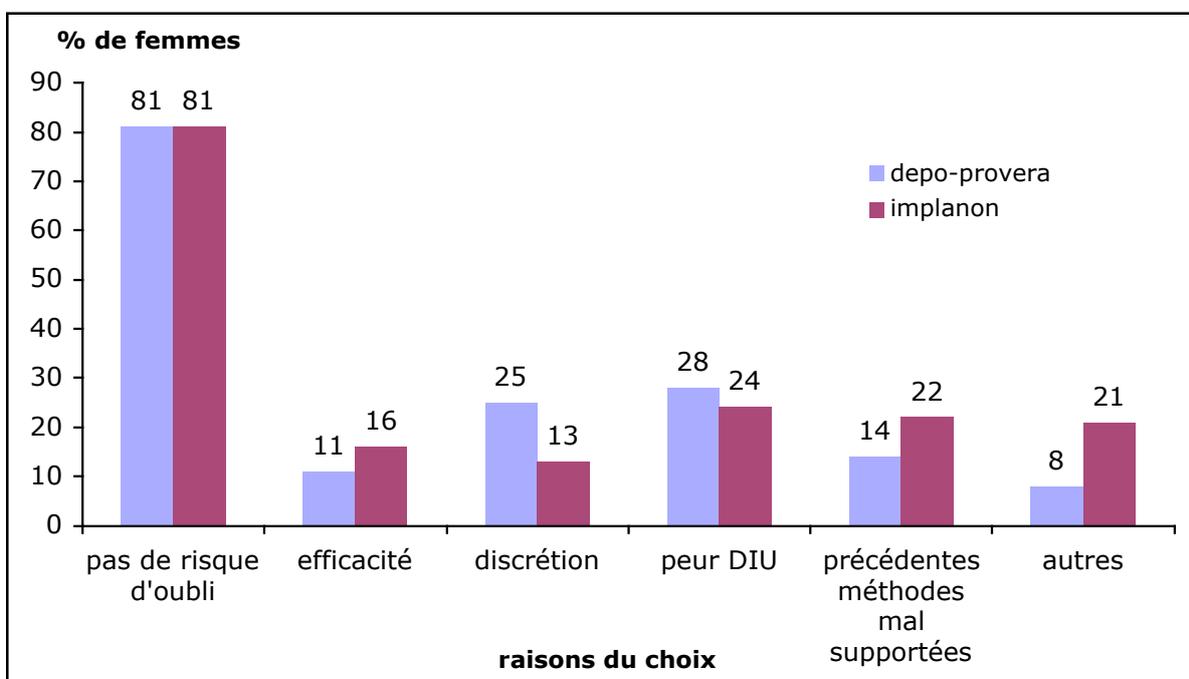


Tableau 13. Récapitulatif des éléments orientant ou non le choix contraceptif

Caractéristiques des femmes	Dépendance (significativité)
Age	Non (NS)
Corpulence (IMC)	Non (NS)
Nombre de grossesses antérieures	Non (NS)
Nombre d'enfants	Oui (S)
Nombre de contraceptions essayées avant l'étude	Oui (S)
Type de contraceptions essayées avant l'étude	Oui (S)
Niveau d'étude	Non (NS)
Situation familiale	Oui (S)
Situation professionnelle	Oui (S)
Couverture sociale	Oui (S)
Pays d'origine	Non (NS)

IV. RETOUR DES PATIENTES

A. CHIFFRES

1. Patientes revenues, et patientes contactées par téléphone

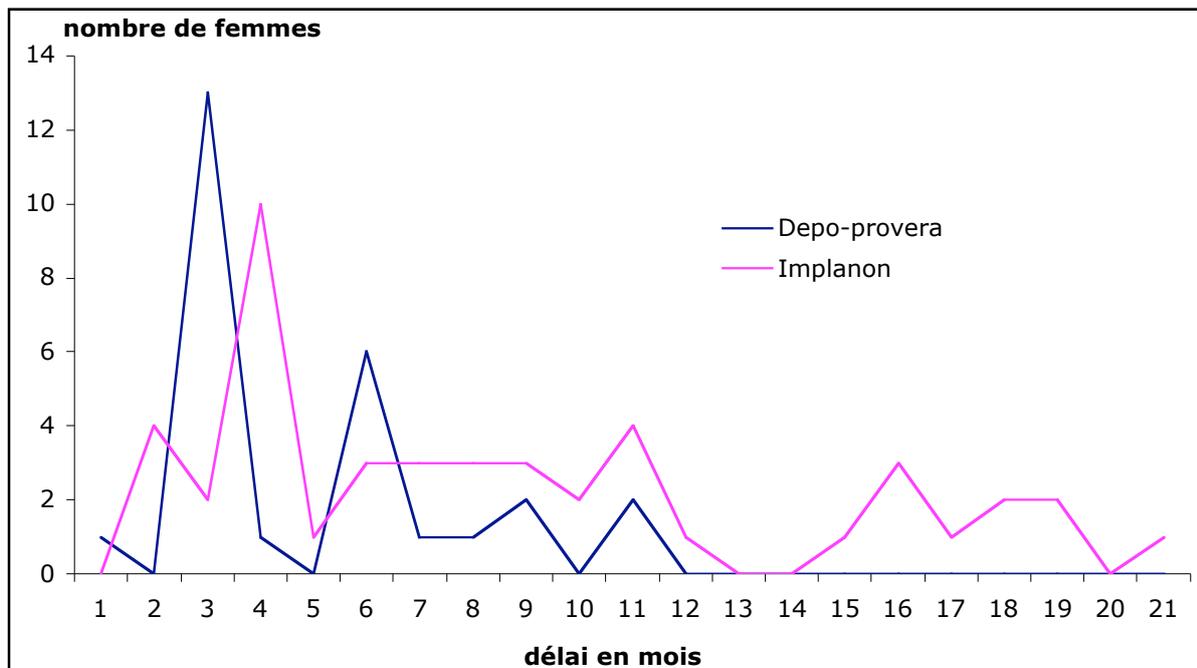
44 femmes sont revenues consulter au CPEF (26 dans le groupe Implanon et 18 dans le groupe Depo-provera), soit 44% des patientes incluses.

18 femmes ont pu être contactées par téléphone (12 dans le groupe Implanon et 6 dans le groupe Depo-provera).

A l'arrêt de l'étude, aucune femme n'a consulté au-delà d'un délai de 12 mois dans le groupe Depo-provera.

3 femmes du groupe Depo-provera contactées par téléphone ont signalé ne jamais avoir fait la première injection de Depo-provera^o (1 femme était finalement enceinte, les 2 autres femmes n'ont pas pu venir à leur rendez-vous et n'ont plus consulté par la suite).

Figure 17. Nombre de femmes re-consultant, en fonction du délai écoulé depuis la première consultation, en mois



On observe sur la figure 17 des pics de re-consultation à 3, 6 et 9 mois, correspondant aux injections trimestrielles dans le groupe Depo-provera.

Dans le groupe Implanon les femmes semblent re-consulter beaucoup en début de traitement, puis de façon plus éparse par la suite.

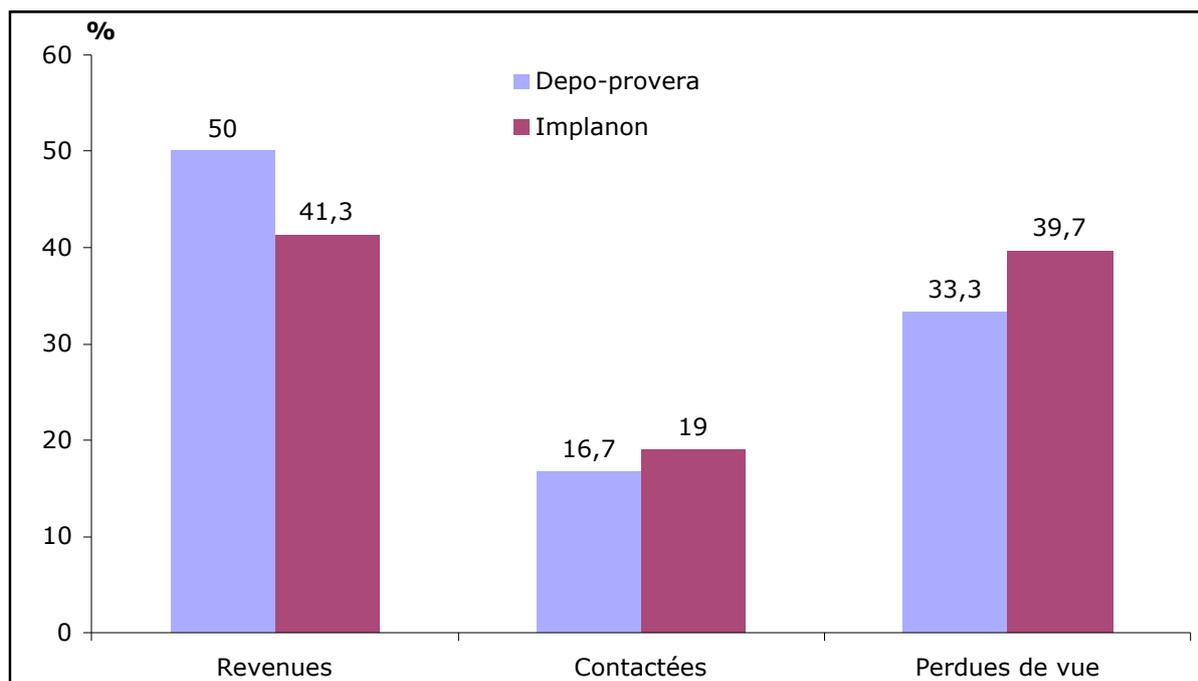
2. Patientes perdues de vue

37 patientes ont été perdues de vue, soit plus d'un tiers (37%).

La répartition des patientes perdues de vue dans les 2 groupes est la suivante:

- 12/36 dans le groupe Depo-provera, soit 33%
- 25/63 dans le groupe Implanon, soit 40%.

Figure 18. Nombre de femmes revenues, contactées par téléphone, et perdues de vues, en pourcentages dans chaque groupe



Le test du Khi 2 montre une indépendance entre le groupe et le nombre de patientes revenues spontanément. La méthode contraceptive choisie n'influe pas sur le nombre de femmes re-consultant.

B. EVOLUTION DU POIDS ET DE L'IMC

Aucun délai de consultation n'était imposé, les femmes sont donc revenues à des fréquences toutes différentes. Nous avons réparti les femmes en fonction des délais de re-consultation dans le tableau suivant. Certaines femmes étant revenues plusieurs fois avec des poids différents, nous avons choisi de prendre en compte cette évolution. Chaque colonne comprend donc toutes les femmes ayant re-consulté entre les différents délais.

Les variations de poids vont :

- . de - 9 à + 13 Kg dans le groupe Implanon
- . de - 3 à + 12 Kg dans le groupe Depo-provera

Les variations d'IMC vont de :

- - 3,6 à + 4,2 dans le groupe Implanon
- - 1,1 à + 4,7 dans le groupe Depo-provera

Les tests statistiques d'égalité des variances et d'égalité des moyennes sont positifs. On peut donc conclure à une prise de poids comparable dans les deux groupes.

Par ailleurs les tests du Khi2 réalisés sur les variables d'IMC montrent une indépendance dans les deux groupes. On peut donc conclure sur cet échantillon que le fait de prendre ou de perdre du poids est indépendant du type de contraception choisi.

Tableau 14. Évolution du poids et de l'IMC en fonction du délai de re-consultation

Délai par rapport à la 1 ^{ère} consultation	≤ 3 mois	> 3 mois ≤ 6 mois	> 6 mois ≤ 12 mois	> 12 mois	Significativité
Groupe Implanon N	6	14	16	10	
Variation moyenne du poids (Kg)	+ 1,5	+ 2	- 1,64	+ 1,7	NS
Variation moyenne IMC	+ 0,58	+ 0,67	- 0,65	+ 0,63	NS
Groupe Depo-provera N	14	7	6	0	
Variation moyenne du poids (Kg)	+ 0,60	+ 2,14	+ 2,67	-	NS
Variation moyenne IMC	+ 0,23	+ 0,85	+ 1,05	-	NS

C. EFFETS SECONDAIRES RECENSES

58 femmes ont répondu à cette question (37 femmes dans le groupe Implanon, 21 femmes dans le groupe Depo-provera).

Les femmes pouvaient cocher plusieurs réponses.

La figure 19 indique le nombre de femmes ayant cité tel ou tel effet secondaire, rapporté au nombre de femmes re-consultant dans chaque groupe. Il s'agit donc de pourcentages.

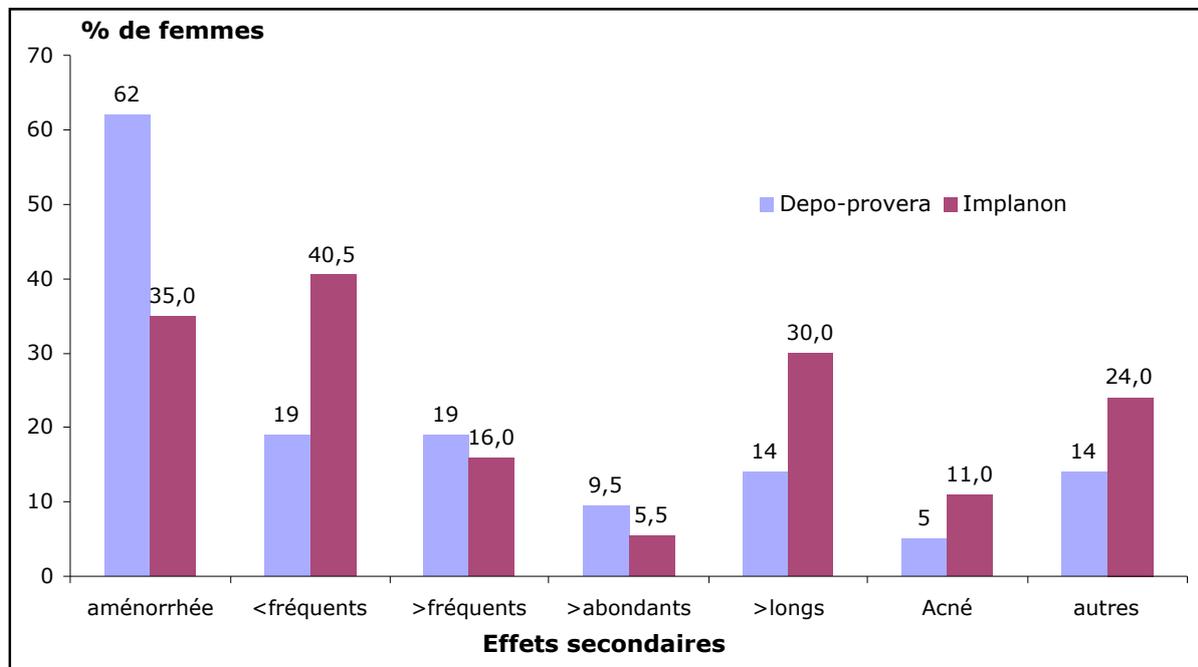
Une seule femme n'a déclaré aucun effet secondaire (dans le groupe Implanon). Les 57 autres ont toutes déclaré des modifications de leur cycle menstruel, qu'elles les considèrent comme des motifs d'insatisfaction ou au contraire de satisfaction (comme l'aménorrhée pour beaucoup de femmes).

Les profils de saignements sont différents :

- 62% des femmes ayant utilisé le Depo-provera se déclarent en aménorrhée, contre 35% des femmes dans le groupe Implanon. Cette dépendance Depo-provera°-aménorrhée est confirmée statistiquement au test du Khi2.
- Ce rapport est inversé pour le profil de saignements « saignements moins fréquents que les règles » avec 19% dans le groupe Depo-provera contre 40,5% dans le groupe Implanon.
- Les saignements plus longs sont également plus fréquents dans le groupe Implanon (30% des femmes, contre 14% dans le groupe Depo-provera).
- NB : sur le plan statistique, seul le critère « aménorrhée » retrouve une dépendance significative avec la méthode contraceptive choisie. Les autres profils de saignements sont comparables dans les deux groupes.

L'acné a été citée 4 fois dans le groupe Implanon (soit chez 11% des femmes), 1 fois dans le groupe Depo-provera (soit 5%).

Figure 19. Effets secondaires recensés dans les deux groupes, en pourcentages de femmes (les critères de fréquence, d'abondance et de durée sont comparés aux saignements menstruels habituels des patientes)



12 femmes ont cité d'autres effets secondaires (9 dans le groupe Implanon, 3 dans le Groupe Depo-provera). Certaines en ont cité plusieurs. Les effets secondaires recensés dans la réponse ouverte « autres » étaient :

- Dans le groupe Implanon :
 - Des effets secondaires locaux: oedème du bras (cité 1 fois), douleurs au point d'insertion (cité 1 fois)
 - Des douleurs pelviennes (cité 3 fois) ou un ballonnement abdominal (cité 2 fois), en régression spontanée après 2 mois pour 2 femmes
 - Une augmentation de l'appétit (cité 1 fois) et des difficultés à perdre du poids malgré un régime (cité 1 fois)
 - Des céphalées en début de traitement (cité 1 fois)
 - Une mycose vaginale (cité 1 fois)

- Dans le groupe Depo-provera :
 - Des nausées (cité 2 fois)
 - Des douleurs pelviennes (cité 1 fois)
 - Des tensions mammaires (cité 1 fois)

Le tableau 15 reprend les effectifs de survenue des effets secondaires en fonction du délai de re-consultation des femmes.

Tableau 15. Récapitulatif des effets secondaires en fonction du délai par rapport à la première consultation (en mois)

Délai	≤3 mois		> 3 mois ≤ 6 mois		> 6 mois ≤ 12 mois		> 12 mois		Significativité
	Implant	Depo	Implant	Depo	Implant	Depo	Implant	Depo	
Effets secondaires									
Aménorrhée	0	8	10	5	3	3	3	-	S
< fréquents	3	2	3	3	8	1	4	-	NS
> fréquents	2	3	2	1	3	2	0	-	NS
> abondants	0	1	0	0	1	1	1	-	NS
> longs	2	3	2	0	6	1	4	-	NS
Acné	0	0	1	1	3	0	1	-	NS
Autres	1	2	4	0	4	2	1	-	NS
N	6	14	15	8	16	6	10	0	

D. SATISFACTION ET INSATISFACTION

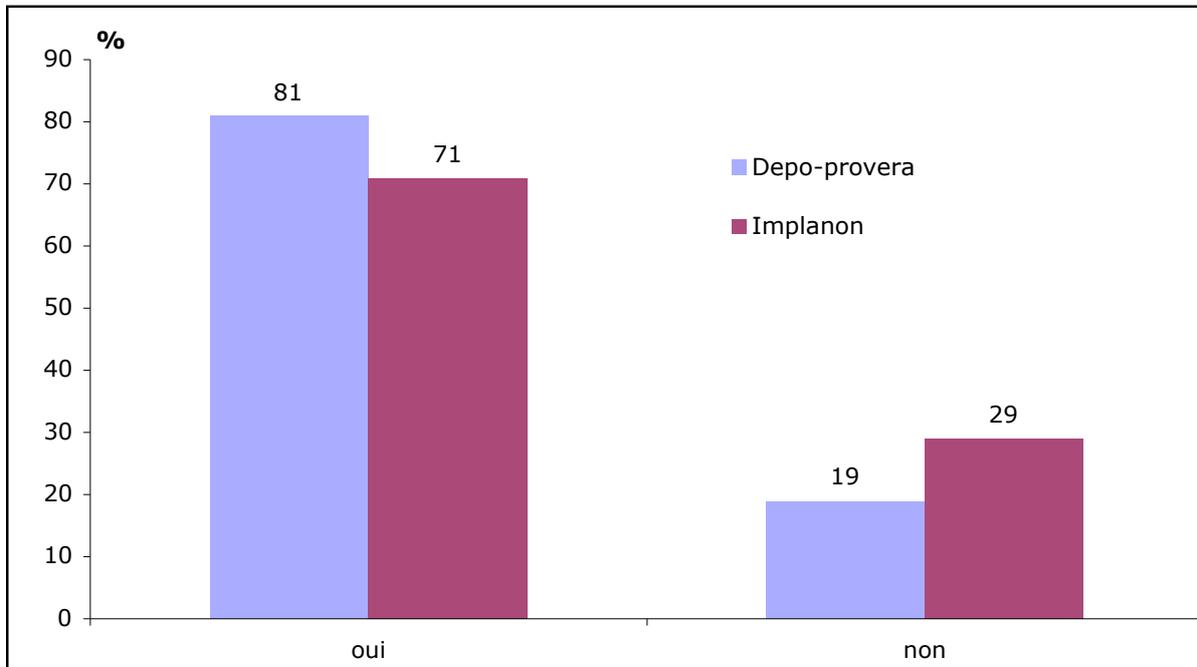
59 femmes ont répondu à cette question (38 dans le groupe Implanon, 21 dans le groupe Depo-provera).

Il était demandé aux femmes de répondre par oui ou par non à la question « Etes-vous satisfaite de cette contraception ? » puis de justifier leur réponse, qu'elle soit positive ou négative, sous forme d'un texte libre.

La répartition des réponses lors de la première re-consultation est la suivante :

- 27 femmes sont satisfaites de l'Implanon°, 11 n'en sont pas satisfaites
- 17 femmes sont satisfaites du Depo-provera°, 4 n'en sont pas satisfaites

Figure 20. Taux de satisfaction pour chaque méthode, en pourcentages



Il n'existe pas de dépendance statistique entre le choix de la méthode et le taux de satisfaction ($p > 5\%$).

Les motifs de satisfaction étaient les suivants :

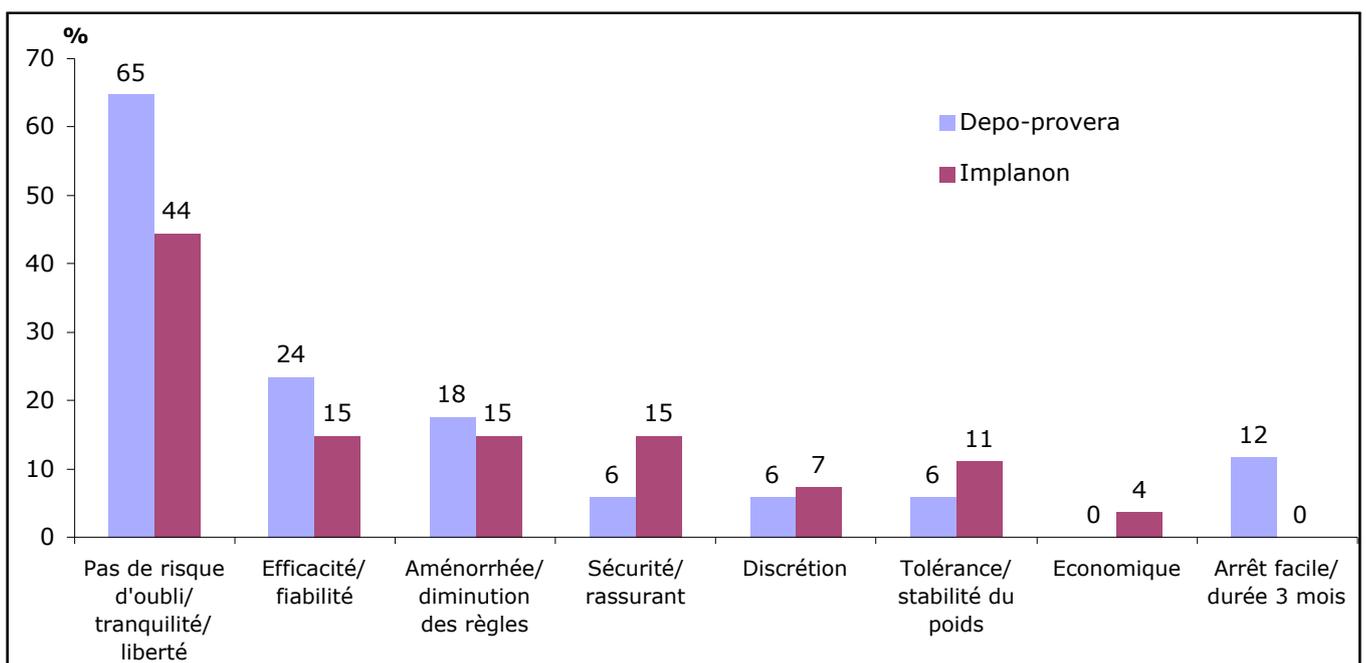
Le texte était libre, les femmes pouvaient citer plusieurs motifs. Le chiffre N correspond au nombre de fois où a été cité chaque motif de satisfaction. Les pourcentages entre parenthèse représentent le nombre de femmes ayant cité ce motif rapporté au nombre de femmes dans chaque groupe (afin que les groupes soient comparables). Leur somme n'est donc pas égale à 100%.

Le diagramme de la figure 21 compare les deux groupes.

Tableau 16. Motifs de satisfaction dans les deux groupes, en nombres et pourcentages de femmes

Groupe	Implanon N (%)	Depo-provera N (%)	Total N (%)
Pas de risque d'oubli / tranquillité / liberté / non contraignant	12 (44,4)	11 (64,7)	23 (52,3)
Efficacité / fiabilité	4 (14,8)	4 (23,5)	8 (18,2)
Aménorrhée / Diminution des règles	4 (14,8)	3 (17,6)	7 (15,9)
Sécurité / rassurant	4 (14,8)	1 (5,9)	5 (11,4)
Discrétion	2 (7,4)	1 (5,9)	3 (6,8)
Tolérance / stabilité du poids	3 (11,1)	1 (5,9)	4 (9,1)
Economique	1 (3,7)	0 (0)	1 (2,3)
Arrêt facile / durée 3 mois	0 (0)	2 (11,8)	2 (4,5)
Nombre de femmes satisfaites	27	17	44

Figure 21. Répartition des motifs de satisfaction pour chaque méthode, en pourcentages de femmes



Dans les 2 groupes, on note que :

- L'absence de risque d'oubli, la tranquillité, et la liberté apportée par la méthode sont les principales causes de satisfaction (citées chez 52,3% des femmes satisfaites).
- L'efficacité et la discrétion sont également souvent citées (respectivement chez 18,2 et 6,8% des femmes satisfaites).
- Ces 3 items étaient déjà mis en évidence dans la question sur les motifs de choix de ces méthodes par rapport aux méthodes « classiques ».
- À noter que l'aménorrhée est un critère de satisfaction chez 15,9% des femmes.

De la même façon, les motifs d'insatisfaction étaient les suivants (texte libre):

Tableau 17. Motifs d'insatisfaction dans les deux groupes, en nombres et pourcentages de femmes

Groupe	Implanon N (%)	Depo-provera N (%)	Total N (%)
Métrorragies	7 (63,6)	1 (25)	8 (53,3)
Perte de poids	2 (18,2)	0 (0)	2 (13,3)
Prise de poids	1 (9,1)	1 (25)	2 (13,3)
Acné	1 (9,1)	0 (0)	1 (6,7)
Aménorrhée	1 (9,1)	2 (50)	3 (20)
Douleurs pelviennes	2 (18,2)	0 (0)	2 (13,3)
Nausées	0 (0)	1 (25)	1 (6,7)
Nombre de femmes insatisfaites	11	4	15

Les effectifs étant faibles, nous ne pouvons tirer de conclusion. On note seulement que les métrorragies sont la première cause d'insatisfaction dans le groupe Implanon (citées 7 fois), alors que l'aménorrhée, citée 2 fois dans le groupe Depo-provera, est ici une cause d'insatisfaction.

E. ABANDON DE LA METHODE

- Dans le groupe Implanon

Au total 13 femmes ont demandé le retrait de l'implant :

- 2 femmes ont souhaité débuter une grossesse (l'une était satisfaite, l'autre insatisfaite)
- 10 femmes insatisfaites ont déclaré souhaiter interrompre la méthode en raison des effets secondaires
- 1 femme satisfaite a demandé le retrait de l'implant suite à la pression exercée par sa mère.

- Dans le groupe Depo-provera

Au total 9 femmes ont déclaré interrompre la méthode :

- 6 femmes insatisfaites ont souhaité interrompre la méthode du fait des effets secondaires (3 étaient d'emblée insatisfaites, 3 l'ont été secondairement)
- 1 femme satisfaite a déclaré ne plus avoir de partenaire
- 1 femme satisfaite a repris une contraception orale par oestroprogestatifs sur les conseils de son médecin traitant du fait de kystes ovariens
- 1 femme satisfaite a interrompu le traitement sur les conseils de son médecin traitant qui craint une ostéoporose à long terme.

PARTIE IV
DISCUSSION

I. DISCUSSION SUR LA METHODE, LES DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. CHOIX DE LA METHODE

Le but de l'étude étant d'observer le choix des femmes, il nous a paru évident de formuler un questionnaire ne s'intéressant qu'aux femmes elles-mêmes, et non aux motivations des prescripteurs. Ces derniers avaient pour consigne de proposer systématiquement la méthode implantable et la méthode injectable.

Notre idée première était également de comparer l'acceptabilité des deux méthodes (effets secondaires, variation de poids, satisfaction et motifs d'abandon). Au vu du faible pourcentage de femmes revenues, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un objectif trop ambitieux et avons donc choisi d'étudier en priorité les caractéristiques des femmes choisissant l'Implanon^o ou le Depo-provera^o et les raisons qui ont motivé ce choix.

Malheureusement nous n'avons pas recensé le nombre de femmes consultant pour une contraception pendant la période d'inclusion. Cette donnée aurait été intéressante afin d'évaluer la proportion de femmes choisissant l'Implant ou l'injectable.

B. RETICENCES DES SOIGNANTS

Lors de la présentation de l'étude dans les CPEF, nous avons noté une certaine réticence des équipes soignantes quant à plusieurs choses :

- Certains professionnels ne souhaitent pas poser d'implant.
- D'autres sont réticents à la prescription du Depo-provera^o.

Ainsi puisqu'il fallait proposer les deux méthodes, le nombre de professionnels acceptant de contribuer à l'étude a été très limité, et par conséquent le nombre de patientes incluses très restreint.

C. PEU D'HETEROGENEITE SOCIALE

En effet, la population de patientes étudiée est peu hétérogène socialement: les femmes sont toutes des consultantes de CPEF (lieu de gratuité en termes de soins), et habitantes de la Seine-Saint-Denis. Ces femmes sont donc plus jeunes, et comme le confirment les résultats sur la situation professionnelle et la couverture sociale, correspondent en majorité à une population dite « défavorisée ». 18 femmes de l'étude (soit 18,4%) bénéficient de la CMU alors qu'elle concerne seulement 6,5% de la population française, et 10,7% de la population de Seine-Saint-Denis (données de France métropolitaine + DOM, et pour le département 93 en 2008) [37]. L'AME concerne également 8 femmes de l'étude, soit 8,2%, contre seulement 0,3% de la population générale (chiffre de 2006).

Si notre population de femmes n'est pas représentative de la population générale, elle est cependant représentative d'elle-même et reste par conséquent intéressante à étudier.

D. DIFFICULTES DE COMPARAISON DES DONNEES DE RETOUR

Du fait que nous n'avons pas imposé de consultations trimestrielles ou de rappel téléphonique à des temps définis, les données de retour (effets secondaires, satisfaction) ont été obtenues à des temps très variables et donc peu comparables.

Un bilan téléphonique trimestriel, portant sur la satisfaction et le recueil des effets secondaires, ainsi qu'une consultation annuelle imposée pour la surveillance du poids, auraient été souhaitables sur le plan méthodologique. Cependant sur le plan éthique, les CPEF doivent rester des lieux de prescription respectant la confidentialité, le secret médical et la discrétion attendue par les femmes.

E. UN NOMBRE IMPORTANT DE PATIENTES PERDUES DE VUES

La proportion importante de femmes n'ayant pas re-consulté nous a posé problème. Nous avons émis plusieurs hypothèses qui sont différentes pour l'implant et le Depo-provera°.

Pour les femmes ayant bénéficié de la pose d'un implant, nous avons supposé que l'invisibilité et la durée d'action prolongée de l'Implanon° permettent à certaines femmes d'en oublier l'existence et par conséquent le suivi gynécologique annuel conseillé chez toute femme sous contraception hormonale.

L'hypothèse d'un retrait par un autre professionnel de santé est possible mais peu probable du fait des réticences des praticiens à retirer les implants qu'ils n'ont pas eux-mêmes posés, ce d'autant plus que les médecins investigateurs n'avaient eux aucune réticence au retrait.

La durée plutôt brève de l'étude (28 mois), a également limité le suivi des femmes, dont un bon nombre aurait probablement re-consulté après la fin du recueil des questionnaires.

Dans le groupe Depo-provera, certaines femmes ont sans doute abandonné la méthode sans venir en parler à un professionnel de santé du CPEF, la possibilité d'interrompre seule la méthode étant un des critères de choix cités par les femmes.

Certaines ont probablement poursuivi leur contraception auprès d'un autre professionnel (médecin traitant, infirmière scolaire), comme me l'ont confirmé deux jeunes femmes par téléphone.

On peut donc émettre l'hypothèse qu'il existe un biais dans le fait que les femmes qui re-consultent sont souvent les femmes non satisfaites de leur contraception dans le groupe Implanon (et souhaitant parfois un retrait), et au contraire les femmes satisfaites dans le groupe Depo-provera (et qui souhaitent recevoir leur injection trimestrielle).

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS

A. PROFIL DES FEMMES DANS CHAQUE GROUPE

Le profil des femmes dans les deux groupes reste proche, mais présente toutefois des différences intéressantes.

1. L'âge

Les femmes de l'étude sont jeunes (médiane à 23 ans). Cette surreprésentation des jeunes femmes peut être liée au biais de recrutement (population consultant en CPEF à Saint-Denis ou Aulnay-sous-Bois). Nous pensons toutefois qu'il s'agit surtout d'un critère pour dire que ces femmes jeunes se tournent préférentiellement vers le Depo-provera° et l'Implanon°. En effet si l'on compare notre échantillon à la population générale des femmes ayant consulté au CPEF « Les Moulins » à Saint-Denis en 2009, on note une différence d'âge significative (dépendance entre l'âge et le choix d'un progestatif de longue durée d'action au test du Khi2). On peut donc, par extension à une population plus générale, émettre l'hypothèse que les femmes jeunes choisissent davantage le Depo-provera° et l'Implanon°, méthodes efficaces, pratiques, discrètes, peu contraignantes, peu onéreuses, et qui leur conviennent mieux qu'une pilule, des préservatifs ou un stérilet.

Si l'on compare les deux groupes, les utilisatrices de l'implant semblent plus âgées à tous les niveaux: âge maximal plus élevé, médiane et moyenne supérieures, aspect du diagramme comparatif... Plusieurs raisons font qu'on aurait pu supposer que l'âge joue un rôle dans le choix contraceptif (une sexualité moins installée, le désir d'une méthode plus rapidement réversible chez les femmes plus jeunes, et au contraire une vie de couple ou de famille plus stable, et un choix vers une protection contraceptive de longue durée d'action pour les femmes plus âgées). Cependant les deux tests statistiques effectués révèlent que le choix de la méthode est indépendant de l'âge des femmes. Cette indépendance pourrait être liée à un biais dû au faible nombre de sujets dans l'étude. Des entretiens qualitatifs avec les femmes permettraient d'explorer cette hypothèse.

2. Les caractéristiques sociales

La population étant jeune, nous avons peut-être une surreprésentation des catégories élèves / étudiantes (30%) et femmes vivant chez les parents (40%) ce qui ne reflète pas la population générale.

Les résultats sur la préférence des jeunes femmes vivant chez leurs parents pour le Depo-provera°, contrastant avec celle des femmes en couple stable (mariées ou vivant en concubinage) pour l'implant, suggèrent que leurs attentes sont différentes en termes de contraception. Nous pouvons penser que la discrétion totale apportée par la méthode injectable est un atout pour une jeune femme vivant avec ses parents.

S'il n'a pas été démontré de dépendance entre le niveau d'étude et le choix contraceptif, on note en revanche que la situation professionnelle a une influence : les élèves ou étudiantes choisissent plus souvent le Depo-provera°, tandis que les mères au foyer et les femmes actives se tournent davantage vers l'Implanon°.

En effet, la durée d'action intermédiaire avec une réversibilité plus rapide et plus facile, proposée par le Depo-provera°, pourrait mieux convenir aux jeunes femmes lycéennes ou étudiantes, souvent encore indécises sur leurs choix de vie et ne vivant pas encore en couple stable. Encore une fois la notion de stabilité dans le couple et dans la famille semble en lien avec le choix d'une méthode de plus longue durée d'action (l'Implanon°).

Dans notre étude, on ne peut pas tirer de conclusions sur le fait que les femmes ayant une meilleure couverture sociale (femmes cotisant à la sécurité sociale ou ayant droit) choisissent plus fréquemment la méthode injectable, pourtant moins onéreuse. En effet, l'étude étant faite dans des CPEF, toute contraception est prescrite gratuitement en cas de difficultés financières ou de demande de secret.

La population originaire d'Afrique sub-saharienne semble également surreprésentée, et à ça nous avons initialement émis deux hypothèses. D'abord l'Ile de France est une région où les migrants sont plus nombreux qu'à l'échelle nationale. Ensuite, il est possible que certaines femmes africaines nées hors de France aient connu le Depo-provera° dans leur pays d'origine, et souhaitent poursuivre cette méthode qui leur convient. Mais contrairement à cet argument,

également avancé par l'équipe d'H. Bretin [1], cette particularité ne ressort pas dans l'analyse statistique de dépendance entre les deux groupes où nous n'avons constaté aucun impact du pays d'origine sur le choix de la méthode contraceptive.

Ces données sont intéressantes car elles s'opposent aux clichés présents dans la littérature existante sur le Depo-provera°, qui montre cette méthode comme une solution potentielle pour les femmes en situation précaire sur le plan intellectuel et social, ou essentiellement pour les femmes immigrées.

3. Caractéristiques médico-obstétricales et trajectoires contraceptives

Dans notre étude, une femme sur deux a un poids normal. Si l'on compare nos données à celles de la population générale (apportées dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS du 13 Mai 2008), on observe une surreprésentation des femmes en surpoids (28,4% dans notre étude, contre 21,2% dans la population générale) et des femmes obèses (13,7% dans notre étude, contre 10,2% dans la population générale).[36] Ces différences sont très probablement corrélées au milieu social des femmes de l'étude (où le surpoids est plus fréquent) [36] mais on peut aussi penser que pour certaines femmes, une prise de poids excessive avec la méthode contraceptive précédente (assimilable à une mauvaise tolérance), a pu jouer un rôle dans le choix de l'Implanon° ou du Depo-provera° face aux méthodes plus « classiques ». Si les questions des femmes relatives au poids sont fréquentes, on constate que le choix entre les deux méthodes s'est fait indépendamment du poids et de l'IMC de départ.

Les résultats de notre étude montrent que les femmes déjà mères ont plus recours à l'implant contraceptif qu'au Depo-provera°. La durée d'action prolongée et l'efficacité sans risque d'oubli de l'Implanon° peuvent expliquer cette différence. Ce choix peut être superposable à celui d'un DIU chez les femmes ayant déjà des enfants et ne souhaitant pas de nouvelle grossesse dans les trois années à venir.

Concernant les trajectoires contraceptives, plusieurs éléments sont nettement ressortis :

- En premier lieu, on peut noter que contrairement aux idées véhiculées dans le milieu médical et par les médecins interrogés dans l'étude de l'INSERM [1], la méthode injectable, comme la méthode implantable, ne sont pas des méthodes contraceptives de

« dernier recours ». Les femmes la choisissent en deuxième, voire en troisième ligne de méthodes contraceptives (voir aussi la comparaison à une étude de l'ACRN en 3^{ème} partie de la discussion).

- Nous avons été surprises du faible taux d'utilisation antérieure du préservatif (seulement 40% des femmes l'ont cité), alors qu'il s'agit d'une population jeune, et que d'autres études montrent une utilisation du préservatif chez 80,3% des femmes lors du premier rapport sexuel (données de l'INSEE en 1999 en France métropolitaine). Notre hypothèse principale est que les femmes ont oublié de citer cette méthode, ne pensant peut-être qu'aux méthodes « médicales » de contraception (de la même façon, personne n'a cité de méthode naturelle comme le retrait). Les femmes ayant signalé une utilisation antérieure du préservatif ont choisi préférentiellement la méthode injectable. Il peut s'agir là d'un critère relatif à une population plus jeune, ayant une vie amoureuse sans nécessaire notion de vie de couple.
- La pilule est, sans surprise et comme dans la population générale, au premier rang des méthodes précédemment utilisées citées par les femmes [11]. Son utilisation antérieure est liée statistiquement au choix de l'implant, ce qui peut également s'ajouter aux critères de stabilité des couples de cette population.
- Les anciennes utilisatrices de DIU sont très peu nombreuses dans cette population jeune et choisissent à nouveau plus volontiers une contraception de longue durée d'action (l'Implanon^o).

B. MOTIFS DU RECOURS A LA METHODE IMPLANTABLE OU INJECTABLE

La répartition numérique entre les deux groupes indique un rapport 2/3-1/3 en faveur de l'Implanon^o, soit deux implants pour un Depo-provera^o. Ce rapport est nettement inférieur à celui observé dans la population générale, qui correspondrait plus à un rapport de 23 utilisatrices d'implants contre 1 utilisatrice de Depo-provera^o (Cf. *tableau 6. Indice des ventes annuelles des différentes contraceptions en 2007*). Cette donnée confirme l'hypothèse que lorsqu'on propose le Depo-provera^o au même titre que les autres méthodes contraceptives, un nombre important de femmes sont susceptibles d'être intéressées.

Si les profils des femmes choisissant l'Implanon° ou le Depo-provera° restent proches, avec toutefois quelques subtiles différences, il est intéressant de tenter d'interpréter les éléments ayant conditionné le choix des femmes.

Dans le groupe Implanon, comme on pouvait s'y attendre puisque c'est ce qui différencie le plus les deux méthodes, la durée d'efficacité a été le premier critère de choix de l'implant par rapport à la méthode injectable (cité par 4 femmes sur 5).

La peur de l'injection semble être une idée reçue des médecins puisque seule 5 femmes l'ont citée. L'idée d'une méthode « vétérinaire » ne serait donc pas celle des femmes qui semblent ouvertes aux méthodes injectables, mais bien celle des médecins.

La notion de « mode » est apparue à deux reprises dans le groupe Implanon, ce qui sur 63 femmes n'est pas négligeable.

Dans le groupe Depo-provera, on observe que très peu de femmes ont choisi la méthode suite au conseil d'un professionnel de santé (2 femmes). Ce résultat, pourtant biaisé par le fait que les médecins prescripteurs de l'étude devaient impérativement proposer les deux méthodes, laisse imaginer ce qu'aurait été l'effectif dans une population médicale plus étendue et non conditionnée.

La durée d'efficacité, beaucoup plus courte qu'avec l'Implanon°, est également le premier critère de choix de cette méthode par rapport à l'implantable. Cette méthode, d'une durée contraceptive de trois mois, semble laisser aux yeux des femmes une plus grande liberté pour l'avenir, une possibilité d'arrêt plus facile et surtout indépendante d'un professionnel de santé (argument également cité dans les réponses « autres »).

La peur du corps étranger semble en revanche être plus présente que la peur des injections, car elle est citée par 14 femmes sur 36 pour justifier le choix de la contraception injectable par rapport à la méthode implantable.

On retrouve dans les deux groupes et lors des deux questions la crainte de prendre du poids (même si certaines en perdent, et que d'autres prennent cette contraception pour grossir...).

On retrouve également dans les deux groupes des femmes qui n'ont pas bien toléré l'autre méthode : 3 femmes dans le groupe Implanon et 5 femmes dans le groupe Depo-provera.

Quant au choix de l'une ou l'autre méthode par rapport aux autres méthodes contraceptives, la diversité des réponses est importante.

L'absence de risque d'oubli, qui se retrouve également dans les motifs de satisfaction, est le premier critère de choix des deux méthodes, sans différence entre les groupes. Comme le critère de durée d'efficacité, il rentre en compte dans le choix d'une population de femmes qui ne souhaitent pas rythmer leur quotidien par la prise d'un comprimé ou les contraintes d'une contraception mécanique. Il s'agit là d'un critère de bien-être, de tranquillité qui se retrouve tout à fait dans les critères de satisfaction en fin d'étude.

La peur du DIU arrive au deuxième rang des critères de choix dans les deux groupes, de façon également homogène. Ce chiffre élevé peut être expliqué par plusieurs hypothèses :

- La jeunesse de notre échantillon : on peut supposer que les jeunes femmes de l'étude, comme dans la population générale, sont assez réticentes à la prescription et à la pose d'un stérilet. En effet, les idées reçues sur le stérilet sont encore très présentes chez les patientes (peur d'une stérilité induite), et chez certains médecins qui continuent de véhiculer l'image d'une méthode encore non adaptée à une jeune femme nullipare, et qui la déconseillent pour ces mêmes femmes.
- Le biais de recrutement : notre étude ne comprend encore une fois que les femmes qui ont choisi l'Implanon^o ou le Depo-provera^o, et met donc de côté toutes les femmes qui utilisent ou utiliseraient un DIU sans appréhension.

On note même qu'une femme a justifié son choix par le fait que son mari refusait le DIU.

La mauvaise tolérance des anciennes contraceptions et les échecs contraceptifs (la peur du préservatif qui craque, la grossesse sous pilule ou sous stérilet) sont également très fréquemment cités. Cette donnée est importante à prendre en compte pour pouvoir contredire les professionnels de santé qui craignent la prescription de l'implant et du Depo-provera^o, du fait de leur mauvaise tolérance.

Nous n'avons pas soumis les contre-indications aux autres méthodes comme critère de choix, mais cette notion n'est retrouvée qu'à une seule reprise dans les réponses « autres » (une femme a cité une contre-indication au DIU). Cependant il est possible que certaines réponses

« contraceptions précédentes mal supportées » soient en fait des contre-indications à certaines méthodes, mais non identifiées comme telles.

L'efficacité, citée par 14 femmes, rejoint les réponses sur les échecs contraceptifs antérieurs. Les femmes associent la méthode injectable et implantable à une certaine sécurité vis-à-vis d'une éventuelle grossesse non désirée.

La discrétion est évidemment retrouvée en plus grande proportion dans le groupe Depo-provera, dans cette population jeune où la sexualité peut constituer un tabou familial important.

Tous ces éléments confortent notre idée que les femmes ont des raisons de choisir ces méthodes, et rappellent que ce qui est important à leurs yeux n'est pas forcément ce qui l'est pour le médecin. Il n'existe pas de profil de femmes figé, comme le laissaient entendre les médecins interrogés dans l'étude de l'INSERM [1], c'est la pratique médicale qui définit à tort certains profils de femmes.

C. RETOUR DES FEMMES

Le nombre de patientes ayant spontanément re-consulté est indépendant du groupe. Comme je le précisais en début de discussion, nous avons d'abord pensé que le retour des femmes n'avait pas la même signification dans les deux groupes. En effet il est légitime de penser que les femmes satisfaites de l'implant contraceptif n'ont pas de réelle raison de re-consulter alors que les femmes satisfaites de la méthode injectable reviennent, pour la plupart, recevoir leur injection trimestrielle dans le même CPEF. Pourtant le taux de satisfaction chez les femmes re-consultantes est comparable dans les deux groupes (71% dans le groupe Implanon contre 81% dans le groupe Depo-provera).

Concernant les variations de poids, il faut bien sûr rappeler qu'une prise ou perte de poids ne peut jamais être uniquement corrélée à une contraception ou à un autre traitement médicamenteux, mais relève en général de facteurs multiples (activité physique, alimentation, allaitement...). Seule une étude cas-témoins permettrait de conclure à un éventuel impact de la contraception sur le poids des patientes.

Cependant nous pouvons dire que les résultats obtenus entre les deux groupes ne montrent pas de différence significative aux différents tests statistiques.

La prise de poids n'est par ailleurs citée que 2 fois dans les motifs d'insatisfaction (1 fois dans chaque groupe), tout comme la perte de poids (citée 2 fois comme motif d'insatisfaction dans le groupe Implanon). Cet exemple rappelle que la perception d'un effet secondaire varie d'une personne à l'autre, comme le confirment par la suite les résultats sur l'aménorrhée.

Nous ne pouvons tirer de conclusions sur les effets secondaires du fait des faibles effectifs, cependant quelques éléments méritent d'être relevés.

- L'aménorrhée, effet secondaire principal dans le groupe Depo-provera, semble y être un effet précoce et constant (8/14 femmes dans les 3 premiers mois, puis 5/8 entre 3 et 6 mois, puis 3/6 entre 6 et 12 mois). Dans le groupe Implanon, elle est moins présente en début de traitement (0/6 femmes avant le 3^{ème} mois), mais également importante au-delà (10/15 femmes entre 3 et 6 mois). Il est également important de souligner que cet effet secondaire est déclaré comme cause de satisfaction pour 14,8% des femmes dans le groupe Implanon, et pour 17,6% des femmes dans le groupe Depo-provera, soit 7 femmes au total. Elle est en revanche un motif d'insatisfaction chez 3 femmes. Cet exemple, comme celui du poids, confirme que chaque femme a une vision différente de l'importance ou non du respect de son cycle, et que le rôle du médecin est d'informer ses patientes sur les effets secondaires attendus, sans y attribuer une valeur positive ou négative.
- La durée de l'étude ne nous permet pas d'observer les mêmes résultats en termes de profils de saignements que dans les études déjà publiées.

Si les femmes satisfaites de leur contraception sont largement majoritaires parmi les femmes re-consultant, nous ne pouvons conclure sur les perdues de vue.

En revanche les motifs de satisfaction, exposés en texte libre par les femmes, nous ont confortées dans notre idée qu'à chaque femme convient une contraception.

Comme pour les critères de choix de la méthode, on retrouve les notions de liberté et de tranquillité en lien avec une absence de risque d'oubli. Les notions de fiabilité, de sécurité, de méthode « rassurante », en lien avec l'efficacité des deux méthodes, sont également des éléments évoquant une qualité de vie meilleure.

Pour les motifs d'insatisfaction, tous en lien avec des effets secondaires, nous pensons qu'ils sont, en dehors des métrorragies, peu voire non spécifiques à la méthode implantable ou

injectable. Ils n'en restent pas moins indispensables à prendre en compte dans une relation médecin-malade de qualité, afin d'adapter au mieux le suivi de la patiente.

III. COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES

Très peu d'études se sont intéressées à l'Implanon^o et au Depo-provera^o en termes de choix des femmes. Bien qu'il n'y ait aucune étude comparative entre les deux méthodes, il existe de nombreux travaux portant sur les effets secondaires de chacune. Les données portant sur l'acceptabilité par les femmes de ces effets secondaires sont également peu nombreuses.

1) Une étude française s'est intéressée au regard des médecins sur la contraception injectable, et sur la population des femmes auxquelles ils destinaient cette méthode [1]. Il s'agit d'une étude menée en 1990 par une équipe de sociologues de l'INSERM sur les pratiques de 10 médecins de Seine-Saint-Denis. Les résultats sont en relative contradiction avec ceux de notre étude puisque les médecins interrogés restreignent la population « cible » du Depo-provera^o à seulement deux cas de figure.

- Ils envisagent d'abord la contraception injectable pour les femmes qu'ils définissent comme « à risques », non-demandeuses d'une contraception, mais pour qui le médecin juge qu'il existe une « urgence contraceptive ». Ils définissent cette population en termes de mentalité qu'ils qualifient de « mentalité maghrébine », plus qu'en termes d'origine socio-économique. La contraception injectable est alors utilisée pour sa discrétion (le mari, s'il est opposé à toute contraception, ne peut se rendre compte de rien), et pour sa durée d'action (les médecins se disent pouvoir « gagner » au moins trois mois sur une éventuelle grossesse chez des femmes multipares ayant eu des grossesses répétées et rapprochées). Les médecins de l'étude voient également la prescription d'une contraception injectable comme la conséquence d'un échec de communication avec les femmes de milieux sociaux très défavorisés.
- Le deuxième groupe de femmes concernées sont les femmes connaissant la méthode, et arrivant avec une demande de contraception injectable. Ces femmes sont définies comme soit ayant connu la méthode dans leur pays d'origine (Maghreb et Afrique subsaharienne), soit comme ayant une « re-demande » suite à une prescription antérieure proposée dans un contexte d' « urgence contraceptive ».

Ces éléments ne se retrouvent pas dans notre étude qui ne distingue pas de différence entre l'origine migratoire des femmes et le choix de l'Implanon ou de la contraception injectable. D'autre part nous avons observé que les femmes les mieux assurées sur le plan de leur couverture sociale choisissaient préférentiellement le Depo-provera° à l'Implanon°.

À aucun moment les médecins de l'étude INSERM n'évoquent la possibilité d'une telle prescription pour des motifs d'efficacité, de facilité d'emploi, de tranquillité des femmes. Ils n'évoquent pas non plus la possibilité de prescrire le Depo-provera° en milieu libéral du fait d'une population de consultantes « assez aisées au plan intellectuel », ou encore par crainte du mécontentement des femmes en raison des effets secondaires. Or notre étude suggère que, non seulement les femmes peuvent choisir cette méthode sans distinction de leur niveau d'étude, mais que les effets secondaires, s'ils sont expliqués en amont, sont le plus souvent très bien acceptés par les femmes et parfois même source de satisfaction (aménorrhée). Le terme de « re-demande » évoqué par un médecin laisse supposer que cette méthode peut convenir à certaines femmes et qu'il est donc légitime de la proposer à toutes.

L'étude INSERM ne fait par ailleurs aucunement référence aux jeunes femmes, souvent nullipares, pourtant nombreuses dans notre étude, et qui trouvent dans la méthode injectable une tranquillité, une sécurité, et une discrétion qui sont à leurs yeux les principaux critères de choix d'une contraception. [1]

2) Concernant l'implant à l'étonogestrel, une étude mexicaine publiée en 2009 s'est intéressée aux caractéristiques sociales de 172 utilisatrices de l'implant, aux raisons de leur choix contraceptif, ainsi qu'à son acceptabilité en termes d'effets secondaires. Cette étude recense beaucoup de critères qui nous ont intéressés et semble assez précise, même si l'article ne fournit pas tous les chiffres.

- Les caractéristiques sociales des femmes sont assez différentes de celles de notre étude. La tranche d'âge prédominante était la tranche 25 -29 ans soit 35,6% des femmes (les femmes de notre étude semblent plus jeunes avec une médiane à 24 et 44% des femmes dans la tranche 18-24 ans). 88,3% des femmes étaient mariées, et 51,4% travaillaient, ce qui est nettement supérieur à notre étude avec 35% de femmes mariées et 32% de femmes travaillant. Le niveau d'étude était également supérieur avec 97,1% des femmes ayant un niveau au moins égal au secondaire.

- Les antécédents obstétricaux et les trajectoires contraceptives paraissent plus proches. Nous n'avons pas les chiffres précis mais il semble que toutes les femmes avaient au moins un enfant (contre 34,9% de nullipares dans notre étude), et 29,7% des femmes avaient déjà eu par le passé une grossesse non planifiée (nous n'avons pas de chiffres sur le nombre d'IVG en rapport, ni d'équivalent dans notre étude). 72,1% des femmes avaient essayé au moins un autre moyen de contraception avant l'implant (dont 34% un stérilet, 26,6% la pilule, et 13% un progestatif injectable), mais 36,6% des femmes en avaient eu une mauvaise expérience (63,3% en raison des effets secondaires).
- Les motifs de choix de l'implant à l'étonogestrel ont été repris dans le tableau 18. Les résultats de notre étude pouvant correspondre aux items cités dans l'étude mexicaine y sont notés en parallèle. Ces résultats correspondent au nombre de citations rapporté au nombre de femmes dans chaque groupe, leur somme n'est donc pas égale à 100.

Tableau 18. Motifs de choix de l'implant à l'étonogestrel en pourcentages

Raisons du choix de l'implant	Étude mexicaine (%)	Notre étude (%)
Mauvaise expérience avec la méthode précédente	3,5	22
Commodité	41,9	81
Convenance personnelle	27,9	Pas d'équivalence
Indécision pour une méthode définitive	17,4	Pas d'équivalence
Curiosité	2,9	Pas d'équivalence
Mode	4,1	1,6
Pas de raison spécifique	2,3	
Total	100	

On retrouve la commodité (41.9%) et la convenance personnelle (27,9%) ce qui se rapproche de l'absence de risque d'oubli dans notre étude (81% des femmes l'ont cité). On retrouve la

mauvaise expérience de la méthode précédente (ici 3,5% seulement, 14% dans notre étude), et également la notion de mode.

Sur le retour des femmes, l'article stipule que si seulement 73,8% des femmes connaissaient les effets secondaires de l'implant, le taux de continuité a été de 88,4% et 86,6% des femmes interrogées recommanderaient cette méthode. Notre taux de satisfaction est à 71% (en sachant que 40% des femmes n'ont pu être interrogées sur leur satisfaction puisque nous les avons perdues de vue). 11,6% des femmes ont demandé le retrait de l'implant, dont 34,3% à cause de saignements irréguliers. Les effets secondaires recensés étaient, comme dans notre étude, essentiellement des désordres menstruels (35% de saignements irréguliers, 18% d'aménorrhée, 4% de polyménorrhée), une augmentation de poids (5%, non chiffrée), des céphalées (7%). 34% des femmes n'ont eu aucun effet secondaire. Notre taux de femmes en aménorrhée semble supérieur (25%), et nous supposons que les « saignements irréguliers » de l'étude mexicaine comprennent les saignements moins fréquents et plus fréquents que les règles, soit un total de 56,5% dans notre étude, ce qui est également supérieur. L'article ne parle pas d'acné, alors qu'elle concerne 11% des femmes de notre étude. [3]

3) Une autre étude sur l'Implanon°, réalisée par l'association des centres de régulation des naissances de l'Assistance publique (ACRN AP-HP) en Juin 2004 (étude non publiée), avait pour but de déterminer à qui et pourquoi on prescrivait cette méthode de contraception. Cette étude rétrospective concernait les prescriptions d'Implanon° dans 4 centres d'orthogénie d'Ile de France, entre Mai 2001 et Mai 2004. L'échantillon étudié comportait 357 femmes.

Les différences constatées avec notre étude sont les suivantes :

- Premièrement le contexte de prescription n'est pas le même. En effet, il s'agit pour 75% des poses d'implant, d'une prescription dans un contexte d'IVG. Nous sommes donc souvent dans une situation d'échec contraceptif alors que les patientes de notre étude consultaient de leur plein gré pour une demande de contraception.
- Dans le même esprit, la plupart des patientes se sont vues prescrire l'Implanon° suite à une proposition du médecin (53%), contre 43% suite à la demande de la patiente. Ce rapport s'inverse en fin d'étude, du fait peut-être de l'effet de « mode » de l'implant contraceptif des dernières années.
- Les items proposés concernant les raisons du choix de la méthode implantable concernaient uniquement les difficultés, mauvaise tolérance ou contre-indications à la

pilule ou au DIU. Il n'était pas envisagé, dans ce contexte d'IVG et donc souvent d'échec contraceptif, que les femmes puissent choisir l'Implanon^o par commodité. Il n'y a donc aucune référence à l'efficacité, à la durée d'action ou à la discrétion de l'implant. Les oublis de pilule restent, comme dans notre étude, majoritaires (31,6% des raisons citées), devant le refus du DIU (22,1%), et la contre-indication au DIU (18,1%).

- Les femmes incluses étaient plus âgées : l'âge moyen et l'âge médian étaient respectivement de 29 et 28 ans (25,7 et 24 dans notre groupe Implanon). De la même façon, la répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants est un peu différente (nous avons proportionnellement plus de femmes n'ayant eu aucun enfant soit 34,9% contre 26% dans l'étude de l'ACRN).

En revanche on note plusieurs similitudes intéressantes :

- On observe que comme dans notre étude, l'implant n'est pas une méthode de dernier recours puisque la majorité des femmes étudiées n'a connu qu'une seule méthode de contraception avant l'inclusion (52% des femmes, pour un taux de 47,6% dans notre étude).
- Les méthodes précédemment utilisées par les femmes sont citées dans des proportions proches de nos résultats : pilule en premier lieu, DIU et préservatifs pour un nombre beaucoup plus restreint de femmes, et très peu d'« autres » méthodes. Le recours antérieur à la méthode injectable n'est pas précisé.
- Le nombre de patientes revenues est, comme dans notre étude, très restreint (46%, contre 44% dans notre étude). Le nombre de demandes de retrait pour intolérance semble légèrement plus important que dans notre étude (25% de retrait dont 75% pour intolérance contre 20% de retrait dont 77% pour intolérance dans notre étude), mais cette différence n'est pas significative du faible du faible effectif dans notre étude.

IV. PERSPECTIVES D'AVENIR

A. PRESCRIRE UNE CONTRACEPTION NECESSITE UN PARTENARIAT ENTRE LE MEDECIN ET LA PATIENTE

Comme nous l'avons vu, les femmes ne sont pas suffisamment informées et associées au choix de leur méthode contraceptive. Les difficultés persistantes en termes de contraception, semblent plus souvent la conséquence d'une inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et les réels besoins ou désirs des femmes, qu'un problème d'accessibilité. Il n'est pas question d'imputer l'ensemble des échecs de contraception aux professionnels de santé, mais de proposer des solutions qui leur permettraient d'exercer au mieux leur rôle dans le domaine de la contraception et de la régulation des naissances.

Dans ce contexte, il paraît indispensable d'améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes, mais aussi des sages-femmes et des infirmières, pour lesquelles la loi HPST de juillet 2009 prévoit un accroissement des responsabilités en matière de contraception. Comme dans de nombreux autres domaines, les connaissances médicales et les données sociales en matière de contraception deviennent rapidement obsolètes. L'information et la mise à jour régulière des connaissances des médecins restent indispensables pour garantir aux patientes le plus grand choix et la meilleure adéquation avec leur mode de vie. C'est également le seul moyen de lutter contre les idées reçues en termes de population « cible » ou d'effets secondaires.

Dans cette optique, un rapport détaillé intitulé « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » a été rédigé en Décembre 2004 par l'HAS [20]. Même si mon opinion diffère sur les indications de la contraception injectable (que le rapport cite comme une méthode ne restant à considérer qu'en cas de difficultés d'observance ou dans des contextes socioculturels particuliers), je pense qu'il s'agit d'un outil indispensable d'aide à la prescription d'une contraception.

Dans un même registre, le Collège national des généralistes enseignants, avec l'appui de la Direction générale de la santé, propose depuis 2006 un programme de formation destiné initialement aux médecins généralistes enseignants et visant à « améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception ». Ces médecins formés deviennent à leur tour

formateurs des internes en médecine générale accueillis dans leur cabinet. Ce programme ayant connu un succès conséquent continue d'être proposé dans toute la France. [38]

Il est vrai par ailleurs que si la consultation médicale dédiée à la contraception d'une femme ou d'un couple est souvent longue et complexe, elle n'en est pas pour autant valorisée par le système de tarification à l'acte, et mériterait d'être encouragée, notamment en libéral, par une majoration tarifaire comme pour les consultations du nourrisson ou du grand enfant.

B. INFORMATIONS A DELIVRER LORS DE LA PRESCRIPTION

Nous avons pu observer dans l'étude de la littérature ainsi que dans la nôtre, que le fait d'informer les femmes, notamment sur les effets secondaires possibles, avant d'instaurer une contraception, augmente l'acceptabilité et l'observance du traitement, et diminue le nombre d'abandons précoces de la méthode. Aussi nous a-t-il paru important de proposer un inventaire des informations importantes à délivrer aux femmes lors de la prescription de l'Implanon° ou du Depo-provera°.

L'information orale reste capitale, notamment pour les patientes ne lisant pas le français, mais un support d'information écrit nous semble être un atout supplémentaire. Dans cette optique notre proposition est la suivante :

Un professionnel de santé vous a informé sur l'Implanon° et le Depo-provera° et vous avez choisi l'une de ces méthodes contraceptives.

Il s'agit de deux contraceptions hormonales hautement efficaces, à base de progestérone, qui ont la particularité d'avoir une longue durée d'action (3 ans pour l'Implanon° et 3 mois pour le Depo-provera°).

Comme chaque méthode de contraception efficace (la pilule, le stérilet, le patch, l'anneau vaginal), il existe des effets secondaires sans gravité, mais qui peuvent être gênants. Nous vous invitons à en prendre connaissance, à poser vos questions au professionnel de santé qui vous l'a prescrite, et à ne pas hésiter à re-consulter en cas de gêne trop importante.

- *Il y a de fortes chances pour que vous saigniez plus ou moins abondamment et de manière non prévisible pendant les 3 premiers mois du traitement, puis que vos saignements s'espacent peu à peu jusqu'à une possible disparition des règles au bout de quelques mois. Cela s'appelle l'aménorrhée (absence totale de règles).*

- *En cas d'aménorrhée, le sang ne s'accumule pas dans votre organisme puisqu'il ne se forme pas (la muqueuse de l'utérus ne s'épaissit pas).*
- *Ces modifications du cycle ne portent pas atteinte à votre santé, et n'empêchent en aucun cas la possibilité d'une grossesse future.*
- *D'autres effets secondaires, comme avec la pilule, peuvent apparaître : des modifications de votre poids (prise ou plus rarement perte de poids selon les femmes), une apparition ou l'accentuation d'une acné, des sensations de ballonnement abdominal ou de nausées (surtout en début de traitement), des mastodynies (tensions ou douleurs dans les seins).*
- *Pour le Depo-provera° : le retour des règles et le retour à la fécondité (possibilité d'être enceinte) peuvent prendre plusieurs mois après la dernière injection (selon les études retour à l'ovulation dans les 6 à 12 mois suivant la dernière injection), cette méthode n'est donc envisageable que si vous n'avez pas de désir de grossesse dans l'année qui suit le début de la contraception.*
- *En cas d'utilisation du Depo-provera° supérieure à un an, une diminution de la densité minérale osseuse a été observée, sans augmenter le risque d'ostéoporose ni de fractures, et de façon réversible. Une activité physique régulière et une consommation quotidienne de produits laitiers et de poissons gras (saumon, sardine, maquereau) sont conseillées.*

C. REALISATION D'UNE ETUDE PROSPECTIVE COMPARATIVE A PLUS LARGE ECHELLE

Malgré l'ancienneté du Depo-provera° et du fait de son inutilisation générale, il n'existe aucune étude clinique comparative directe des effets secondaires de cette méthode contraceptive avec l'Implanon°. Avec le recul de notre propre expérience, la réalisation d'une telle étude, pour qu'elle soit utilisable sur le plan statistique, nécessiterait la mise place de plusieurs stratégies :

- L'échantillon de patientes doit être plus important.
- L'échantillon doit être varié : pour que l'étude soit plus représentative de la population générale, elle ne devra pas être limitée aux centres de planification et d'éducation familiale. Une étude multicentrique, réalisée dans plusieurs villes de départements différents, dans des structures différentes (CPEF, CIVG, consultations gynécologiques

hospitalières), mais aussi dans des cabinets de gynécologues et médecins généralistes libéraux, permettrait d'obtenir des données reflétant une meilleure hétérogénéité sociale.

- Des entretiens complémentaires qualitatifs avec les femmes pourraient apporter beaucoup d'éléments supplémentaires à nos réflexions (l'éventuel lien avec l'âge...).
- L'information des patientes, encore une fois, nous paraît capitale. La réalisation d'une brochure écrite d'information, à remettre aux femmes, nous paraît importante.
- Pour relever et classer de façon précise les effets secondaires dans le temps (notamment les profils de saignement), un recueil des données à M3, M6, et M12 semble indispensable. Cela implique d'organiser des consultations à des dates imposées aux patientes, ou un suivi téléphonique trimestriel. Cependant cette méthode pose un problème éthique en lien avec la confidentialité et la discrétion qui s'imposent à un médecin prescripteur d'une contraception.
- Dans cette optique il nous paraît nécessaire de désigner une personne dédiée à l'étude. Un assistant de recherche clinique pourrait de cette façon veiller au bon déroulement de l'étude, aux délais de consultation, et éventuellement contacter les patientes par téléphone.

CONCLUSION

Notre étude, comme nous en avons émis l'hypothèse, montre que de nombreuses femmes sont susceptibles d'être intéressées par l'Implanon^o ou le Depo-provera^o.

En effet, un progestatif de durée d'action intermédiaire, comme le Depo-provera^o, peut répondre aux attentes de jeunes femmes vivant encore chez leurs parents, non installées sur le plan professionnel et recherchant en priorité une méthode peu contraignante, efficace et fiable, facilement réversible, mais aussi discrète.

L'Implanon^o pour sa part, semble convenir par sa durée d'action prolongée et son efficacité, aux femmes plus stables dans leur couple, dans leur sexualité, dans leur vie familiale et professionnelle.

Nous avons également montré que contrairement aux idées reçues de nombreux soignants, ces méthodes ne doivent en aucun cas être considérées comme des solutions contraceptives de dernier choix, lorsqu'il existe une fragilité psychologique ou sociale. Elles ne sont pas non plus l'apanage des femmes immigrées, contrairement à ce que des pratiques médicales étayées par d'autres études suggéraient.

Les faibles effectifs de notre étude ne permettent pas de comparer nos résultats à la littérature existante en termes d'effets secondaires. Mais si ces méthodes sont, comme nous l'avons vu, rarement conseillées par des professionnels de santé qui craignent souvent une mauvaise tolérance, nous pensons que leur acceptabilité est bonne et qu'elle dépend pour beaucoup des explications données en amont aux patientes.

Dans ce domaine, il est important que nous, médecins généralistes, continuions d'améliorer et d'entretenir nos connaissances, afin d'être en mesure de proposer à chaque femme toutes les méthodes contraceptives disponibles, d'en expliquer les avantages et les inconvénients, et de décider avec elle et non pour elle celle qui lui convient le mieux. Notre pratique a aussi beaucoup à gagner à prendre garde à ne pas construire artificiellement des catégories de femmes qui conduisent à limiter les choix qui leur sont accessibles.

ANNEXE 1. LE QUESTIONNAIRE

Cette première page est à détacher à la fin de l'étude pour garantir l'anonymat.

NOM :

Prénom :

Important

Au bout d'un an de suivi de la femme après son inclusion dans l'étude, merci de renvoyer ce questionnaire à :

Maud Gelly
CPEF Moulins
40 rue Auguste Poullain
93200 Saint-Denis.

Afin de ne pas perdre ce document, mieux vaut ne pas le laisser dans le dossier médical, mais de le conserver avec les autres questionnaires dans une pochette dédiée à l'étude « implant/injectable ». Il suffira d'aller l'y chercher chaque fois que vient une femme concernée.

Afin de limiter les biais liés à la prescription, il est préférable que le questionnaire soit rempli par un-e autre professionnel-le que le médecin (IDE, CCF, etc) lors de l'entretien avec la femme.

Ne pas inclure dans l'étude les femmes ayant déjà démarré l'implant ou l'injectable avant le début de l'étude.

Il est important, pour permettre une comparaison, que ces deux méthodes (parmi les autres) aient été proposées aux femmes, d'où le petit texte suivant, à lire aux femmes avant de leur poser les questions du questionnaire :

« Vous avez accepté de participer à une étude comparant Implanon* et Depo-Provera* et nous vous en remercions. Ce sont deux contraceptions très efficaces fonctionnant selon le même principe et ayant le même type d'effets secondaires sans gravité : variations de poids, arrêt des règles, saignements plus fréquents ou plus longs que des règles. Cette étude cherche à comparer ces effets secondaires pour chaque méthode. »

Tampon du CPEF participant à l'étude :

Trois premières lettres du nom de famille de la femme :

Age à l'inclusion dans l'étude :

Nombre d'enfants :

Nombre de grossesses :

Contraceptions précédemment utilisées :

-
-
-
-
-

Consultation initiale

Date :

Poids (sur la balance du CPEF) :

Taille :

Méthode choisie :

- Implanon*
- Depo-Provera*

1) Raisons du choix de cette méthode plutôt que l'autre :

(ex : « qu'est-ce qui fait que vous avez choisi l'implant plutôt que l'injectable, ou qu'est-ce qui fait que vous avez choisi l'injectable plutôt que l'implant ? »)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Durée d'efficacité
- Méthode conseillée par un-e professionnel-le du CPEF
- Peur des piqûres
- Peur d'avoir un corps étranger
- autres (préciser)

2) Raisons du choix de cette méthode plutôt qu'une autre (hors implant ou injectable) :

(ex : « qu'est-ce qui fait que vous avez choisi un implant plutôt qu'un stérilet ou une pilule ou les préservatifs ? »)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Pas de risque d'oubli
- Efficacité
- Discrétion
- Peur du stérilet
- Contraception(s) précédente(s) mal supportées
- Autres: préciser

3) Situation professionnelle :

- Travail salarié: préciser:
- Au foyer
- Congé parental
- Chômage
- Elève, étudiante ou en formation: préciser:

4) Niveau d'études :

- Primaire
- Secondaire
- Niveau bac
- Enseignement supérieur
- Pas scolarisée

5) Situation familiale :

- Mariée
- Divorcée ou séparée
- Répudiée
- Concubinage
- Vit chez les parents
- A un copain
- Pas de copain

6) Couverture sociale :

- Sécurité Sociale
- Sécurité Sociale + Mutuelle
- CMU-C
- AME
- Non assurée sociale
- Ayant-droit de parents vis-à-vis de qui elle souhaite garder le secret
- Ayant-droit du conjoint vis-à-vis de qui elle souhaite garder le secret

7) Pays de naissance:

Si née en France, pays de naissance des parents:

Après la consultation initiale, chaque fois que la femme vient au CPEF, il faut remplir le questionnaire suivant en mettant la date, même si elle n'a pas de consultation médicale (par exemple, si elle vient pour une injection de Depo-Provera* par l'IDE ou si elle discute avec l'IDE des saignements sous Implanon*).

Date :

Poids (sur la balance du CPEF) :

- Arrêt des règles
- Saignements moins fréquents que des règles (<1 fois/mois)
- Saignements plus fréquents que des règles (>1 fois/ mois)
- Saignements plus abondants que des règles (en nombre de protections/jour) et préciser pendant combien de jours :

(mode d'emploi : «si habituellement vous utilisez 4 protections par jour pendant vos règles, pendant combien de jours avez-vous du en utiliser plus de 4 depuis la dernière date où vous êtes venue ici? »)

- Saignements plus longs que des règles (*ex : > 7 jours si c'est la durée habituelle des règles de cette femme-là*) et préciser le nombre d'épisodes de saignements prolongés depuis la date précédente :
- Acné
- Autres : préciser :

Etes-vous satisfaite de cette contraception ?

Pourquoi ?

Motif d'arrêt de la contraception si elle est interrompue ce jour-là :

- Désir de grossesse
- Effet secondaire : préciser :
- Autre : préciser

Date :

Poids (sur la balance du CPEF) :

- Arrêt des règles
- Saignements moins fréquents que des règles (<1 fois/mois)
- Saignements plus fréquents que des règles (>1 fois/ mois)
- Saignements plus abondants que des règles (en nombre de protections/jour) et préciser pendant combien de jours :
(mode d'emploi : «si habituellement vous utilisez 4 protections par jour pendant vos règles, pendant combien de jours avez-vous du en utiliser plus de 4 depuis la dernière date où vous êtes venue ici? »)
- Saignements plus longs que des règles (*ex : > 7 jours si c'est la durée habituelle des règles de cette femme-là*) et préciser le nombre d'épisodes de saignements prolongés depuis la date précédente :
- Acné
- Autres : préciser :

Etes-vous satisfaite de cette contraception ?

Pourquoi ?

Motif d'arrêt de la contraception si elle est interrompue ce jour-là :

- Désir de grossesse
- Effet secondaire : préciser :
- Autre : préciser

Date :

Poids (sur la balance du CPEF) :

- Arrêt des règles
- Saignements moins fréquents que des règles (<1 fois/mois)
- Saignements plus fréquents que des règles (>1 fois/ mois)
- Saignements plus abondants que des règles (en nombre de protections/jour) et préciser pendant combien de jours :

(mode d'emploi : «si habituellement vous utilisez 4 protections par jour pendant vos règles, pendant combien de jours avez-vous du en utiliser plus de 4 depuis la dernière date où vous êtes venue ici? »)

- Saignements plus longs que des règles (*ex : > 7 jours si c'est la durée habituelle des règles de cette femme-là*) et préciser le nombre d'épisodes de saignements prolongés depuis la date précédente :
- Acné
- Autres : préciser :

Etes-vous satisfaite de cette contraception ?

Pourquoi ?

Motif d'arrêt de la contraception si elle est interrompue ce jour-là :

- Désir de grossesse
- Effet secondaire : préciser :
- Autre : préciser

Date :

Poids (sur la balance du CPEF) :

- Arrêt des règles
- Saignements moins fréquents que des règles (<1 fois/mois)
- Saignements plus fréquents que des règles (>1 fois/ mois)
- Saignements plus abondants que des règles (en nombre de protections/jour) et préciser pendant combien de jours :
(mode d'emploi : «si habituellement vous utilisez 4 protections par jour pendant vos règles, pendant combien de jours avez-vous du en utiliser plus de 4 depuis la dernière date où vous êtes venue ici? »)
- Saignements plus longs que des règles (*ex : > 7 jours si c'est la durée habituelle des règles de cette femme-là*) et préciser le nombre d'épisodes de saignements prolongés depuis la date précédente :
- Acné
- Autres : préciser :

Etes-vous satisfaite de cette contraception ?

Pourquoi ?

Motif d'arrêt de la contraception si elle est interrompue ce jour-là :

- Désir de grossesse
- Effet secondaire : préciser :
- Autre : préciser

ANNEXE 2. EFFICACITE DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES

(Adapté d'après l'OMS, 2002)

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	§	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicides	20	6
Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement, les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HERSCKORN P, THEBAUD-MONY A, LASSELAIN J, BRETIN H. Médecins et contraception injectable. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1990 ; 19 : 228-236
- [2] TOLAYMAT LL, KAUNITZ AM. Long-acting contraceptives in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007 ; 19 : 456-460
- [3] ROSALES AUJANG E, GONZALEZ ROQUE MG. Sociodemographic characteristics of users of the contraceptive implant releasing etonogestrel. *Ginecol Obstet Mex* 2009 ; 77(3) : 136-141
- [4] BIGRIGG A, EVANS M, GBOLADE B, NEWTON J, POLLARD L, SZAREWSKI A, THOMAS C, WALLING M. Depo provera. Position paper on clinical use, effectiveness and side effects. *Br J Fam Plann* 1999 ; 25(2) : 69-76
- [5] SHAARAWY M, EL-MALLAH SY, SEOUDI S, HASSAN M, MOHSEN IA. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception* 2006; 74(4):297-302.
- [6] PRESCRIRE REDACTION. Etonogestrel implant sous-cutané, une contraception pour deux à trois ans. *La Revue Prescrire* Mai 2001 ; 21 : 330-333
- [7] KAUNITZ AM. Contraceptifs à longue durée d'action : sûrs, efficaces et pratiques. *Journal Watch : Women's Health* Mai 1998 ; 3(5) :61-62
- [8] PRESCRIRE REDACTION. Contraceptifs injectables à longue durée d'action. *La Revue Prescrire* Mars 1984 ; 4(33) : 11-12
- [9] WALCH K, UNFRIED G, HUBER J, KURZ C, VAN TROTSENBURG M, PERNICKA E, WENZL R. Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis, a pilot study. *Contraception* 2009 Jan; 79(1) : 29-34
- [10] ADAMS K, BEAL MW. Implanon: a review of the literature with recommendations for clinical management. *J Midwifery Womens Health* 2009 Mar-Apr ; 54(2):142-149
- [11] BAJOS et al. Contraception : from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* May 2003 ; 18(5) : 994-999
- [12] MUTIHIR JT, DARU PH. Implanon sub-dermal implants: a 10-month review of

- acceptability in Jos, North-Central Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2008 Dec ; 11(4): 320-323.
- [13] RINEY S, O'SHEA B, FORDE A. Etonogestrel implant as a contraceptive choice; patient acceptability and adverse effect profile in a general practice setting. *Ir Med J.* 2009 Jan; 102(1): 24-5
- [14] VARNEY SJ, GUEST JF. Relative cost effectiveness of Depo-Provera, Implanon, and Mirena in reversible long-term hormonal contraception in the UK. *Pharmacoeconomics* 2004 ; 22(17):1141-51
- [15] CODE DE SANTE PUBLIQUE. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *JORF* n°156 du 7 juillet 2001. Texte n°1.
- [16] *Ordre des médecins* [en ligne]. Atlas de la démographie médicale 2009 [consulté le 12 février 2010]. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>>
- [17] LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N et l'équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Populations et sociétés*, 2002, 318. Disponible sur <http://www.ined.fr/fichier/t_publication/154/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_381.pdf>
- [18] BAJOS et al. Synthèse de l'enquête COCON (200-2004). *Human Reprod*, 2006.
- [19] VIDAL 2009 : LE DICTIONNAIRE. 85ème éd. Paris.
- [20] HAS – Haute Autorité de Santé [en ligne]. Stratégies de choix des méthodes contraceptives [consulté le 12 février 2010]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme>
- [21] CRAT - Centre de Référence dur les Agents Tératogènes [en ligne]. Médroxyprogestérone [consulté le 12 février 2010]. Mise à jour : 31 décembre 2009. Disponible sur <<http://www.lecrat.org/>>
- [22] SHAPIRO S, ROSENBERG L, HOFFMAN M et al. Risk of breast cancer in relation to the use of injectable progestogen contraceptives and combined estrogen/progestogen contraceptives. *Am J Epidemiol*, 2000, 151 : 396-403
- [23] PAUL C, SKEGG DCG, SPEARS GFS. Depot medroxyprogesterone (Depo-Provera) and risk of breast cancer. *Br Med J*, 1989, 299 : 759-762.
- [24] AFFANDI B. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of Implanon. *Contracept.* 58 (1998), pp. 99S–107S
- [25] *Faculté de Médecine de Marseille*. [en ligne]. La démographie médicale en région PACA. Etat des lieux et projections pour quelques spécialités : Gynécologie – obstétrique. [consulté le 12 février 2010]. Disponible sur <http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/demomed/divers_demomed22.html>

- [26] HANNAFORD PC et al. Cancer risque among users of oral contraceptives: cohorte data from RCGP oral contraception study. *B MJ* 2007; 335: 651-654
- [27] OXFORD: COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and hormonal contraceptives: further results. *Contraception* 1996; 1S-106S
- [28] SERFATY D. *Contraception*. 2^{ème} édition. Paris : Masson 2002.
- [29] PFIZER CANADA INC. Monographie du DEPO-PROVERA°. Révision 11 Juillet 2006.
- [30] DUTON C, FOLDVARY-SHAEFER N. Contraception in women with epilepsy : pharmacokinetic interactions, contraceptive options, and management. *Int Rev Neurobiol.* 2008 ; 83 : 113-34
- [31] SCHWENKHAGEN AM, STODIECK SR. Which contraception for women with epilepsy? *Seizure.* 2008 Mar ; 17(2) :145-50
- [32] PRESCRIRE REDACTION. Ulipristal (ELLAONE°) contraception postcoïtale : pas mieux que le lévonorgestrel. *La Revue Prescrire* Dec 2009 ; 29 : 886-889
- [33] MOREAU C. Oral Contraceptive Tolerance: Does the Type of Pill Matter? *Obstet Gynecol* 2007;109: 1277–85.
- [34] WESTHOFF C et al. Oral Contraceptive Discontinuation: Do Side Effects matter? *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(4): 412e1–412e7.
- [35] MOREAU C et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum. Reprod.* 2009; 24:1387-92
- [36] INVS – Institut National de Veille Sanitaire. [en ligne]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 13 Mai 2008. [consulté le 12 février 2010]. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2008/20/beh_20_2008.pdf>
- [37] CMU, Site internet [en ligne]. [consulté le 19 février 2010]. www.cmu.fr
- [38] RENARD V, AUBIN I, BACLE F, BOTTET A, ATTALI C. Un partenariat original pour former les médecins généralistes. *Le concours médical* 2006 ; 128(25/26) :1057-58

RESUME

La meilleure contraception est celle que la femme choisit. Or s'il existe en France un large éventail de méthodes contraceptives, la majorité des praticiens se borne à une prescription de pilule chez les jeunes femmes et de stérilet chez les femmes plus âgées.

L'Implanon^o et le Depo-provera^o sont deux contraceptions progestatives de longue durée d'action, hautement efficaces, présentant de nombreux avantages et n'ayant aucun effet secondaire grave recensé. Pourtant ces méthodes restent peu prescrites en France et souvent à des femmes stigmatisées par les médecins sur le plan psychique, sur le plan de leur sexualité ou de leurs conditions sociales de vie.

Nous avons eu envie de savoir, en dehors de tout préjugé médical, qui étaient les femmes susceptibles d'être intéressées par ces deux méthodes contraceptives et pour quelles raisons.

Une étude prospective a été menée dans deux centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis, entre 2007 et 2010. L'Implanon^o et le Depo-provera^o étaient proposés, au même titre que les autres méthodes contraceptives, à toute femme consultant pour une contraception. 99 femmes ayant choisi l'une ou l'autre méthode ont été incluses.

La multiparité, la trajectoire contraceptive plus complexe, et la stabilité familiale et professionnelle orientent le choix des femmes vers l'Implanon^o, de durée d'efficacité plus longue.

Les jeunes femmes élèves et étudiantes, vivant chez leurs parents, préfèrent la méthode injectable, plus discrète et facilement réversible.

Le niveau d'étude et le pays d'origine n'ont pas d'impact sur le choix des femmes pour l'une ou l'autre méthode.

La durée d'efficacité, l'absence de risque d'oubli, la crainte du stérilet, la fiabilité et la discrétion sont les principaux critères de choix de ces méthodes.

Les femmes informées sur le Depo-provera^o comme sur l'Implanon^o, ont des raisons de choisir l'une ou l'autre méthode, ce qui justifie que les professionnels de santé les proposent et les prescrivent aux femmes qui le souhaitent.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : contraception injectable, acétate de médroxyprogestérone, implant à l'étonogestrel, progestatif de longue durée d'action.