

ARTICLE ORIGINAL

**CONTRACEPTION DE LONGUE DUREE : EXPERIENCE D'UN
HOPITAL DE REFERENCE A DAKAR ENTRE 2014 ET 2016**

***LONG-TERM CONTRACEPTION: EXPERIENCE OF A REFERENCE
HOSPITAL IN DAKAR (SENEGAL) BETWEEN 2014 AND 2016***

CISSE CT, SQALLI HOUSSINI MO, NIANG MM, WADE NF

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital IHS, Dakar

Auteur correspondant : Professeur Cheikh A Tidiane CISSE

Email : cheikh.cisse@ucad.edu.sn

RESUME

Objectifs : Notre objectif était de faire une analyse situationnelle de l'offre et de l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée dans un hôpital de référence à Dakar. **Clientes et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les clientes ayant reçu une contraception de longue durée au niveau du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Institut d'Hygiène Sociale entre Janvier 2014 et Juin 2016. **Résultats :** Le profil épidémiologique des clientes était celui d'une femme âgée en moyenne de 26 ans, mariée (91,8%), paucipare (53,6%), alphabétisée (65,5%) ayant au moins un enfant vivant (95,7%). La méthode contraceptive de longue durée la plus utilisée était l'Implant progestatif (81,2%), suivi du Dispositif Intra-utérin (DIU) au Cuivre (18,8%). Peu de clientes avaient eu une expérience contraceptive antérieure (15,5%) ; elles avaient majoritairement utilisé auparavant une contraception injectable progestative (75%). Des effets secondaires mineurs ont été signalés par

32,6% des clientes au cours du suivi. Il s'agissait notamment de petits saignements (41,8%), de prise de poids (20,2%), des douleurs pelviennes (16,5%), d'aménorrhée (15,8%) et de céphalées (5,7%). Ces effets secondaires ont été correctement pris en charge par les prestataires à travers le counseling et/ou l'utilisation de médicaments conformément aux protocoles contenus dans les documents nationaux de référence. Avec un recul de 6 à 30 mois, 89% des clientes étaient encore actives, 3,6% étaient perdues de vue et 6,6% avaient changé de méthode. **Conclusion :** La contraception de longue durée est de plus en plus utilisée au niveau du Service de Gynécologie Obstétrique par les clientes désirant une planification familiale. La progression de l'utilisation de l'Implant est très satisfaisante ; mais, des efforts doivent être faits pour mieux repositionner le DIU. **Mots clés: Contraception. Implants. Dispositif intrautérin.**

SUMMARY

Objectives: Our objective was to conduct a situational analysis of the supply and use of long-term contraceptive methods in a reference hospital in Dakar. **Methodology:** This was a retrospective study of clients who received long-term contraception at the Gynecology-Obstetrics Department of the Institute of Social Hygiene between January 2014 and June 2016.

Results: The epidemiological profile of clients was that of an average woman of 26 years, married (91.8%), pauciparous (53.6%), literate (65.5%) with at least one living child (95, 7%). The most common long-term contraceptive method was the Progestin Implant (81.2%) followed by the Copper Intrauterine Device (IUD) (18.8%). Few clients had previous contraceptive experience (15.5%); they predominantly used progestin- only injectable contraception (75%). Minor side

effects were reported by 32.6% of clients during follow-up. These included small bleeding (41.8%), weight gain (20.2%), pelvic pain (16.5%), amenorrhea (15.8%) and headache (5.7%). These side effects have been adequately addressed by providers through counseling and drug use in accordance with the protocols contained in the national reference documents. With a decline of 6 to 30 months, 89% of clients are still active, 3.6% are lost to follow-up and 6.6% have changed their method. **Conclusion:** Long-term contraception is increasingly used at the Obstetric Gynecology Department by clients seeking family planning. The progression of use of the Implant is very satisfactory ; but efforts must be made to better reposition the IUD.

Keywords : Contraception. Implants. Intrauterine device.

INTRODUCTION

Il est démontré aujourd'hui, avec une évidence médicale suffisante, que l'espacement des naissances est une stratégie majeure de réduction de la mortalité maternelle et périnatale [1]. Au Sénégal, le taux de prévalence contraceptive est passé de 16 à 20,1 % entre 2005 et 2015 [2]. Malgré ces progrès importants, les besoins non satisfaits restent toujours élevés (25% globalement). Cette faible couverture contraceptive, encore relativement insuffisante par rapport aux objectifs, est liée à plusieurs facteurs, notamment à la faible utilisation des méthodes de longue durée [3]. Conformément aux engagements pris par les Etats africains à Ouagadougou en 2011, le Sénégal a mis en œuvre différentes interventions visant à promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée dans les différents points de prestation qui existent au niveau de la pyramide sanitaire. Ce repositionnement figure ainsi en bonne place dans le Plan

National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) 2009-2018. C'est dans cette dynamique que nous incluons cette étude, dont l'objectif était de faire une analyse situationnelle de l'offre et de l'utilisation des contraceptifs de longue durée au niveau du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital IHS.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant une période de 3 ans, allant du

1^{er} Janvier 2014 au 31 Décembre 2016 et portant sur les clientes ayant bénéficié d'une contraception de longue durée. La contraception de longue durée est définie comme l'utilisation d'une méthode qui permet une couverture contraceptive continue d'au moins 2 ans sans avoir besoin de renouveler son administration. La patiente qui se présente pour une demande de contraception bénéficie d'un counseling au cours duquel toutes les méthodes contraceptives modernes disponibles au Sénégal lui sont présentées. Il s'agit en particuliers: des pilules

oestroprogestatives ou progestatives seules, des injectables progestatifs, des préservatifs masculins et féminins, des spermicides, des implants et du dispositif intra utérin.

Au décours de cet entretien, elle choisit la méthode qui lui convient de façon volontaire et éclairée. Ensuite, nous procédons à une évaluation clinique, parfois paraclinique au besoin, pour s'assurer que la méthode qu'elle a choisi peut lui être administrée sans risque et avec une efficacité optimale. Nous avons inclus dans notre étude toutes les clientes ayant opté pour un Implant ou pour un Dispositif intra- utérin (DIU) qui sont les 2 seules méthodes répondant à ce critère. Pour le DIU, le modèle utilisé est celui contenant du Cuivre appelé TCU 380 A qui assure une couverture contraceptive de 13 ans.

Concernant les Implants, nous avons utilisé le Jadelle qui est constitué de 2 bâtonnets contenant du Levonorgestrel et qui assure une protection de 3 ans.

Après avoir reçu la méthode contraceptive de leur choix, les clientes sont suivies régulièrement pour apprécier la tolérance de la méthode et pour prendre en charge d'éventuels effets secondaires.

Les données ont été colligées à partir des dossiers médicaux et ont été consignées sur une fiche d'enquête. Les paramètres étudiés étaient les suivants : caractéristiques des clientes (âge, statut matrimonial, nombre de grossesses, niveau d'instruction), contraception (type de contraceptifs, effets secondaires) et données du suivi. Les données ont été saisies et ont fait l'objet d'une analyse descriptive en utilisant le logiciel SPHYNX 5.0.

RESULTATS

Prévalence globale

Le nombre total de clientes ayant bénéficié d'une contraception pendant la période d'étude était de 1067 ; parmi elles, 549 ont opté pour une méthode de longue durée, soit 51,4% (tableau1).

Tableau I : Utilisation des méthodes contraceptives entre 2014 et 2016 à l'IHS (N=1067)

Année Type de contraceptifs	2014	2015	2016	Total
Implants	167	119	160	446
progestatifs	(36,7%)	(42,3%)	(48,3%)	(41,8%)
DIU au	39	27	37	103
cuivre	(08,6%)	(09,6%)	(11,2%)	(09,7%)
Injectables	206	109	114	429
progestatifs	(45,3%)	(38,8%)	(34,4%)	(40,2%)
Pilules	43	26	20	89
	(09,4%)	(09,3%)	(06,1%)	(08,3%)
Total	455	281	331	1067
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Il s'agissait de 446 utilisatrices d' Implants progestatifs (81,2%) et 103 utilisatrices de DIU TCU 380 A (18,8%). Nous avons noté une augmentation progressive de l'utilisation du DIU (8,6% en 2014, 9,6% en 2015 et 11,2% en 2016), mais aussi et surtout celle des Implants (36,7% en 2014, 42,3% en 2015 et 48,3% en 2016).

Caractéristiques des clientes

Les clientes étaient âgées entre 14 et 48 ans, avec une moyenne de 29 ans. Les tranches d'âges les plus représentées étaient celles de 26 -35 ans (50,6%) et 14-25 ans (30%). La majorité des clientes étaient mariées (91,8%). La parité moyenne était de 2, avec des extrêmes de 0 et 11. Les paucipares étaient les plus représentées (72,8%). Plus de la moitié des utilisatrices de méthodes de longue durée était scolarisée (65,5%) ; parmi elles 32,5% avaient un niveau d'étude primaire et 33% un niveau secondaire ou supérieur.

Utilisation de la contraception de longue durée

Parmi les clientes ayant adopté une méthode contraceptive de longue durée, 72 (15,5%) avaient une expérience contraceptive antérieure, avec essentiellement l'utilisation des injectables progestatifs (75%) et de la pilule (13,9%). La majorité de ces clientes ayant une

expérience contraceptive antérieure (87,5%) avait changé de méthode au profit d'un Implant, alors que 12,5 % avaient choisi le DIU.

Pour la majorité des clientes (96,5%), la prescription et la délivrance étaient effectuées par une Sage-femme d'état sous la supervision d'un Gynécologue-Obstétricien.

Aucune complication après insertion n'a été notée après une pose de DIU ou une insertion d'Implants.

Effets secondaires

Environ un tiers des utilisatrices de méthodes de longue durée (32,6%) avaient signalé un effet secondaire mineur au cours du suivi (tableau 2).

Tableau II : Effets secondaires déclarés par les clientes utilisant une contraception de longue durée à l'IHS entre 2014 et 2016 (N = 136)

Type contraceptif	Implants (446 clientes)	DIU (103 clientes)	(103 clientes)
Effets secondaires			
Douleurs pelviennes	-	13 (12,6%)	
Spotting	60 (13,4%)	-	
Prise de poids	32 (07,2%)	-	
Aménorrhée	25 (05,6%)	-	
Céphalées	06 (01,3%)	-	
Total	123 (27,6%)	13 (12,6%)	

Il s'agissait en majorité de clientes utilisant les Implants contraceptifs (81,5%). Après évaluation, la majorité des plaintes signalées par les clientes n'étaient pas véritablement en rapport avec l'utilisation du contraceptif, seules 136 clientes étaient concernées.

Les effets secondaires que nous avons rapportés aux contraceptifs étaient les suivants :

- pour les 103 clientes utilisant le DIU : douleurs pelviennes dans 13 cas (12,6%),

- pour les 446 clientes utilisant les Implants : petits saignements dans 60 cas (13,4%), aménorrhée dans 25 cas (5,6%), prise de poids dans 32 cas (7,2%), céphalées dans 06 cas (1,3%). Toutes les

clientes ayant signalé un effet secondaire ont été prises en charge à travers un counseling, des conseils de régime et/ou la prescription de médicaments à type d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (41,8%), d'antispasmodiques (16,5%) ou d'antalgiques (5,7%).

Suivi

Après l'administration du contraceptif, les clientes ont été revues après un mois, puis 3 mois, ensuite chaque année ou au besoin. Au cours du suivi, nous avons enregistré 31 changements de méthodes. Parmi les 446 utilisatrices d'Implant, 29 (6,5%) ont changé de méthodes selon les modalités suivantes:

- 21 (67,7%) avaient choisi les injectables à la place des Implants,
 - 7 (22,6%) avaient choisi la pilule à la place des Implants contraceptifs,
 - 1 (3,2%) avait opté pour le DIU à la place des Implants contraceptifs.
- Concernant les 103 utilisatrices de DIU, 2 (6,5%) avaient changé pour un Injectable progestatif. Globalement, nous avons dénombré durant le suivi 17 clientes perdues (3,6%).

Coût

Le coût direct pour le DIU (TCU380A) est de 1 100 FCFA (Environ 2 Euros), composé d'un ticket à 500FCFA et du prix du DIU cédé à 600 FCFA (1 Euro). Le coût pour les Implants est de 2 500 FCFA (4 Euros), composé d'un ticket à 500 FCFA et du prix de l'Implant cédé à 2 000 FCFA.

COMMENTAIRES

Prévalence

Avec une prévalence de 51,4% des clientes sous contraception, les méthodes de longue durée occupent une place importante dans notre pratique. Dans l'étude de Sarr, portant sur l'utilisation de la contraception dans le même Service à l'IHS entre 2000 et 2009 [4], la part des méthodes de longue durée n'était que de 22,8%. Ainsi, on peut dire que notre taux de délivrance des

méthodes de longue durée a plus que doublé en l'espace de 6 ans.

Selon l'évidence médicale actuelle, il n'existe pas d'indication sur une prévalence qui serait optimale en ce qui concerne les méthodes de longue durée ; mais, nous nous étions fixé comme objectif d'atteindre au minimum 50% de méthodes de longue durée dans notre offre contraceptive. Cet objectif peut être alors considéré comme atteint. Divers facteurs peuvent expliquer cette progression dans l'utilisation des méthodes de longue durée :

- la disponibilité des méthodes,
- la compétence du personnel qui est apte à délivrer les méthodes de longue durée grâce à l'accessibilité des méthodes tous les jours ouvrables et dans toutes les salles de consultation grâce à une politique de délégation de tâche et à supervision formative,
- la bonne gestion des effets secondaires,
- et le coût direct relativement abordable.

Caractéristiques sociodémographiques

Le profil épidémiologique des clientes optant pour une contraception de longue durée est celui d'une femme âgée en moyenne de 26 ans, mariée (91,8%), paucipare (53,6%), instruite (65,5%), ayant au moins un enfant (95,7%) et sans aucune expérience contraceptive antérieure (84,5%). Ce profil est comparable à celui rapporté par beaucoup d'auteurs africains [4, 5, 6, 7]. La prédominance des femmes mariées parmi les utilisatrices de méthodes de longue durée (91,8%) pourrait s'expliquer en grande partie par notre contexte social peu favorable à la pratique contraceptive hors mariage. Au Sénégal, la majorité des femmes en âge de procréer sont mariées (66% d'après le dernier recensement de la population fait en 2015) [8]. En raison du contexte socioculturel, ces femmes mariées ont plus de facilités à fréquenter les services de planification familiale sans crainte d'être jugées

négativement, contrairement aux adolescentes, célibataires et veuves. Ces dernières optent d'ailleurs majoritairement dans notre pratique pour des contraceptifs de courte durée d'action.

Concernant le niveau d'instruction, les clientes étaient majoritairement alphabétisées (65,4%) ; parmi elles, 12,9% avaient un niveau de scolarisation supérieur.

Ces données concordent avec celles retrouvées dans les études de Sawadogo [5], Traoré [7] et Sarr [4] qui avaient enregistré respectivement 63,2%, 70,4% et 71,3%. Nos données sont légèrement différentes des résultats globaux du Sénégal où 50% des utilisatrices d'une contraception étaient scolarisées (RGPHAE 2013) [9]. L'amélioration de l'accès des filles à la scolarisation au cours des 10 dernières années a certainement eu un impact positif sur la fréquentation des services de planification familiale. Les résultats de l'enquête démographique et de santé continue du Sénégal [8] confirment ce constat en rapportant que 47% des clientes scolarisées utilisent la contraception contre seulement 8% chez celles qui ne sont pas scolarisées.

Choix et administration du contraceptif

Notre échantillon présente à peu près les mêmes caractéristiques que celles rapportées selon les données publiées en 2015 par l'agence nationale de la statistique et de la démographie du Sénégal [2]. Malgré un âge moyen relativement avancé (29 ans) et une parité moyenne de 2, la majorité des femmes ayant opté pour une méthode de longue durée en étaient à leur première expérience contraceptive. Ce constat a été également fait par d'autres auteurs comme Sarr [4] et Sawadogo [5] ; il montre encore l'importance des besoins non satisfaits en matière de contraception en Afrique subsaharienne d'une manière générale.

Concernant le choix de la méthode contraceptive, on peut dire que les Implants sont très prisés par la majorité de nos clientes (81,5%) ; par contre,

l'utilisation du DIU reste encore très faible (18,5%), même si elle a connu une progression relativement importante au cours des 10 dernières années. Le peu d'engouement des clientes pour le DIU peut être lié à plusieurs facteurs :

- la peur du « corps étranger » évoquée souvent par les clientes lors du counseling,
- les rumeurs sur les problèmes de santé qui peuvent découler de l'utilisation du DIU,
- les barrières médicales établies par les prestataires et injustifiées scientifiquement. Pour améliorer l'utilisation du DIU, il faudra d'une part mieux informer les clientes pour réduire l'impact négatif des rumeurs et d'autre part former les prestataires à l'utilisation des critères médicaux d'éligibilité de l'Organisation mondiale de la santé.

Nos résultats sont comparables avec les données recueillies dans l'étude de Sawadogo [5] et de Sarr [4] où le premier choix contraceptif était l'implant avec des taux respectifs de 53% et 48,7%.

Aucune complication n'a été notée au cours et dans les suites de l'insertion de l'implant ou du DIU, aussi bien pour les médecins (3,5%) que pour les sages-femmes (96,5%). Ce constat montre que la délégation de tâche en matière de contraception peut et doit être élargie ; l'administration de méthodes de longue durée ne doit plus être seulement l'apanage des médecins.

Suivi au cours de la contraception

Le protocole de suivi utilisé est conforme aux recommandations nationales [10]. La 1^{ère} visite de contrôle était faite 15 jours après la délivrance du contraceptif, puis une visite par mois était programmée pendant 3 mois, ensuite une fois par an. Cette surveillance rigoureuse nous a permis de déceler précocement et de prendre en charge efficacement les effets secondaires rapportés par les clientes. En considérant l'évidence médicale actuelle, les effets secondaires signalés par les clientes ne sont pas toujours réellement en

rapport avec l'utilisation de la contraception de longue durée.

En effet, à cause surtout de certaines rumeurs, les clientes ont tendance à incriminer la contraception devant toute manifestation désagréable survenant au cours de l'utilisation d'une méthode. Il faut alors faire la part et expliquer clairement cela aux clientes à travers un counseling bien mené. Cette prise en charge est importante, car la mauvaise gestion des effets secondaires représente le principal motif d'abandon des méthodes de longue durée [11, 12].

La conduite tenue par les prestataires devant les métrorragies, les douleurs pelviennes, les céphalées, les leucorrhées et la prise de poids s'est révélée efficace et ont favorisé la continuité d'utilisation de la méthode, comme en témoigne le faible taux de changement de méthode observé au cours du suivi. En effet, nous avons enregistré seulement 31 demandes de changement de méthode (6,7%). Ce taux est comparable à celui de 6% rapporté par Sarr qui avait analysé la période 2000-2009 [4].

Au terme de la période d'étude, les clientes actives étaient majoritaires (89%) ; celles qui étaient inactives représentaient 7,3%. Les raisons de l'inactivité de ces clientes ne sont pas exactement connues, faute d'investigation précise dans ce domaine. On dénombrait durant cette même période 17 clientes perdues de vue depuis plus de 2 ans (3,6%). Comparativement à l'évaluation faite dans le même Service par Sarr [4] pour la période 2000-2009, le taux de discontinuité des utilisatrices de DIU et d'Implants reste encore relativement important.

Nous envisageons prochainement de mettre en place un mécanisme de relance des clientes perdues de vue et de mener une étude pour mieux appréhender les déterminants expliquant l'inactivité noté chez certaines clientes au cours du suivi.

CONCLUSION

Grâce à une délégation contrôlée des tâches et à une amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives, la contraception de longue durée est actuellement bien repositionnée dans notre pratique, surtout en ce qui

concerne les implants. Pour le DIU, les progrès restent encore timides à cause surtout de la perception parfois négative qu'en ont les clientes du fait de la persistance de fausses rumeurs concernant cette méthode.

REFERENCES

1. USAID Disponible sur : http://www.seneweb.com/news/Santé/1-usaid-salue-efforts-du-senegal-dans-la_n_146576.html. Consulté le 24/10/16 à 16h51.
 2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Dakar, Sénégal. The DHS Program. ICF International. Rockville, Maryland, USA. Mai 2015. 270p.
 3. UNICEF., WHO. The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013. New York, USA: UNICEF; 2013. 32.
 4. Sarr CCT. Prestations de services de contraception à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar entre 2000 et 2009, Thèse Méd, Dakar, 2013 ; N°114 : 83-87.
 5. Sawadogo H. La contraception de longue durée d'action a l'unité de planification familiale du Service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo : aspects épidémiologiques et motifs d'arrêt précoce . Thèse Méd Ouagadougou, 2010 ; N°241 : 52-54.
 6. Barry N. Pratique contraceptive chez les femmes porteuses d'une pathologie chronique. Thèse Méd Dakar, 2015 ; n°87 : 61-70.
 7. Traoré J. Connaissance et Utilisation de la Contraception au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako. [Thèse] Méd ; Bamako, N°83 ; 2010 : 18-35.
 8. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie au Sénégal (ANSD). Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS_Continue) 2015 [FR320] RapportEDSContinue 2015.pdf. Disponible sur : <http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport%20EDS%20Continue%202015.pdf>. Consulté le 06/12/2016 à 16 heures
 9. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie au Sénégal (ANSD), ICF International. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland (USA), ANSD (Sénégal), ICF International 2012. 71p.
 10. USAID., UNFPA., OMS., Intra Health International., MSH. Protocoles de services de la santé de reproduction, édition 2007, Dakar : 25-58-59.
 11. Kone B, Lankoande J, Ouedraogo C. M. R, Ouedraogo A, Bonane B, Touré B, et coll. La contraception par les implants sous-cutanés de Levonorgestrel (Norplant®), expérience africaine du Burkina Faso. Méd Afr Noire 1999, 46(3) : 37-136-139.
 12. NGom P. Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? Exemple du Botswana. Etude de la population africaine, Vol 9, 1994 avril ; Dakar (Sénégal) : 1-10.
-