

L'ANNEAU VAGINAL À PROGÉSTERONE: RÉSULTATS DE L'ÉTUDE D'ACCEPTABILITÉ AU SÉNÉGAL

Babacar Mané
Papa Chimère Diaw
Nafissatou Diop
Fatou Bintou Mbow
Heather Clark
Saumya RamaRao
Deepa Rajamani

DECEMBER 2015



**POPULATION
COUNCIL**

Ideas. Evidence. Impact.



Le Population Council s'attelle aux questions cruciales de santé et de développement – qu'il s'agisse d'endiguer la progression du VIH, d'améliorer la santé reproductive ou d'offrir aux jeunes la promesse d'une vie satisfaisante et productive. Par ses travaux de recherche en biomédecine, en sciences sociales et en santé publique dans 50 pays, il s'efforce d'apporter avec ses partenaires des solutions qui conduisent à des politiques, des programmes et des technologies plus efficaces, pour améliorer la vie partout dans le monde. Fondé en 1952, le Population Council est une organisation non gouvernementale à but non lucratif. Il siège à New York sous la conduite d'un conseil d'administration international.

Population Council
Sacré Cœur 3 Pyrotechnie
85 Appartement 2ème Etage à Droite
Dakar, Sénégal
21027 DAKAR PONTY

Tel : (221) 33 859 53 00
Fax : (221) 33 824 19 98

popcouncil.org

Citation recommandée : Mané, Babacar, Papa Chimère Diaw, Nafissatou Diop, Fatou Bintou Mbow, Heather Clark, Saumya RamaRao, and Deepa Rajamani. 2015. "L'Anneau Vaginal à Progestérone: Résultats de L'Étude d'Acceptabilité au Sénégal." Dakar: Population Council.

© 2015 The Population Council, Inc.

Table des Matières

Remerciements.....	2
Liste des Acronymes.....	3
Résumé Exécutif	4
Résumé Exécutif (en Anglais)	7
Introduction	10
Méthodologie	14
Résultats	20
Discussion	41
Références	43

Remerciements

Le Population Council adresse ses vifs remerciements à tous ceux qui se sont investis dans la conception, la préparation, la mise en œuvre et le suivi de cette étude d'acceptabilité sur l'anneau vaginal à progestérone (AVP).

Nos remerciements vont tout d'abord à l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), en particulier à la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) qui a très tôt manifesté un intérêt réel pour cette initiative et facilité les formalités administratives auprès des autorités compétentes, notamment auprès de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et des responsables des sites retenus pour l'étude.

Notre reconnaissance va aussi à l'endroit du Médecin-chef de la région médicale de Dakar et de ses collaborateurs (les médecins-chefs de districts et les responsables des différents sites ayant abrité cette recherche). Nous saisissons ici cette opportunité pour saluer l'engagement et le professionnalisme des prestataires qui ont pris une part active dans la mise en œuvre de cette étude. Leur dévouement, leur adhésion et l'application des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) ont permis la bonne exécution des procédures de l'étude.

Nous exprimons aussi notre gratitude aux partenaires techniques qui ont accepté de collaborer et de partager avec notre équipe toute la documentation utile, leurs expériences et leçons apprises en matière d'introduction de nouveaux produits au niveau du système de santé du Sénégal. Nous voudrions notamment citer ici PATH, FHI360, CEFOREP, le projet Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU) et le projet Santé communautaire coordonné par Childfund.

Nous adressons également nos remerciements aux participantes de l'étude et à leurs maris/partenaires ainsi qu'aux membres de la communauté qui ont accepté de partager leurs opinions, expériences et perspectives dans le domaine de la santé de la reproduction en général et de la planification familiale en particulier.

Nous saluons l'engagement à cette étude de nos personnes ressources locales : Mme Coly Aïssatou Sano (sage-femme, coordinatrice de Santé de la Reproduction à la DSRSE), Mme Niang Aminata Diallo (sage-femme, coordinatrice de ville du projet ISSU), Professeur Mamadou Lamine Cissé (gynécologue-obstétricien, chargé d'enseignement à l'université de Thiès) et Dr Manuel Pina (gynécologue-obstétricien, médecin privé). Leur contribution et accompagnement technique ont été essentiels lors des sessions de formation des formateurs et des prestataires et au niveau du suivi de la mise en œuvre de l'étude. Ils ont permis d'assurer un renforcement effectif des capacités des acteurs au niveau des sites et de répondre à leurs préoccupations tout au long de l'exécution.

Nous apprécions à sa juste valeur l'esprit de collaboration entre les membres de l'équipe basée à New York et Washington, ceux des pays engagés dans l'étude (le Kenya, le Nigéria et le Sénégal) qui a permis des échanges réguliers et un enrichissement mutuel à travers les expériences respectives.

Cette étude a été rendue possible grâce au financement de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Que tous trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des Acronymes

3D	Démocratisation, Décentralisation et Démédicalisation
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AVC	Anneau Vaginal Contraceptif
AVP	Anneau Vaginal à Progestérone
BNS	Besoins Non Satisfaits
BPC	Bonnes Pratiques Cliniques
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNERS	Comité Nationale d’Ethique pour la Recherche en Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EI	Effet Indésirable
EIG	Effet Indésirable Grave
EPS	Education pour la Santé
FEC	Formulaire d’Enregistrement des Cas
FP 2020	Déclaration du Sommet de Londres fixant les objectifs de PF pour l’horizon 2020
IPM	Informed Push Model
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISSU	Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine
MSAS	Ministère de la Santé et de l’Action Sociale
NSP	Ne Sait Pas
OCB	Organisation Communautaire de Base
OIP	Offre Initiale de Pilule
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANFP	Plan d’Action National de Planification Familiale
PF	Planification Familiale
PFPP	Planification Familiale Post-Partum
PNSC	Plan National de Santé Communautaire
PRL	Personne Ressource Locale
SFE	Sage-femme d’Etat
SR	Santé de la Reproduction
STEP-UP	Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy

Résumé Exécutif

Introduction

Les progrès réalisés au cours de ces dernières décennies dans les pays en voie de développement dans le domaine de la réduction de la fécondité sont impressionnants. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé de six à trois enfants par femme. Toutefois, cette baisse de l'ISF est moins rapide en Afrique subsaharienne où l'ampleur des besoins non satisfaits (BNS) de contraception demeure élevée. Le niveau de ces BNS est surtout élevé durant la période du postpartum. Une étude menée au Sénégal sur ce sujet avait révélé que 60% des femmes en période postpartum avaient un BNS de contraception; ce pourcentage était de 66% parmi celles qui allaitent. L'utilisation limitée de la contraception par les femmes durant les premiers six (6) mois et jusqu'à douze (12) mois postpartum, ainsi que les taux élevés d'abandon parmi les nouvelles acceptrices au cours des six mois après l'adoption d'une méthode constituent les défis majeurs auxquels les gestionnaires de programme sont confrontés lorsque l'on veut réduire les niveaux actuels de BNS en PF. Ce manque d'engagement pour un espacement effectif des naissances durant la période postpartum a un impact sur la santé maternelle et infantile.

Conscient de l'enjeu que constitue la PF dans la stratégie de promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile, le Gouvernement du Sénégal s'est résolument engagé dans une politique volontariste de repositionnement de la PF à travers l'adoption d'un Plan d'Actions National de Planification Familiale (PANPF) dont l'objectif est d'offrir un accès égal aux services de PF de qualité à toutes les femmes du Sénégal et de faire passer le taux de prévalence contraceptive de 12% en 2012 à 27% à la fin du plan (2015).

Pour mieux adresser les besoins de contraception des femmes et réduire les taux d'abandon, le Population Council a initié le développement d'une gamme d'anneaux vaginaux destinés à la protection contraceptive. Le premier produit développé était l'anneau vaginal à progestérone (Progering®) ou AVP. L'AVP est un dispositif en forme d'anneau composé d'un élastomère en silicone doux et souple contenant de la progestérone. Il libère une dose quotidienne de 10mg d'hormone de progestérone naturelle, et peut être utilisé de façon continue jusqu'à un maximum de trois mois (90 jours). Il a été conçu pour les femmes qui allaitent en vue de prolonger la période d'aménorrhée lactationnelle et ainsi promouvoir l'espacement des naissances.

Avec l'appui de la Fondation Bill & Melinda Gates, le Population Council a entrepris des activités de pré-introduction de l'AVP dans trois pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, le Nigéria et le Sénégal. Plusieurs activités ont été initiées parmi lesquelles une évaluation de l'acceptabilité auprès des utilisatrices, de leurs partenaires, des prestataires et des membres de la communauté.

Objectifs spécifiques

- Evaluer les facteurs influençant l'acceptabilité et les perceptions des femmes participantes à l'étude à propos de l'AVP ;
- Evaluer les perceptions des maris des femmes ayant participé à l'étude sur l'AVP ;
- Evaluer les facteurs influençant les connaissances et les attitudes des prestataires concernant l'AVP et son utilisation ;
- Evaluer les facteurs influençant les perceptions des membres de la communauté concernant l'AVP ;
- Evaluer les facteurs influençant le choix d'une méthode et les attitudes concernant l'AVP par celles qui n'utilisent pas l'AVP.

Méthodologie

L'étude d'acceptabilité est une étude prospective basée sur le recueil de données qualitatives et quantitatives auprès des femmes ayant adopté l'AVP, de leurs maris, des prestataires de service de SR/PF ayant été formés dans le cadre de l'étude, des non-utilisatrices de l'AVP, de membres de la communauté et de personnes influentes clés qui peuvent être des facilitateurs ou des obstacles à l'adoption de la méthode.

L'étude a été réalisée dans sept structures sanitaires de la région de Dakar. La population cible de l'étude comprend les :

- Utilisatrices de l'AVP
- Maris des utilisatrices de l'AVP
- Prestataires de service qui ont participé à l'étude
- Membres de la communauté
- Non-utilisatrices de l'AVP

Résultats

Les résultats de l'étude indiquent une bonne acceptabilité de l'AVP parmi les utilisatrices qui avaient identifié de nombreux avantages avec l'AVP tels que le confort, l'efficacité, la facilité de l'insertion et du retrait, le contrôle de l'utilisatrice, la sûreté, l'absence d'un impact négatif sur la libido, et l'aménorrhée prolongée. Elles ont également aimé le fait qu'il contient une hormone naturelle et n'a pas d'impact sur l'allaitement. L'étude a révélé un taux de continuation de la méthode assez satisfaisant, ce que des études antérieures réalisées dans d'autres zones avaient démontré (entre 52% et 66%). Près de sept femmes sur 10 ont utilisé l'anneau pendant six mois. Les expulsions répétées constituent cependant une des causes majeures de l'abandon précoce de la méthode.

Ainsi, ces résultats indiquent que l'AVP présente des promesses fortes pour l'élargissement de la gamme des méthodes disponibles dans le programme national de PF du Sénégal, et surtout pour la planification familiale postpartum (PFPP). L'introduction de l'anneau s'inscrit dans un contexte marqué par une volonté affirmée des pouvoirs publics de booster la PF. L'anneau vaginal à progestérone, de par sa facilité d'utilisation et son caractère moins contraignant, pourrait avoir une place importante dans l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives et contribuer de façon positive à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive.

L'expérience globalement positive des femmes dans l'utilisation de ce nouveau produit suggère que l'AVP propose des atouts supplémentaires par rapport aux méthodes actuellement disponibles. Son introduction pourrait également contribuer à réduire les inégalités d'accès aux services de PF car ne nécessitant pas toujours la présence d'un prestataire qualifié ou d'infrastructure additionnelle. En outre, l'adhésion des maris à cette méthode constitue un atout additionnel.

En dépit de ces réponses positives, certaines femmes ont expérimenté des difficultés liées au glissement de l'anneau qui ont conduit à un arrêt précoce, un problème qui pourrait être résolu à travers le counseling.

L'étude a aussi montré par ailleurs un désir de plus en plus fort d'un espacement plus long des naissances justifié par le contexte économique difficile et des aspirations plus fortes au bien-être individuel et familial. Ceci présente une motivation réelle pour la PFPP. Par ailleurs, les femmes, notamment les générations les plus jeunes, ont des aspirations professionnelles qu'elles expriment de plus en plus ouvertement, et une fécondité élevée n'est plus compatible avec leur exigence d'accroître leurs revenus.

Ainsi, l'introduction de l'AVP se présente dans un contexte social, économique et politique très favorable. Il est donc important d'intégrer les leçons apprises de cette étude d'acceptabilité et des expériences antérieures conduites dans ce domaine.

Leçons apprises

Les leçons suivantes ont été tirées de la mise en œuvre de cette étude d'acceptabilité :

- Le counseling de qualité est un élément essentiel dans l'information sur les méthodes de PF disponibles et pour l'aide au choix des femmes.
- L'intégration de la PF avec les autres services de SR (soins prénataux, soins postnatals pour la mère et le nourrisson, et vaccinations de l'enfant) contribue efficacement à recruter de nouvelles utilisatrices de la PF.
- La communication in situ (causeries pour les femmes en salle d'attente) sur la PF dans toutes les unités de SR demeure également stratégique.

- L'interaction entre les prestataires qui offrent les services de PF et les utilisatrices doit être renforcée pour garantir le maintien des acceptrices et réduire les abandons.
- Le soutien du mari et une communication soutenue sur la PF au sein des couples constitue un motif de continuité pour l'utilisation de la contraception.
- L'introduction de l'AVP devra se faire avec soin et inclure l'expérimentation de modèles novateurs d'offre de services (approche communautaire, approche marketing social) prenant en compte tous les acteurs et secteurs (partenariat public-privé, partenariat avec les associations professionnelles, etc.).
- Le coût du produit au niveau des différents secteurs est un élément central dans le processus d'introduction et l'accessibilité financière.
- L'implication précoce et le soutien, voire l'appropriation, par le Ministère de la Santé à travers la DSRSE sont gages de facilitation du processus d'introduction et de durabilité.
- Les inquiétudes soulevées par les participants de l'étude d'acceptabilité, à savoir le coût, la gestion de l'aménorrhée, et les expulsions plus fréquentes parmi les femmes à col court, devront être prises en charge avant de mettre en œuvre tout passage à l'échelle.
- Le développement des outils de formation et de communication pour la mise à l'échelle de l'AVP, et leur intégration dans les documents nationaux existants (ex. PNP, guide de formation en technologie contraceptive, liste des médicaments essentiels....) devront être engagés à travers un dialogue avec les parties prenantes.
- Une fois introduite dans la gamme officielle des méthodes offertes aux femmes sénégalaises, un processus efficace devra être mis en place à travers le système d'approvisionnement pour assurer sa disponibilité continue à tous les niveaux du système sanitaire et dans tous les secteurs.

Résumé Exécutif (en Anglais)

Introduction

In developing countries, the progress that has been made in recent decades in fertility reduction is impressive, with the total fertility rate declining from 6 to 3 children per woman. However, this decline has been slower in sub-Saharan Africa where the level of unmet need for contraception remains high, particularly during the postpartum period. A study conducted in Senegal (Machiyama and Cleland 2013) revealed that 60% of postpartum women (and 66% of breastfeeding mothers) had unmet need for family planning (FP). The limited use of contraception by women up to 12 months postpartum, and the high discontinuation rates among new users in the 6 months after adoption of a method are major challenges that program managers wanting to reduce current levels of unmet need must face. This lack of commitment to effective birth spacing during the postpartum period has a clear impact on maternal and child health.

Aware of FP's stake in the promotion of maternal, newborn, and child health, the government of Senegal decisively engaged in a voluntary policy to reposition FP through the adoption of a National Family Planning Action Plan (NFPAP). The objective of this plan was to provide all women with equal access to quality FP services in Senegal and to increase the contraceptive prevalence rate from 12% (in 2012) to 27% by the end of the plan (2015).

To better address the contraceptive needs of women and reduce discontinuation rates, the Population Council initiated the development of a range of vaginal rings for contraceptive protection. The first ring to be developed was the progesterone vaginal ring (Progering®) or PVR. The PVR is a ring-shaped device consisting of a soft flexible silicone elastomer containing progesterone. It releases a daily 10mg dose of natural progesterone hormone and can be used continuously for up to 90 days. Rings can be used successively for up to one year postpartum. The PVR was designed for breastfeeding women to extend the duration of lactational amenorrhea and thus promote birth spacing.

With support from the Bill & Melinda Gates Foundation, the Population Council has initiated PVR pre-introduction activities in three sub-Saharan countries: Kenya, Nigeria, and Senegal. Several activities have been initiated, including an assessment of acceptability by users, partners, service providers, and community members.

Specific Objectives

- To assess factors influencing acceptability and perceptions of women participating in the PVR study;
- To assess perceptions of husbands of women who participated in the PVR study;
- To assess factors influencing the knowledge and attitudes of service providers on the PVR and its use;
- To assess factors influencing community members' perceptions about the PVR;
- To assess factors influencing the choice of a method and attitudes concerning the PVR by those who do not use the PVR.

Study Methodology

The acceptability study is a prospective study based on the collection of qualitative and quantitative data from women who have chosen the PVR, their husbands, service providers trained as part of the study, nonusers of the PVR, community members, and key stakeholders who can be facilitators or barriers to the adoption of the method.

The study was conducted in seven health facilities in the Dakar region of Senegal. Target populations included:

- Users of the PVR
- Husbands of PVR users
- Service providers who participated in the study

- Community members
- Nonusers of the PVR

Study Results

The results of the study indicate good acceptability of the PVR among users, who identified many benefits such as comfort, efficacy, ease of insertion and removal, user control, safety, absence of a negative impact on libido, and prolonged amenorrhea. Users also liked the fact that the PVR contains a natural hormone and has no impact on breastfeeding. The study found a satisfactory method continuation rate, which previous studies conducted in other locations also demonstrated (between 52% and 66%). Nearly 7 out of 10 women used the ring for six months. However, repeated expulsions constituted a major cause of premature discontinuation of the method.

These results indicate that the PVR is a strong prospect for the expansion of the method mix available in the Senegal national family planning program, especially for postpartum family planning (PPFP). The introduction of the ring occurs within the context of the government's commitment to expand access to FP. The progesterone vaginal ring, because of its ease of use and low constraints, could play an important role in expanding the range of contraceptive methods for postpartum women and thus contribute positively to increasing the contraceptive prevalence rate in Senegal.

The overall positive experience that women have had in using this new product suggests that the PVR offers additional advantages over currently available methods. Its introduction could also contribute to reducing inequalities in access to FP services, because it does not always require the presence of a qualified service provider or additional infrastructure. Husbands' positive attitudes toward this method are an additional benefit.

Despite these positive responses, some women did experience difficulties with ring slippage that led to discontinuation, an issue that could be addressed with counseling.

The study also showed a growing desire for longer births intervals due to the difficult economic context and to greater aspirations for individual and family well-being. This is a real motivation for PPFP. Moreover, women, especially younger generations, have professional aspirations that they express more openly, and high fertility is no longer compatible with their need to enhance their income.

The introduction of the PVR occurs in a very favorable social, economic, and political context. It is therefore important to integrate the lessons learned from this acceptability study and previous experiences conducted in this field.

Lessons Learned

The following lessons were learned from the implementation of this acceptability study:

- High-quality counseling is a key element for informing about the availability of family planning (FP) methods and for enhancing women's choice;
- Integration of FP with other reproductive health (RH) services (e.g., prenatal care, postnatal care for mother and baby, and child immunization) contributes effectively to recruiting new FP users;
- Communication in situ (talks for waiting clients) on FP in all RH units also remains strategic;
- Interaction between providers who offer FP services and users must be strengthened to ensure users' method continuation and to reduce discontinuation;
- Husbands' support and sustained FP communication within couples is a motive for contraceptive continuation;
- PVR introduction should be done with care and include the testing of innovative service provision models (community-based approach, social marketing approach), taking into account all stakeholders and sectors (public-private partnership, partnerships with professional associations, among others);
- Cost of product in different sectors is a key element in the introductory process and in financial access;
- Early involvement of and support from, as well as ownership by, the Ministry of Health through the Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant/Directorate of Reproductive Health and Child Survival (DSRSE) are ways to facilitate the introductory process and sustainability;

- Concerns raised by participants in the acceptability study, namely the cost, the management of amenorrhea, and expulsions (most frequently occurring among women with a short cervix), should be taken into account before any scale-up is implemented;
- Development of training and communication tools for PVR scale-up, and their integration into existing national documents (e.g., Policies, Norms and Protocols (PNP) in Reproductive Health, training guidelines in contraceptive technology, essential medicines list, among others) should be done through dialogue with stakeholders;
- Once introduced into the official method mix available to Senegalese women, an efficient process should be put in place through the procurement system to ensure the PVR's continued availability at all levels of the health system and in all the sectors.

Introduction

Les progrès réalisés au cours de ces dernières décennies dans les pays en voie de développement dans le domaine de la réduction de la fécondité sont impressionnants. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé de six à trois enfants par femme. Toutefois, cette baisse de l'ISF n'est pas uniforme, surtout en Afrique subsaharienne où l'évolution est moins rapide et l'ampleur des besoins non satisfaits (BNS) toujours élevée. Jusqu'à 120 millions de femmes (10–12% des femmes mariées dans la plupart des régions et plus de 24% dans la majorité de l'Afrique subsaharienne) dans les pays en voie de développement ont un BNS de contraception (Population Council 2013). Le niveau de ces BNS demeure surtout élevé durant la période du postpartum. Une étude menée au Sénégal sur ce sujet dans le cadre du projet STEP-UP avait révélé que 60% des femmes en période postpartum avaient un BNS en PF ; ce pourcentage était de 66% parmi celles qui allaitent (Machiyama and Cleland 2013).

L'utilisation limitée de la contraception par les femmes durant les premiers six (6) mois et jusqu'à douze (12) mois postpartum, ainsi que les taux élevés d'abandon parmi les nouvelles acceptrices au cours des six mois après l'adoption d'une méthode constituent les défis majeurs auxquels les gestionnaires de programme sont confrontés lorsque l'on veut réduire les niveaux actuels de BNS en PF. Ce non-recours à un espacement effectif des naissances durant la période postpartum a un impact sur la santé maternelle et infantile (Population Council 2013).

Conscient de l'enjeu que constitue la PF dans la stratégie de promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile, le Gouvernement s'est résolument engagé dans une politique volontariste de repositionnement de la PF à travers l'adoption d'un Plan d'Actions National de PF (PANPF) dont l'objectif est d'offrir un accès égal aux services de PF de qualité à toutes les femmes du Sénégal et de faire passer le taux de prévalence contraceptive de 12% en 2012 à 27% à la fin du plan (2015). L'approche dite des « 3D », présentée par le Sénégal à Ouagadougou en 2011 lors de la réunion qui verra la création du Partenariat de Ouagadougou, est un des principes fondamentaux de ce plan. Cette approche vise la décentralisation et la démocratisation des services de santé de la reproduction (SR), ainsi que la délégation des tâches.

Sur le plan opérationnel, le plan d'actions est fondé sur six domaines prioritaires à mettre en œuvre :

- Un plan de communication à grande échelle avec des messages spécifiques et variés selon les populations cibles, surtout pour les hommes et les jeunes. Le plan prévoit l'introduction d'approches innovantes pour un changement de comportement vers l'adoption d'attitudes favorables à la PF et pour lutter contre les perceptions erronées.
- Un programme de plaidoyer ciblé visant les leaders d'opinion politiques, les bailleurs de fonds et la société civile pour un soutien plus ferme de la PF par leur financement et leur engagement. Ce plaidoyer vise aussi le renforcement du réseau des religieux et des champions nationaux et locaux de la PF.
- La disponibilité des produits contraceptifs par la mise à l'échelle d'une stratégie innovante (Informed Push Model).
- La distribution à base communautaire des méthodes à courte durée avec un renforcement de la délégation des tâches, notamment avec l'élargissement de l'offre de services PF tels que l'offre initiale de la pilule et des injectables afin de toucher davantage les couches les plus défavorisées.
- L'implication des acteurs du secteur privé dans l'élargissement de l'offre et l'utilisation des contraceptifs, notamment à travers le marketing social, la mise en place d'un réseau de franchises sociales et de cliniques mobiles.
- L'amélioration de l'offre, en particulier pour les méthodes de longue durée et dans le système public pour un service facilement accessible, de qualité et assurant la discrétion et une prise en charge appropriée des femmes et particulièrement des jeunes.

Le Ministère de la Santé a réaffirmé son engagement pour une politique de PF volontariste lors du Sommet de Londres avec l'adoption de la déclaration du sommet de Londres (FP 2020)

L'amélioration de l'accès aux services de PF et l'élargissement de la gamme des méthodes, en offrant des options supplémentaires aux femmes, pourraient ainsi contribuer à une meilleure satisfaction des besoins de protection contre des grossesses non planifiées. C'est ainsi que la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) a soutenu au cours de la période récente des initiatives nouvelles. La mise en œuvre de l'Informed Push Model (IPM) en est un exemple. IPM a permis d'assurer la collecte et le suivi régulier de tous les mouvements de produits contraceptifs dans les 14 régions du Sénégal. Cette intervention constitue une stratégie prioritaire dont l'objectif est d'avoir zéro rupture de produits contraceptifs au niveau opérationnel. Cette stratégie de sécurisation des produits contraceptifs s'est accompagné d'un élargissement de la gamme des méthodes avec l'introduction du Sayana Press (*104 mg d'acétate de médroxyprogestérone dépôt en sous-cutané*) et de l'Implanon qui est un implant à un bâtonnet d'étonogestrel.

Dans le cadre de l'augmentation de l'offre de PF, le Sénégal poursuit sa politique de délégation des tâches avec la formation des infirmiers au niveau des postes de santé qui peuvent désormais offrir les méthodes de longue durée d'action (Implants et DIU), des matrones des cases pour l'offre des injectables en plus de l'Offre Initiale de Pilule (OIP), et la distribution à base communautaire de pilules par les relais communautaires. Ainsi, le Gouvernement vient d'adopter en septembre 2013 un Plan National Stratégique de Santé Communautaire (PNSC) pour promouvoir un meilleur accès et une plus grande implication des acteurs communautaire dans la mise en œuvre des politiques de santé.

Pour mieux adresser les besoins de contraception des femmes et réduire les taux d'abandon, de nouvelles méthodes faciles à utiliser, n'exigeant pas une action quotidienne, étant sous le contrôle de l'utilisatrice, et n'ayant pas besoin d'être fournies par un prestataire ou ne nécessitant pas la mobilisation d'infrastructure importante pourraient permettre des avancées notables. Les anneaux vaginaux contraceptifs ont pour objectif de répondre à cette promesse.

Ainsi, le Population Council a initié le développement d'une gamme d'anneaux vaginaux destinés à la protection contraceptive. Le premier produit développé était l'anneau vaginal à progestérone (Progering®) ou AVP. L'AVP est un dispositif en forme d'anneau composé d'un élastomère en silicone doux et souple contenant de la progestérone. Il libère une dose quotidienne de 10mg d'hormone de progestérone naturelle, et peut être utilisé de façon continue jusqu'à un maximum de trois mois (90 jours). Il a été conçu pour les femmes qui allaitent en vue de prolonger la période d'aménorrhée et ainsi promouvoir l'espacement des naissances. Un maximum de quatre anneaux peut être utilisé pour une durée totale d'un an. Cependant l'efficacité de la méthode baisse lorsque la fréquence de l'allaitement diminue. Avec près de 5,7cm de diamètre, ce qui correspond à la taille de la bordure extérieure d'un diaphragme, ce contraceptif est une méthode facile à utiliser, réversible et qui peut être inséré et retiré par la femme elle-même. L'AVP peut être proposé aux femmes dans le cadre des soins du postpartum, bien que le counseling sur cette nouvelle option puisse être fourni également lors des soins prénatals et dans le cadre des séances de soutien à l'allaitement maternel.

Des études réalisées par le Population Council (Population Council 2013) ont démontré que les anneaux vaginaux sont bien acceptés dans des contextes culturellement variés tels que l'Amérique latine, l'Australie, Singapour, l'Égypte et les États-Unis. Cette méthode qui est contrôlée par l'utilisatrice, plutôt que par le prestataire, est considérée avantageuse pour la femme. Toutefois, la mesure dans laquelle l'AVP sera acceptable dans le contexte de l'Afrique subsaharienne reste inconnue, d'autant qu'il s'agit d'une nouvelle technologie. Une compréhension de l'acceptabilité de l'anneau est importante pour éclairer l'introduction de la méthode dans la région. Ainsi, avec l'appui de la Fondation Bill & Melinda Gates, le Population Council a entrepris des activités de pré-introduction de l'AVP dans trois pays d'Afrique subsaharienne ; le Kenya, le Nigéria et le Sénégal. Plusieurs activités ont été menées : (1) une évaluation de l'acceptabilité de l'anneau auprès des utilisatrices, de leurs partenaires, des prestataires et des membres de la communauté ; (2) une évaluation des politiques nationales, de la réglementation en vigueur en matière d'approvisionnement ; (3) des consultations avec les parties prenantes nationales pour son introduction; (4) des exercices de segmentation du marché et de définition du profil type de l'utilisatrice du produit. D'autres consultations plus globales appuieront ces activités durant le processus d'introduction du produit dans le système de santé, notamment le testing de modèles de prestations des services liées à l'offre de ce produit.

Le résultat attendu de cette initiative est de contribuer à élargir les choix en matière de contraception et de réduire les BNS en PF pour les femmes allaitantes. L'étude d'acceptabilité a pour ambition de contribuer également à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) fixés récemment (2015) par les Nations Unies qui ciblent, entre autres, la promotion d'une bonne santé et d'un bien-être de tous à tout âge (ODD 3), l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles (ODD 5). Enfin, cette initiative est en conformité avec les orientations du Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le développement (CIPD, Caire, 1994) qui visent à assurer l'accès équitable aux bénéfices de la science, y compris l'accès aux nouvelles technologies qui ont le potentiel d'améliorer la SR dans les pays en voie de développement (Population Council 2013).

Le rapport actuel présente les résultats de l'évaluation de l'étude d'acceptabilité de l'AVP.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE D'ACCEPTABILITÉ

Objectif général :

Évaluer l'acceptabilité de l'utilisation de l'anneau vaginal à progestérone par les femmes en Afrique subsaharienne

Objectifs spécifiques :

- Évaluer les facteurs influençant l'acceptabilité et les perceptions des femmes participantes à l'étude à propos de l'AVP ;
- Évaluer les perceptions des maris des femmes ayant participé à l'étude sur l'AVP ;
- Évaluer les facteurs influençant les connaissances et les attitudes des prestataires concernant l'AVP et son utilisation ;
- Évaluer les facteurs influençant les perceptions des membres de la communauté concernant l'AVP ;
- Évaluer les facteurs influençant le choix d'une méthode et les attitudes concernant l'AVP par celles qui n'utilisent pas l'AVP.
- Bien que l'étude ne soit pas une étude clinique, l'étude avait pour objectif de documenter également tous les Effets indésirables (EI) simples ou les Effets Indésirables Graves (EIG) qui se seraient produits lors de la mise en œuvre de l'étude.

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE, SOCIO-CULTUREL ET PROGRAMMATIQUE

Selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD et ICF International, 2014), la population du Sénégal était estimée en 2013 à 13.5 millions d'habitants. Ceci représente un taux de croissance annuel de 2.5%, soit un quasi-doublement de la population en 25 ans. En 1988, la population était de 6.9 millions d'habitants. La population urbaine représente près de 45.2% de la population totale et est essentiellement concentrée dans de la région de Dakar qui couvre seulement 0.3% du pays en terme de superficie (ANSD, 2014). Ce rythme de croissance rapide de la population serait lié, entre autres, à une fécondité toujours élevée. L'indice synthétique de fécondité n'a connu qu'une légère baisse si l'on suit son évolution au cours du temps. Cet indicateur est passé de 6.4 enfants par femme en 1986 à 5,7 enfants par femme en 1997 et 5.0 enfants au cours de l'EDS de 2010-11. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) continue de 2014 révèle un maintien de l'ISF à 5.0 enfants par femme. Par contre, il a été constaté une baisse rapide de la mortalité infantile : le quotient de mortalité infanto-juvénile est passé de 68% en 1997 à 56% en 2005 et à 43% en 2013 (ANSD et ICF International 2015).

Profil démographique

Taille de la population:	13.5 millions (ANSD et ICF International, EDS continue 2014)
Taux de croissance:	2.5% (ANSD et ICF International, EDS continue 2014)
Indice synthétique de fécondité:	5.0 enfants par femme (ANSD et ICF International, EDS continue, 2014)
Taux de prévalence contraceptive :	20% (ANSD EDS continue, 2014)
Besoin non satisfait en PF pour les femmes mariées:	25% (ANSD et ICF International, EDS continue 2014)
Taux de mortalité maternelle:	392/100,000 (ANSD 2012)

Récemment, le MSAS a déployé des efforts notables qui ont contribué à relever le taux de prévalence contraceptive (TPC) des méthodes modernes de façon significative. Cet indicateur est passé de 12% en 2010-11 à 16% en 2013 et à 20% en 2014 (ANSD et ICF International 2015). Toutefois, cette évolution reste concentrée au niveau des couches urbaines, des quintiles les plus riches et des femmes instruites. L'accès et l'utilisation des services de PF restent encore très limités parmi les femmes rurales, non éduquées et celles vivant dans des zones où le déficit d'infrastructures sanitaires et de personnel qualifié reste toujours insuffisant.

Prenant en compte ces contraintes liées à l'accès, le Population Council, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (DSRSE, Fondation Bill & Melinda Gates), a initié depuis 2013 des activités de pré-introduction d'un anneau vaginal à progestérone (AVP). Cette initiative qui est aussi mise en œuvre au Kenya et au Nigéria s'inscrit ainsi dans le cadre des directives de l'OMS

Élargir la gamme de méthodes contraceptives est une opportunité pour recruter de potentielles nouvelles clientes qui n'étaient pas satisfaites de la gamme des méthodes actuelles.

Officiel du Ministère de la Santé
Source : Population Council 2012

relatives à l'*optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale.* L'AVP, qui est une méthode autocontrôlée par la femme (il peut être inséré et retiré par l'utilisatrice elle-même) pourrait ainsi offrir une opportunité supplémentaire d'élargir les options contraceptives des femmes et renforcer leur autonomie.

Par ailleurs, l'efficacité de son utilisation étant liée au nombre de tétées, l'introduction de l'AVP pourrait contribuer à la promotion de l'allaitement maternel. Au Sénégal, 98% des nouveau-nés sont allaités au sein mais seulement 39% le sont exclusivement. En outre, l'introduction de l'AVP dans la gamme des méthodes disponibles pourrait contribuer à changer la perception des femmes que l'allaitement les protégerait contre une éventuelle grossesse, ce qui explique souvent le faible recours aux méthodes contraceptives modernes par les femmes durant la période postpartum immédiate (Machiyama et Cleland 2013).

Méthodologie

TYPE D'ÉTUDE

L'étude d'acceptabilité est une étude prospective basée sur le recueil de données qualitatives et quantitatives auprès des femmes ayant adopté l'AVP, de leurs maris, des prestataires de service de SR/PF ayant été formés dans le cadre de l'étude, des non-utilisatrices de l'AVP, de membres de la communauté et de personnes influentes clés qui peuvent être des facilitateurs ou des obstacles à l'adoption de la méthode.

SITES DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée dans sept structures sanitaires de la région de Dakar. Les sites ont été sélectionnés en collaboration avec la DSRSE selon les critères suivants : (1) la disponibilité de services de la planification familiale postpartum ; (2) la possibilité de disposer d'un nombre satisfaisant de femmes demandant des services de PFPP avant neuf semaines postpartum ; (3) la non-introduction de nouvelle méthode en cours ; (4) la possibilité de suivre les femmes qui utiliseront l'AVP ; (5) la collaboration du site avec le projet Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU), (6) la capacité de répondre/respecter les standards de recherche du Population Council et les directives de Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) en matière de recherche, et (7) la capacité du site à ajouter cette étude à la charge de travail quotidienne des prestataires.

Le Tableau 1 ci-dessous présente les sites selon le type et la localisation.

TABLEAU 1 Liste des sites de l'étude

Nom et type de site	Lieu (département et type de zone)
Centre de santé Philippe Maguilène Senghor	Dakar, urbain
Centre de santé Gaspard Kamara	Dakar, urbaine
Centre de santé Nabil Choucair	Dakar, urbaine
Centre de santé Dominique	Pikine, périurbaine
Hôpital Roi Baudoin de Guédiawaye	Guédiawaye, périurbaine
Centre de santé Polyclinique de Rufisque	Rufisque, périurbaine
Hôpital Youssou Mbarwane de Rufisque	Rufisque, périurbaine

POPULATIONS DE L'ÉTUDE ET SÉLECTION DES PARTICIPANTS

La population cible de l'étude comprend les :

1. Utilisatrices de l'AVP
2. Maris des utilisatrices de l'AVP
3. Prestataires de service qui ont participé à l'étude
4. Membres de la communauté
5. Non-utilisatrices de l'AVP

(1) Utilisatrices de l'AVP

Cinquante-huit femmes âgées de 18 à 35 ans, ayant répondu positivement à tous les critères d'inclusion et négativement à tous les critères d'exclusion ont été enrôlées. Pour être éligibles, Ces femmes : 1) devaient d'abord donner leur consentement éclairé à participer à l'étude après avoir bénéficié d'un counseling général sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles dans le programme et opté de façon éclairée pour l'AVP ; 2) elles devaient répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion retenus par l'étude en vue de leur enrôlement ; 3) Si elles répondaient positivement à tous ces critères et négativement aux critères d'exclusion, elles étaient ainsi enrôlées pour l'étude pour une période de six mois. Parmi les critères d'inclusion, on pouvait citer, entre autres : (1) être à 6–9 semaines postpartum lors de l'enrôlement, (2) allaiter exclusivement ou presque exclusivement son bébé ; et (3) souhaiter allaiter son nourrisson sain au moins quatre fois par jour pendant deux cycles d'anneau (6 mois) ; (4) résider dans la zone de couverture de la structure.

En plus de ces 58 utilisatrices, cinq utilisatrices supplémentaires de l'AVP ont été enrôlées pour des entretiens plus approfondis. Ces femmes ont été recrutées après avoir atteint la cible de 58.

Les utilisatrices de l'AVP ont subi un entretien au début de l'enrôlement à travers un questionnaire social de base administré avant leur sortie de la structure, puis, elles ont été suivies de façon prospective, à 3 mois (ce qui correspondait à la fin de l'utilisation du 1er anneau) et à six mois (ce qui correspondait à la fin de l'utilisation du 2ème anneau). En cas d'abandon (soit avant ou après les trois mois), un questionnaire de suivi avait été également administré à ces utilisatrices ayant arrêté précocement. Les données ont été recueillies par le biais de questionnaires quantitatifs.

Des données qualitatives devaient être recueillies auprès des cinq femmes supplémentaires à travers un guide d'entretien approfondi afin de mieux comprendre les subtilités de l'utilisation quotidienne de l'AVP. Ces femmes devaient être suivies aux 1er, 3ème et 6ème mois. Toutefois, seules deux des cinq utilisatrices enrôlées ont pu être suivies au 1er et au 3ème mois.

Enfin, des récits de vie ont été réalisés auprès de quatre utilisatrices pour tenter de dresser un profil type de l'utilisatrice de l'AVP.

(2) Maris des utilisatrices de l'AVP

Cinq maris d'utilisatrices de l'AVP ont été ciblés pour participer à l'étude à travers des entretiens approfondis individuels. Pour chaque mari, l'interview s'est déroulée après la dernière interview de l'épouse. Le consentement de celle-ci pour que leur mari soit interrogé a été expressément obtenu au préalable. Le type de questions posées était similaire à celles posées aux utilisatrices et le consentement préalable du mari a été également sollicité avant l'entretien. Toutefois, seuls 4 maris ont pu être interviewés.

(3) Prestataires de services qui ont participé à l'étude

Les prestataires de services de PF des sites ont été une cible de l'étude. Toutefois, les prestataires des autres unités offrant les services de SR ont également été ciblés, à savoir au niveau des services de soins prénatals, des services de maternité, des services postnatals et de vaccination. Les prestataires ont été interviewés avant et après leur formation sur l'AVP, et à la fin de l'étude. Le questionnaire était essentiellement quantitatif, mais incluait aussi des questions ouvertes.

(4) Membres de la communauté

Ce groupe de répondants a été choisi car il s'agit de personnes pouvant avoir une influence sur le comportement des utilisatrices de PF. Il comprenait des individus tels que les aînés dans la communauté, les chefs religieux, les leaders d'opinions, les élus locaux (chefs de quartier), les Bajenu Gox ou relais communautaires, les membres du comité de santé et les membres de la famille tel que les mères, les belles-mères. Trois discussions de groupe ont eu lieu à partir de guides de discussion de groupe focalisée.

(5) Non-utilisatrices de l'AVP

Les femmes qui ont choisi une méthode autre que l'AVP ou qui n'ont choisi aucune méthode de PF ont été interviewées pour comprendre leur perspective vis-à-vis de l'AVP et des autres méthodes contraceptives. Le questionnaire était essentiellement quantitatif, mais incluait aussi des questions ouvertes.

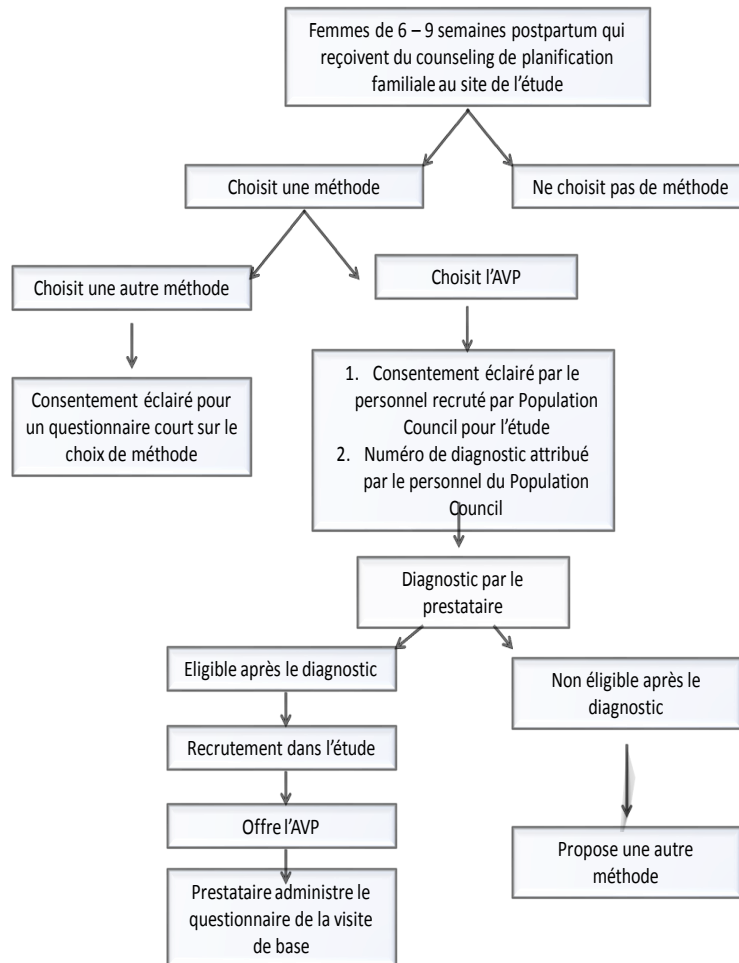
Le Tableau 2 résumé le type de cibles ainsi que les instruments utilisés.

TABLEAU 2 Récapitulatif des cibles et instruments de l'étude

Type de participants	Contacts	Instruments et procédures
Utilisatrices Inscrites pour l'étude d'acceptabilité (58 femmes)		
Expérience et perceptions sur l'AVP	Dès le recrutement, au 3ème et 6ème mois	<ul style="list-style-type: none">• Consentement éclairé• Procédure de dépistage (incluant les critères d'inclusion et d'exclusion)• Questionnaire social de base questionnaire de suivi (début, 3ème et 6ème mois ou à tout arrêt précoce)
Utilisatrices supplémentaires pour les entretiens approfondis (2)		
Expérience et perceptions sur l'AVP	1 ^{er} mois, 3ème et 6ème mois	<ul style="list-style-type: none">• Consentement éclairé• Procédure de dépistage (incluant les critères d'inclusion et d'exclusion)• Guide d'entretien approfondi
Entretien approfondi avec les maris (4) des utilisatrices		
Expérience et perceptions sur l'AVP	Après l'interview de fin de l'étude de la femme utilisatrice (6 ^{ème} mois)	<ul style="list-style-type: none">• Formulaire de consentement éclairé• Guide d'entretien approfondi
Prestataires ayant participé à l'étude (N ?)		
Connaissances et attitudes	Avant et après la formation, en fin d'étude	<ul style="list-style-type: none">• Consentement éclairé• Questionnaire sur l'acceptabilité de l'AVP
Membres de la communauté – Discussions de groupe focalisé (3)		
Perceptions	Entre mois 3-6 après le début du projet	<ul style="list-style-type: none">• Consentement Eclairé• Guide de discussion de groupe focalisé
Non-utilisatrices de l'AVP (58 femmes)		
Raisons pour la non-utilisation de l'AVP	Pendant la période de recrutement à l'étude	<ul style="list-style-type: none">• Consentement éclairé• Questionnaire sur le choix

La Figure 1 décrit la procédure d'enrôlement des femmes ainsi que la procédure des interviews

FIGURE 1 Logigramme de l'étude



PROCEDURES ÉTHIQUES ET DE GESTION DES DONNÉES

Aspects éthiques et importation des anneaux

Le protocole de recherche a été soumis pour approbation aux institutions suivantes :

- Etats-Unis : Internal Review Board, Center for Biomedical Research, Population Council, 1230 York Avenue, New York, NY 10065; Tel : 212.327.8731
- Sénégal : Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé. Dr Samba Cor Sarr. Division Études et Recherche, Ministère de la Santé. Fann, rue Aimé Césaire. Dakar, Sénégal. Tel : (221) 33-869-43-13.

Le protocole de recherche a d'abord été approuvé par le Comité éthique du Population Council le 12 novembre 2012, et ensuite par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) du Sénégal le 14 février 2013.

Les principes relatifs à l'anonymat et à la confidentialité des informations recueillies auprès des participants ont été respectés. Les Formulaires d'Enregistrement des Cas (FEC) contenaient uniquement les numéros d'identification des participantes. La liste de noms alignés aux numéros d'identification a été gardée

séparément dans des endroits fermés et accessibles seulement au personnel impliqué dans l'étude. Avant tout entretien, un formulaire de consentement éclairé a été soumis à toute personne susceptible de participer à l'étude. Ce formulaire a été traduit, si nécessaire, dans la langue locale. Il a été signé par la participante. Les entretiens se sont déroulés dans des espaces garantissant la confidentialité.

Par ailleurs, pour les besoins de l'étude, une demande d'importation des anneaux a été obtenue de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) avec la facilitation de la DSRSE.

Formation des prestataires et des agents de recherche

Une approche de formation en cascade a été utilisée. Le Tableau 3 résume le bilan de ces sessions de formation selon le type de formation, les cibles, la période et le nombre total de personnes formées.

TABLEAU 3 Type de formation et cibles par session

Type de formation	Cibles	Période	Nombre de personnes formées
Formateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau central (coordinatrice régionale SR) • Gynécologues des sites de l'étude • Coordinatrices SR des sites de l'étude • Maîtresses Sages-Femmes (SFE) des sites de l'étude • Responsables unité PF des sites de l'étude 	28–31 Janvier 2014	25
Assistants de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Assistants sociaux • Responsables EPS 	3–7 Février 2014	14
Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Prestataires de services SR 	10–14 Février 2014	73

La session de formation des formateurs a été la première étape de cette série de formations. Elle a été animée par l'équipe du Population Council avec l'appui de quatre personnes-ressources locales et d'experts internationaux spécialisés dans le domaine de la formation des formateurs commis par Population Council. Elle a ciblé principalement les agents chargés de la gestion et de la supervision des services de SR/PF. Il s'agit, notamment, de la coordinatrice SR régionale, des gynécologues, des maîtresses sages-femmes chargées de la gestion des maternités et des responsables des unités de PF. Vingt-cinq formateurs ont été ainsi capacités. Ceux-ci ont par la suite assuré les sessions de formation décentralisées à l'intention des prestataires des sites de l'étude. Soixante-treize 73 prestataires ont été formés par ces formateurs sous la supervision des personnes-ressources locales. Les prestataires ciblés provenaient des unités de soins prénatals, des maternités, des soins postnatals et des services de vaccination. La formation des formateurs ainsi que celles des prestataires s'est focalisée sur : (1) les connaissances générales sur la PF, et sur la PFPP en particulier ; (2) la présentation de l'AVP ; (3) le counseling PF ; (4) les procédures de l'étude d'acceptabilité ; (5) le remplissage des formulaires d'enregistrement des cas ; (6) la gestion et l'enregistrement des Effets Indésirables simples (EI) ou graves (EIG) ; (7) la gestion des ressources de l'étude ; et (8) les procédures de suivi de l'étude.

La formation des assistants de recherche s'est déroulée entre ces deux sessions de formation et a porté sur : (1) le contexte et les objectifs de l'étude ; (2) la méthodologie et les procédures de l'étude ; (3) les compétences pour la conduite d'un entretien ; (4) l'éthique en matière de recherche ; (5) la revue des outils de collecte et l'utilisation des tablettes ; et (6) l'organisation de la collecte et les procédures de suivi de l'étude. Quatorze assistants de recherche ont été formés par l'équipe du Population Council. Ces assistants étaient chargés de mener les interviews auprès des utilisatrices et non utilisatrices de l'AVP et devaient travailler en étroite collaboration avec les prestataires des sites en vue d'assurer un suivi régulier et rigoureux des procédures de l'étude.

Procédures de suivi de l'étude, application des BPC et enregistrement des EI et des EIG

Le suivi technique de l'étude a été assuré par l'équipe de Population Council avec l'appui des Personnes Ressources Locales-PRL. Celle-ci a veillé à l'application des procédures de l'étude, en conformité avec les BPC. L'équipe de suivi a, en outre, veillé au remplissage des FEC sur papier dur ainsi qu'au remplissage des questionnaires sur les tablettes. Elle a aussi veillé à l'enregistrement des EI et des EIG ou de tout événement qui a été reporté en vue d'une bonne documentation de l'étude. Par ailleurs, les visites de supervision régulières menées sur le terrain ont aussi permis de faire une mise à jour régulière des responsables de sites, principalement avec les équipes cadres de district sur l'état d'avancement de l'étude.

Collecte et gestion des données

Un dispositif rigoureux basé sur les directives des BPC a été mis en place pour assurer une documentation effective de l'étude. Les données médicales individuelles concernant les participants ont été consignées sur des FEC sur papier et remplis par les prestataires tandis que les questionnaires d'interviews des utilisatrices et des non utilisatrices ont été saisis directement sur des tablettes informatiques. Les données issues des entretiens qualitatifs ont été saisies soit directement sur des guides d'interviews ou dans des enregistreurs puis transcrits par l'équipe de recherche du Population Council. Les informations collectées auprès des participants ont été classées dans des classeurs mis à la disposition de chaque site. Chaque participante avait un dossier individuel soigneusement gardé dans une armoire fermée. Ces informations n'étaient accessibles qu'au niveau de l'équipe de recherche pour préserver l'anonymat et la confidentialité de ces données. Les prestataires et assistants de recherche ont été responsabilisés pour la vérification de l'exactitude des données. Les informations saisies ont été systématiquement examinées par le personnel du Population Council lors des visites de suivi en vue de s'assurer que les directives relatives aux BPC ont été suivies et documentées.

Les données électroniques ont été récupérées sur une base régulière, notamment lors des visites de supervision. Elles ont été transférées sur les logiciels SPSS et STATA pour analyse. La copie papier originale des documents a été archivée dans un endroit sécurisé au niveau de chaque site.

Avant l'analyse proprement dite, la cohérence et le nettoyage des données ont été effectués. Les données ont été archivées dans des machines sécurisées du bureau du Population Council Sénégal, et une copie de tous ces documents a également été transférée aux personnes appropriées du Population Council basée à New York et chargées de la coordination de l'étude au niveau des trois pays.

Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées pour les besoins d'interprétation des résultats.

Résultats

INDICATEURS GLOBAUX DE L'ETUDE

En conformité avec les procédures de l'étude, les femmes ayant fréquenté les services de SR devaient bénéficier d'un counseling initial sur toutes les méthodes de PF disponibles au niveau de la structure, y compris sur l'AVP. Cette nouvelle méthode devait être présentée au même titre que les autres méthodes en vue de garantir un choix éclairé. Le Tableau 4 résume les taux d'enrôlement et de participation. Au total, 72 femmes ayant manifesté un intérêt pour l'AVP lors du counseling initial ont eu à remplir un formulaire de consentement éclairé, confirmant leur participation volontaire à l'étude et ont été dépistées pour une adhérence aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Parmi les 58 femmes enrôlées pour l'étude d'acceptabilité, 42 ont utilisé l'anneau pendant les trois premiers mois (soit 72.4%), 40 ont pris effectivement un 2ème anneau (69%) et 38 ont complété deux cycles d'anneaux, ce qui indique un taux de continuation de 65.5% (près de sept femmes sur 10). Ceci a été démontré par d'autres études antérieures qui ont indiqué des taux de continuation variant entre 52% et 66% (Population Council 2013).

Dix-sept cas d'EI simples ont été reportés. Aucun EIG n'a été notifié durant la période de l'étude.

Ces résultats indiquent une bonne acceptabilité de la méthode parmi les utilisatrices de l'AVP. On observe par ailleurs, un très faible taux d'abandon après le 2ème anneau (deux femmes sur les 40 ayant pris un 2ème anneau).

TABLEAU 4 Taux d'enrôlement et de participation

Variable	(n)	Pourcentage (%)
Nombre de femmes dépistées	72	-
Nombre de femmes enrôlées	63	87.5
Nombre de femmes n'ayant pas choisi l'AVP	58	-
Nombre de femmes ayant utilisé l'anneau pendant 3 mois	42	72.4
Nombre de femmes ayant reçu 2 cycles d'anneaux	40	69.0
Nombre de femmes ayant complété les 2 cycles d'anneaux	38	65.5
Nombre d'EI	17	-
Nombre d'EIG	0	0

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTES À L'ÉTUDE

Le Tableau 5 montre que la majorité des femmes ayant adopté l'AVP est relativement jeune. Plus des deux tiers ont moins de 30 ans (l'âge modal est de 23 ans). Elles sont réparties de façon équitable entre les zones urbaine et péri-urbaine.

TABLEAU 5 Caractéristiques démographiques des participantes

Variable	(n)	Pourcentage (%)
Age		
15-19 ans	2	3.4
20-24 ans	20	34.5
25-29 ans	17	29.3
30-34 ans	17	29.3
35 ans et +	2	3.4
Lieu de résidence		
Urbain	29	50
Péri-urbain	29	50

Le niveau d'éducation des utilisatrices demeure très faible comme l'illustrent les données du Tableau 6. En effet, plus des deux tiers d'entre elles ont soit un niveau d'éducation primaire (46.6%) ou ne sont jamais allées à l'école (20.7%) tandis que seules trois femmes sur dix ont atteint le niveau secondaire. Le pourcentage de celles ayant atteint le niveau universitaire reste très faible (3.4%). Les utilisatrices sont essentiellement des femmes au foyer (50%) alors que près de 21% exercent dans le petit commerce (Tableau 6).

Le Tableau 6 montre aussi que la grande majorité des femmes sont dans une union monogame (79.3%). Celles en union polygamique ne représentent que 19%. Les célibataires sont quasi-absentes de l'échantillon (1.7%). Par ailleurs, les participantes sont mariées à des partenaires qui exercent essentiellement dans le secteur informel (31%), dans le commerce (27.6%) ou comme ouvrier (25.9%) (Tableau non reproduit).

TABLEAU 6 Caractéristiques démographiques des participantes

Variable	(n)	Pourcentage (%)
Education		
Aucune	12	20.7
Primaire	27	46.6
Secondaire	17	29.3
Supérieure	2	3.4
Occupation		
Femme au foyer	29	50.0
Commerçante	12	20.7
Travail administrative	2	3.4
Travail manuel (domestique)	9	15.5
Étudiantes	2	3.4
Autre	4	6.9
Statut matrimonial		
Monogame	46	79.3
Polygame	11	19.0
Célibataire	1	1.7

CHOIX DE MÉTHODE (UTILISATRICES / NON-UTILISATRICES)

Parmi les utilisatrices, l'AVP a été le premier choix. Près de 52% l'ont adopté comme premier choix à leur sortie de la séance de counseling initial. Les injectables (13.8%) et les implants (10.3%) sont en 2ème et 3ème positions. Ceci indique une bonne attractivité de l'AVP au niveau de la gamme des méthodes disponibles (Tableau 7).

Le Tableau 7 montre aussi que le caractère autocontrôlé de la méthode (19.0%) et le fait que l'AVP présenterait moins d'effets secondaires (12.1%) ont été les principales raisons avancées par les utilisatrices de l'AVP.

TABLEAU 7 Choix de l'AVP et raisons parmi les utilisatrices de l'AVP

Variable	(n)	Pourcentage
Méthode de 1er choix (n=58)		
AVP	30	51.8
Pilule	5	8.6
Injectables	8	13.8
Implants hormonaux	6	10.3
DIU	2	3.4
Autre	7	12.1
Raisons choix de l'AVP (n=58)		
Courte durée	5	8.8
Gratuité	3	5.0
Peu d'effets secondaires	7	12.1
Méthode auto-contrôlée par la femme	11	19.0
Autre	9	15.5

Si l'on se réfère aux non-utilisatrices de l'AVP, le Tableau 8 montre que leur choix s'est porté essentiellement sur les injectables (près de 47%) et les implants (près de 33%). Les raisons mentionnées pour justifier le non choix de l'AVP est essentiellement liées à la peur que cette nouvelle méthode puisse affecter la santé de leur bébé (91%) ; les autres raisons avancées sont liées au fait que les femmes pensent qu'il serait inconfortable d'insérer l'anneau dans le vagin (près de 25%) ou que son utilisation serait inconfortable lors des rapports sexuels (15%). D'autres raisons variées ont été avancées.

TABLEAU 8 Méthodes choisies et raisons pour le non choix de l'AVP parmi les non utilisatrices de l'AVP

Variable	(n)	Pourcentage
Méthodes choisies (n=56)		
DIU	2	3.4
Injectables	27	46.6
Implants hormonaux	19	32.8
Pilule	8	13.8
Raisons pour le non choix de l'AVP (n=53)		
Peut affecter ma santé	7	13.2
Peut affecter la santé de mon bébé	53	91.4
Peut interférer avec ma vie quotidienne	3	5.7
Nécessité des visites de suivi répétées	4	7.5
Il serait inconfortable d'insérer l'anneau dans le vagin	13	24.5
L'anneau serait inconfortable lors des rapports sexuels	8	15.1
Autres raisons	29	54.7

HISTOIRE REPRODUCTIVE ET UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'histoire reproductive des utilisatrices de l'AVP, leur passé ainsi que leurs perspectives dans le domaine de la SR révèlent des aspirations très fortes en matière d'espacement des naissances. Le Tableau 9 résume ainsi leur profil reproductif, leurs choix et perspectives en matière de PF.

TABLEAU 9 Reproduction et utilisation de la PF parmi les utilisatrices de l'AVP

Variable	(n)	Pourcentage (%)
Nombre d'enfants nés vivants		
1 enfant	22	38
2-3 enfants	24	41
4 enfants et +	12	21
Moyenne	2.5	
Nombre moyen d'enfants vivants		
Urbain	2.4	
Péri-urbain	2.2	
La grossesse a été planifiée		
Oui	29	50
Non	29	50
Souhaiterait espacer son prochain enfant (parmi celles dont la grossesse est non planifiée)		
Voulait attendre plus tard	25	86.2
Ne voulait pas du tout un enfant	4	13.8
Durée d'espacement préférée pour le prochain enfant	14	
2 ans	14	27
3-4 ans	17	33
5 ans et +	18	34
Ne Sait Pas (NSP)	3	6
A discuté de l'espacement des naissances avec son mari	4949	
Oui	49	89
Non	6	11
Utilisation passée de la PF		
Oui	25	43.1
Non	33	56.9

Plus des trois-quarts des utilisatrices de l'AVP ont entre un et trois enfants. Trente-huit pour cent (38%) sont des primipares. Le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme est de 2.5 enfants.

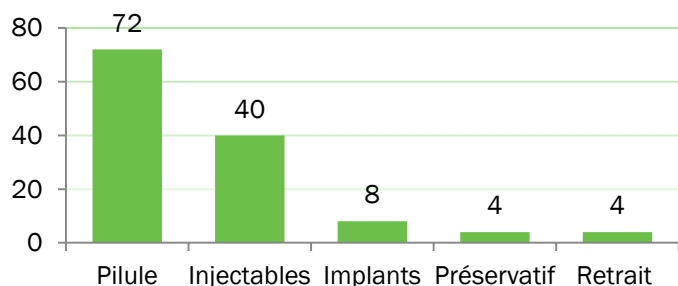
La moitié ont reporté que leur dernière grossesse était non planifiée. Parmi celles-ci, près de neuf femmes sur dix voulaient attendre plus tard.

Parmi les femmes ayant adopté l'AVP, un besoin pour un plus grand espacement des naissances a été exprimé. 33% voulaient un espacement entre 3 et 4 ans et 34% un espacement de cinq ans et plus. Ces données indiquent un besoin non satisfait de PF.

Quatre-vingt-neuf pour cent (89%) de ces femmes ont déjà discuté de la PF avec leur mari. 43.1% ont déjà recouru à une méthode de contraception dans le passé. De ce fait, près de 57% des utilisatrices de l'AVP sont de nouvelles acceptrices qui viennent ainsi d'entrer dans le programme PF avec l'adoption de l'anneau. Ces données illustrent ainsi l'expression de nouvelles perspectives en termes de besoin de PF parmi ces femmes dont une bonne partie est constituée de primipares (près de quatre femmes sur 10) et exprime un besoin d'espacement intergénéral plus long comparé à la norme sociale qui est de deux ans.

Comme l'indiquent les données de la Figure 2, la grande majorité des utilisatrices de l'AVP ayant déjà utilisé la PF dans le passé ont eu recours à la pilule (72%) et aux injectables (40%).

FIGURE 2 RÉPARTITION DES FEMMES SELON LA MÉTHODE DÉJÀ UTILISÉE DANS LE PASSÉ



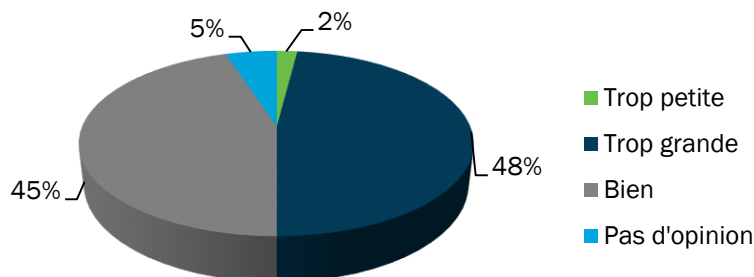
IMPRESSIONS INITIALES SUR L'AVP

Taille

Les opinions initiales par rapport à la taille de l'AVP restent mitigées. Comme l'indique la Figure 3, si près de 45% des utilisatrices ont jugé que celle-ci était correcte (bien), 48% pensent que celle-ci est trop grande. Ces impressions initiales ont été confirmées par d'autres cibles telles que les prestataires et les membres de la communauté. Toutefois, ces inquiétudes quant à la taille de l'anneau se dissipent au toucher du produit, dont la texture est jugée très flexible et douce.

Taille

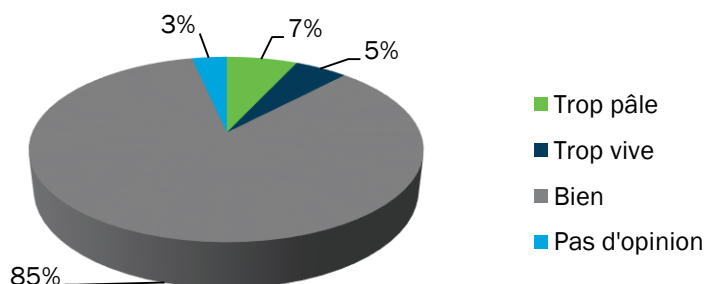
FIGURE 3 Impression initiale sur la taille de l'AVP (%)



Couleur

La grande majorité (85%) des utilisatrices ont trouvé que la couleur était acceptable (Figure 4), la couleur blanche étant souvent associée par les femmes à la pureté.

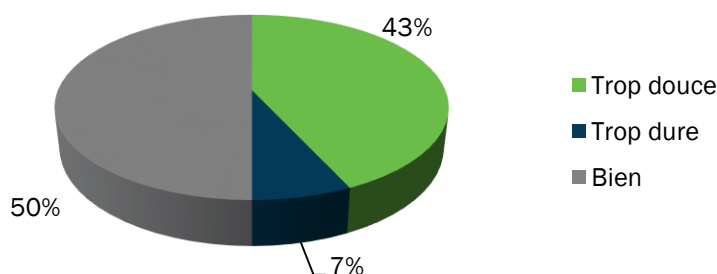
FIGURE 4 Impression initiale sur la couleur



Texture

Figure 5 montre que la perception des utilisatrices sur la texture du produit a été positive. Cinquante pourcent d'entre elles l'ont trouvé bien. 43% ont trouvé la texture trop douce. Peu d'utilisatrices ont par contre indiqué qu'elle était trop dure (près de 7%).

FIGURE 5 Impression initiale sur la texture



PERCEPTIONS SUR LA QUALITÉ DES SERVICES

L'enrôlement des femmes ainsi que le taux satisfaisant de continuation de la méthode sont en grande partie liés à une bonne qualité du counseling et des services offerts par les prestataires aux femmes.

TABLEAU 10 Perceptions sur les services reçus

Rubrique	Variable	Réponse	(n)	Pourcentage (%)
Counseling sur l'AVP	Le prestataire a indiqué le nombre minimum de fois pour allaiter le bébé	Oui	58	97
	Le prestataire a indiqué quand renouveler l'AVP	Oui	58	98
	Le prestataire a permis de poser des questions	Oui	58	91
Counseling sur l'utilisation de l'AVP	Le prestataire a montré comment insérer l'AVP	Oui	58	100
	Le prestataire a montré comment retirer l'AVP	Oui	58	91
	Le prestataire a donné la chance à la femme d'insérer elle-même l'AVP	Oui	58	85

Le Tableau 10 indique que la quasi-totalité des prestataires a respecté les procédures du counseling. Concernant le counseling sur la méthode elle-même, 97% des utilisatrices ont déclaré avoir reçu l'information sur le nombre nécessaire de tétées par jour pour garantir l'efficacité de l'AVP et 98% sur la période où l'anneau doit être renouvelé (3ème mois). Elles ont aussi eu la possibilité de poser des questions au prestataire durant la consultation (91%). Les directives quant au counseling sur l'utilisation de l'anneau ont été aussi respectées. Toutes les utilisatrices ont été initiées à l'insertion de la méthode tandis que 91% d'entre-elles ont mentionné que le prestataire leur a indiqué comment retirer l'anneau. Le pourcentage d'utilisatrices ayant indiqué que le prestataire leur a donné l'opportunité d'insérer l'anneau elles-mêmes au cours de la consultation est de 85%.

ACCEPTABILITÉ DE L'ANNEAU

Participant

Les données du Tableau 11 révèlent une nette satisfaction des utilisatrices durant leur expérience avec l'AVP (neuf femmes sur dix). La quasi-totalité serait prête à réutiliser l'anneau pour la prochaine fois et à payer pour son acquisition future. De même, elles seraient disposées à recommander cette méthode à leurs proches. Enfin, leur intérêt pour les futurs anneaux (celui pour les femmes non allaitantes et celui pour la double protection) est effective.

TABLEAU 11 Satisfaction des utilisatrices avec l'AVP

Rubrique	1er cycle		2nd cycle	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
Satisfaction par rapport à l'utilisation de l'AVP				
Très satisfaite	16	38	23	68
Satisfaite	251	60	11	32
Insatisfaite		2	-	-
Utilisation future de l'AVP				
Oui	40	95	33	97
Non	2	5	1	3
La femme serait prête à payer pour l'AVP				
Oui	26	65	27	82
Ne sait pas /pas d'opinion	14	35	6	18
Recommandation de l'AVP				
Recommanderais l'utilisation de l'anneau à ses proches	39	93	33	97
A déjà recommandé l'utilisation de l'anneau à ses proches	25	60	30	88
Intérêt pour l'anneau pour les femmes non allaitantes				
Oui	32	76	34	100
Non	9	21	-	-
Ne sait pas	1	3	-	-
Intérêt pour l'anneau à double protection				
Oui	42	100	33	85
Non	-	-	1	15

En vue d'approfondir la discussion sur l'acceptabilité de l'AVP parmi les utilisatrices, des entretiens approfondis ont été menés auprès de cinq utilisatrices additionnelles. Les informations des récits de vie ont aussi permis d'approfondir la perception et satisfaction des utilisatrices par rapport à l'AVP.

Motivation par rapport au choix de l'AVP

Plusieurs facteurs ont été avancés pour justifier le choix de l'AVP. On peut citer :

- ✓ L'attrait des femmes par rapport aux nouveautés (curiosité). Comme l'a affirmé une d'entre elles : *“Le fait que c'est une nouvelle méthode a aussi motivé mon choix car c'est toujours bien d'essayer quelque chose de nouveau”* (**femme additionnelle, Centre de santé de Dominique, Pikine**).
- ✓ Le caractère autocontrôlé de la méthode. Comme l'atteste la même utilisatrice : *“C'est surtout le fait que c'est une méthode qui peut être insérée par la femme elle-même, contrairement aux autres méthodes où il faut la présence d'un prestataire.”*
- ✓ Le fait que l'efficacité de l'AVP dépende de l'intensité de l'allaitement maternel a constitué une source de motivation supplémentaire d'adhésion à cette méthode dont l'utilisation promeut cette pratique qui a un effet positif sur la santé du nouveau-né comme le corrobore cette même femme : *“Le fait que son efficacité dépende de l'allaitement maternel est une bonne chose car on connaît les bienfaits du lait maternel sur la santé du nourrisson.”*
- ✓ La peur des effets secondaires liées aux méthodes actuellement disponibles a pu également justifier l'option des femmes pour l'anneau. Comme l'a indiqué une autre utilisatrice : *“J'ai été intéressée par l'anneau parce qu'avec les autres méthodes, il y a trop d'effets secondaires”* (**utilisatrice additionnelle, Centre de santé Nabil Choucair, Dakar**).
- ✓ Le nouvel intérêt des femmes et en général des maris par rapport à la PF, à la santé de la famille en général et de la femme en particulier et l'éducation des enfants sont autant de sources supplémentaires qui ont contribué à motiver la femme voire le couple à opter pour la PF en général et pour l'anneau en particulier. En effet, les aspirations des femmes vis-à-vis d'un espacement plus long sont clairement affirmées et sont en décalage avec les normes sociales établies. Ainsi, une femme indiquait : *“Moi je pense que s'il y a entre les enfants une différence de trois ans, ou même quatre ans, c'est bien.... Parce que, ainsi, tu pourras éduquer tes enfants, les amener à l'école, et bien t'occuper d'eux, les laver, laver leurs vêtements.... Dans ce cas, autant espacer les naissances d'au moins quatre ou cinq ans. C'est vrai, c'est Dieu qui décide, mais moi en tout cas c'est ce que je souhaite”* (**récit de vie, Nabil Choucair**). Une autre femme, de renchérir : *“Parce que la maman aussi aura le temps de bien prendre soin d'elle-même, du nouveau-né et aussi le temps qu'il s'épanouisse avant d'en avoir un autre”* (**récit de vie, Gaspard Kamara**).

Satisfaction par rapport à l'utilisation de l'AVP

Les témoignages recueillis auprès des utilisatrices additionnelles confirment que l'AVP est d'usage facile :

- ✓ “L'AVP est d'utilisation facile car l'anneau est flexible et peut être inséré par n'importe quelle femme si les explications sont claires. Les explications données par les prestataires sont claires et accessibles. Le fait de demander à la femme de le faire sur place avant de quitter la structure l'aide à être à l'aise” (**femme additionnelle, centre de santé Dominique, Pikine**). Une autre confirme : *“Au cours des trois premiers mois, je n'ai rencontré aucun problème quant à l'utilisation de l'anneau. C'est une méthode facile d'utilisation”* (**femme additionnelle, Centre de santé, Nabil Choucair**)

En outre, contrairement aux perceptions antérieures sur certaines méthodes vaginales, les utilisatrices ont rapporté que l'anneau n'était pas ressenti comme un corps étranger surtout s'il est bien placé. À la question “Qu'est-ce que vous avez le plus aimé avec l'anneau ?”, certaines utilisatrices ont répondu :

- ✓ *“C'est léger. Quand tu l'insères, tu ne le sens pas”* (**récit de vie, utilisatrice, hôpital, Roi Baudouin, Guédiawaye**).
- ✓ *“Avant de sortir du centre, le prestataire m'a demandé si je sentais encore l'anneau. J'ai répondu non car je ne sentais rien puisqu'il était bien placé”* (**utilisatrice, centre de santé Dominique**).

- ✓ “En tout cas cette méthode, si je pouvais l’avoir à nouveau, ce serait mieux. Je ne la sens même pas.... Oui je parle de l’anneau. On ne le sent même pas. C’est comme si on n’avait rien pris. On est vraiment à l’aise” (**récit de vie, centre de santé Nabil Choucair**).

Interférence avec les rapports sexuels

Un autre motif de satisfaction rapporté par les femmes et corroborant les constats de l’enquête quantitative est l’absence ou de la faible interférence lors des relations sexuelles :

- ✓ Je n’ai jamais senti l’anneau lors des rapports sexuels. Mes inquiétudes initiales quand on m’a montré l’anneau pour la 1ère fois ne se sont pas vérifiées car ni moi ni mon mari n’avons senti l’anneau lors des rapports sexuels. Je n’ai senti aucun changement” (**utilisatrice additionnelle, centre de santé Nabil Choucair**).
- ✓ “Mon mari aussi ne le sent pas. En tout cas, il ne m’a jamais fait remarquer” (**récit de vie, utilisatrice, hôpital Roi Baudouin, Guédiawaye**).

Volonté de parler de l’AVP et de partage d’expérience avec les proches

La volonté de parler de leur expérience peut être également comprise comme une mesure de satisfaction des utilisatrices par rapport à la méthode. Ainsi, dans le cadre des entretiens approfondis avec les utilisatrices additionnelles, celles-ci ont exprimé le désir de partager leur expérience avec leurs proches/amies et certaines ont même anticipé. À la question “Voudriez-vous encourager d’autres femmes de votre communauté ou des amies à essayer l’anneau ?”, la plupart ont répondu positivement, comme l’attestent ces propos ci-dessous :

- ✓ “J’en ai déjà parlé à certaines amies qui ont eu une réaction positive surtout que je leur ai dit qu’elles peuvent l’utiliser elles-mêmes sans avoir besoin de revenir voir le prestataire et que l’anneau était très facile à utiliser” (**utilisatrice additionnelle, centre de santé Nabil Choucair**).
- ✓ “Oui, tout à fait car je pense que c’est une méthode que les femmes qui allaitent devraient utiliser pour éviter les naissances rapprochées (“nef“)..je leur dirais que c’est une méthode sûre, facile à utiliser et que cela n’affecte pas du tout la santé de leur enfant ni les rapports sexuels” (**utilisatrice additionnelle, Nabil Choucair**).

Maris

Un besoin réel d’espacement exprimé et un soutien effectif apporté aux femmes

L’étude auprès des utilisatrices avait révélé que la communication sur la PF était effective au sein du couple. Neuf utilisatrices sur 10 ont indiqué qu’elles discutaient régulièrement de la PF avec leur mari. Les interviews auprès des maris ont confirmé leur attitude positive et motivé vis à vis de la PF ainsi que leur rôle déterminant dans l’adoption de l’anneau. Ceci été attesté par les propos d’un mari : “*Ma femme et moi avons déjà commencé à parler de l’espacement des naissances et avons pris la décision d’opter pour le planning familial. Ma femme a eu cinq grossesses dont quatre nés vivants. Au regard de notre situation économique, nous avons décidé de faire une pause,... C’est moi qui l’ai accompagnée et j’ai même participé à la séance de counseling*” (**mari, centre de santé de Gaspard Kamara.**). Un autre partenaire de renchérir : “*La sage-femme qui a suivi mon épouse durant les consultations prénatales lui avait parlé de l’anneau. Ceci arrivait à point, comme mon épouse et moi avons ce projet d’espacer les naissances, pour mieux nous consacrer à l’éducation et à l’encadrement de nos enfants...notre souhait était un espacement de 2 à 3 ans*” (**mari, centre de santé de Philippe Senghor**)

Perceptions initiales sur l'AVP

La grande majorité des maris interviewés ont une perception positive sur l'anneau et ont adhéré très tôt au produit, même si dès le départ, ils ont parfois eu des appréhensions/inquiétudes sur le produit, notamment par rapport à sa taille. Ainsi un mari déclarait : *“Au départ, j’ai eu des appréhensions par rapport à la taille et je me posais des questions sur comment pourrait-on utiliser un tel produit”* (mari, centre de santé Philippe Senghor).

La question de l'interférence de l'anneau avec les rapports sexuels a été aussi un sujet de préoccupation parmi les réactions initiales des maris. Ainsi, l'un d'entre eux indiquait : *“Au fond de moi, je m’interrogeais, intérieurement, vu la taille, est ce que cela n’allait pas me gêner lors des rapports sexuels”* (mari, utilisatrice, hôpital Youssou Mbargane de Rufisque).

Expérience par rapport à l'utilisation de l'anneau par la femme.

L'interview des maris a confirmé les propos des utilisatrices quant au caractère très facile d'utilisation de l'anneau. Interpellé sur l'expérience de sa conjointe, un partenaire déclarait : *“Oui, c’était très facile. Ma femme n’a jamais eu de problèmes avec l’anneau. Elle pouvait l’insérer et le retirer sans difficulté car elle m’avait dit que la sage-femme lui avait bien montré comment le faire”* (mari, Rufisque).

Interférence avec les relations sexuelles

La majorité des maris interviewés ont indiqué qu'il n'y avait pas d'interférence majeure avec les rapports sexuels. Comme l'atteste un des partenaires : *“À mon niveau, l’anneau ne m’a jamais gêné lors de nos rapports sexuels. L’anneau n’a aussi aucunement changé nos habitudes dans nos relations sexuelles, ni en termes de fréquence, ni en termes de plaisir sexuel ; pour moi, la situation était identique par rapport au passé”* (mari, Philippe Senghor).

Les quelques rares inquiétudes évoquées par les partenaires ont été dissipées comme l'affirme l'un d'entre eux : *“La première fois, j’avais des appréhensions, mais cela a été vite dissipé dans la pratique”* (mari, Rufisque).

Satisfaction par rapport à l'AVP

La majorité de maris ont exprimé leur satisfaction quant à cette nouvelle méthode. Ils recommandent, au regard des résultats positifs de la phase test, que l'AVP soit intégré dans le programme national de PF. Un mari indique : *“Oui [parlant de l’anneau], si je me fie aux résultats de la phase test [en référence à l’expérience de sa femme avec la méthode], on devrait l’intégrer dans les structures”* (mari, centre de santé Philippe Senghor). Ce sentiment a été aussi partagé par un autre mari qui affirmait que *“Oui, comme je le disais au départ, cela permet d’élargir la gamme des méthodes et ainsi de diversifier les options des femmes. Le fait aussi (je l’avais oublié de le mentionner) que l’anneau soit auto-inséré par la femme elle-même lui donne une certaine autonomie et ceci est un avantage supplémentaire “* (mari, Centre de santé Gaspard Kamara).

Les prestataires

Les prestataires de services constituent la porte d'entrée essentielle aux services de contraception. Une bonne connaissance du produit de leur part, leur adhésion et leur soutien effectif à l'AVP pourraient faciliter l'introduction et la mobilisation autour du produit aussi bien au niveau des structures qu'au niveau communautaire. Dans le cadre de l'étude d'acceptabilité, leur connaissance, attitudes et perceptions quant à l'AVP avant et après leur formation ont été documentées. Le Tableau 12 résume les connaissances et perceptions de ces acteurs par rapport à l'AVP.

TABLEAU 12 Répartition des prestataires selon leurs connaissances, perceptions et attitudes par rapport à l'AVP

Rubrique	Pré-test		Post-test	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
A déjà entendu parler de l'AVP	61	61	57	100
Connaît le mode d'action de l'AVP	60	81	58	96
Connaît le principe actif de l'AVP	57	74	57	93
Connait la Durée d'action de l'AVP (3 mois)	56	75	59	93
Connait le délai de réinsertion après retrait de l'AVP (dans les 2 heures qui suivent le retrait de l'AVP du vagin)	52	48	57	79
Pense que l'AVP pourrait gêner les relations sexuelles	55	24	50	96
Prescrirait l'AVP aux femmes si elles répondent aux critères d'éligibilité	58	5	33	97
Prescrirait l'AVP à une célibataire en l'absence de contre-indications	62	3	50	68

Ces données révèlent que les prestataires ont une connaissance satisfaisante de l'AVP, et que celle-ci a beaucoup évolué après leur implication effective dans la mise en œuvre de l'étude. La formation a donc contribué à renforcer leurs capacités par rapport à l'offre de l'anneau et à développer une attitude plus positive par rapport au produit. Si avant la formation, seulement 5% des prestataires avaient indiqué qu'ils prescriraient l'anneau aux femmes qui répondraient aux critères d'éligibilité, à la fin de l'étude 97% d'entre eux ont affirmé de façon positive qu'ils le feraient.

Les membres de la communauté

La compréhension des opinions et perspectives des membres de la communauté sur la PF en général et sur les méthodes spécifiques de contraception en particulier, est fondamentale pour soutenir l'acceptation et l'introduction d'un nouveau produit. En effet, la manière dont la communauté, notamment à travers leurs leaders, perçoivent un produit a un impact réel son acceptabilité. L'anneau vaginal ne saurait déroger à cette règle.

Les thématiques suivantes ont été explorées lors des discussions de groupe :

- L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson en général, les pratiques d'espacement des naissances, les comportements sexuels et la planification familiale durant la période post-partum en particulier.
- L'AVP en tant que nouvelle option de PF pour les femmes allaitantes. Notamment leurs attitudes et perceptions initiales par rapport à l'anneau (taille, couleur et texture), leurs opinions quant à l'offre de l'anneau aux femmes de leur communauté, et leurs perceptions quant à l'adhésion des femmes à cette nouvelle méthode.
- Les raisons qui justifieraient les attitudes et opinions des femmes sur la PF en général et sur la PFPP ont été documentées.
- Les opinions sur d'autres types d'anneau ainsi que le coût de telles méthodes.

Dans l'ensemble, les membres de la communauté rencontrés ont exprimé des opinions favorables par rapport à l'AVP. En effet, selon leurs déclarations, l'introduction de l'AVP pourrait connaître un franc succès au Sénégal. Il est perçu comme une méthode salubre pour les femmes allaitantes. Notamment, l'idée de capaciter les femmes par les agents de santé pour l'utilisation de la méthode aidera à installer la confiance et contribuera à son acceptabilité.

La méthode est bien appréciée par les populations à cause des nombreux avantages qu'elle présente. Certains pensent même, qu'à l'avenir, l'AVP pourrait constituer la méthode phare et supplanter les autres méthodes qui présentent des effets secondaires parfois importants et qui occasionnent l'oubli ou les passages répétés au niveau de la structure de santé. Les communautés se sont montrées très enthousiastes et plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer leur adhésion :

- ✓ L'autonomie que la femme acquiert à travers le contrôle qu'elle exerce sur la méthode (insertion, retrait).
- ✓ La durée, le confort et la discrétion de la méthode sont très appréciés, vu que certaines femmes pratiquent la PF à l'insu de leur conjoint.
- ✓ Le gain de temps pour pouvoir s'adonner à d'autres activités.
- ✓ L'assurance de la préservation de la santé de la mère et de l'enfant face au risque amoindri d'interférence du produit avec le lait maternel.

Quant au lien entre l'allaitement et l'AVP, les opinions sont partagées. Certains pensent que cela pourrait constituer un avantage pour la promotion de l'allaitement maternel, pratique traditionnelle considérée comme une norme et une valeur sociale, qui affecte positivement le développement physique et intellectuel de l'enfant. D'autres pensent que l'AVP pourrait constituer un facteur contraignant pour les femmes travailleuses qui sont souvent confrontées aux difficultés de respect des exigences de la pratique de l'allaitement, notamment pour les jeunes générations qui ne sont pas toujours des adeptes de cette forme d'allaitement pour des raisons esthétiques.

Toutefois, les communautés ont exprimé certaines préoccupations quant à l'utilisation de l'anneau dès leur premier contact avec l'anneau :

- ✓ "Moi, c'est par rapport à la taille, comment est-ce qu'on peut l'utiliser ? Comment est-ce que ça peut entrer dans le corps de quelqu'un par rapport à la manière dont il se présente ?" (**Femme membre de la communauté, Rufisque**).
- ✓ "Moi, je m'inquiétais par rapport à la taille. Je le trouve un peu épais et il y a aussi l'aspect (forme) de la méthode" (**Bajenu Gox, Guédiawaye**).

À la suite des explications fournies par les facilitateurs, les opinions des participants ont évolué de façon positive. Les propos ci-dessous attestent des points de vue des participants sur cette nouvelle méthode.

- ✓ "Vue la manière dont cette méthode a été présentée, je crois qu'elle est meilleure que les précédentes qui causent beaucoup de difficultés aux femmes avec les effets secondaires. Je pense que si l'on sensibilise les gens dessus, les femmes vont la préférer aux autres méthodes" (**Délégué de quartier**).
- ✓ "Moi je pense que c'est une bonne méthode pour celles qui ont l'habitude d'oublier (la pilule) ou pour celles qui ne peuvent pas aller à leur rendez-vous parce qu'elles n'ont pas l'argent pour acheter le billet, ou qui se préoccupent du temps qu'elles vont passer dans la structure avant d'avoir leur méthode. Vraiment ça facilite la tâche aux femmes" (**Relais, Guédiawaye**).
- ✓ "Je pense que c'est quelque chose de bien surtout par rapport au fait que la femme puisse l'utiliser elle-même sans avoir besoin de perdre du temps pour se rendre dans une structure de santé. Ça c'est un avantage. L'autre chose aussi c'est qu'une fois que c'est introduit, la femme ne la sent plus de

même que son mari. Ça aussi c'est un avantage. Vous avez dit aussi que pour que ça fonctionne bien, il faut aussi que la femme allaite bien son enfant. Et donc ça va encourager les femmes qui avaient des problèmes à allaiter leurs enfants à le faire davantage. Tous ces trois éléments constituent des avantages" (**Chef religieux, Grand-Médine**).

L'introduction de futurs anneaux a été par ailleurs positivement appréciée par les communautés. L'introduction d'un anneau qui pourrait intéresser toutes les autres femmes (non allaitantes) qui durerait un an a été bien accueillie. Un anneau qui offrirait une double protection, contrairement aux autres méthodes de contraception à l'exception du préservatif, a aussi été jugé important, vu le contexte de féminisation du VIH qui constitue un défi majeur. Comme le pensent certains interviewés, de telles méthodes seraient la bienvenue car elles pourraient aider dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) avec l'augmentation des taux de prévalences contraceptives. Les propos ci-dessous confirment cette adhésion des communautés par rapport aux anneaux du futur :

- ✓ "Donc si cette méthode arrive, ce sera une bonne chose pour les femmes. Parce que toutes celles qui existent à part le fémidon n'ont qu'une seule protection, c'est de protéger contre la grossesse, mais ça ne protège pas contre les IST. Je crois qu'il faut se battre parce que le plaidoyer est là. Pour le Sida, c'est vrai que tout le monde sait que le taux est bas, mais le plus alarmant, c'est la féminisation du VIH. Donc avec la féminisation du VIH, c'est un plaidoyer pour que cette méthode vienne" (**Président OCB, Guédiawaye**).

Les participants ont également évoqué leurs préoccupations par rapport à l'accessibilité financière de l'anneau. Beaucoup pensent que le prix de l'AVP devrait s'aligner au prix des méthodes actuellement disponibles dans le programme. Aussi, pour la plupart des personnes enquêtées, le prix raisonnable de l'AVP est de 500 FCFA, et de 1000 FCFA pour l'anneau destiné aux femmes non-allaitantes et dont la durée d'action est d'un an et pour celui offrant la double protection. Ce vœu est résumé dans les propos suivants :

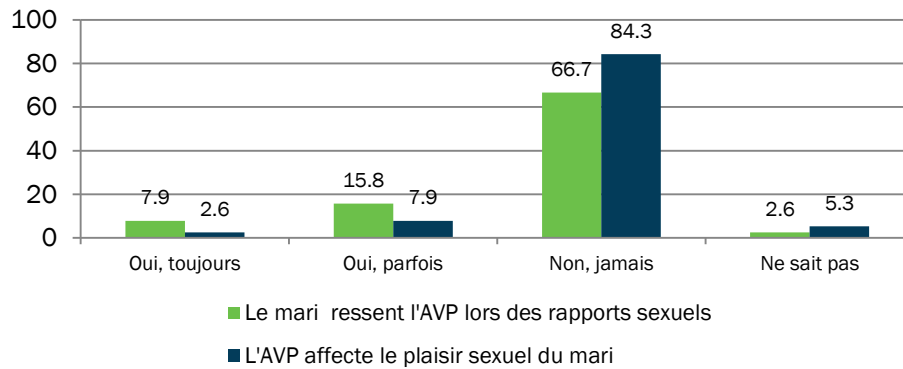
- ✓ "Je sais que la plupart des méthodes de planning ne sont pas chères. Si je ne me trompe pas, je pense que le Jadelle est le plus cher et au niveau des postes, le prix conseillé est de 500 FCFA. Donc si on pouvait le faire à 500F ce serait bien, comme pour le Depo" (**Président comité de santé, Guédiawaye**).

SOUTIEN ET EXPÉRIENCE DU PARTENAIRE PAR RAPPORT À L'AVP

Les déclarations des femmes quant à l'expérience de leur mari lors des rapports sexuels laissent apparaître que l'anneau n'a pas ou a peu d'interférence sur les relations sexuelles (Figure 6). Deux tiers des femmes ont déclaré que leur mari n'avait jamais ressenti l'anneau lors des rapports sexuels et 16% ont indiqué qu'il ressentait parfois l'anneau durant les rapports sexuels. Quand on se réfère à l'influence de l'anneau par rapport au plaisir sexuel, on observe également qu'il y a peu d'interférence sur le plaisir sexuel du mari. Quarante-vingt-quatre pourcent des utilisatrices ont affirmé que l'anneau n'a jamais affecté le plaisir sexuel de leur mari, alors que 8% ont affirmé que l'anneau affectait parfois son plaisir sexuel.

Ces constats sont corroborés par les maris eux-mêmes lors des entretiens approfondis sur leur expérience avec l'AVP (voir plus bas, section sur les maris) et par d'autres études antérieures. Une étude récente réalisée aux États-Unis auprès des étudiantes d'un collège a confirmé qu'elles accepteraient d'utiliser le NuvaRing®, un anneau vaginal contraceptif (AVC). La volonté d'insérer l'anneau soi-même et le garder en place pendant un cycle mensuel (y compris lors des rapports sexuels quand il est possible que soit la femme soit son partenaire sente l'anneau) étaient les facteurs qui corrélaient d'une façon positive avec la volonté d'utiliser cette méthode (Population Council, 2013).

FIGURE 6 PERCEPTION DE LA FEMME SUR L'EXPERIENCE SEXUELLE DU MARI PAR RAPPORT A L'AVP



CONTINUATION DE L'UTILISATION DE L'AVP

L'expérience des femmes quant à l'utilisation de l'anneau a été analysée à travers leurs perceptions par rapport à la facilité d'utilisation, le confort de l'anneau au cours de la période d'utilisation, leur expérience par rapport aux expulsions, leur appréciation de leur état de santé ainsi que celui de leur nourrisson. Leurs opinions sur l'interférence de l'AVP quant aux rapports sexuels ont été également documentées.

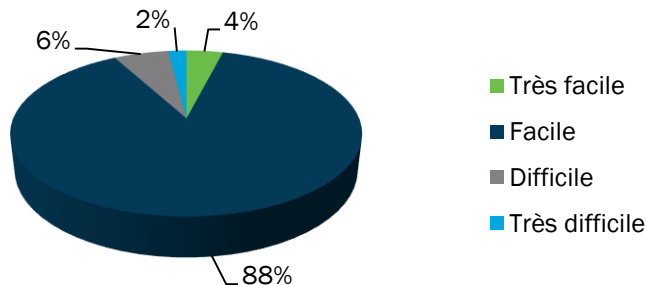
Facilité d'utilisation

Comme l'exigeaient les procédures de l'étude, l'anneau étant une méthode auto-contrôlée, le prestataire devait initier les acceptrices aux techniques d'insertion, de retrait et de réinsertion de l'anneau. Il devait aussi s'assurer qu'elles pouvaient répéter correctement la pratique de l'insertion, du retrait et de la réinsertion avant de quitter la structure et s'assurer que la femme était à l'aise avec l'anneau en lui demandant de marcher. Les données qui suivent révèlent que ces gestes étaient bien maîtrisés par les femmes.

Facilité d'insertion de l'AVP

La quasi-totalité des femmes ont déclaré qu'elles n'avaient eu aucune difficulté à insérer l'anneau après que le prestataire les aient initiées à la technique d'insertion. Neuf utilisatrices sur 10 ont trouvé que l'auto-insertion de l'anneau était facile. Moins de 10% ont évoqué que la pratique était très difficile ou difficile (Figure 7).

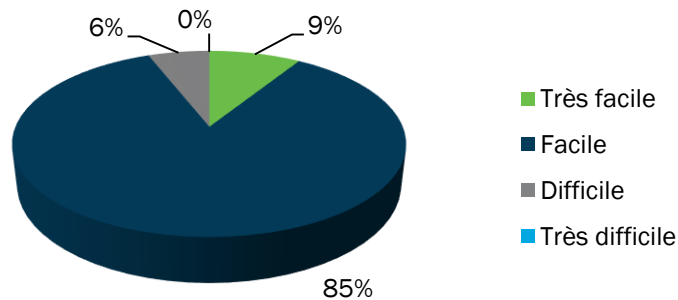
FIGURE 7 Expérience initiale par rapport à l'insertion de l'AVP



Facilité de retrait de l'AVP

Comme pour l'insertion, les utilisatrices ont confirmé leur aisance avec le retrait de l'anneau (Figure 8). Quarante cinq pour cent d'entre elles ont jugé que c'était facile, Neuf pour cent ont jugé que c'était très facile. Seulement 6% ont indiqué avoir eu des difficultés pour le retrait de l'anneau après l'avoir insérer.

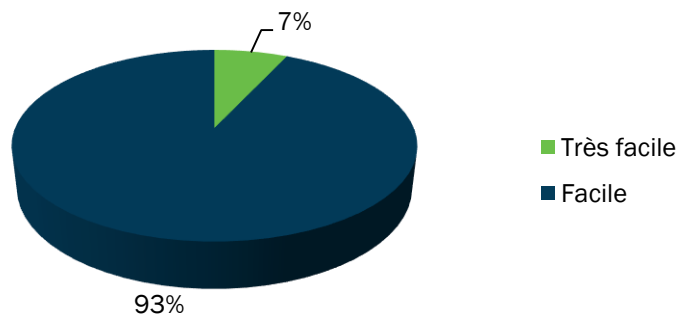
FIGURE 8 Expérience par rapport au retrait de l'AVP



Facilité de réinsertion de l'AVP

Il en a été de même lors de la réinsertion (Figure 9). Ce geste a été également bien maîtrisé par les acceptrices de cette nouvelle méthode. Quarante-treize pour cent (93%) ont indiqué qu'elles ont pu remettre facilement l'anneau après que le prestataire leur a demandé de le retirer.

FIGURE 9 Expérience par rapport au retrait de l'AVP



Confort par rapport à l'utilisation de l'AVP

TABLEAU 13 Confort par rapport à l'utilisation de l'anneau

Rubrique	1er cycle (n=42)		2nd cycle (n=34)	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
Sensation de l'AVP par la femme				
Ressent toujours l'AVP dans le vagin	4	9	1	3
Ressent parfois l'AVP dans le vagin	15	36	13	38
N'a jamais ressenti l'AVP dans le vagin	23	55	20	59
Retrait de l'AVP au cours de l'utilisation				
A déjà eu à l'enlever	12	29	4	12
Ne l'a pas enlevé	29	69	27	79
Anneau sorti de lui-même	1	2	3	9
Facilité de réinsertion de l'AVP après retrait (cycle 1 : n=12 ; cycle 2 : n=4)				
Très facile	7	58	2	50
Facile	5	42	2	50

Plus de la moitié des utilisatrices ont exprimé un sentiment de confort durant la période où elles ont utilisé l'anneau. Près de six femmes sur 10 ont déclaré n'avoir jamais ressenti l'anneau depuis qu'elles l'ont inséré. Toutefois, près de quatre femmes sur 10 ont indiqué ressentir parfois l'anneau. Ce sentiment de confort a été corroboré par le fait que près de sept femmes sur 10 ayant utilisé l'anneau durant le 1er cycle et près de huit femmes sur 10 l'ayant utilisé durant le 2ème cycle ont déclaré ne l'avoir jamais enlevé depuis l'insertion. Ce sentiment de confort a été évoqué également par ces utilisatrices lors des entretiens qualitatifs comme on le verra dans les chapitres suivants. Les femmes affirment que si l'anneau est bien positionné dans le vagin, il ne présente aucune gêne. Comme, l'indique le Tableau 13, même celles qui ont eu à l'enlever, n'ont rencontré aucune difficulté pour le réinsérer.

Expulsion de l'AVP

Le Tableau 14 montre qu'un pourcentage non négligeable d'utilisatrices a subi une expulsion partielle de l'anneau (60% et 56% respectivement au 1er et au 2ème cycle). Cependant, elles ont su gérer cette situation en remplaçant elles-mêmes l'anneau correctement dans le vagin.

TABLEAU 14 Pourcentage de femmes ayant reporté des cas d'expulsion de l'AVP

Rubrique	1er cycle (n=42)		2ème cycle (n=34)	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
Type d'expulsion				
l'AVP est sorti de lui-même	1	2	3	9
Expulsion partielle de l'AVP (q303)	25	60	19	56
Action prise pour remplacer l'AVP (cycle 1 : n=25; cycle 2 : n=19)				
A repoussé l'AVP dans le vagin	22	88	16	84
A retiré, nettoyé et remis	2	8	-	-
Aucune action	1	4	3	16

Perception des utilisatrices de l'AVP sur leur santé et celle de leur nourrisson

TABLEAU 15 Répartition des femmes selon leur perception sur leur propre état de santé et celui de leur nourrisson

Rubrique	1er cycle (n=42)		2ème cycle (n=34)	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
Perception sur l'état de santé de la femme				
Excellente	16	38	14	41
Bonne	23	55	19	56
Pas trop bonne	3	7	1	3
Perception sur l'état de santé du nourrisson (n=40)				
Excellente	18	45	21	62
Bonne	22	55	12	35
Pas trop bonne	-	-	1	3
A déclaré avoir eu des symptômes qui seraient liées à l'utilisation de l'AVP (n=40)				
	4	10	4	12

Les données de l'étude confirment par ailleurs que les femmes ont eu une appréciation positive de leur état de santé ainsi que celle de leur nourrisson depuis qu'elles ont commencé l'anneau. La quasi-totalité des utilisatrices ont attesté que l'état de leur santé générale ainsi que celle du nourrisson était jugé bonne voire excellente. Seul près d'une femme sur 10 a reporté avoir eu des symptômes qui seraient liées à l'utilisation de l'anneau (Tableau 15). Ces témoignages ont été confirmés par les résultats de l'enquête qualitative et indiquent une expérience positive des utilisatrices par rapport à l'anneau. En effet, la peur des effets secondaires liées aux autres méthodes a été souvent rappelée par ces femmes dont certaines avaient déjà expérimenté d'autres méthodes de PF telles que les injectables et les pilules à qui on attribue souvent ces effets secondaires qui justifient souvent l'arrêt de l'utilisation de la méthode.

Effet sur la sexualité du couple

Les données du Tableau 16 permettent de dissiper les préjugés initiaux quant à l'interférence de l'anneau avec les rapports sexuels.

TABLEAU 16 Répartition des femmes selon l'effet sur la sexualité du couple

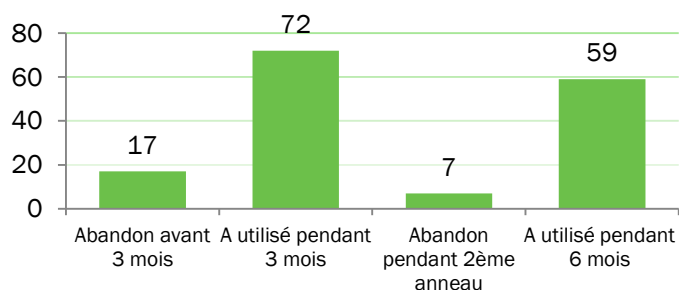
Rubrique	1er cycle		2ème cycle	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
La femme a ressenti l'anneau pendant les rapports sexuels				
Oui, parfois	4	10	2	6
Non, jamais	34	90	31	94
Le mari a ressenti l'anneau pendant les rapports sexuels				
Oui, toujours	3	8	1	3
Oui, parfois	6	16	7	21
Non, jamais	28	74	24	73
Pas d'opinion/ne sait pas	1	2	1	3
La femme pense que l'anneau affecte le plaisir sexuel du mari				
Oui, toujours	1	3	1	3
Oui, parfois	3	8	1	3
Non, jamais	32	84	29	88
Pas d'opinion/ne sait pas	2	5	2	6

Les témoignages confirment en effet que l'utilisation de l'AVP n'influe aucunement sur la nature des relations sexuelles au sein du couple. Quelque que soit le cycle d'utilisation, au moins neuf femmes sur dix ont indiqué qu'elles ne ressentaient pas du tout l'anneau au moment des rapports sexuels. Ce même constat a été fait pour leur mari. Sept femmes sur 10 ont déclaré que leur conjoint ne ressentait pas l'anneau durant les rapports sexuels. De même, elles ont attesté que l'anneau n'affectait pas du tout le plaisir sexuel du mari. Aucune femme ou mari n'a indiqué que l'anneau augmentait le plaisir sexuel.

ARRÊT DE L'UTILISATION DE L'AVP

Figure 10 indique un taux d'acceptabilité relativement satisfaisant. En effet, parmi les 58 femmes enrôlées, près de six femmes sur dix (59%) ont utilisé l'anneau pendant toute la durée de l'étude, soit six mois (deux cycles). Le taux d'arrêt durant le 1er cycle est faible, puisque moins de deux femmes sur dix (17%) ont eu un arrêt précoce avant le 3ème mois.

FIGURE 10 REPARTITION (%) DES FEMMES SELON LA DURÉE D'UTILISATION ATTEINT (N=58)



Seules quatre femmes sur les 42 ayant complété le 1er cycle ont arrêté pendant l'utilisation du second anneau. Ces données indiquent une bonne acceptabilité de cette méthode parmi les utilisatrices.

Durée d'utilisation pour les femmes ayant abandonné et causes liées à l'arrêt de l'utilisation de l'AVP

Si l'on se réfère aux femmes ayant abandonné avant les trois mois d'étude, le Tableau 17 montre que cet arrêt survient surtout avant le 1er mois d'utilisation. Parmi les 10 ayant arrêté avant le 3ème mois, sept l'ont réalisé durant cette période.

Les raisons avancées pour l'arrêt sont en partie liées à l'insertion inadéquate de l'anneau. Ainsi, trois femmes ont évoqué une expulsion involontaire de l'anneau et deux ont indiqué que l'anneau glissait souvent.

Des raisons personnelles ont également été avancées pour un abandon avant la fin des trois premiers mois : deux femmes ont indiqué un problème d'inconfort et deux autres un malaise avec l'anneau. Une a évoqué une raison médicale et une un désir de changement de méthode.

Les raisons d'abandon évoquées pendant le 2ème cycle sont variées. Deux ont évoqué des raisons liées à un saignement et une autre l'expulsion involontaire de l'anneau.

L'analyse de ces données indique que peu d'abandons ont été constatés durant l'étude et que ces arrêts seraient plutôt précoces (intervenant surtout avant le 1er mois) et seraient liés à un manque de maîtrise de la technique d'insertion par les utilisatrices durant les premières semaines.

TABLEAU 17 Durée d'utilisation pour les femmes ayant abandonné et causes liées à l'arrêt de l'utilisation de l'AVP

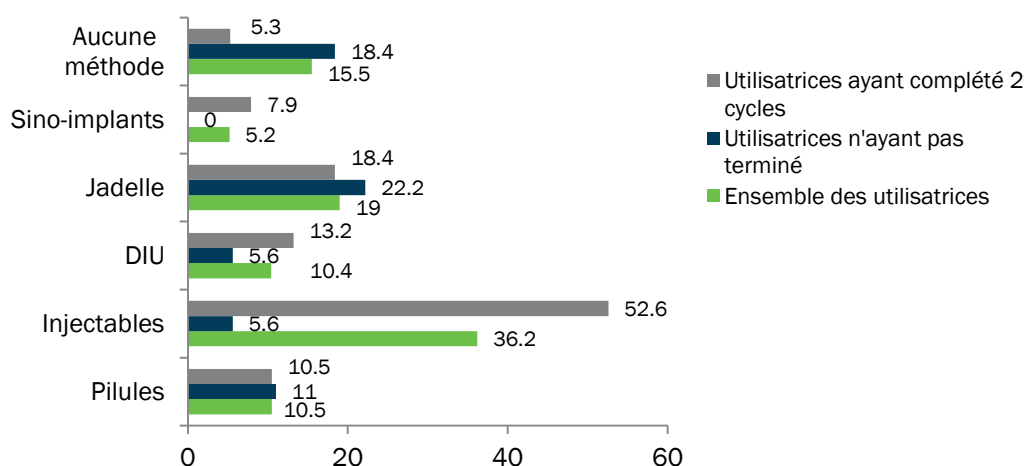
Rubrique	Arrêt avant 3ème mois (n=10*)		Arrêt après le 3ème mois (n=4)	
	(n)	Pourcentage (%)	(n)	Pourcentage (%)
Durée d'utilisation				
Moins d'1 mois	7	70	1	25
Entre 1 et 2 mois	1	10	1	25
Entre 2ème et 3ème mois	2	20	2	50
Causes liées à l'arrêt				
Inconfort personnel	2	20	-	-
Malaise avec l'anneau	2	20	-	-
Enlevé et pas remis avant les 2 heures	1	10	-	-
Expulsion involontaire/perte de l'anneau	3	30	1	25
Ressent l'anneau glisser	2	20	-	-
Saignements irréguliers	-	-	1	25
Saignements abondants	-	-	1	25
Raisons médicales	1	10	-	-
Souhaite utiliser une autre méthode	1	10	-	-
Autres	-	-	1	25

* Information non disponible pour 6 femmes ayant arrêté pendant les 3 premiers mois

CHANGEMENT DE MÉTHODE

Figure 11 indique le changement de méthode parmi les femmes ayant complété les deux cycles d'anneaux et celles ayant arrêté avant la fin de l'étude.

FIGURE 11 UTILISATRICES AYANT CHANGÉ DE MÉTHODE SELON LE STATUT (%)



Parmi les femmes ayant complété les deux cycles (n=38), les injectables sont le choix préféré (près de 53%), suivi du Jadelle (18%). Le DIU vient en 3ème position (13%). Pour les utilisatrices n'ayant pas complété les deux cycles (n=20) leur choix a porté plutôt sur le Jadelle (22%) et la pilule (11%). D'autre part, 18% de ces femmes ont totalement arrêté la contraception.

Il convient de noter que les discussions avec les prestataires et certaines femmes ayant utilisé l'AVP laissent entendre que plusieurs de ces femmes auraient souhaité continuer avec la méthode si elles n'avaient pas été obligées d'abandonner du fait des procédures exigées par l'étude.

EFFETS INDÉSIRABLES SIMPLES ET GRAVES

Le Tableau 18 décrit la survenance d'effets indésirables (EI) simples notifiés et leur prise en charge. Les principaux EI notifiés concernent les douleurs pelviennes, les saignements, les nausées et les céphalées. Cependant, toutes ces manifestations ont été prises en charge de façon appropriée par les prestataires. Il convient de signaler qu'aucun effet indésirable grave (EIG) n'a été notifié durant l'étude.

TABLEAU 18 Répartition des cas d'EI selon le site et le type de traitement reçu

N° identification	Type d'EI	Traitement reçu
Hôpital Roi Baudouin (Guédiawaye)		
SN 16 105	<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement • Expulsions liées à une constipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling et examen physique • Prescription de Duphalac
SN 16 110	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription spasfon
Hôpital Youssou Mbargane (Rufisque)		
SN 17 106	<ul style="list-style-type: none"> • Métrorragies prolongées 	<ul style="list-style-type: none"> • AVP retiré + prescription de fer
SN 17 110	<ul style="list-style-type: none"> • Infection urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement non précisé
Centre de santé Gaspard Kamara (Dakar)		
SN 11 103	<ul style="list-style-type: none"> • Abscès au sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Référée
SN 11 104	<ul style="list-style-type: none"> • Leucorrhées abondantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Non précisé
SN 11 110	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de grossesse, examen physique
Centre de santé Nabil Choucair (Dakar)		
SN 14 102	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes 	<ul style="list-style-type: none"> • Spasfon
SN 14 104	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalées + myalgie 	<ul style="list-style-type: none"> • Doliprane 500, Ca C1000, calcium
SN 14 108	<ul style="list-style-type: none"> • Prurit vulvaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Novalgine
Centre de santé Dominique (Pikine)		
SN 15 101	<ul style="list-style-type: none"> • Autre douleur pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodique
SN 15 103	<ul style="list-style-type: none"> • IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Néomycine, Azithrol
SN 15 104	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes 	<ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodique
SN 15 105	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement non précisé
SN 15 106	<ul style="list-style-type: none"> • Spotting 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflammatoire

Discussion

ACCEPTABILITÉ ET PROCÉSSUS D'INTRODUCTION DE L'AVP

Les résultats issus de l'étude d'acceptabilité corroborent ceux des études antérieures menées dans d'autres zones. Ces études indiquaient une bonne acceptabilité du produit et que les participantes avaient identifié de nombreux avantages avec l'AVP tels que le confort, l'efficacité, la facilité de l'insertion et du retrait, le contrôle de l'utilisatrice, la sûreté, l'absence d'un impact négatif sur la libido et l'aménorrhée prolongé. Elles ont également aimé le fait qu'il contenait une hormone naturelle et n'avait pas d'impact sur l'allaitement. Ces études ont révélé des taux de continuation de la méthode à six mois qui étaient comparables (entre 52% et 66%). Comme pour ces études antérieures, les expulsions répétées constituent une des causes majeures de l'abandon précoce de la méthode. (Population Council 2013).

Ainsi, ces résultats de l'étude d'acceptabilité indiquent que l'AVP présente des promesses fortes pour l'élargissement de la gamme des méthodes disponibles dans le programme national de PF du Sénégal, et surtout pour la PFPP. L'introduction de l'anneau s'inscrit dans un contexte marqué par une volonté affirmée des pouvoirs publics de booster la PF. L'anneau vaginal à progestérone, de par sa facilité d'utilisation et son caractère moins contraignant, pourrait avoir une place importante dans l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives et contribuer de façon positive à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive.

L'expérience globalement positive des pionnières dans l'utilisation de ce nouveau produit suggèrent que l'AVP propose des atouts supplémentaires par rapport aux méthodes actuellement disponibles. Son introduction pourrait également contribuer à réduire les inégalités d'accès aux services de PF, ne nécessitant pas toujours la présence d'un prestataire qualifié ni d'infrastructure additionnelle. En outre, l'adhésion des maris à cette méthode constitue un atout additionnel.

Certaines femmes ont connu des difficultés liées au glissement de l'anneau dans les premières semaines de l'utilisation, menant ainsi à des arrêts précoces. Deux raisons essentielles ont été identifiées pour ces problèmes : 1) les exigences de l'étude ont obligé à sortir de l'étude les utilisatrices dont l'anneau était resté hors du vagin plus de deux heures (un des critères d'exclusion de l'étude). Certaines de ces expulsions étaient survenues le weekend, à savoir à un moment où les femmes ne pouvaient pas bénéficier de l'assistance des prestataires pour les aider à replacer l'anneau. Ce genre de difficultés a été aplani grâce à la mise en place d'un dispositif proactif de suivi et de soutien; 2) Certaines femmes au col court avaient des difficultés à bien placer l'AP et à le maintenir en place.

L'étude a aussi montré un désir de plus en plus fort d'un espacement plus long des naissances justifié par un contexte économique difficile et des aspirations au bien-être individuel et familial. Ceci présente une motivation réelle pour la PFPP. Par ailleurs, les femmes, notamment celles issues des nouvelles générations ont des aspirations professionnelles qu'elles expriment de plus en plus ouvertement, car une fécondité élevée n'est plus compatible avec leur exigence d'accéder à des revenus.

Ainsi, l'introduction de l'AVP se présente dans un contexte social, économique et politique très favorable. Il est donc important d'intégrer les leçons apprises de cette étude d'acceptabilité et des expériences antérieures conduites dans ce domaine.

LEÇONS APPRISSES POUR L'INTRODUCTION FUTURE DE L'AVP

Les leçons suivantes ont été tirées de la mise en œuvre de cette étude :

- Le counseling de qualité est un élément essentiel dans l'information sur les méthodes de PF disponibles et pour l'aide au choix des femmes.
- L'intégration de la PF avec les autres services de SR (soins prénataux, soins postnatals pour la mère et le nourrisson, et vaccinations de l'enfant) contribue efficacement à recruter de nouvelles acceptrices de la PF.
- La communication in situ (causeries) sur la PF dans toutes les unités de SR demeure également stratégique.
- L'interaction entre les prestataires qui offrent les services de PF et les utilisatrices doit être renforcée pour garantir le maintien des acceptrices et réduire les abandons.
- Le soutien du mari et une communication soutenue sur la PF au sein des couples constitue un motif de continuité pour l'utilisation de la contraception.
- Le plan d'introduction de l'AVP devra se faire avec soin et inclure l'expérimentation de modèles novateurs d'offre de services (approche communautaire, approche marketing social) prenant en compte tous les acteurs et secteurs (partenariat public-privé, partenariat avec les associations professionnelles, etc.).
- Le coût du produit au niveau des différents secteurs est un élément central dans le processus d'introduction et l'accessibilité financière.
- L'implication précoce et le soutien, voire l'appropriation, par le Ministère de la Santé à travers la DSRSE est un gage de facilitation du processus d'introduction et de durabilité.
- Les inquiétudes soulevées par les participants de l'étude d'acceptabilité, à savoir le coût, la gestion de l'aménorrhée, les expulsions plus fréquentes parmi les femmes à col court, devront être prises en charge avant tout passage à l'échelle.
- Le développement des outils de formation et de communication pour la mise à l'échelle de l'AVP, et leur intégration dans les documents nationaux existants (PNP, guide de formation en technologie contraceptive, liste des médicaments essentiels...) devront être engagés à travers un dialogue avec les parties prenantes.
- Une fois introduite dans la gamme officielle des méthodes offertes aux femmes sénégalaises, un processus efficace devra être mis en place pour assurer sa disponibilité continue à tous les niveaux du système et au niveau des différents secteurs, ceci à travers le système d'approvisionnement qui sera mis en place pour assurer sa sécurisation.

Références

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et ICF International. 2015. *Enquête Démographique et de Santé (EDS-Continue)*. 2ème année. Dakar.

Machiyama, Kazuzo et John Cleland. 2013. *Analyse des besoins non satisfaits au Sénégal*. Rapport de recherche STEP UP.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2012. *Plan d'action national de planification familiale 2012-2015*. Dakar.

Population Council. 2012. *Country mapping*. Décembre.

———. 2013. *Evaluation de l'acceptabilité d'un anneau vaginal à progestérone (AVP) en tant que nouvelle option de contraception pour femmes allaitantes en Afrique subsaharienne*. Janvier.

