

## L'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ?

C. Lartigau-Roussin (1), M. C. Receveur (2), J. M. Roussin (3), S. Bouffart (4) & A. Abaine (5)

(1) Service de médecine, centre hospitalier de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte. E-mail : roussinc@yahoo.fr

(2) Cabinet médical du sud, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte.

(3) Service de médecine tropicale, hôpital St-André, CHU de Bordeaux.

(4) Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Université Paris-X, 21 Allée de l'Université, F-92023, Nanterre Cedex.

(5) Médecin coordinateur de la P.M.I. de Mayotte, DASS de Mayotte, BP 104, 97600 Mamoudzou, Mayotte.

Manuscrit n° 2384. "Thérapeutique". Reçu le 19 décembre 2001. Accepté le 7 juin 2005.

### Summary: The subcutaneous etonogestrel implant: a new contraceptive method in Mayotte?

*The isle of Mayotte is a part of the Comoros archipelago, its political status is that of a French Territory. Despite a birth control programme helping to space out the births rather than restricting their number, the Mayotte population growth is soaring.*

*Since the visit of the President in May 2001 the subcutaneous etonogestrel implant became available for the population of Mayotte. We then carried out a study to evaluate the response given by 50 post-partum women to this new contraceptive method.*

*38% of the women declared to be willing to use this contraceptive device while 52% instead didn't wish to try. Although not clearly expressed, the wish to have large families is still there and can be explained by religious and cultural factors.*

*Considering the study results, this contraceptive method could certainly be useful in Mayotte. However, a well-balanced education campaign, neither too negative nor too enthusiastic, should be necessary to avoid false expectations which in that case could induce widespread negative rumour towards the birth control method.*

### Résumé :

*Mayotte est une île de l'archipel des Comores, au statut particulier de Collectivité départementale française. Elle connaît une démographie galopante et une planification familiale qui sert davantage à espacer les naissances qu'à réduire leur nombre.*

*À l'occasion de la visite présidentielle en mai 2001, l'implant sous-cutané d'étonogestrel a été présenté à la population mahoraise. Nous avons réalisé une enquête auprès de 50 Mahoraises en post-partum afin de savoir si ce nouveau mode de contraception serait accueilli de manière favorable à Mayotte. 38 % des femmes ont affirmé vouloir utiliser ce dispositif. 52 % ont déclaré ne pas vouloir l'essayer. La frilosité de ces femmes, outre le désir non avoué et encore très répandu de grossesses nombreuses, peut s'expliquer par des obstacles religieux et culturels.*

*Cette enquête laisse à penser que ce contraceptif trouverait certainement sa place à Mayotte. Mais il nécessiterait une campagne d'information soignée, ni trop inquiétante, ni trop enthousiaste, pour éviter des désillusions qui seraient le berceau d'une rumeur négative.*

## Introduction

Mayotte est une petite île de 374 km<sup>2</sup>, située entre l'Afrique et Madagascar, dans l'archipel des Comores. Elle possède le statut particulier de « collectivité départementale française ». L'un des freins à la départementalisation est la démographie galopante qui a fait doubler sa population en moins de 12 ans, avec 160 265 habitants au dernier recensement (4, 5, 6). Après 20 ans de planification familiale intensive, les Mahoraises ont encore en moyenne 5,5 enfants.

Cette natalité enthousiaste, à laquelle s'ajoutent une baisse de la mortalité et une forte immigration en provenance des autres îles des Comores, est favorisée par plusieurs facteurs :

– la jeunesse de la population, puisque 50 % des Mahorais ont moins de 15 ans ;

– le point de vue pronataliste mahorais, selon lequel « on n'est point femme si on n'est pas mère. Les époux doivent mettre au monde des enfants pour que leur union soit validée symboliquement, reconnue socialement et concrétisée dans le cercle familial (1). » Or, en période d'instabilité conjugale, cette validation de chaque remariage par une naissance est un des obstacles auxquels se heurtent les campagnes de contrôle des naissances. Les enfants sont une preuve de fertilité, une richesse, une main d'œuvre, une assurance maladie et vieillesse.

– la conception non moins pronataliste de la religion musulmane : l'islam est modéré à Mayotte, mais omniprésent. La polygamie est certes en nette régression, mais est toujours pratiquée par 6 % des hommes mariés, interdite par la loi française depuis janvier 2005.

etonogestrel  
contraception  
pregnancy  
intra-uterine device  
stain  
Bandrele  
Mayotte  
Comoros  
Indian Ocean

etonogestrel  
contraception  
maternité  
stérilet  
souillure  
Bandréle  
Mayotte  
Comores  
Océan Indien

La pratique contraceptive reste faible à Mayotte, avec seulement 28,8 % des femmes en âge de procréer contre environ 65 % en France métropolitaine (6). Et pour les femmes ayant recours à la planification, le nombre de mois sous contraception reste bas : tout se passe comme si les contraceptifs n'étaient pas utilisés dans un but de limitation, mais d'espacement des naissances.

Le recours aux consultations en cabinet privé reste largement minoritaire en ce qui concerne la contraception, une dizaine de généralistes libéraux exercent sur l'île. Il n'y a pas de remboursement de leurs prestations à ce jour (la sécurité sociale est arrivée à Mayotte en avril 2005).

La « pilule » est le contraceptif le plus utilisé. En 2002, près de 75 000 mois de pilules contraceptives ont été distribués par la pharmacie centrale de l'hôpital, qui ravitaile tous les points de consultation publique à Mayotte\*. En 1997, il en avait été délivré l'équivalent de 60 000 mois. Cependant, les rumeurs la concernant restent nombreuses. Un autre obstacle important à son développement à Mayotte réside dans une mauvaise observance de la prise quotidienne à long terme.

La pharmacie centrale a par ailleurs délivré environ 6 000 ampoules de médroxyprogestérone cette même année 2002, correspondant à 18 000 mois de traitement (contre 25 000 en 1997). Ces injections trimestrielles sont encore très demandées chez les femmes qui ont peur de la stigmatisation des consultations contraceptives, qui redoutent d'oublier la pilule ou qui veulent cacher leur contraception à leur conjoint. Mais ses effets indésirables, notamment l'aménorrhée ou les métrorragies, ne permettent souvent pas leur poursuite sur une longue durée.

Le nombre de poses de stérilet diminue après une longue période de stagnation et concerne une petite minorité de femmes. Trois cent trente dispositifs intra-utérins (D.I.U.), soit environ 5 280 mois de traitement, ont été délivrés en 1997. 115 dispositifs ont été distribués en 2002. Les D.I.U. ne sont pas appréciés à Mayotte, comme nous le verrons plus loin dans ce travail.

Lors de la visite du président de la République française à Mayotte en mai 2001, ces problèmes de natalité et de l'adhésion encore trop modérée à la contraception ont été évoqués. À cette occasion, il a été fait allusion à l'étonogestrel en implant sous-cutané (Implanon®), de mise sur le marché récente en France. Ce dispositif serait-il bien accueilli à Mayotte ? Pourrait-il constituer une alternative de choix aux autres moyens contraceptifs à Mayotte, où le développement économique nécessiterait un meilleur contrôle des naissances et où une frange de plus en plus conséquente des femmes en âge de procréer souhaite réellement une contraception efficace et adaptée ? Ces questions ont fait l'objet d'un questionnaire posé oralement à cinquante femmes de la région sud de Mayotte.

## Matériel

L'étonogestrel en implant sous-cutané est d'insertion facile. Il est censé être actif durant trois ans. Il pourrait constituer une alternative intéressante à l'autre contraceptif progestatif disponible à Mayotte (les injections trimestrielles d'acétate de médroxyprogestérone – Dépo-Provéra®). Il est en effet possible de le retirer à tout moment, sa fréquence d'administration est bien plus espacée et le champ des contre-indications plus restreint. Cet implant pourrait également

séduire les Mahoraises désirant une contraception de longue durée, mais refusant le stérilet.

Notons d'emblée certaines réserves :

– les effets indésirables sont fréquents. Dans une méta-analyse réalisée par la revue *Prescrire* (7), 21 % des femmes l'ayant essayé l'ont retiré prématurément en raison de troubles du cycle : 9 % de saignements génitaux plus fréquents au premier trimestre, 28 % de saignements prolongés. 24 % des femmes au-delà du 3<sup>e</sup> trimestre ont eu une aménorrhée, et dans 25 à 35 % des cas des règles moins fréquentes, avec retrait de l'implant chez 2 % des patientes. Enfin, 37 % des femmes ont présenté une prise de poids supérieure à 3 kg en 2 ans ;

– le coût de cet implant d'étonogestrel est élevé, environ 3 fois supérieur à celui d'injections de médroxyprogestérone.

Avant de réaliser les commandes de ce nouveau dispositif, 50 femmes ont été interrogées à propos de leur appréciation sur cette nouvelle possibilité contraceptive. Y auraient-elles recours si elle était disponible à Mayotte ?

## Méthode

Cette enquête a été réalisée au dispensaire de Bandré, dans le sud de l'île, du 6 juillet au 17 août 2001. Cinquante femmes ayant accouché au dispensaire durant cette période ont été systématiquement interrogées, à l'occasion de la visite du 3<sup>e</sup> jour de leur nourrisson. Ce moment a semblé le plus opportun, car à leur sortie de la maternité rurale de Bandré, les parturientes ont automatiquement un entretien avec la sage-femme au sujet de leur contraception à venir.

Les femmes ont été toutes interrogées par le médecin du dispensaire, en *shimaore*, la langue vernaculaire parlée par la majorité des Mahorais. Ces mères habitaient toutes la commune de Bandré, et étaient donc d'origine rurale. La plupart d'entre elles étaient Mahoraises, certaines étaient Comoriennes (originaires de Grande Comore, de Mohéli ou d'Anjouan, îles voisines de l'archipel des Comores dont la culture est très proche.) Mais pour des raisons éthiques et pour ne pas effrayer les patientes en situation irrégulière, la nationalité des patientes n'a pas été demandée. L'appartenance religieuse n'a pas été notée non plus (sachant que la quasi-totalité des Mahorais et des Comoriens sont musulmans).

Pour chaque femme, ont été enregistrés par ailleurs l'âge, la parité, le village d'origine et le cas échéant l'activité professionnelle, données figurant sur la fiche de suivi de grossesse. Il a également été précisé si elle était déjà informée au sujet de l'implant d'étonogestrel. En effet, RFO (Radio France Outremer), la seule chaîne de télévision publique de l'île avait présenté ce contraceptif en *shimaore*, deux mois avant l'enquête, lors du très regardé journal télévisé. Il avait été annoncé comme étant prochainement disponible à Mayotte. Son mode d'insertion, sa durée d'action ont alors été expliqués, mais il n'a pas été fait mention des effets indésirables possibles.

Dans le même tableau était ensuite retranscrite la réponse de la patiente à la question suivante : « Penses-tu que tu vas avoir recours à ce moyen de contraception s'il arrive à Mayotte ? ». La dernière colonne enregistrait la conclusion donnée à cet interrogatoire succinct. « Oui », pour les femmes qui paraissent motivées. « À voir », pour celles dont la réponse était globalement positive, mais qui semblaient cependant très hésitantes à l'idée d'essayer. « Non », pour celles qui ont déclaré ne pas vouloir essayer.

\* communication personnelles des pharmaciens de l'hôpital, Bruno MENIEL et Michel FABER

## Résultats

Les femmes interrogées avaient en moyenne 26 ans (de 14 à 42 ans) et 3,4 enfants en moyenne (de 1 à 14 enfants). Huit d'entre elles étaient salariées; l'échantillon comportait en outre 6 collégiennes. Elles avaient vu le journal télévisé parlant de l'implant d'étonogestrel ou en avaient reçu une retranscription fidèle dans 64 % des cas.

38 % des femmes interrogées (n = 19) ont affirmé vouloir utiliser le dispositif. Ces femmes avaient en moyenne 25,9 ans et 2,9 enfants et 5 d'entre elles étaient en activité (salariée ou scolaire) avant l'accouchement. Cinquante-deux pourcent de l'échantillon (n = 26) (27,4 ans et 3,6 enfants par femme en moyenne) a déclaré ne pas vouloir l'essayer. Cinq femmes (10 %) avaient un avis réservé : « Je pense que ce nouveau moyen de contraception est une bonne chose pour les Mahoraises », « Il faut d'abord que je demande à mon mari », etc. Détaillons à présent les réponses données pour les deux premières catégories :

### « Non, je ne veux pas essayer ce nouveau dispositif »

Les arguments recueillis pour ce refus peuvent se décomposer ainsi (sachant que certaines femmes ont avancé plusieurs arguments) :

- « Je n'oserai pas » (6 femmes);
- « Ce dispositif m'est inconnu, je ne l'ai jamais vu, je préfère attendre pour savoir ce qu'en disent celles qui l'ont essayé » (6 femmes);
- « La pilule, la médroxyprogestérone me conviennent, je n'ai pas envie d'essayer autre chose » (5 femmes);
- « Je n'en veux pas, je ne sais pas pourquoi, mais je n'en veux pas » (5 femmes);
- « J'ai peur de l'insertion » (3 femmes);
- « Ça dure trop longtemps, ce n'est pas la peine que je prenne une contraception de longue durée » (2 femmes);
- « Je ne prends pas de contraception » (2 femmes);
- « J'ai peur d'avoir tout le temps mes règles » (2 femmes);
- « J'ai peur que ça me donne une maladie » (1 femme).

### « Oui, je veux essayer l'implant sous-cutané »

Les femmes ayant eu cette réponse étaient dans l'ensemble très motivées, posant beaucoup de questions et demandant de le commander sans plus tarder. Leurs arguments étaient les suivants (5 femmes n'ont pas su expliquer pourquoi en particulier elles en voulaient un).

- « ça dure longtemps » (5 femmes);
- « ça évite la prise quotidienne de pilule » (4 femmes);
- « j'oublie la pilule » (2 femmes);
- « Je dois mettre un stérilet, mais je n'en veux pas, je préfère ça, c'est une très bonne alternative » (3 femmes);
- « C'est peu astreignant » (1 femme).

## Discussion

Un peu plus de la moitié de l'échantillon a déclaré ne pas vouloir essayer l'implant sous-cutané d'étonogestrel. Les arguments que ces femmes ont avancés ne doivent pas faire oublier un « non-dit » d'importance : le désir d'enfant reste en fait très grand et la contraception dans son ensemble a du mal à s'imposer. Ceci dit, la plupart des parturientes que nous avons interrogées ont en outre peur d'essayer un mode de contraception qu'elles ne connaissent pas, qu'elles n'ont jamais vu.

Une information de qualité serait indispensable, aussi bien pour séduire les femmes qui ont besoin de cette alternative contraceptive, que pour éviter les désillusions de celles qui

s'attendent à un produit miracle, sans effets indésirables. Le désenchantement de ces dernières aboutirait probablement à une contre-publicité très puissante, les rumeurs ayant une force toute particulière à Mayotte. Ainsi, l'un des obstacles au développement du stérilet dans cette île est la quantité de préjugés et d'histoires fantaisistes qui courent à son sujet. Une information bien conduite encouragerait probablement les femmes à s'intéresser à cette possibilité contraceptive supplémentaire.

La peur de l'insertion semble compréhensible. À Mayotte, la bio-médecine apparaît comme une médecine bien invasive. Cependant, cette implantation sous-cutanée déclenche une peur bien moindre que celle du stérilet, auquel les femmes ont fait plusieurs allusions au cours de l'enquête.

Le fait que les D.I.U. soient posés par voie basse pose en effet problème. La zone génitale des Mahoraises est l'objet de multiples attentions. Elle est épilée, la ligne du pubis étant soulignée par une ceinture d'une dizaine de rangées de perles. Plusieurs fois par jour, et après les rapports, les femmes mahoraises procèdent à une douche vaginale, retirant de la cavité vaginale les sécrétions, « *mtsama* » largement associées à la notion de souillure. Sang, sperme, crachats et rhinorrhée sont des *mtsama*; les fèces, les urines et la salive également, mais ces derniers sont en outre impurs. Les larmes et la sueur ne sont pas des saletés; *mtsama* est aussi le nom d'une maladie qui affecte le nourrisson ayant été porté par une femme venant d'avoir un rapport sexuel et n'ayant pas encore pratiqué la douche vaginale. Le bébé risque d'être contaminé par les *mtsama* et de présenter une hypotonie inquiétante. La cavité vaginale subit par ailleurs divers soins afin d'être resserrée et asséchée. De nombreuses plantes, parfois très irritantes, sont pilées et introduites dans le vagin à cette fin.

Tous ces soins ont donc deux objectifs : se débarrasser des souillures et plaire au partenaire. Or le stérilet pose des problèmes pour ces deux aspects, les principaux effets indésirables du stérilet sont les saignements et les douleurs pelviennes, les infections, les perforations utérine lors de la pose, l'expulsion spontanée, les grossesses non désirées et les grossesses extra-utérines. Il entraîne assez souvent une hydorrhée, considérée comme une *mtsama* et que les Mahoraises disent ne pouvoir « assécher » avec les techniques traditionnelles. Par ailleurs, après la pose, les médecins interdisent les douches vaginales, ce que les patientes n'arrivent pas à comprendre.

L'insertion de l'implant d'étonogestrel, quant à lui, se fait à un endroit visible, contrôlable, et bien moins investi que ne l'est la zone génitale à Mayotte. Certes le Musulman doit se présenter nu devant Dieu, sans corps étranger dans l'organisme, au moment de sa mort, même si cette dernière survient inopinément. Mais ceci inquiète davantage quand il s'agit du stérilet, qui est invisible dans la cavité abdominale. L'implant, que l'on sent sous le doigt, qui ne risque pas de migrer dans le corps à l'insu de son porteur est plus rassurant. Le stérilet est parfois comparé à un *sabiri*. Un *sabiri* est un mauvais sort objectif, que le guérisseur fait apparaître du sol du jardin ou du corps même de la victime. Cette manifestation sert à visualiser l'agression par sorcellerie à laquelle est imputée la maladie du patient. En tant que corps étranger introduit dans la personne, le stérilet peut être comparé au *sabiri*, surtout quand la contraception semble être imposée. Dans le cas de l'implant sous-cutané, le rapprochement est plus difficile, puisqu'il est palpable, à tout moment, et semble donc plus contrôlable.

Comment seraient perçus les effets indésirables, peu évoqués par les femmes interrogées ? La prise de poids ne serait sans doute pas un problème : les rondeurs sont signes de beauté, d'opulence et de bonne santé et sont toujours à la mode chez

les Mahoraises qui demandent assez régulièrement au dispensaire « des vitamines pour grossir ».

Les troubles du cycle risqueraient d'être cependant mal vécus. L'aménorrhée inquiète les Mahoraises (« j'ai mal au ventre, mon sang ne s'écoule plus, il est coincé dans mon abdomen »). Et les saignements à répétition ou qui durent sont encore plus mal perçus : ils représentent une souillure, une impureté; ils empêchent la prière, le jeûne au moment du Ramadan, une bonne disponibilité sexuelle pour le mari, etc...

Dans une étude menée dans trois centres africains (Cameroun, Nigeria, Égypte) (3), l'abandon du stérilet en raison de saignements trop abondants était plus fréquent dans le site égyptien. Il était attribué aux motifs religieux que nous venons d'évoquer. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une bonne information avant la pose et pendant les consultations de suivi pour y remédier. D'autres travaux menés en Gambie et au Niger (2) ont évalué à 30 % le pourcentage d'abandon précoce de la contraception. Dans la majorité des cas, cet abandon était attribué aux effets indésirables. Il était en outre plus élevé parmi les patientes jugeant qu'elles n'avaient pas été conseillées de façon adéquate (2).

Notons enfin qu'une contraception par implant sous-cutané de progestatif au niveau du bras existe déjà à Anjouan, île voisine de l'archipel des Comores. Nous avons rencontré deux patientes anjouannaises en portant un : elles nous ont expliqué que ce dispositif est très bien accepté à Anjouan, mais qu'il reste trop cher pour être banalisé.

## Conclusion

L'implant sous-cutané d'étonogestrel ayant été déjà présenté à la télévision, de nombreuses femmes dans l'île l'attendent avec impatience. Avant son arrivée, une concertation devrait avoir lieu entre les prescripteurs et les responsables du planning familial, en collaboration avec les gynécologues hospitaliers.

Le contrôle des naissances à Mayotte est indispensable pour un développement harmonieux de l'île. La baisse de la mortalité infantile, le développement de l'économie de marché, l'aspiration à un meilleur niveau de vie justifient les nouvelles campagnes de la planification familiale à Mayotte, dont

le slogan actuel est « famille moins nombreuse, famille plus heureuse ».

Cependant, la promotion des différents moyens contraceptifs rencontre à Mayotte plusieurs obstacles. La prise quotidienne sur le long terme des contraceptifs oraux est mal tolérée. Le stérilet est un recours largement sous-utilisé : il est perçu comme un corps étranger non contrôlable et dangereux en raison de sa situation dans la cavité abdominale, à proximité de la zone génitale. Les injections trimestrielles de médroxyprogestérone ne sont en général pratiquées que sur des durées limitées en raison de leurs effets indésirables sur les saignements menstruels.

L'implant sous-cutané d'étonogestrel est un implant sous-cutané de progestatif à libération prolongée. Ce contraceptif trouverait certainement sa place à Mayotte. Sur cette île, où tous les moyens possibles de la planification familiale doivent être mis en œuvre, il pourrait représenter une alternative supplémentaire. Il serait par exemple particulièrement indiqué chez les femmes qui n'arrivent pas à s'astreindre à une prise quotidienne de contraceptif oral et/ou qui ont peur du stérilet qui leur est indiqué. Il existe, en médecine comme ailleurs, un effet de mode. Pour donner bonne réputation à ce nouveau moyen de contraception, une solide campagne d'information, ni trop inquiétante, ni trop enthousiaste, devrait être menée.

## Références bibliographiques

1. BLANCHY-DAUREL S – *La vie quotidienne à Mayotte*. Paris, l'Harmattan, 1990, 102 p.
2. COTTEN N, STANBACK J, MAIDOUKA H, TAYLOR-THOMAS JT & TURK T – Abandon rapide de l'utilisation des contraceptifs au Niger et en Gambie. *Perspectives internationales sur le Planning Familial*, N° spécial de 1993, 25-29.
3. FARR G, AMATYA R, DOH A, EKWEMPU CC, TOPPOZADA M et al. – Contraceptive efficacy of the Tcu 380 A in Africa. *Contraception*, 1996, 53, 293-298.
4. FONTAINE G – *Mayotte*. Paris, Karthala, 1995, 133 p.
5. INSEE, Antenne de Mayotte, 2002.
6. Inspection de la santé de la DASS de Mayotte, *PMI à Mayotte*, 1998.
7. LA REVUE PRESCRIRE, mai 2001, 21, 217, 330-333.