

**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE**  
**Union – Discipline - Travail**

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES**

**Année : 2018-2019**

**N° :**

# **THÈSE**

*Présentée en vue de l'obtention du*

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

*Par*

**DIGBE EYAMBI RAPHAELLE**

**Interne des Hôpitaux**

**Recours à la contraception orale  
d'urgence : Etude quantitative des  
données de consommation en Côte  
d'Ivoire de 2015 à 2018**

Soutenue publiquement le ...

## **COMPOSITION DU JURY**

<b>Président</b>	<b>: Madame KOUAKOU-SIRANSY Gisèle, Professeur Titulaire</b>
<b>Directeur</b>	<b>: Monsieur OUATTARA Mahama, Maître de Conférences Agrégé</b>
<b>Co-Directeur</b>	<b>: Madame OUATTARA N'Gnôh Djénéba, Chargé de Recherche</b>
<b>Assesseurs</b>	<b>: Madame KOUAKOU-SACKOU Julie, Maître de Conférences Agrégé</b>
	<b>: Madame ANGOUA-TANOE Emma Clarisse, Pharmacien d'officine</b>

**ADMINISTRATION ET  
PERSONNEL ENSEIGNANT DE  
L'UFR SCIENCES  
PHARMACEUTIQUES ET  
BIOLOGIQUES**

## **HONORARIAT**

Directeurs/Doyens Honoraires

Professeur RAMBAUD André  
Professeur FOURASTE Isabelle  
Professeur BAMBA Moriféré  
Professeur YAPO Abbé †  
Professeur MALAN Kla Anglade  
Professeur KONE Moussa †  
Professeur ATINDEHOU Eugène

## **ADMINISTRATION**

Directeur  
Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie  
Sous-Directeur Chargé de la Recherche  
Secrétaire Principal  
Documentaliste  
Intendant  
Responsable de la Scolarité

Professeur KONE-BAMBA Diénéba  
Professeur Ag IRIE-N'GUESSAN A.  
Professeur Ag DEMBELE Bamory  
Madame NADO-AKPRO Marie Josette  
Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert  
Monsieur GAHE Alphonse  
Madame DJEDJE Yolande

## **PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT**

### **PROFESSEURS TITULAIRES**

M.	ABROGOUA Danho Pascal	Pharmacie Clinique
Mmes	AKE Michèle	Chimie Analytique, Bromatologie
	AMARI Antoine Serge G.	Législation
	AMIN N'Cho Christophe	Chimie Analytique
	ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	DANO Djédjé Sébastien	Toxicologie
	GBASSI K. Gildas	Chimie Physique Générale
	INWOLEY Kokou André	Immunologie
Mme	KONE BAMBA Diéneba	Pharmacognosie
M.	KOUADIO Kouakou Luc	Hydrologie, Santé Publique
Mme	KOUAKOU-SIRANSY Gisèle	Pharmacologie
MM.	MALAN Kla Anglade	Chimie Analytique, Contrôle de Qualité
	MENAN Eby Ignace	Parasitologie - Mycologie
	MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	SAWADOGO Duni	Hématologie
M.	YAVO William	Parasitologie-Mycologie

### **MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M.	AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	AKE-EDJEME N'guessan Angèle	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	BARRO-KIKI Pulchérie	Parasitologie – Mycologie
M.	BONY François Nicaise	Chimie Analytique

	DALLY Laba Ismael	Pharmacie Galénique
	DEMBELE Bamory	Immunologie
Mme	DIAKITE Aïssata	Toxicologie
M.	DJOHAN Vincent	Parasitologie –Mycologie
Mmes	FOFIE N’Guessan Bra Yvette	Pharmacognosie
	IRIE-N’GUESSAN Amenan	Pharmacologie
MM.	KASSI Kondo Fulgence	Parasitologie-Mycologie
	KOFFI Angely Armand	Pharmacie Galénique
Mme	KOUAKOU-SACKOU Julie	Santé Publique
MM.	KOUASSI Dinard	Hématologie
	LOUKOU Yao Guillaume	Bactériologie-Virologie
	MANDA Pierre	Toxicologie
	OGA Agbaya Stéphane	Santé Publique et Economie de la Santé
	OUASSA Timothée	Bactériologie-Virologie
	OUATTARA Mahama	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
Mme	SANGARE TIGORI Béatrice	Toxicologie
MM.	YAPI Ange Désiré	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
	YAYO Sagou Eric	Biochimie et Biologie Moléculaire
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Bactériologie-Virologie

### **MAITRES ASSISTANTS**

MM.	ADIKO Aimé Cézaire	Immunologie
	ADJAMBRI Adia Eusebé	Hématologie
	ADJOUNGOUA Attoli Léopold	Pharmacognosie
Mmes	ABOLI-AFFI Mihessé Roseline	Immunologie
	AKA ANY-GRAH Armelle Adjoua S.	Pharmacie Galénique
	ALLA-HOUNSA Annita Emeline	Santé Publique
M.	ANGORA Kpongbo Etienne	Parasitologie-Mycologie
Mmes	AYE-YAYO Mireille	Hématologie
	BAMBA-SANGARE Mahawa	Biologie Générale
	BLAO-N’GUESSAN Amoin Rebecca J.	Hématologie
MM.	CABLAN Mian N’Dédey Asher	Bactériologie-Virologie
	CLAON Jean Stéphane	Santé Publique
	COULIBALY Songuigama	Chimie organique, Chimie Thérapeutique
Mme	DONOU-N’DRAMAN Aha Emma	Hématologie
MM.	EFFO Kouakou Etienne	Pharmacologie
	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
Mmes	KABLAN-KASSI Hermance	Hématologie
	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Santé Publique

M.	KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	KONATE Abibatou	Parasitologie-Mycologie
M.	KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
Mme	KOUASSI-AGBESSI Thérèse	Bactériologie-Virologie
MM.	KPAIBE Sawa André Philippe	Chimie Analytique
	N'GUESSAN Alain	Pharmacie Galénique
	N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
Mme	VANGA-BOSSON Henriette	Parasitologie-Mycologie

### **ASSISTANTS**

MM.	AMICHIA Attoumou Magloire	Pharmacologie
Mmes	AKOUBET-OUAYOGODE Aminata	Pharmacognosie
	ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille	Législation
	APETE-TAHOU Sandrine	Bactériologie-Virologie
	BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Santé Publique
MM.	BROU Amani Germain	Chimie Analytique
	BROU N'Guessan Aimé	Pharmacie clinique et thérapeutique
	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Pharmacologie
	DJATCHI Richmond Anderson	Bactériologie-Virologie
	DOFFOU Oriadje Elisée	Pharmacie clinique et thérapeutique
Mmes.	DOTIA Tiepordan Agathe	Bactériologie-Virologie
	HE-KOUAME Linda Isabelle	Chimie Minérale
M.	KACOU Alain	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
Mme	KAMAGATE Tairatou	Hématologie
MM.	KAMENAN Boua Alexis Thierry	Pharmacie clinique et thérapeutique
	KOFFI Kouamé	Santé Publique
	KONAN Jean Fréjus	Biophysique
Mmes	KONE Fatoumata	Biochimie et Biologie Moléculaire
	KONE-DAKOURI Yekayo Benedicte	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	KOUAHO Avi Kadio Tanguy	Chimie Organique, Chimie thérapeutique
	KOUAKOU Sylvain Landry	Pharmacologie
	KOUAME Jérôme	Santé Publique
Mme	KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde	Bactériologie-Virologie
MM.	LATHRO Joseph Serge	Bactériologie-Virologie
	MIEZAN Jean Sébastien	Parasitologie-Mycologie
	N'GBE Jean Verdier	Toxicologie
Mmes	N'GUESSAN Kakwokpo Clémence	Pharmacie Galénique
	N'GUESSAN-AMONKOU Anne C.	Législation
	ODOH Alida Edwige	Pharmacognosie
	SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Biochimie et Biologie moléculaire
	SICA-DIAKITE Amelanh	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
	TANOI-BEDIA Valérie	Parasitologie-Mycologie
M.	TE BONLE Leynouin Franck-Olivier	Pharmacie hospitalière
Mme	TIADÉ-TRA BI Marie Laure	Santé publique - Biostatistiques
M.	TRE Eric Serge	Chimie Analytique
Mmes	TUO-KOUASSI Awa	Pharmacie Galénique
	YAO Adjoua Marcelle	Chimie Analytique
MM.	YAO Jean Simon N'Ghorand	Chimie Générale
	YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale

Mmes      YAPO-YAO Carine Mireille  
             YEHE Desiree Mariette  
             ZABA Flore Sandrine

Biochimie  
Chimie Générale  
Bactériologie-Virologie

**CHARGEES DE RECHERCHE**

Mmes      ADIKO N'Dri Marcelline  
             OUATTARA N'Gnôh Djénéba

Pharmacognosie  
Santé Publique

**ATTACHE DE RECHERCHE**

M.            LIA Gnahoré José Arthur

Pharmacie Galénique

## **IN MEMORIUM**

Feu	KONE Moussa	Professeur Titulaire
Feu	YAPO Abbé Etienne	Professeur Titulaire
Feu	OUATTARA Lassina	Professeur Titulaire
Feu	COMOE Léopold	Maître de Conférences Agrégé
Feue	POLNEAU-VALLEE Sandrine	Maître de Conférences Agrégé
Feu	GUEU Kaman	Maître-Assistant
Feu	ALLADOUM Nambelbaye	Assistant
Feu	COULIBALY Sabali	Assistant
Feu	TRAORE Moussa	Assistant
Feu	YAPO Achou Pascal	Assistant

## **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

### **PROFESSEURS**

MM.	DIAINE Charles	Biophysique
	OYETOLA Samuel	Chimie Minérale

### **MAITRES DE CONFERENCES**

MM.	KOUAKOU Tanoh Hilaire	Botanique et Cryptogamie
	YAO N'Dri Athanase	Pathologie Médicale

### **MAITRE-ASSISTANT**

M.	KONKON N'Dri Gilles	Botanique, Cryptogamie
----	---------------------	------------------------

### **NON UNIVERSITAIRES**

MM.	AHOUSSE Daniel Ferdinand	Secourisme
	COULIBALY Gon	Activité sportive
	DEMPAH Anoh Joseph	Zoologie
	GOUEPO Evariste	Techniques officinales
Mme	KEI-BOGUINARD Isabelle	Gestion
MM	KOFFI ALEXIS	Anglais
	KOUA Amian	Hygiène
	KOUASSI Ambroise	Management
	N'GOZAN Marc	Secourisme
	KONAN Kouacou	Diététique
Mme	PAYNE Marie	Santé Publique

**COMPOSITION DES  
DEPARTEMENTS DE L'UFR  
SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES**



## **BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE**

Professeur	LOUKOU Yao Guillaume	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de Département
Professeurs	OUASSA Timothée	Maître de Conférences Agrégé
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CABLAN Mian N'Dédey Asher	Maître-Assistant
	KOUASSI-AGBESSI Thérèse	Maître-Assistante
	APETE-TAHOU Sandrine	Assistante
	DJATCHI Richmond Anderson	Assistant
	DOTIA Tiepordan Agathe	Assistante
	KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde	Assistante
	LATHRO Joseph Serge	Assistant
	ZABA Flore Sandrine	Assistante

## **BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE**

Professeur	MONNET Dagui	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeurs	HAUHOUOT-ATTOUNGBRE M.L.	Professeur Titulaire
	AHIBOH Hugues	Maître de Conférences Agrégé
	AKE-EDJEME N'Guessan Angèle	Maître de Conférences Agrégé
	YAYO Sagou Eric	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	KONAN Konan Jean Louis	Maître-Assistant
	KONE-DAKOURI Yekayo Benedicte	Assistante
	KONE Fatoumata	Assistante
	SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Assistante
	YAPO-YAO Carine Mireille	Assistante

## **BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE**

Professeur SAWADOGO Duni	Professeur Titulaire
	Chef de Département
Professeurs INWOLEY Kokou André	Professeur Titulaire
DEMBELE Bamory	Maître de Conférences Agrégé
KOUASSI Dinard	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs ABOLI-AFFI Mihessé Roseline	Maître-Assistante
ADIKO Aimé Cézaire	Maître-Assistant
ADJAMBRI Adia Eusèbe	Maître-Assistant
AYE-YAYO Mireille	Maître-Assistante
BAMBA-SANGARE Mahawa	Maître-Assistante
BLAO-N'GUESSAN A. Rebecca S.	Maître-Assistante
DONOU-N'DRAMAN Aha Emma	Maître-Assistante
KABLAN-KASSI Hermance	Maître-Assistante
KABRAN Tano K. Mathieu	Maître-Assistant
KOUAME Denis Rodrigue	Maître-Assistant
KAMAGATE Tairatou	Assistant
YAPO Assi Vincent De Paul	Assistant

## **CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE**

Professeur MALAN Kla Anglade	Professeur Titulaire
	Chef de Département
Professeurs AKE Michèle	Professeur Titulaire
GBASSI Komenan Gildas	Professeur Titulaire
AMIN N'Cho Christophe	Professeur Titulaire
BONY Nicaise François	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs KPAIBE Sawa André Philippe	Maître-Assistant
BROU Amani Germain	Assistant
HE-KOUAME Linda Isabelle	Assistante
TRE Eric Serge	Assistant

YAO Adjoa Marcelle	Assistante
YAO Jean Simon N’Ghorand	Assistant
YEHE Desiree Mariette	Assistante

### **CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Professeur OUATTARA Mahama	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeur YAPI Ange Désiré	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs COULIBALY Songuigama	Maitre-Assistant
N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul	Maitre-Assistant
KACOU Alain	Assistant
KOUAHO Avi Kadio Tanguy	Assistant
SICA-DIAKITE Amelanh	Assistante

### **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE**

Professeur MENAN Eby Ignace H.	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs YAVO William	Professeur Titulaire
BARRO KIKI Pulchérie	Maître de Conférences Agrégé
DJOHAN Vincent	Maître de Conférences Agrégé
KASSI Kondo Fulgence	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs ANGORA Kpongbo Etienne	Maître-Assistant
KONATE Abibatou	Maître-Assistante
VANGA-BOSSON Henriette	Maître-Assistante
MIEZAN Jean Sébastien	Assistant
TANOI-BEDIA Valérie	Assistante

## **PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE**

Professeur	KOFFI Armand A.	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeurs	AMARI Antoine Serge G. DALLY Laba Ismaël	Professeur Titulaire Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	AKA ANY-GRAH Armelle A.S. N'GUESSAN Alain ALLOUKOU-BOKA P.-Mireille LIA Gnahoré José Arthur N'GUESSAN Kakwokpo Clémence N'GUESSAN-AMONKOU A. Cynthia TUO-KOUASSI Awa	Maître-Assistante Maître-Assistant Assistante Attaché de recherche Assistante Assistante Assistante

## **PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE, CRYPTOGRAMIE**

Professeur	KONE BAMBA Diénéba	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeur	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	ADJOUGOUA Attoli Léopold ADIKO N'dri Marcelline AKOUBET-OUAYOGODE Aminata ODOH Alida Edwige	Maître-Assistant Chargée de recherche Assistante Assistante

## **PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE**

Professeur	KOUAKOU SIRANSY N'Doua G.	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeur	ABROGOUA Danho Pascal IRIE N'GUESSAN Amenan G.	Professeur Titulaire Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	EFFO Kouakou Etienne AMICHIA Attoumou M.	Maître-Assistant Assistant

BROU N'Guessan Aimé	Assistant
DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Assistant
DOFFOU Oriadje Elisée	Assistant
KAMENAN Boua Alexis	Assistant
KOUAKOU Sylvain Landry	Assistant
TE BONLE Leynouin Franck-Olivier	Assistant

**PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES  
ET INFORMATIQUE**

Professeur GBASSI Komenan Gildas	Professeur Titulaire
	Chef de Département
Docteur KONAN Jean-Fréjus	Assistant

**SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE**

Professeur KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire
	Chef de département
Professeurs DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
DIAKITE Aissata	Maître de Conférences Agrégé
KOUAKOU-SACKOU J.	Maître de Conférences Agrégé
MANDA Pierre	Maître de Conférences Agrégé
OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
SANGARE-TIGORI Béatrice	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs CLAON Jean Stéphane	Maître-Assistant
HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Maître-Assistante
KONAN-ATTIA Akissi Régine	Maître-Assistante
OUATTARA N'gnôh Djénéba	Chargée de Recherche
BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Assistante
KOFFI Kouamé	Assistant
KOUAME Jérôme	Assistant
N'GBE Jean Verdier	Assistant
TIADE-TRA BI Marie Laure	Assistante

# DEDICACES

### **AU DIEU DE MON CŒUR,**

Infinie reconnaissance pour la réalisation de ce travail qui a été une très belle épreuve. Merci de m’être toujours fidèle malgré mes manquements.

### **A MON VAILLANT PERE,**

Je ne pouvais espérer meilleur appui et soutien que ce dont tu m’as gratifié toute ma vie. Tu m’as appris à ne pas avoir peur du travail et des difficultés de la vie. Ce travail est le fruit de tous tes sacrifices pour moi et je ne peux qu’exprimer toute ma profonde gratitude pour tes encouragements et conseils quotidiens. Ce travail est le tien et j’espère que tu seras fier de moi. Puisse Dieu te protéger, te bénir et te donner longue vie auprès de nous.

### **À MA TENDRE MERE,**

Femme généreuse, toujours soucieuse de l’avenir de tout un chacun. Ton amour, ta générosité, ta grandeur d’âme et ta foi infaillible ont contribué énormément à la construction de l’être que je suis devenue. Je t’aime énormément maman. Que le Seigneur te bénisse, te comble de toutes ses grâces et t’accorde santé et longévité. J’espère te rendre heureuse.

### **AUX FAMILLES ETTE ET YAPO,**

Vous trouverez ici par ces quelques mots, l’expression de mon infinie reconnaissance et de ma profonde gratitude pour votre amabilité, votre chaleur humaine, vos plats succulents, vos encouragements, votre soutien et prière à mon endroit.

### **A POUPOU,**

Un grand merci à toi pour ton amour et ton soutien tout au long de ces années. Tes conseils et câlins m’ont été d’une grande aide quand le découragement s’annonçait.

À CHOUPI, PASCOU, JOKOU, ALLOU, AGENOR, RAYMOND,  
ABRAHAM, HENOC, MC ARMEL, ANNE, SIRINA, GABIN, MICHEL, ET  
A TOUTE LA PHARMA 34

Merci pour les fous rires et moments agréables passés et à venir.

AUX DOCTEURS MENEAS M., KRE J., KOUAKOU C., KONE Y.,  
AMOUIN J.N., ET BAHI,

Merci pour tous ces conseils et leçons de vie.

A TOUTE LA CORPORATION DES INTERNES DES HOPITAUX ET A  
L'ASSOCIATION DES INTERNES DES HOPITAUX DE COTE D'IVOIRE  
(AIHCI),

Je suis fier d'appartenir à votre famille.

A L'ADEPHARM, A LA COMMUNAUTE CATHOLIQUE ET A  
L'ENSEMBLE DES ETUDIANTS EN PHARMACIE DE L'UFR SPB,

Je vous remercie pour votre considération et sympathie à mon égard.

A MADEMOISELLE CHRISTEL KOFFI,

Grand Merci !

Nombreux vous êtes de près ou de loin à m'avoir aidé à réaliser ce travail et à  
me soutenir moralement, merci à vous.



# REMERCIEMENTS

AUX DIRIGEANTS ET ACTEURS DES GROSSISTES REPARTITEURS PRIVES ET PUBLIQUES DE CÔTE D'IVOIRE, DPCI, TEDIS PHARMA, NOUVELLE PSP, COPHARMED ET UBIPHARM CI,

Mes sincères remerciements pour votre apport précieux à la réalisation cette thèse.

AUX DOCTEURS ADJA GNAMIEN, AKONGUHI, BLONDE ABEL, CODO, ELOI OUATTARA, HALALI, KONE, YAO DUAMEL ET À MESSIEURS ABOBO MARCELIN ET KOUADIO PAULIN,

Recevez toute ma reconnaissance et mon profond respect pour m'avoir donné de votre temps.

AUX DOCTEURS N'GUESSAN DETO JEAN PAUL, COULIBALY SONGUIGAMA, KOUAHO AVI KADIO TANGUY ET À TOUTE L'EQUIPE DU DEPARTEMENT DE CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE,  
Je voudrais vous souligner toute ma gratitude pour votre temps et l'entraide que vous m'avez apportée.

AUX MAITRE-ASSISTANTS ET ASSISTANTS DU DEPARTEMENT D'HEMATOLOGIE DE L'UFR SPB,

Recevez également toute ma reconnaissance pour l'accueil, la convivialité, la confiance et les connaissances acquises durant mon séjour de monitrice dans votre département.

AUX DOCTEURS ESSO DAVY, HOUPHOUET JACQUELINE ET EROUBINOU,

Je vous remercie de votre confiance et d'avoir été des seconds parents pour moi.

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE L'UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES,

Merci de m'avoir fait bénéficier de votre savoir durant toutes ces années.

AU PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION DE L'UFR DES SCIENCES  
PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES D'ABIDJAN,

Mes sincères remerciements !

# A NOS MAÎTRES ET JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Madame le Professeur Titulaire KOUAKOU-SIRANSY GISELE

- *Professeur titulaire en Pharmacologie*
- *Chef du département, pharmacie hospitalière et pharmacie clinique*
- *Responsable du Master Sciences du Médicament et Valorisation des Substances Naturelles, spécialité : Pharmacologie*
- *Coordonnatrice nationale du Programme Thématique de Recherche Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaine du CAMES (PTR/PMTA/CAMES)*
- *Conseiller auprès du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de la Région Sud1*
- *Titulaire d'une thèse de doctorat unique en pharmacologie et l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *Titulaire d'un DEA en physiologie animale*
- *Pharmacien hospitalier au CHU de Cocody ;*
- *Ancien interne des hôpitaux*
- *Vice-Présidente de la SOPHACI (Société Pharmaceutique de Côte d'Ivoire)*
- *Membre de la Société Française de la Pharmacologie et de la thérapeutique*
- *Membre de la Société Française d'Ethnopharmacologie*
- *Membre de la Société de Pharmacologie et de Toxicologie du Burkina Faso*
- *Membre de la Société Africaine de Physiologie et de Physiopathologie*

Chère Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant avec spontanéité de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos qualités d'enseignant tout au long de notre cursus universitaire.

Et nous vous sommes infiniment reconnaissant. Que ce travail soit le gage de notre respect et de notre grande admiration pour vos qualités pédagogiques indéniables !

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE  
Monsieur le Professeur OUATTARA MAHAMA

- *Pharmacien, Maître de Conférences Agrégé de Chimie Thérapeutique*
- *Docteur des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Montpellier I.*
- *Directeur Adjoint de la Direction de la Pharmacie, Médicament et des Laboratoires de Côte d'Ivoire (DPML)*
- *Pharmacien-inspecteur des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques des médicaments à usage humain*
- *Président du Groupe Technique de Travail pour l'élaboration des outils de bonnes pratiques de fabrication et d'inspection de la CEDEAO*
- *Membre du Comité technique consultatif de la Cellule pour l'Harmonisation de la Réglementation et la Coopération Pharmaceutique de l'UEMOA*
- *Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie (SOACHIM)*
- *Membre de la Société de Chimie Thérapeutique de France (SCt France)*
- *Président de la Société savante Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI)*
- *Lauréat du prix de Recherche Santé 2003 du Ministère de la Recherche Scientifique de la République de Côte d'Ivoire*
- *Lauréat du Prix d'Excellence 2018, 2ème Prix du meilleur cadre supérieur de la santé*
- *Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé de Côte d'Ivoire*

Cher Maître,

Nous avons été marqués par votre simplicité, votre disponibilité, votre enthousiasme, et vos exceptionnelles qualités professionnelles et humaines. Merci pour vos critiques constructives et vos sages conseils.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre infinie gratitude et de notre profond respect. Que DIEU vous comble de ses bénédictions.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE  
Madame le Docteur OUATTARA N'GNÔH DJENEBA

- *Pharmacien, PhD de Santé Publique*
- *DUI de Statistique appliquée à la Recherche Clinique, à l'épidémiologie et à la biologie : Option Méthodologie statistique, Epidémiologie*
- *DEA de Santé Publique*
- *DU : Essais cliniques et maladies tropicales et Infectieuses*
- *Maîtrise de Santé Publique*
- *Chargée de Recherche en Santé Publique à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan*
- *Responsable du Volet Santé Publique du Groupe de Recherche et d'Aide à la Communication Scientifique (GRACS) de l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan*
- *Présidente de l'instance de coordination des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CCM-Côte d'Ivoire)*
- *Membre de l'Institut National des Administrateurs de Côte d'Ivoire (INAD-CI)*
- *Membre du Conseil d'Administration de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (Nouvelle PSP)*
- *Membre du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale d'Assurances Maladie (CNAM)*
- *Evaluateur de projets de recherche PASRES au Centre Suisse de Recherche Agronomique*

Chère Maître,

Nous voudrions vous exprimer toute notre vive reconnaissance pour votre contribution à la réussite de ce travail. Soyez assurée de notre profond respect pour nous avoir fait bénéficier de votre expérience, de votre rigueur scientifique et professionnelle.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre infinie gratitude.

Que DIEU vous comble de ses bénédictions.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE  
MADAME le Docteur KOUAKOU-SACKOU Julie

- ✓ *Docteur en Pharmacie ;*
- ✓ *Professeur agrégé en hygiène et santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody- Abidjan- Département d'Hygiène de l'Environnement, Santé Publique et Toxicologie ;*
- ✓ *Thèse Unique en Santé Publique Université Félix Houphouët Boigny Abidjan ;*
- ✓ *Diplôme Universitaire d'Education pour la Santé Université Paris 13 Nord- Bobigny Sorbonne-Cité ;*
- ✓ *Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en Hygiène Alimentaire Université de Cocody Abidjan ;*
- ✓ *Ancien interne des Hôpitaux ;*
- ✓ *Membre de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education en Santé (UIPES) ;*
- ✓ *Membre de la société française de santé publique (SFSP)*

Chère maître,

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous vous exprimons notre respectueuse admiration et notre fierté de vous avoir comme maître.

Merci chère Maître.



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur ANGOUA-TANOE Emma Clarisse

- *Docteur en Pharmacie*
- *Pharmacien titulaire de la Pharmacie des Finances au Plateau.*
- *Vice-Présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (CNOPCI)*
- *Présidente de la Section Plateau de l'Union Nationale Des Pharmaciens Privés de Côte d'Ivoire (UNPPCI)*
- *Membre statutaire du conseil de gestion du Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNPTIR)*
- *Créatrice de Plein Sud Beauté, spécialisée en conseil et en vente de produits dermocosmétiques*

Chère Maître,

Votre accord spontané à juger ce modeste travail nous ravit. Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres de notre jury.

Veillez recevoir, chère maître, l'expression de notre sincère gratitude.

# SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES .....	XXVI
LISTE DES TABLEAUX .....	XXVIII
LISTE DES ABREVIATIONS .....	XXIX
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE .....	5
Chapitre I.: DEFINITIONS .....	6
I.Santé sexuelle et reproductive .....	6
II.Contraception et planning familial .....	7
Chapitre II. : ETAT DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D’IVOIRE .....	9
I.Historique, politique et règlementations .....	9
II.Circuit de distribution des contraceptifs en Côte d’Ivoire : fabricants, importateurs, grossistes et prestataires.....	16
III.Organismes de soutien : coordination, financement et communication .....	21
IV.Contraception et IST/VIH-SIDA .....	25
CHAPITRE III : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .....	34
I.Les méthodes contraceptives .....	34
II. La contraception d’urgence .....	45
DEUXIEME PARTIE : ETUDE DESCRIPTIVE .....	60
CHAPITRE I. MATERIEL ET METHODES .....	61
I.MATERIEL.....	61
II.METHODES.....	66
CHAPITRE II : RESULTATS.....	69
CHAPITRE III : DISCUSSIONS .....	80
CHAPITRE IV : PERSPECTIVES.....	92
CONCLUSION .....	98
RECOMMANDATIONS.....	100
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	103
ANNEXES .....	114
TABLES DES MATIERES .....	118

# LISTE DES FIGURES

<b>FIGURE 1:</b> REPARTITION DES PRESTATAIRES DE SANTE ET DE LA POPULATION À ABIDJAN ET À L'INTERIEUR .....	20
<b>FIGURE 2:</b> EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH SELON LES DIFFERENTES ENQUETES EN POPULATION GENERALE CHEZ LES 15-49 ANS. ....	30
<b>FIGURE 3:</b> NOMBRE DE PRESERVATIFS DISTRIBUES DE 2006 A 2008.....	33
<b>FIGURE 4:</b> SCHEMA PRESENTANT LES MECANISMES D'ACTION DES ESTROGENES ET DES PROGESTATIFS.....	42
<b>FIGURE 5:</b> PHOTO DE PILULES CONTRACEPTIVES. ....	42
<b>FIGURE 6:</b> PHOTO D'UN ANNEAU VAGINAL. ....	43
<b>FIGURE 7:</b> PHOTO D'UN PATCH CONTRACEPTIF.....	43
<b>FIGURE 8:</b> PHOTO D'UN IMPLANT.....	43
<b>FIGURE 9:</b> SCHEMA ILLUSTRANT LA STERILISATION MASCULINE.....	44
<b>FIGURE 10:</b> SCHEMA ILLUSTRANT LA STERILISATION FEMININE.....	45
<b>FIGURE 11 :</b> SCHEMA D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN DANS L'UTERUS. ....	52
<b>FIGURE 12 :</b> PHOTO D'UNE PILULE DE LENDEMAIN <i>NORLEVO</i> ®. ....	54
<b>FIGURE 13:</b> PHOTO D'UNE PILULE D'ULIPRISTAL SOUS LA SPECIALITE ELLA ONE® . ....	57
<b>FIGURE 14:</b> STRUCTURE CHIMIQUE DE L'ULIPRISTAL D'ACETATE.....	57
<b>FIGURE 15:</b> VARIATION DU COUT DE VENTE DES PCU DISPONIBLES EN COTE D'IVOIRE. ....	71
<b>FIGURE 16:</b> DISTRIBUTION DU LEVONORGESTREL SUR LA PERIODE 2015-2018. ....	72
<b>FIGURE 17:</b> DISTRIBUTION DE L'ULIPRISTAL SUR LA PERIODE 2015-2016.....	73
<b>FIGURE 18:</b> DISTRIBUTION DES PCU PAR DISTRICT DE COTE D'IVOIRE EN 2018. ....	75

<b>FIGURE 19:</b> DISTRIBUTION DES PCU PAR COMMUNE ET SOUS-PREFECTURE D'ABIDJAN EN 2018.....	75
<b>FIGURE 20:</b> COURBES D'EVOLUTION DE LA POPULATION DE FEMMES ET DE LA DISTRIBUTION DES PCU DE 2015 A 2018. ....	76
<b>FIGURE 21:</b> COURBES DE DISTRIBUTION DES PCU ET DU NOMBRE DE FEMMES PAR DISTRICT EN 2018. ....	77
<b>FIGURE 22:</b> COMPARAISON DE LA DISTRIBUTION DE PCU ET LE NOMBRE DE FEMMES PAR COMMUNE ET SOUS-PREFECTURE D'ABIDJAN EN 2018.....	79

# LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU I:</b> QUELQUES ACQUIS EN MATIERE DE DROITS PRODUCTIFS, CLASSES PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE. ....	15
<b>TABLEAU II:</b> LISTE DES ACTEURS DU MARCHE DE DISTRIBUTION. ....	17
<b>TABLEAU III:</b> CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES PRODUITS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LES DIFFERENTS SECTEURS.....	18
<b>TABLEAU IV:</b> TYPES D'INTERVENTION PAR ONG. ....	20
<b>TABLEAU V:</b> VOLUME DU MARCHE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS EN 2015.....	33
<b>TABLEAU VI:</b> NOMBRE DE PCU DISPONIBLES CHEZ LES GROSSISTES REPARTITEURS. ....	69
<b>TABLEAU VII:</b> PRODUITS UTILISES DANS LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE EN COTE D'IVOIRE ET LEUR PRIX DE VENTE CHEZ LES DIFFERENTS GROSSISTES REPARTITEURS.....	70
<b>TABLEAU VIII:</b> DISTRIBUTION DES PCU PAR DCI DE 2015 À 2018.....	73

# LISTE DES ABREVIATIONS

ACPCI	ASSOCIATION DES CLINIQUES PRIVEES DE CÔTE D'IVOIRE
AIBEF	ASSOCIATION IVOIRIENNE DE BIEN ETRE FAMILIAL
AIMAS	ASSOCIATION IVOIRIENNE DE MARKETING SOCIAL
AMM	AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE
ASC	AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
CAO	CADRE D'ACCELERATION DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE
CCC	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT
CCSC	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL
CDCI	COMPAGNIE DE DISTRIBUTION DE CÔTE D'IVOIRE
CDD	CONTRAT DE DESENDETTEMENT ET DE DEVELOPPEMENT
CHU	CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE
CHU	CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE
CIPD	CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT
CNOP-CI	CONSEIL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DE CÔTE D'IVOIRE
CNTS	CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE
COC	CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES
CP	COMITE DE PILOTAGE
CTMO	COMITE TECHNIQUE DE MISE EN ŒUVRE
CU	CONTRACEPTION D'URGENCE
DCI	DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE
DC-PNSR/PF	DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE REPRODUCTIVE/PLANNIG FAMILIAL
DIU	DISPOSITIF INTRA UTERIN
DPML	DIRECTION DE LA PHARMACIE DU MEDICAMENT ET DU LABORATOIRE
DS	DISTRICT SANITAIRE
EDS-MICS	ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET SANTE A INDICATEURS MULTIPLES
EIS	ENQUETE SUR LES INDICATEURS DU SIDA
FS	FORMATION SANITAIRE
FSH	FOLLICLE-STIMULATING (HORMONE FOLLICULO-STIMULANTE)
GnRH	GONADOTROPIN-RELEASING HORMONE (HORMONE DE LIBERATION DES GONADOTROPHINES)
HAS	HAUTE AUTORITE DE SANTE
IPPF	INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION
IST	INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE
JHU/CCP	JOHN HOPKINS UNIVERSITY/CENTER FOR COMMUNICATIONS PROGRAMS
KfW	KREDITANSTALT FÜR WIEEDERANFBAN (BANQUE DE DEVELOPPEMENT ALLEMANDE)

LH	LUTEINIZING HORMONE (HORMONE LUTEINISANTE)
LNG	LEVONORGESTREL
MAMA	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE
MAPHAR	MAISON DU PHARMACIEN
MSHP	MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE
MSLS	MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
NPSP-CI	NOUVELLE PHARMACIE DE LA SANTE PUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
ODM	OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
ONP	OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION
ONUSIDA	PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
OSC	ORANISATION DE LA SOCIETE CIVILE
PCU	PILULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE
PF	PLANIFICATION FAMILIALE
PIP	PROGRAMME D'INVESTISSEMENT PUBLIQUE
PMA	PAQUET MINIMUM DES ACTIVITES
PNDAP	PROGRAMME NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE PHARMACEUTIQUE
PNDS	POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION ET DU PLAN NATIONAL DE DEVOLEPPEMENT SANITAIRE
PNSME	PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT
PROSUMA	SOCIETE IVOIRIENNE DE PROMOTION DE SUPERMARCHE
PSN	PROGRAMME DE SANTE NATIONAL
PVRH	POLITIQUE DE VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES
PVVIH	PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH
REPMASCI	RESEAU DES PROFESSIONNELS DES MEDIAS ART ET DES SPORTS POUR LA LUTTE CONTRELE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE
SIDA	SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE
SMI/PF	SANTE MATERNELLE ET INFANTILE / PLANNIFICATION FAMILIALE
SSR	SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE
UFR	UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
UNFPA	FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION
UPA	ULIPRISTAL ACETATE
USAID	UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
USD	UNITED STATES DOLLAR
VIH	VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE

# INTRODUCTION



Le contrôle de la fertilité a toujours été un enjeu dans la vie des sociétés.

Les méthodes utilisées pour contrôler la fécondité ont connu une évolution dans le temps. Ainsi, aux méthodes contraceptives dites naturelles (coït interrompu ou abstinence périodique) succéderont au XX<sup>e</sup> siècle, les méthodes contraceptives modernes constituées de dispositifs mécaniques ou médicaux (pilule, implant, injection etc.). [1]

Aussi l'accès universel aux méthodes contraceptives modernes fait plus que jamais partie des composantes importantes de la santé maternelle et infantile. En effet, les objectifs de développement durable 3 et 5 (ODD3 et ODD5) respectivement en matière de santé et d'égalité entre les sexes issus de la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire et de la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, visent des aspects liés à la santé de la reproduction et les droits afférents, y compris la planification familiale. La cible 3.7 de l'ODD3 invite les gouvernements à assurer aux populations un accès élargi aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à des fins de régulation de la fécondité, d'information et d'éducation. La cible 5.6 de l'ODD5 met l'accent sur la garantie de la mise en place d'un cadre qui favorise l'exercice des droits sexuels et reproductifs dans le respect des textes fondamentaux qui les consacrent [2]. L'accès aux services de planification familiale y est présenté comme étant un droit fondamental pour les hommes et les femmes à décider librement, et de manière éclairée, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances.

Cependant les disparités observées dans le monde montrent que l'exercice du droit à la planification familiale n'est pas acquis. Les niveaux de fécondité en Afrique subsaharienne figurent parmi les plus élevés au monde. Cela s'explique notamment par les obstacles d'ordre économique, politico-institutionnel et socioculturel à l'accès aux services de planification familiale.

En Côte d'Ivoire, le taux de prévalence contraceptive moderne de 6% en 1994

[3] est passé à 14% en 2012 selon l'Enquête démographique et de santé de 2012. [4]. En 2016, il est passé à 14.3% selon la cinquième enquête à indicateurs multiples (MICS5) et reste toujours faible. C'est donc 84.5 % des femmes qui ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale. [5]

C'est dans ce cadre que la contraception d'urgence vient renforcer la planification familiale en s'adressant d'une part aux femmes non protégées qui ne désirent pas une grossesse et d'autre part aux incidents de contraception régulière. Elle a pour objectif d'éviter le recours à des interruptions de grossesse dont les complications physiques et psychologiques ne peuvent être négligées.

Toutefois, son accès trop facilité à la population et sa consommation abusive et exclusive par cette dernière pourrait être un prétexte au choix d'une sexualité non responsable, favorisant des conséquences graves (augmentation du taux d'IST et VIH, de grossesses non désirées etc.) réduisant à néant tous les efforts réalisés jusque-là en matière de santé de la mère et de l'enfant.

Dès lors, l'objectif général de ce travail est d'évaluer la consommation nationale de pilules contraceptives d'urgence (PCU) sur la période de 2015 à 2018.

De façon spécifique il s'agira pour nous de :

- Identifier dans le temps, les spécialités les plus utilisés ainsi que les grossistes qui les fournissent
- Etablir la proportion des pilules distribuées par chaque grossiste présent sur le territoire
- Distinguer les zones les plus utilisatrices et celles les moins utilisatrice de PCU en Côte d'Ivoire.

Ainsi, notre étude comportera deux (02) parties :

- dans la première partie, nous allons faire une revue bibliographique des méthodes contraceptives en particulier la contraception d'urgence.
- dans la deuxième partie, nous allons exploiter les données afin de faire un état

des lieux sur la distribution et la consommation des pilules contraceptives d'urgence en Côte d'Ivoire.

# **PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE**

## **CHAPITRE I. : DEFINITIONS**

### **I. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, ni discrimination et ni violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis. [6]

En effet la santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de maladie sexuellement transmissible ou de dysfonctionnement des appareils génitaux. Son importance n'est pas limitée à l'activité sexuelle. Elle inclut la capacité de comprendre et d'évaluer les risques, les responsabilités, les résultats et les impacts des actes sexuels et de pratiquer l'abstinence, le cas échéant. Elle inclut également la protection contre les abus sexuels, la discrimination et la capacité d'intégrer la sexualité dans leur vie, d'avoir des relations intimes d'une manière compatible avec ses propres valeurs si elles le souhaitent.

Quant à la **santé reproductive ou génésique** qui s'inscrit dans le cadre de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS, s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. [7]

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ; ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent.

Cette conception de la santé génésique suppose 2 implications :

Premièrement, que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables ; Deuxièmement, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Selon la Conférence internationale sur la population et le développement qui a eu lieu au Caire en 1994, il existe un lien évident entre la santé reproductive, les droits humains et le développement durable. Si les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive ne sont pas satisfaits, les personnes se retrouvent privées du droit de faire des choix fondamentaux relativement à leur propre corps et à leur propre avenir, une situation qui a des répercussions sur le bien-être de leur famille et sur les générations futures. Et vu que ce sont les femmes qui mettent les enfants au monde et qui sont souvent aussi responsables de leur éducation, les questions relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sont indissociables de la question de l'égalité. Par conséquent, le déni de l'ensemble de ces droits exacerbe la pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes.

## **II. CONTRACEPTION ET PLANNING FAMILIAL**

Les droits fondamentaux sont les droits inaliénables de tous les êtres humains, hommes et femmes, mariés ou non, de tous âges, statuts ou identités. C'est à ce titre qu'ils doivent être protégés, respectés et mis en œuvre.

Les droits des femmes et les droits en matière de sexualité et de procréation font partie intégrante des droits de la personne. Ce principe a été affirmé à la

Conférence sur les droits de l'homme de Vienne en 1993 [8] et à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994. [9]

En effet, les droits en matière de sexualité et de procréation font partie d'un continuum des droits de la personne qui inclut le droit à la vie, à la santé, à l'éducation, le droit à l'égalité et à la non-discrimination et le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir ainsi que du moment et de l'espacement des naissances.

## **CHAPITRE II. : ETAT DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D'IVOIRE**

### **I. Historique, politique et réglementations**

#### **I.1. Historique**

La position de l'Etat ivoirien sur la croissance démographique a connu deux étapes : une première caractérisée par la défense de thèses populationnistes et une seconde liée à l'adhésion à la maîtrise de la fécondité.

La croissance économique au lendemain de l'indépendance de la Côte d'Ivoire a permis de mettre en œuvre des infrastructures en faveur de la population. Ce développement économique a très largement compensé l'accroissement démographique de façon à dégager un gain important de revenu annuel par habitant. Au cours de cette période de croissance, le gouvernement avait une attitude pro nataliste. La planification familiale (PF) n'était pas intégrée dans le Paquet Minimum des Activités (PMA) des services de santé.

La position du gouvernement ivoirien en matière de fécondité et de croissance démographique a varié tout en demeurant du type populationniste jusqu'à la fin des années 1980. Cette option s'est matérialisée par un laisser-faire en matière de fécondité et d'immigration de 1960 à 1975. À partir du deuxième plan quinquennal (1976-1980), la recherche d'une croissance naturelle plus forte constituera le moyen essentiel pour concrétiser cette vision.

L'idée d'un effet positif de la croissance et de la densité de la population sur le développement économique et social est le facteur essentiel à l'origine de cette attitude populationniste de la puissance publique.

Concernant la représentation de l'enfant, toute naissance est perçue comme positive du fait de la conception de la personne humaine qui amène à supposer



que l'enfant est porteur de l'âme d'un membre de la communauté des ancêtres. Cette conception, qui est une survivance des croyances anciennes, fait de la limitation des naissances un sujet presque tabou.

Du point de vue socio-économique, il faut mentionner comme facteurs d'une forte demande d'enfants, le travail que les enfants effectuent pour leurs parents, la sécurité qu'ils sont censés leur apporter durant leurs vieux jours, et le prestige social que confère une descendance nombreuse.

Au total, le maintien de la position populationniste en Côte d'Ivoire ne relève pas uniquement de raisons d'ordre économique et matériel, mais aussi de raisons de nature culturelle et religieuse.

La récession économique continue due en partie à la chute des prix des matières premières agricoles, enregistrée depuis la fin des années 1970, conjuguée à une croissance démographique exponentielle a fortement affecté le niveau de vie acquis de façon à installer dans le temps la pauvreté.

Durant cette période de récession économique, la mortalité maternelle est apparue comme un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, en 1994, pour 100.000 naissances vivantes, on enregistrait plus 597 décès. Le faible recours à la contraception moderne (prévalence contraceptive de 5,7%) a constitué un facteur très significatif de cette mortalité maternelle. Les interactions complexes entre les facteurs démographiques et les aspects socioéconomiques dans le processus de développement ont emmené les pouvoirs publics à prendre en compte la maîtrise démographique. En 1991, le Gouvernement adopte la Politique de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) qui prend en compte les préoccupations politiques et stratégiques en matière de population. Cette évolution positive se renforce en avril 1991 par la tenue à Grand Bassam d'un séminaire national sur la planification familiale qui définit les objectifs généraux de la planification familiale en Côte d'Ivoire.

La participation du pays à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est déroulée au Caire (Egypte) en septembre 1994 marque un tournant décisif en matière de population. Cette conférence a permis de passer des concepts de Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale (SMI/PF) au concept de Santé de la Reproduction plus globalisant, prenant en compte toutes les populations cibles que sont la Femme, l'Enfant, l'Adolescent, le Jeune et l'Homme, tout en mettant un accent particulier sur la prise en compte des besoins réels et croissants des jeunes en matière de santé de la reproduction.

Le Gouvernement ivoirien ayant pris conscience de l'importance des problèmes démographiques et de santé, a donc adopté une attitude de plus en plus favorable vis à vis de la planification familiale qui s'est concrétisée en 1998 par l'adoption de la politique et du plan stratégique de la santé de la reproduction avec une priorité accordée à la planification familiale. Cela s'inscrit dans le cadre de la déclaration de Politique Nationale de Population et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), dont le but est l'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement durable.

La mise en œuvre de ce programme a permis d'obtenir des résultats positifs dont on peut citer l'augmentation de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes qui était estimée en 1994 à 5,7% est passée en 1999 à 10%, soit une augmentation de 7,3 points. Ce résultat traduit la baisse de l'indice synthétique de fécondité qui est passée de 5,7% en 1994 à 5,2% en 1998, soit une diminution d'un demi-enfant en l'espace de 5 ans.

Cependant depuis quelques années, l'on assiste à une nouvelle orientation dans les priorités et les ressources des gouvernements dirigée vers la lutte contre le VIH/SIDA, au détriment des programmes de Planification Familiale et de santé de la reproduction.

La baisse d'intérêt et l'immense besoin non satisfait en planification familiale, ont justifié la tenue d'une conférence régionale, sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'ouest en février 2005 à Accra au Ghana. Cette conférence a reconnu la planification familiale comme une stratégie très efficace pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) précisément les ODM 4 ET ODM 5 liés à la santé des mères et des nourrissons en Afrique.

Il faudra désormais considérer la planification familiale comme un véritable outil de développement. Il a été donc recommandé aux Etats d'œuvrer au repositionnement de la planification familiale pour contribuer à la réduction de la pauvreté dans notre zone ouest Africaine et, cela passe nécessairement par le plaidoyer pour un engagement fort des politiques et de la société civile dans sa pluralité.

On note par ailleurs que sous initiative de la communauté internationale, la Côte d'Ivoire a adopté un Cadre d'Accélération des OMD (CAO), comme modalité pour booster les progrès afin d'accélérer l'atteinte des résultats. La planification familiale constitue un des domaines prioritaires. [3,4,13,26,27]

## **I.2. Politique**

Depuis 1999, la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique de santé de la reproduction et de planification familiale auquel les différentes organisations offrant des services, qu'elles soient étatiques, paraétatiques ou privées, sont censées se conformer. Ce document constitue la référence en la matière dans la mesure où sont définis les objectifs, les stratégies et les activités complémentaires à développer dans le cadre plus global de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction. [26]

Quatre axes stratégiques ont été retenus pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé de la reproduction :

- La stimulation de la demande en matière de santé de la reproduction.
- L'accroissement sensible et graduel de l'offre des services en matière de santé de la reproduction.
- La maximalisation de l'accessibilité et de la qualité des services et des prestations de la santé de la reproduction.
- L'intégration des différentes prestations en matière de la santé de la reproduction dans le Paquet Minimum d'Activités délivré à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Au plan opérationnel, les stratégies et activités en matière de santé de la reproduction sont mises en œuvre à travers six programmes de santé :

- Le Programme National de Santé de la Reproduction /Planification Familiale, initié en mai 1996, vise à réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité chez les femmes et les hommes et à améliorer la santé en matière de sexualité chez les jeunes et les adolescents ;
- Le Programme National Santé infantile, démarré en mai 1996, a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies de l'alimentation du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant et d'améliorer la survie de l'enfant ;
- Le Programme National Santé Scolaire et Universitaire, initié en décembre 2001, a pour but la promotion de la santé des élèves et des étudiants en leur fournissant un ensemble de prestations préventives, curatives et promotionnelles ;

- Le Programme Elargi de Vaccination, démarré en mars 1995, vise l'immunisation des enfants et des femmes en âge de procréer contre les maladies que sont la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, la fièvre jaune et l'hépatite B ;
- Le Programme National de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, initié en décembre 2001, a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées aux IST/VIH/SIDA par des activités de type curatif, préventif et promotionnel.
- Le Programme National de Nutrition a été instauré en 1999 afin d'améliorer l'état nutritionnel de la population Ivoirienne par des activités de type curatif, préventif et promotionnel.

### **I.3. Reglementation**

Dans le domaine de planification familiale (PF), on note des insuffisances et une absence d'un cadre juridique appropriée. Les textes qui existent dans ce domaine permettent l'utilisation des contraceptifs de façon libre, interdisent la castration, la stérilisation et l'avortement.

L'analyse juridique en Côte d'Ivoire, relève que l'insuffisance de certains textes juridiques n'a pas permis de faire véritablement la promotion de la santé de la reproduction et de permettre à la femme d'exercer pleinement ses droits dans le domaine de la sexualité et de la reproduction.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire a voté plusieurs lois relatives aux violences faites aux femmes (**Tableau I**). Il eut également la **loi n° 98-757 du 23 décembre 1998** interdisant les mutilations génitales assimilées à une forme de violence à l'égard de la femme et la **loi n° 98-756 du 23 décembre 1998** modifiant et

complétant la loi instituant le code pénal réprimant le harcèlement sexuel, le travail forcé et l'union précoce ou forcée.

Les engagements du Gouvernement en matière de santé ont permis de créer un Comité National de lutte contre les violences faites aux Femmes et aux Enfants par **décret n° 2000-133 du 23 février 2000** portant organisation du Ministère de la Famille et des Affaires Sociales.

Afin de mieux promouvoir la santé sexuelle et reproductive, un avant-projet de loi sur la santé de la reproduction a été élaboré en 2002 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Il a décidé de doter le pays d'une loi favorable à la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive. Ce processus ayant déjà démarré, la situation de crise qu'a connue le pays n'a pas permis son adoption à l'Assemblée Nationale. Depuis Janvier 2016, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a relancé le processus d'adoption de cette loi ; et en Novembre 2016, les textes de l'avant-projet de loi SSR ont été validés et seront bientôt présentés au Directeur Général de la Santé. [26,28,29]

**Tableau I :** Quelques acquis en matière de droits productifs, classés par ordre chronologique. [26]

Domaines	Acquis
Régime matrimonial	La loi 64 375 relative au mariage fixe l'âge minimum légal au premier mariage à 18 ans révolus pour la femme et à 20 ans révolus pour l'homme ; elle rend obligatoire le consentement personnel de chacun des futurs époux à leur mariage et interdit la polygamie et le versement d'une compensation matrimoniale, 1964.
Accès à la contraception	L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981 libéralise l'accès aux méthodes courantes de contraception.
Accès à la stérilisation	L'article 343 du code pénal de 1982 précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort*.
Accès à l'avortement	L'avortement est régi par les articles 366 à 369 du code pénal de 1982. L'avortement thérapeutique est autorisé pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives.
Violence sexuelle	Le viol est réprimé par l'article 354 du code pénal de 1982. Un projet de loi contre les violences à l'égard des femmes, y compris l'excision, est approuvé en Conseil des ministres en 1998.
Exclusion	Ratification de la convention des Nations unies visant à l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1995.
* Mais, dans la nouvelle constitution, adoptée par référendum en 2000, la peine de mort a été abolie.	

## II. CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS EN COTE D'IVOIRE : FABRICANTS, IMPORTATEURS, GROSSISTES ET PRESTATAIRES

Le circuit de distribution comprend tous les acteurs ayant un rôle direct dans l'acheminement d'un produit ou service du producteur au consommateur.

Le marché de la planification familiale inclut aussi bien les produits et services relatifs à la contraception que les fabricants des produits, les importateurs, les distributeurs, les grossistes, les prestataires de services et les clients ou consommateurs. [28, 30]

### II.1. Les fabricants, importateurs, distributeurs et grossistes

Le **tableau II** présente tous ceux intervenant dans la chaîne de distribution ivoirienne des produits de planification familiale.



**Tableau II : Liste des acteurs du marché de distribution. [28]**

PRODUITS	FABRICANTS	IMPORTATEURS	GROSSISTES
<b>PRESERVATIFS</b>	-ANSELL HEALTHCARE -AFRASIATRADING -SUGANT SA -THE FEMALE HEALTH COMPANY -UNIDUS	-AIMAS / KfW -AIBEF / IPPF -USAID -UNFPA -PROSUMA -CDCI -UBIPHARM CI (ex-Laborex) -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA	-AIBEF -AIMAS -CDCI -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires -PROSUMA -CDCI -UBIPHARM CI (ex-Laborex) -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA
<b>PILULES</b>	-BAYER -FAMY CARE LTD -HRA PHARMA -MAJORELLE LABO	-AIMAS / KfW -AIBEF/IPPf -UNFPA -UBIPHARM CI -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA	-AIBEF -AIMAS -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires -UBIPHARM CI -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA
<b>INJECTABLES</b>	-BAYER -FAMY CARE LTD -HRA PHARMA -PHARMACIA NV	-AIMAS/KfW -AIBEF/IPPf -UNFPA	-AIBEF -AIMAS -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
<b>IMPLANTS</b>	-BAYER -OREGON	-IPPf -UNFPA	-AIBEF -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
<b>DIU</b>	-BARAN -COPPER	-IPPf -UNFPA	-AIBEF -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
<b>SPERMICIDES</b>	-INDECH INTERNATIONAL	-IPPf -Nouvelle PSP -UBIPHARM CI -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA	-AIBEF -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires -UBIPHARM CI -COPHARMED -DPCI -TEDIS PHARMA

Il faut noter que les produits de contraception / planification familiale disponibles en Côte d'Ivoire sont tous importés.

Les **importateurs** sont les grossistes répartiteurs privés et publics, ONG et PTF (Partenaires techniques et financiers).



Les **distributeurs** sont constitués essentiellement des grossistes répartiteurs publics (la Nouvelle PSP) et privés (UBIPHARM, DPCI, COPHARMED, TEDIS PHARMA) ; et partiellement des organisations non gouvernementales (ONG).

A partir des grossistes ou des distributeurs, les produits de planification familiale arrivent aux **clients** ou consommateurs selon le secteur :

- Dans le *secteur public*, la Nouvelle PSP est chargée du réapprovisionnement des districts sanitaires, des hôpitaux généraux et des CHU. A partir des districts sanitaires, les centres de santé publics sont alors approvisionnés.
- Au niveau du *secteur privé pharmaceutique*, les grossistes répartiteurs privés livrent aux officines pharmaceutiques qui les vendent directement aux consommateurs.
- Au niveau du *marketing social*, les produits de l'AIMAS sont livrés aux grossistes répartiteurs après reconditionnement et à travers ses cliniques franchisées. Les produits de l'AIBEF sont vendus à travers leurs cliniques et les centres de santé franchisés.

**Tableau III : Circuit de distribution des produits de la planification familiale selon les différents secteurs. [28]**

FABRICANTS	IMPORTATEURS		DISTRIBUTEURS	DETAILLANTS 1	DETAILLANTS 2	CONSOMMATEURS
	SECTEUR PUBLIC	MHSP / PNSME (USAID UNFPA)	NOUVELLE PSP	PHARMACIE DS	CENTRES DE SANTE	
				HÔPITAUX GENERAUX		
				CHU		
	SECTEUR PRIVE	UBIPHARM CI (EX LABOREX)	UBIPHARM CI (EX LABOREX)	OFFICINES PHARMACEUTIQUES	DEPOTS PHARMACEUTIQUES	
		COPHARMED	COPHARMED			
		DPCI	DPCI			
		TEDIS PHARMA	TEDIS PHARMA			
	MARKETING SOCIAL	AIMAS / KfW	UBIPHARM CI (EX LABOREX)	OFFICINES PHARMACEUTIQUES	DEPOT PHARMACEUTIQUES	
			COPHARMED			

			DPCI			
			TEDIS PHARMA			
			FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES		
			FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES	
			CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF	
ONG	AIBEF / IPPF					

\*CHU: CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE \*DS: DISTRICT SANITAIRE

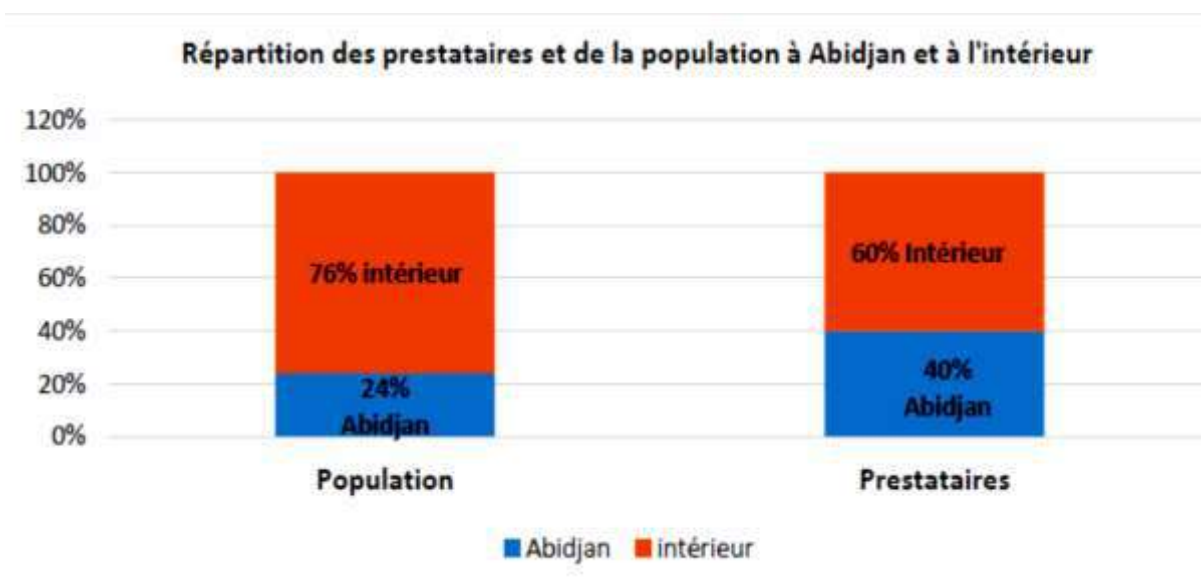
## II.2. Les prestataires (prescripteurs, pharmaciens, ONG)

Les prestataires sont constitués de personnes, de centres, de structures ou des Organisations de la Société Civile (OSC) offrant des services et des produits contraceptifs aux utilisateurs/utilisatrices. Il s'agit du personnel médical des secteurs public et privé, des centres de santé ou de consultation de planification familiale, fournisseurs de produits contraceptifs, pharmacies et dépôts pharmaceutiques.

### II.2.1. Le personnel de santé des formations sanitaires publiques

Théoriquement, les services de planification familiale sont intégrés dans toutes les formations sanitaires (FS) disposant d'une maternité mais seulement 65% des formations sanitaires en Côte d'Ivoire offrent des services de planification familiale de base (pilules, injectables, préservatifs). La répartition du personnel de santé chargé de l'offre des services de PF selon la **figure 1**, présente d'importantes disparités avec une forte concentration au profit de certaines localités, notamment à Abidjan. On observe par ailleurs un déficit pour certaines catégories du personnel en particulier pour les sages-femmes.

Ainsi 60% du personnel de santé (médecins, sages-femmes d'État, infirmières d'État et Accoucheuses/infirmiers Auxiliaires d'État) exercent à l'intérieur du pays pour servir les 76% de la population qui y habite contre 40% exerçant dans les régions d'Abidjan pour servir 24% de la population urbaine de la Côte d'Ivoire (**Figure 1**). [14, 27, 28]



**Figure 1:** Répartition des prestataires de santé et de la population à Abidjan et à l'intérieur [28]

## II. 2.2. Officines de pharmacie

Les officines de pharmacies au nombre de 833 sont réparties sur toute l'étendue du territoire avec 498 dépôts pharmaceutiques. Elles vendent essentiellement les pilules, les condoms, les injectables (la marque Harmonia® promue par l'AIMAS) et les spermicides. [28]

## II.2.3. ONG (Organisations Non Gouvernementales) et OSC (Organisation de la Société Civile)

Des ONG/OSC interviennent dans l'offre de services et de produits de planification familiale. Ainsi, l'AIBEF, l'AIMAS, APROSAM et ASAPSU mènent des activités dans un certain nombre de districts sanitaires. Le **tableau IV** montre les types d'interventions des 4 ONG/OSC.

**Tableau IV:** Types d'intervention par ONG. [28]

Structures	Types d'interventions	Produits contraceptifs
AIBEF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations cliniques sur la PF</li> <li>- Offre de méthodes contraceptives</li> <li>- Consultations foraines gratuites</li> </ul>	Offre de produits : Condoms, Pilules, injectables, implants, DIU
AIMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de CCC</li> <li>- Promotion des produits au niveau des prestataires</li> <li>- Formation des prestataires et des pharmaciens</li> <li>- Disponibilité des produits dans les officines pharmaceutiques</li> </ul>	Offre de service : IEC/CCC et promotion des produits : Condoms (Prudence et Complice), injectable (Harmonia), pilule (Confiance), pilule du lendemain (Pregnon)
ASAPSU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations et offre de service en SR/PF</li> <li>- IEC/CCC</li> </ul>	Offre de produits : Condoms, Pilules, injectables, implants, DIU
APROSAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations et offre de service en SR/PF</li> <li>- IEC/CCC</li> </ul>	Offre de produits : Condoms, Pilules, injectables, implants, DIU

\***IEC** Information Education Communication ; **CCC** Communication pour le Changement de Comportement ; **SR** Santé de la reproduction ; **PF** Planification familiale ; **DIU** Dispositif intra utérin ; **AIBEF** Association ivoirienne de bien être familiale ; **AIMAS** Association ivoirienne de marketing social ; **ASAPSU** Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine ; **APROSAM** Association pour la Promotion de la Santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille

## II.2.4. Cliniques privées

L'organisation « Abt Associates » en collaboration avec l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI) appuie 33 cliniques à Abidjan et Yamoussoukro. Les activités de planification familiale sont intégrées aux activités de VIH pilotées par cette structure.

La plupart des cliniques privées n'intègrent pas la Planification familiale dans leur offre de service. Avec l'initiative de Abt Associates (intégration de la planification familiale dans l'offre de service au niveau des cliniques privées), 32 cliniques sur 407 ont intégré l'offre de services planification familiale dans leurs activités, soit 8%.

En effet, selon l'analyse de la situation, il existe encore 40% des formations sanitaires qui n'offrent pas la planification familiale de base. Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familial s'est fixé pour objectif de faire en

sorte que toutes les Formations sanitaires (FS) et au moins 50% des cliniques privées (dans le cadre de la franchise sociale) offrent la planification familiale. Donc d'ici à 2020, il faudra former au moins 800 (soit 40% des 1974 FS) agents pour permettre à ces cliniques d'offrir la planification familiale. [14,28]

### **III. Organismes de soutien : coordination, financement et communication**

Les systèmes de soutien sont constitués de différentes interventions qui sont menées par les acteurs pour accroître l'offre de service de la contraception à travers la coordination, le financement et la communication.

#### **III.1. La coordination**

Le cadre institutionnel de coordination des interventions de PF est piloté par le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) qui oriente toute la politique nationale en matière de PF. Le PNSME assure le lead du secteur public auquel s'ajoute l'Office National de la Population (ONP) dont les actions visent à soutenir les questions de population et de développement y compris la Santé de la Reproduction, le Genre et les Droits Humains.

Même si le Plan National de Santé Publique donne la priorité à la PF, il n'existe pas une stratégie globale de communication pour éduquer la population ou augmenter la demande de contraception moderne.

Le gouvernement a commissionné la Banque Mondiale pour développer une stratégie nationale de communication de la PF. Un comité de pilotage pour la communication existe, mais il met l'accent sur la recherche relative à la santé reproductive. Les différentes campagnes de communication interpersonnelle ou

de médias ne suivent pas une stratégie mais des efforts isolés mis en œuvre par différents acteurs suivant leurs propres priorités.

Pour un meilleur suivi du Plan d'Action Budgétisé 2015-2020 de Planification Familiale, un comité de suivi a été mis en place par arrêté ministériel en décembre 2015. Ce comité comprend deux organes : un Comité de Pilotage (CP) et un Comité Technique de mise en Œuvre (CTMO). Le CP donne les orientations au CTMO pour l'atteinte des objectifs et assure la coordination des interventions de PF. Le CP coordonne et suit la mise en œuvre du plan. Il est composé des structures techniques des ministères impliqués dans la PF, des partenaires techniques et financiers, des partenaires de mise en œuvre et des Organisations de la Société civile actives dans la PF. [13,14,27,28]

### **III.2. Le financement**

Le financement de l'ensemble des produits de la planification familiale relève principalement des partenaires au développement dans le cadre de la coopération bi et multilatérale. Les principaux partenaires financiers, au nombre de quatre (04), sont respectivement la KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau = Banque de Développement Allemande), l'UNFPA (Fond des Nations Unis pour la Population, l'IPPF) et l'USAID (United States Agency for International Development = Agence des États-Unis pour le Développement International).

La KfW a ainsi investi 20,79 millions d'euro soit 13,637 milliards FCFA de subventions dans le programme « Planification familiale et prévention du VIH/Sida » tandis qu'un montant de 5 milliards de FCFA est acquis dans le cadre du Contrat de Désendettement et de Développement (CDD) avec la France. Dans l'ensemble, les partenaires techniques et financiers ont investi \$ 5 218 621 soit environ 3 milliard de FCFA dans l'approvisionnement national en

produits contraceptifs, principalement l'UNFPA qui contribue à lui seul 64% suivi de l'USAID (17%) entre 2007 et 2011.

La contribution de l'Etat reste faible passant de 50 millions de FCFA de 2002 à 2006 et de 70 millions de 2007 à 2011 avant d'atteindre 800 millions à partir de 2012. La contribution de l'Etat à l'achat des produits contraceptifs était de 400 000 000 de FCFA en 2016.

On note en outre que chaque année, l'Etat est supposé apporter un soutien aux ONG telles que l'AIBEF et l'AIMAS. Cependant, ces montants devant être alloués à la Direction de coordination du Programme National de la Santé Reproductive/ Planification Familiale (DC-PNSR/PF) ne sont pas, la plupart du temps, octroyés aux différentes structures ci-dessus citées pour des raisons d'insuffisance d'approvisionnement de la régie financière.

La question du financement de la santé étant problématique, il est envisagé par l'Etat la mise en place d'un mécanisme de financement des produits contraceptifs à travers le Programme d'Investissement Public (PIP) et la création d'un fonds national en faveur de la santé de la reproduction outre le recouvrement des coûts engagés depuis 2007. [13,14,27,28]

### **III.3. La communication pour le changement social et comportemental (CCSC)**

La communication sociale relative à la planification familiale en Côte d'Ivoire est faite par les ONG nationales et internationales comme AIBEF, AIMAS, ASAPSU, APROSAM, Engender Health /Agir PF et JHU/CCP (Johns Hopkins University / Center for Communications Programs) en support aux efforts du gouvernement à travers le PNSME.

L'AIMAS mène aussi des campagnes de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à travers des films télévisés comme « Ma femme, mon amie » qui encourage les femmes en union et leurs conjoints à pratiquer le planning familial.

D'autres acteurs, comme le mouvement pour la promotion de la vie familiale, l'Association pour l'Autopromotion de la Santé Urbaine (ASAPSU) et le Réseau des Professionnels des Médias, Arts et des Sports pour la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (REPMASCI) contribuent à soutenir les activités en matière de planification familiale en Côte d'Ivoire.

Le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) intègre des activités de sensibilisation de masse et de proximité par le biais des audiences foraines au cours desquelles des consultations gratuites sont offertes aux femmes. Les Agents de Santé Communautaire appuient ces initiatives au niveau



communautaires par des causeries de groupes et des visites à domicile. Pour le PNSME, les séances de consultations sont des occasions où les prestataires des établissements sanitaires publics profitent pour sensibiliser les clientes sur la PF. Par ailleurs, le PNSME prévoit la réalisation de spots télé mais ne dispose pas d'un budget conséquent, et, la communication sur les produits PF n'est pas exempte d'exonération dans le contexte de l'audio-visuel ivoirien.

Le rôle principal du PNSME en termes de communication est de guider et de coordonner les actions de tous les partenaires d'exécution, mais le programme a été directement impliqué dans la mise en œuvre de diverses campagnes de communication.

La plupart des campagnes d'information et de sensibilisation ont été effectuées dans des districts bien déterminés et non sur l'ensemble du territoire et elles sont couplées à d'autres programmes de santé (par exemple la vaccination) et elles sont de courtes durées (3 mois). Les sensibilisations communautaires (visites à domicile, causeries éducatives) sont exécutées par les Agents de Santé communautaire (ASC). Il faut noter que les messages s'adressent aussi bien aux leaders communautaires et religieux et aux populations en général. [13,14,27,28]

## **IV. Contraception et IST/VIH-SIDA**

### **IV.1. Politique de la lutte contre le VIH-SIDA**

Face à l'épidémie du VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire s'est impliquée fortement en optant depuis plusieurs années, pour une lutte organisée, multisectorielle et décentralisée avec un budget en croissance contrairement au secteur de la santé reproductive et du planning familial. [13,27]

La réponse nationale face au VIH et au SIDA en Côte d'Ivoire repose sur 5 principes :

- Le respect des trois principes du « threeone's » : une autorité nationale de coordination, d'un cadre stratégique national et d'un système unique de suivi évaluation ;
- Le recours à l'approche participative et inclusive de l'ensemble des acteurs de la réponse nationale ;
- La responsabilisation des communautés, des organisations communautaires de base et des organisations des PVVIH ;
- L'implication du secteur privé ;
- Le développement des partenariats stratégiques des intervenants dans la réponse nationale en fonction de leurs attributions, et de leurs mandats.

#### **IV.1.1 Les organes institutionnels**

Les organes essentiels à la gestion et à la coordination ont été définis dans le Programme de Santé Nationale (PSN) :

- Un Programme National de lutte contre le sida, les IST et la Tuberculose a été créé en 1992.
- Le 24 janvier 2001 un Ministère délégué auprès du Premier ministre chargé de la lutte contre le Sida a été créé pour renforcer la réponse nationale.
- En 2004, un Ministère de la Lutte contre le sida a été créé avec pour rôle de coordonner la lutte contre le sida en prenant en compte le volet communautaire et de mobiliser les ressources de la lutte contre le sida. Le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique assurait alors la prise en charge médicale des PVVIH.

- En 2011, les deux Ministères ont fusionné pour donner le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida (MSLS). A cet effet, deux Directions Générales ont été créées : une Direction Générale de la santé et une Direction Générale de la Lutte contre le Sida (Décret n° 2011-426)<sup>15</sup>.
- Le 1er octobre 2014, la décision n° 2014-554 abrogeant toutes dispositions antérieures a permis la création d'une Direction Générale de la Santé avec un Directeur Général et deux Directeurs Adjoints, l'un chargé du système de santé et l'autre chargé du VIH.
- Depuis septembre 2014, le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) a été créé par l'arrêté n° 449/MSNS/CAB 05 Août 2015 ; remplaçant ainsi le Programme National de Prise en Charge du sida. La mission du Programme National de Lutte contre le sida est de coordonner la réponse du secteur de la santé en matière de lutte contre le sida et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST et au VIH/sida par des activités de types promotionnels, préventifs, curatifs et de recherche.

En matière institutionnelle, l'engagement politique contre le sida s'appuie sur les 3 organes suivants :

- Le Conseil National de Lutte contre le sida, présidé par le chef de l'État, doté d'un rôle d'orientation politique et stratégique, se réunissant une fois par an.
- Le Forum des partenaires, présidé par le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le sida ;
- Les Comités décentralisés qui doivent assurer la coordination des interventions de lutte contre le sida au niveau local (région sanitaire, départements, communes, villages). [13,27]

#### **IV.1.2. Budget**

La revue des Plans Stratégiques 2002-2004 et Intérimaire 2005 a montré une bonne mobilisation des ressources pour le financement des différentes activités de lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. En effet, 81% du financement prévu a pu être mobilisé grâce aux efforts conjugués du Gouvernement et de ses Partenaires.

Le coût global du programme de santé national (PSN) 2006-2010 a été estimé à 297 milliards 120 millions F CFA (577 millions USD).

Le coût du PSN 2011-2015 est estimé à 410 079 160 247 (quatre cent dix milliards soixante-dix-neuf million cent soixante mille deux cent quarante-sept) francs CFA soit, 820 158 320,49 USD

Ces ressources ont permis le financement des différents domaines d'actions prioritaires retenus dans les plans même si le problème de la faible mobilisation des ressources internes a été identifié.

Néanmoins, pour la période 2018-2020, le budget annoncé par le gouvernement Ivoirien et alloué à la lutte contre le Sida est de 21 milliards de FCFA contre 32 milliards de FCFA pour la période de 2013 à 2017. **[14,31]**

#### **IV.2. Epidémiologie sur le VIH/SIDA et les IST**

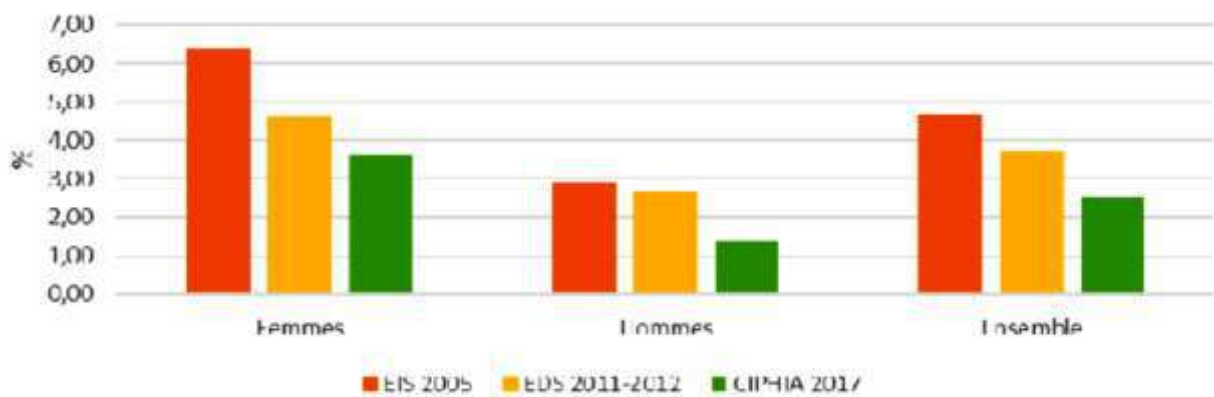
La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par le VIH de la région l'Afrique de l'Ouest et du Centre, après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo, à posséder un nombre élevé de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH).

L'ONUSIDA estimait une prévalence du VIH à 3.7 % dans la population générale de 15 à 49 ans en 2012 et 460 000 PVVIH en 2014.

La Cote d'Ivoire, avec une population de plus de 40 % de jeunes, vit une situation d'épidémie mixte : généralisée dans toute la population et également

avec d'importantes prévalences au sein des populations clés. Les enquêtes sentinelles (1997) jointes aux estimations de l'ONUSIDA, à l'Enquête sur les Indicateurs du sida (EIS, 2005) et à l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012 ont permis de dégager une tendance à la baisse de la prévalence de l'épidémie au cours des deux dernières décennies (**Figure 2**).

Selon les résultats de l'Enquête CIPHIA 2017 et les résultats issus de la modélisation avec le logiciel EPP/Spectrum, le VIH demeure un problème important de sante publique avec une prévalence nationale de 2,5 % au sein de la population générale de 15 à 49 ans. La Cote d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par le VIH dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). La prévalence est de 3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes. L'enquête CIPHIA, a montré qu'en 2017, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire est de 2,9 % avec 4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes.



**Figure 2:** Evolution de la prévalence du VIH selon les différentes enquêtes en population générale chez les 15-49 ans. [33]

L'incidence moyenne des autres IST chez les adultes au plan national est de 10,7 pour 1000 en 1999 et de 10,2 pour 1000 en 2000. Cette incidence des IST a baissé entre 1996 et 2000 passant de 15,6 pour 1000 en 1996 à 13,8 en 1997,

12,2 en 1998, 10,7 en 1999 et 10,2 pour 1000 en 2000 : soit un taux moyen de variation annuel de -10%.

Cette diminution de l'incidence concerne la majorité des régions sanitaires ; probablement en rapport avec l'utilisation croissante des préservatifs. [4, 27, 31, 33]

#### **IV.3. Incidence des méthodes contraceptives sur le VIH/SIDA et IST sur les risques liés à l'activité sexuelle**

Fléau des temps modernes, le VIH/SIDA constitue pour le monde en général et pour nos pays en développement en particulier une menace pour notre sécurité et notre développement. Il nous faut donc non seulement réduire son impact sur les populations mais surtout l'endiguer. De ce fait, aucune politique de développement durable ne peut être menée efficacement en ignorant le facteur VIH/SIDA.

Les décennies de lutte nous ont montré qu'il y a eu des acquis appréciables. En effet, l'option du Gouvernement pour une politique multisectorielle et de décentralisation, la création de différents organes de lutte rendue nécessaire pour s'attaquer à tous les aspects du problème du VIH/SIDA, et l'implication concertée de tous, ont permis d'atteindre une prévalence estimée à 3,4. [13,27,32]

Cependant, beaucoup reste à faire en matière de lutte contre le SIDA :

- Intensification de la prévention,
- Accès au traitement à toutes les PVVIH éligibles,
- Prise en Charge des enfants et particulièrement des Orphelins et Enfants Vulnérables,
- Humanisation de la prise en charge des PVVIH, et

- Promotion des droits et devoirs des PVVIH.

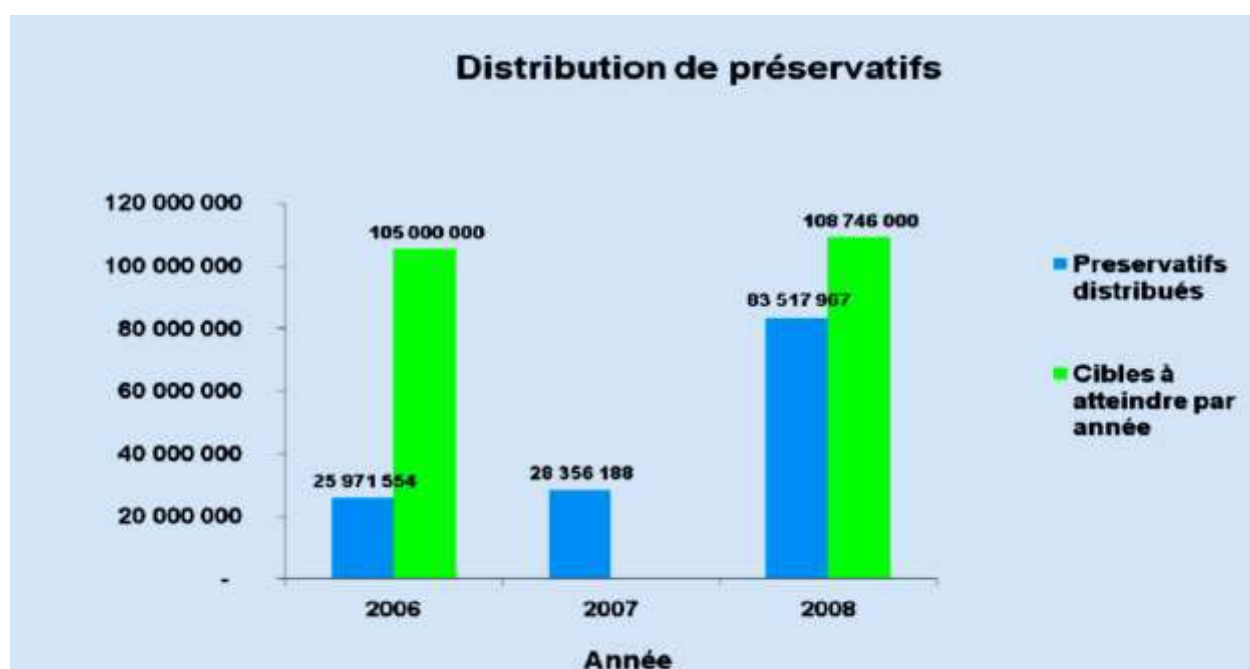
C'est dans cette même veine que l'OMS préconise une sexualité sans risque, l'utilisation des préservatifs et la prise en charge rapide et efficace des IST comme des éléments essentiels pour maîtriser l'épidémie.

La planification familiale, par ses méthodes contraceptives, contribuent énormément à la prévention dans la lutte contre le VIH/SIDA. En effet Les préservatifs, méthodes contraceptives mécaniques, constituent un élément essentiel dans le recul de la transmission du VIH-SIDA au travers des rapports sexuels, mode de contamination le plus fréquent, depuis ces dernières décennies.

En 2008, selon le rapport national sur le sida, environ 83 517 967 préservatifs (masculins et féminins) ont été distribués, soit 77 % de la cible de 2008. La proportion des préservatifs féminins restait encore faible (0.13 % en 2007 versus 0.03 % en 2008). Le nombre de préservatifs vendus en 2008 est trois fois supérieur à celui vendu en 2007, ce qui est une nette progression.

En 2009 le nombre de préservatifs distribués était de 39 377 505, soit une baisse de 52 % par rapport à son niveau de 2008. **(Figure 3)**

Pour 2010, aucune cible n'a été spécifiée rendant difficile le suivi de l'atteinte des cibles de l'accès universel pour cet indicateur principal. **[13,27,32]**



**Figure 3:** Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008.[28]

Le volume des différents produits contraceptifs notamment des condoms, distribués et vendus au cours de l'année 2015 est illustré dans le **tableau V**.

**Tableau V: Volume du marché des produits contraceptifs en 2015. [28]**

Distribution des Produits Contraceptives 2015					
Produits contraceptifs	Secteur privé	Marketing social	ONG	Secteur Public	Total
Pilule du lendemain	681,019	83,973	1,091	5,318	771,401
Condom masculin	3,757,191	25,958,532	967,992	2,101,392	32,785,107
Condom féminin	.	.	6,523	49,093	55,616
Dispositif intra utérin	13	.	2,831	4,574	7,418
Implant 3 et 5 ans	.	.	7,611	35,872	43,483
Injectable 2 et 3 mois	69,584	30,378	90,143	405,017	595,122
Pilule Journalière combiné et simple	2,684,397	328,369	103,551	417,808	3,534,125
Spermicide	17,757	.	1,885	2,479	22,121



Concernant les attitudes et comportements de la population ivoirienne vis-à-vis de cette méthode contraceptive, des enquêtes ont mis en évidence que :

Les rapports sexuels non protégés et les transfusions sanguines ont été identifiés par les enquêtés comme les principaux modes de transmission du SIDA et que les moyens les plus sûrs pour éviter de se contaminer sont les rapports sexuels protégés, et un degré moindre, l'abstinence et la fidélité.

Cependant pour 36% des enquêtés, les piqûres de moustique peuvent transmettre le virus du sida et pour 26% d'entre eux le sida peut se transmettre par la sorcellerie et autres pratiques surnaturelles.

Aussi on note que 79% des personnes ont déjà eu des rapports sexuels dont près de 23% chez les jeunes de moins de 18 ans. Et 60% de ceux qui ont eu des rapports ont utilisé systématiquement le préservatif et ce taux est de 50,8% chez ceux qui ont eu des partenaires sexuels occasionnels.

Les préservatifs féminins et masculins sont très efficaces pour éviter les grossesses, la transmission du VIH et la plupart des maladies sexuellement transmissibles. Cependant, ils doivent être utilisés correctement pour être efficaces.

En dehors du préservatif, les autres méthodes contraceptives ne protègent pas du VIH/SIDA et des IST. Au contraire, quand ces dernières sont associées à un comportement à risque (multi partenariat...), elles constitueraient un facteur favorisant dans la transmission du VIH/SIDA et IST.

L'accent sur le risque de contraction des IST et du VIH/SIDA doit donc être mis au niveau des patientes utilisant les autres méthodes contraceptives hormis les condoms. [13,27,32]

## **CHAPITRE III : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES**

Les moyens contraceptifs actuellement disponibles sont très variés. De ce fait, chaque couple devrait parvenir à trouver un moyen de contraception qui lui convient.

Les différents contraceptifs peuvent être séparés en deux (02) catégories : les contraceptifs non hormonaux et les contraceptifs hormonaux.

### **I. Les méthodes contraceptives**

#### **I.1. Les méthodes contraceptives non hormonales**

##### **I.1.1. Méthodes naturelles**

Les contraceptions dites naturelles se définissent comme celles qui n'utilisent aucun matériel ou produit médical interférant dans le système reproductif. Elles comprennent une variété de méthodes dont celles basées sur la détermination de la période fertile (les méthodes de la glaire cervicale, de la température, sympto thermique, du calendrier et des jours fixes) et les autres méthodes naturelles (la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et le retrait).

Ces méthodes sont anciennes et ont représenté des choix d'espacement des naissances en accord avec des motivations culturelles ou religieuses. Il faut rappeler que si ces méthodes ont des précautions d'emploi à respecter si l'on veut en augmenter l'efficacité, elles ne présentent aucune contre-indication ni effet indésirable. Elles ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST). [15,17,18]

- Principe

Ces méthodes sont basées sur la détermination de la période de fertilité (l'intervalle pendant lequel la fécondation d'un ovule est possible). La grossesse est évitée en s'abstenant de rapport sexuel non protégé ou en utilisant une autre méthode contraceptive durant cette période de fertilité.

L'identification des périodes fertiles se fait de plusieurs manières : soit sur la constatation de symptômes (glaise, température), soit par la méthode du calendrier en calculant les jours fertiles.

Par ailleurs, certaines circonstances rendent l'utilisation de ces méthodes plus aléatoire ; c'est le cas de femmes qui ont des cycles irréguliers, celles qui sont en post-partum avec ou sans allaitement, celles qui sont en péri-ménopause ou après l'arrêt d'un contraceptif hormonal où les cycles sont parfois modifiés etc. [20,21,24]

#### **I.1.1.1. La méthode de la glaise cervicale (BILLINGS)**

Elle est basée sur l'appréciation par la femme de la modification de l'aspect de la glaise cervicale recherchée après introduction dans le vagin de deux doigts puis écartement pour apprécier la filance.

La glaise devient plus abondante, plus limpide et plus élastique à l'approche de l'ovulation. Après l'ovulation, elle est plus épaisse et donc imperméable à la progression des spermatozoïdes. La fécondité diminue 3 jours après la période où la glaise est la plus élastique et limpide.

La méthode Billings prévoit donc une abstinence dès l'apparition de la glaise et jusqu'à 4 jours après l'apparition de la dernière glaise humide. [20,25]

#### **I.1.1.2. La méthode de la température basale**

La température est prise chaque jour au réveil, après au moins 6 heures de sommeil et la montée thermique est repérée en lien avec la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation. Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. La température doit au moins augmenter de 0,5 °C.

Les rapports non protégés sont possibles 3 jours après la montée thermique. La méthode limite donc les rapports non protégés à la période post-ovulatoire. [15,20,21]

#### **I.1.1.3. La méthode sympto thermique**

La détermination de la période de fertilité est basée sur trois signes : la température, les modifications de la glaire cervicale et les caractéristiques du col de l'utérus :

- La température, relevée tous les matins par voie orale, vaginale ou anale. La température augmente de quelques dixièmes de degré (pouvant aller jusqu'à 0,5 °C) à la suite de l'ovulation. Cette hausse de température indique donc que l'ovulation a eu lieu.
- L'observation de la glaire cervicale : la glaire cervicale devient plus abondante, transparente, élastique et glissante au moment de l'ovulation.
- L'observation des caractéristiques du col utérin : le col est plus élevé et plus droit au moment de l'ovulation. Il devient aussi plus souple et son orifice s'élargit. Après l'ovulation, le col descend dans le vagin, bascule vers l'arrière, devient plus ferme et son orifice se referme. Ces changements demeurent subtils et peuvent être plus difficiles à discerner avec précision.

Ces observations sont quotidiennement notées sur un graphique qui permet de déterminer la période de fertilité, c'est-à-dire la période durant laquelle il faut éviter toute relation sexuelle avec pénétration vaginale ou utiliser une autre méthode contraceptive, telle qu'une méthode barrière.

Cependant plusieurs facteurs peuvent perturber la température interne (manque de sommeil, alcool, maladie, fièvre, stress, etc.) ou la glaire (infection vaginale, utilisation de lubrifiant) et donc affecter l'efficacité de cette méthode. [15,18,20]

#### **I.1.1.4. La méthode du calendrier (OGINO-KNAUS)**

La méthode classée comme traditionnelle selon l'OMS consiste à suivre et noter durant 6 à 12 mois les cycles menstruels afin d'établir une moyenne de la période à risque ou fertile avant d'utiliser la méthode.

- Prendre note de la durée de chaque cycle menstruel pour une période de six à douze mois. (Le premier jour des menstruations est le premier jour du cycle). Aucune méthode de contraception hormonale ne doit être utilisée durant cette période d'observation du cycle naturel.
- Afin d'identifier le premier jour de fertilité, soustraire 20 jours à la durée du cycle menstruel le plus court. Par exemple : 26 jours (durée du cycle le plus court) – 20 = 6<sup>e</sup> jour (la période de fertilité commence donc le 6<sup>ième</sup> jour du cycle menstruel).
- Afin de déterminer le dernier jour de fertilité, soustraire 10 jours à la durée du cycle menstruel le plus long. Par exemple : 30 jours (durée du cycle le plus long) – 10 = 20<sup>e</sup> jour (la période de fertilité se termine le 20<sup>e</sup> jour du cycle menstruel).

Avec cet exemple, la période de fertilité se trouve entre le 6<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour du cycle menstruel, période durant laquelle il faut s'abstenir de rapports sexuels

avec pénétration vaginale ou utiliser une autre méthode contraceptive (condom, diaphragme...). [15,18-21]

#### **I.1.1.5. La méthode des jours fixes**

Il s'agit d'éviter les rapports sexuels non protégés du 8 au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel pour des femmes ayant des cycles entre 26 et 32 jours. Des supports autres qu'un simple calendrier (collier de perles, application sur internet/téléphone) sont disponibles pour aider les femmes à identifier la période fertile. [20,21]

#### ***I.1.1.6. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)***

L'allaitement maternel est responsable d'une augmentation de la prolactine qui supprime ainsi la sécrétion de GnRH par l'hypo- thalamus interrompant ainsi la sécrétion pulsatile de la FSH et de la LH et donc l'ovulation.

Cette méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a été définie lors de la conférence de consensus de Bellagio en 1988 et est très efficace (98 %) quand les trois critères suivants sont respectés :

- être dans les 6 premiers mois qui suivent la naissance ;
- être en aménorrhée ; l'aménorrhée est définie comme absence de saignement 10 jours après les saignements du post-partum ;
- faire un allaitement complet (jour/nuit) ou quasi complet (pas plus de 4–6 h d'intervalle entre deux tétées même la nuit) et exclusif.

Au-delà de 6 mois après la naissance ou la diminution des tétées augmente le risque de la reprise de l'activité ovarienne et le taux d'échec. [19-21,24]

#### ***1.1.1.7. Méthode du coït interrompu (retrait)***

Durant le rapport, l'homme doit se retirer du vagin et de la sphère génitale avant que l'éjaculation ne survienne. Le sperme ne doit pas être en contact avec le vagin ou la vulve.

C'est une méthode astreignante dont l'efficacité et le taux de continuité va dépendre de la volonté et de l'habilité de l'homme. Elle peut-être aussi source de tension entre les partenaires. [20]

#### ***1.1.2. Méthodes barrières***

Les méthodes barrières utilisent une barrière physique ou chimique pour empêcher les spermatozoïdes de monter dans la filière génitale et empêcher ainsi la fécondation.

Les barrières physiques sont les préservatifs masculins et féminins, les diaphragmes et les capes cervicales.

Les barrières chimiques sont les spermicides qui existent sous forme d'ovules, de crèmes ou d'éponges.

Ces méthodes ne présentent que peu de contre-indications et effets secondaires. Seuls les préservatifs masculins et féminins protègent contre la majorité des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH.

Les méthodes naturelles et les méthodes barrières bien que moins efficaces et plus contraignantes en pratique courante que les méthodes médicalisées, elles peuvent trouver leur place à certaines périodes de la vie de la femme ou du couple.

Les professionnels de santé doivent rappeler que ces méthodes existent, qu'elles peuvent être des méthodes d'appoint ou complémentaires, en particulier quand l'adhérence à d'autres méthodes est faible (oublis de pilules). Leur utilisation est en tout état de cause préférable à l'absence totale de contraception.

L'information à donner devra porter sur le mode d'emploi, les inconvénients et les risques d'échec en pratique courante ainsi qu'un rappel de la possibilité des contraceptions d'urgence (hormonal ou par DIU) après un rapport sexuel non protégé. [17]

## **I.2. Les Méthodes contraceptives hormonales**

Les moyens contraceptifs hormonaux empêchent une grossesse en modifiant le cycle hormonal de la femme. Ces modifications sont réversibles à l'arrêt du contraceptif.

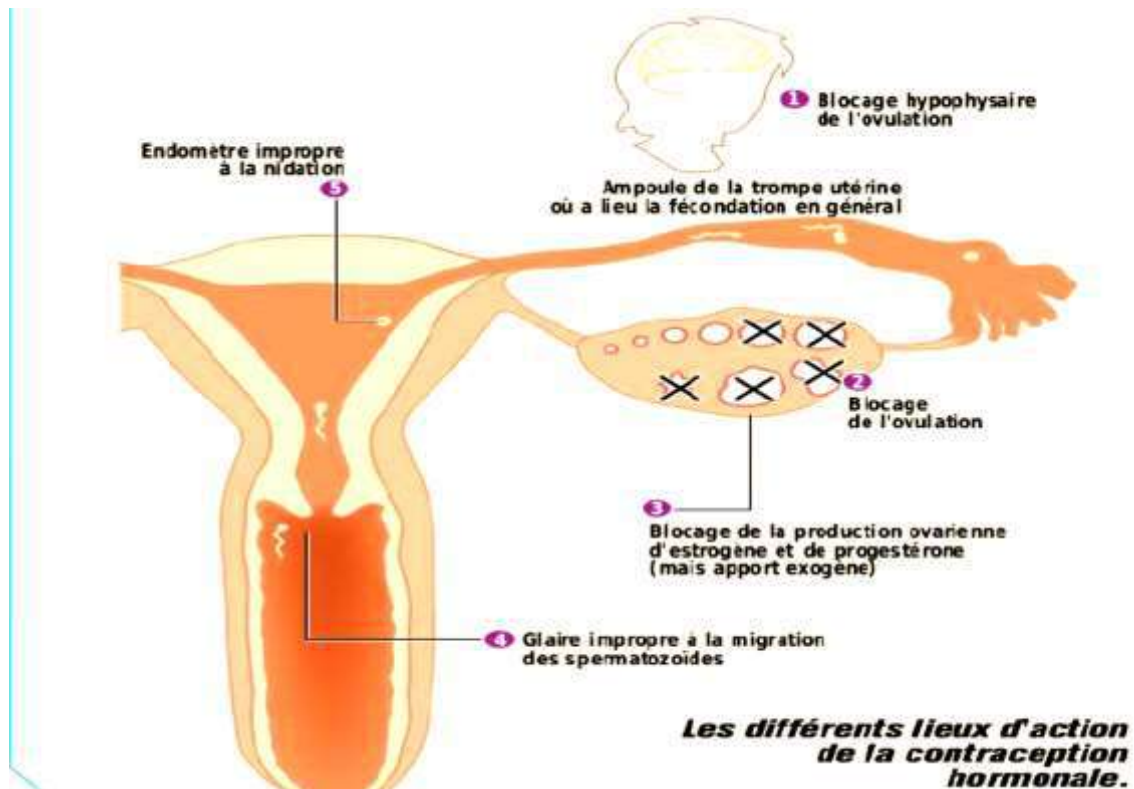
### **I.2.1. Combinaisons Œstrogène-progestérone**

Dans le cas des contraceptifs œstro progestatifs, ces deux hormones vont donc agir par l'intermédiaire de trois (03) mécanismes appelés le triple verrou contraceptif. La **figure 4** reprend ces différentes actions.

Les trois verrous contraceptifs sont donc :

- Le verrou hypothalamo-hypophysaire (numéros 1, 2 et 3 sur la **figure 4**) qui consiste à exercer un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, inhibant ainsi la sécrétion de FSH et de LH ainsi que le pic pré-ovulatoire. Ceci a pour conséquence de bloquer la croissance folliculaire et l'ovulation. On appelle ce phénomène l'action anti gonadotrope.
- Le verrou cervical (numéro 4 sur la **figure 4**) qui consiste à épaissir le mucus cervical, empêchant ainsi les spermatozoïdes de passer le col utérin.
- Le verrou utérin (numéro 5 sur la **figure 4**) qui consiste à atrophier l'endomètre, le rendant ainsi impropre à la nidation. [15,18-21,29]





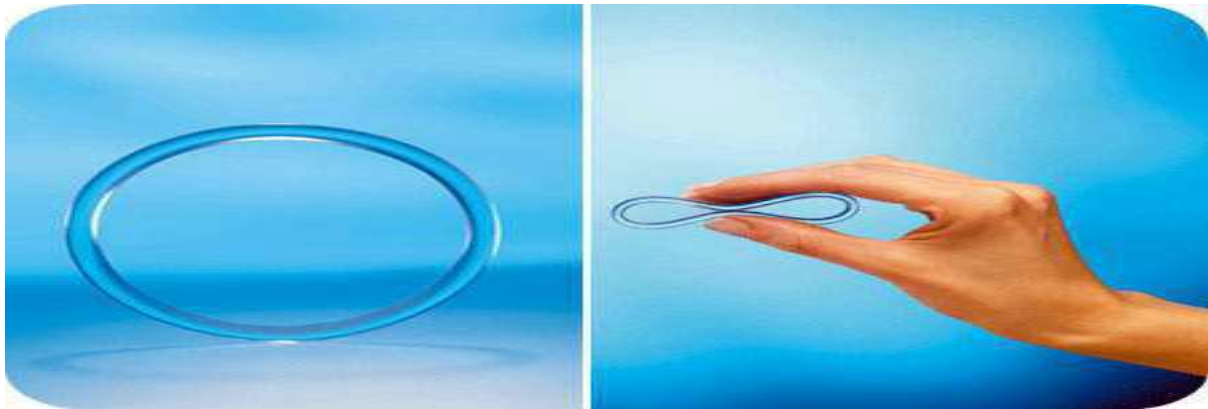
**Figure 4:** Schéma présentant les mécanismes d'action des œstrogènes et des progestatifs. - *Le moniteur des pharmacies - cahier II du n°2556 - 6 novembre 2004*

Le progestatif agit sur les trois verrous tandis que l'œstrogène n'agit que sur le verrou hypothalamo-hypophysaire. L'action anti gonadotrope est fonction des doses d'hormone administrées.

Cette contraception est basée sur l'administration quotidienne d'un œstrogène et d'un progestatif de synthèse ; son administration peut prendre différentes formes : pilule, implant, anneau vaginal ou patch contraceptif. (**Figures 5, 6, 7 et 8**)



**Figure 5:** Photo de pilules contraceptives.



**Figure 6:** Photo d'un anneau vaginal.

**Figure 7:** Photo d'un patch



contraceptif.



**Figure 8:** Photo d'un implant.

### **I.2.2. Contraceptifs progestatifs seuls**

La contraception progestative consiste en l'administration d'un progestatif qui agit sur les 3 verrous contraceptifs précédemment expliqués à la figure 4.

Tout comme la contraception oestroprogestative, la contraception progestative existe sous différentes formes. Elle peut se présenter sous la forme de pilules, d'implant voire même sous forme injectable ; un stérilet progestatif même existe.

On distingue des microprogestatifs et des macroprogestatifs. [17,20]

### **I.2.3. Avantages et inconvénients des méthodes hormonales**

Le principal avantage de ces méthodes hormonales est d'avoir une très bonne efficacité.

Le stérilet à la progestérone ainsi que l'implant contraceptif ont de plus l'avantage de supprimer le problème d'observance. Le patch contraceptif et l'anneau contraceptif, même s'ils ne suppriment pas le problème d'observance, le simplifient car il y a moins de prise.

Les inconvénients sont surtout liés aux effets secondaires indésirables. Ces derniers diffèrent en fonction des hormones utilisées.

Pour les contraceptifs oestroprogestatifs, ils peuvent entraîner des modifications

- De l'hémostase et augmenter ainsi le risque d'accident thromboembolique,
- Du métabolisme lipidique et entraîner des dyslipidémies,
- Du métabolisme des glucides et favoriser le diabète,
- Du système rénine-angiotensine et provoquer des hypertensions artérielles.

Ils peuvent également entraîner des troubles digestifs, une baisse de la libido, une sécheresse vaginale, des mastodynies, des céphalées ... [20]

En ce qui concerne les micros progestatifs, ils ont moins d'effets secondaires indésirables, le principal inconvénient étant d'entraîner une perturbation du cycle, provoquant ainsi des métrorragies ainsi que des spottings. [20,24]

### **I.3. La stérilisation à visée contraceptive**

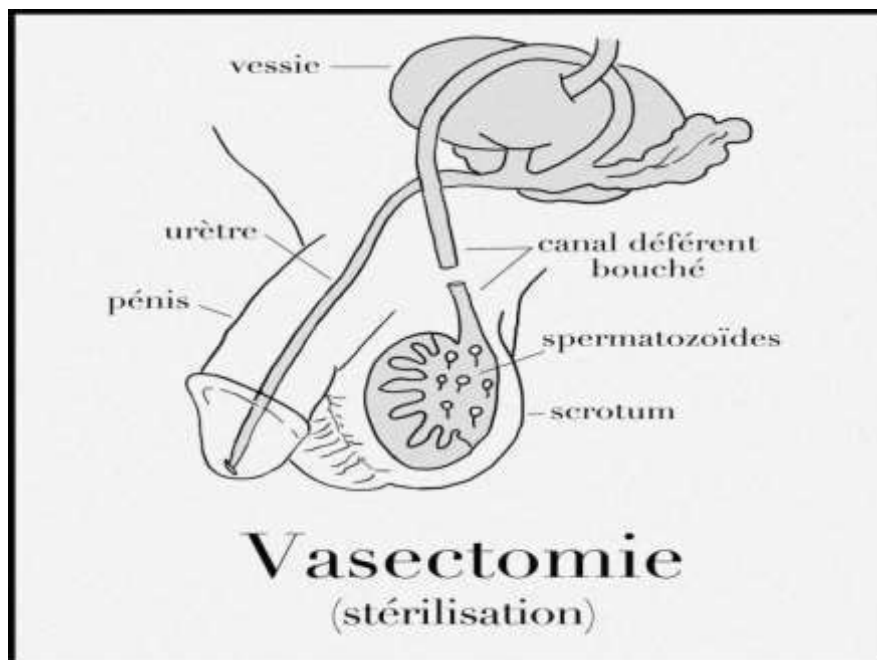
La stérilisation masculine (vasectomie ou ligature des canaux déférents) et féminine (ligature des trompes) sont des méthodes contraceptives irréversibles ; accessibles qu'aux personnes majeures. Ce sont des actes chirurgicaux réalisés dans un hôpital.

#### ***I.3.1. La stérilisation masculine ou vasectomie***

Cette contraception permanente consiste à obturer ou couper les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes des testicules jusqu'au pénis. Elle empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme qui sera éjaculé. (**Figure 9**)

Il faut 3 mois d'attente avant qu'elle ne soit efficace, c'est-à-dire tant que le sperme continue à contenir des spermatozoïdes.

Elle n'affecte pas la performance sexuelle masculine ; il est indispensable que le choix de cette méthode soit volontaire et fait en toute connaissance de cause. [20,34,35]

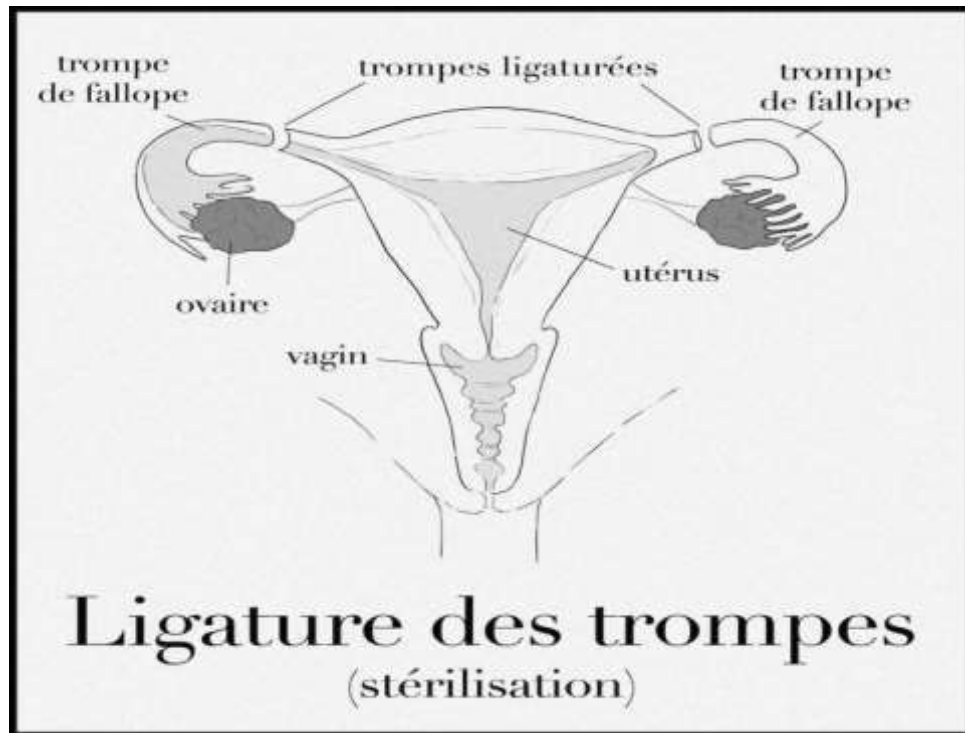


**Figure 9:** Schéma illustrant la stérilisation masculine.[36]

### ***1.3.2. La stérilisation féminine ou ligature des trompes***

C'est une contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les trompes de Fallope. En effet les ovules ne peuvent pas se déplacer et ne peuvent donc pas rencontrer les spermatozoïdes. (**Figure 10**)

Il est indispensable que le choix de cette méthode soit volontaire et fait en toute connaissance de cause également. [20,34,35]



**Figure 10:** Schéma illustrant la stérilisation féminine.[36]

## **II. LA CONTRACEPTION D'URGENCE**

### **II.1. Définition**

La contraception d'urgence désigne des **méthodes contraceptives** utilisables pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel. Il est recommandé de mettre en œuvre ces méthodes dans les 5 jours qui suivent ce rapport, mais plus elles sont appliquées tôt, plus elles sont efficaces.

Deux types de méthode peuvent être utilisées : la méthode mécanique ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et la méthode hormonale ou pilule contraceptive d'urgence (PCU) appelée parfois pilule du lendemain.

Comme son nom l'indique, la contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif), le viol ou des rapports sous la contrainte.

Elle n'est pas destinée, en ce qui concerne la PCU, à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes.

Elle a pour objectif d'éviter le recours à des interruptions de grossesse dont les complications physiques et psychologiques ne peuvent être négligées. [23,36]

## **II.2. Historique**

Les premières références à la contraception post-coïtale ont été retrouvées sur des papyrus égyptiens datant de 1500 av. J.C. Il s'agissait de préparations médicinales sous forme de décoctions ou de passoirs agissant comme agents spermicides.

Le développement des méthodes de contraception d'urgence existant actuellement remonte aux années vingt, où des chercheurs ont montré, pour la première fois, que des extraits ovariens estrogéniques pouvaient interférer négativement sur le développement de la grossesse chez les mammifères.

Il a fallu attendre les années soixante pour que soient réalisés les premiers essais humains d'administration post-coïtale de fortes doses d'estrogènes. Le premier cas clinique d'utilisation rapporté, concernait une adolescente hollandaise de treize ans victime d'un viol.

Durant cette même période s'est développé parallèlement aux Etats-Unis une méthode alliant de fortes doses d'estrogènes, d'éthinylestradiol et de diéthylstilbestrol.

En 1972, le Canadien Albert **YUZPE** a commencé ses expérimentations cliniques sur les traitements combinés oestroprogestatifs, en partant de l'observation qu'une dose unique de 100 µg (micro-gramme) d'estrogènes couplés à 1 mg (milligramme) de norgestrel induisait des transformations endométriales incompatibles avec une implantation de l'oeuf. Cette méthode appelée « **méthode YUZPE** » a alors remplacé les formules à hautes doses d'estrogènes, qui furent abandonnées à cause des effets secondaires importants dont elles étaient responsables, et également des cas rapportés d'adénomes et d'adénocarcinomes du vagin survenu chez les filles de femmes ayant été traitées pour des menaces de fausse couche au diéthylstilbestrol.

En Amérique latine, au début des années 70, un protocole utilisant des progestatifs seuls a également débuté, ainsi que la seule méthode mécanique encore utilisée aujourd'hui : le stérilet du lendemain.

D'autres approches, fondées par exemple sur la **mifépristone** et le **danazol**, sont à l'étude.

A ce jour, la plupart des femmes qui ont recouru à la contraception d'urgence vivent dans des pays industrialisés, principalement en Europe où des produits spécialement conditionnés sont disponibles depuis plusieurs années. Cette pratique, cependant, s'étend maintenant aux pays en développement par suite d'importantes études réalisées par l'OMS et de l'intérêt de nombreux programmes de planification familiale désireux de trouver les moyens de prévenir les grossesses non désirées.

L'intérêt pour la contraception d'urgence s'est considérablement développé ces dernières années. En avril 1995, des experts du monde entier se sont réunis à



Bellagio, Italie et ont publié une déclaration consensuelle sur la contraception d'urgence invitant les dispensateurs à se familiariser avec les méthodes et à les mettre à la disposition de toutes les femmes qui pourraient en avoir besoin.

Plus tard en 1995, sept organisations s'occupant de santé reproductive des femmes ont constitué ensemble le Consortium pour la contraception d'urgence pour promouvoir l'accès à la méthode dans le monde entier. Le Consortium a élaboré un module contenant des informations sur les contraceptifs oraux d'urgence et leur mode d'emploi, ainsi que des matériels destinés à aider les administrateurs de programme désireux d'introduire la contraception d'urgence dans la gamme des services offerts à leurs patientes.

En décembre 1995, les contraceptifs oraux d'urgence ont été ajoutées à la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, les rendant ainsi plus aisément accessibles dans les pays en voie de développement. [15,17,21,37]

### **II.3. Modes d'action**

La contraception d'urgence recouvre deux principes d'action :

- Un mode hormonal qui consiste à utiliser les œstrogènes de synthèse et/ou les progestatifs.
- Un mode mécanique par l'insertion d'un DIU ou stérilet au cuivre.

Les pilules contraceptives hormonales d'urgence préviennent les grossesses en n'inhibant ou en différant l'ovulation et n'induisent pas d'avortement selon l'OMS. [17, 22]

En effet l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) ne provoque pas d'avortement. La science médicale définit le début d'une grossesse comme le moment où l'œuf fécondé se niche dans la couche interne de l'utérus. Cette nidation s'amorce cinq à sept jours après la fécondation et elle s'achève plusieurs jours plus tard. Une pilule contraceptive d'urgence (PCU) agit dans les



120 heures suivant son utilisation, donc avant la nidation. Lorsqu'une femme est enceinte, la pilule contraceptive d'urgence (PCU) ne peut plus agir.

Les dispositifs intra-utérins au cuivre empêchent la fécondation en provoquant des modifications chimiques du sperme et de l'ovule avant leur rencontre.  
[17,20,22]

#### **II.4. Indications ou circonstances d'utilisation de la contraception d'urgence**

Toute femme en âge de procréer peut recourir à la contraception d'urgence à un certain moment pour éviter une grossesse non désirée, notamment dans les situations suivantes :

- Absence de contraception ;
- Dans les cas d'agression sexuelle ou de viol, lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception ;
- Échec ou usage défectueux de la méthode contraceptive, notamment :
  - Déchirure, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif ;
  - Oubli de prise du contraceptif oral
  - Injection avec retard du contraceptif pour les formes injectables
  - Déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale ;
  - Échec de la méthode du retrait (éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes, par exemple) ;
  - Comprimé ou film spermicide non dissous avant le rapport ;
  - Erreur de calcul de la période d'abstinence ou incapacité à s'abstenir ou à utiliser une méthode barrière pendant la période de fécondité du cycle, lorsque le couple utilise une méthode de

sensibilisation à la fertilité ;

- Expulsion du dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant hormonal contraceptif.

La contraception d'urgence doit être mise en œuvre :

- Dans tous les cas, le plus tôt possible après le rapport non ou mal protégé.
- Si possible dans les 12 heures qui le suivent
- Au plus tard dans les 3 jours (72 heures) suivant le rapport à risque pour la contraception d'urgence d' « ancienne génération »
- Au plus tard dans les 5 jours (120 heures) pour la contraception d'urgence de « nouvelle génération ». [17, 20, 22 ,35 ,36]

### ***II.5. Méthodes contraceptives d'urgence***

On dispose de 4 méthodes de contraception d'urgence :

- Pilules à base d'Ulipristal ;
- Pilules à base de Levonorgestrel ;
- Pilules de contraceptif oral combiné ;
- Dispositifs intra-utérins au cuivre.

#### **II.5.1. Le dispositif intra-utérins (DIU) au cuivre**

Le dispositif intra-utérin encore appelé stérilet se place dans l'utérus comme nous pouvons le voir sur la **figure 11**.

##### **II.5.1.1. Mécanisme d'action**

Une revue systématique des mécanismes d'action des DIU au cuivre montre que ces dispositifs agissent d'abord essentiellement par des effets toxiques directs

pré-fertilisation. Mais des effets post-fertilisation, tels qu'une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre, peut avoir une action anti-implantation.

Inséré dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé par un médecin, le DIU post-coïtal n'est pas abortif si on admet que la grossesse débute avec l'implantation. Il interdit l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus pendant les cinq jours qui séparent la fécondation et cette nidation. Il se pose exactement comme les autres stérilets et ne diffère en rien d'eux.

Le fonctionnement du DIU en tant que contraceptif d'urgence repose donc sur ses propriétés anti-nidatoires ou anti-implantatoire liées à l'inflammation qu'il crée au niveau de l'endomètre et aussi à son effet cytotoxique sur les gamètes.

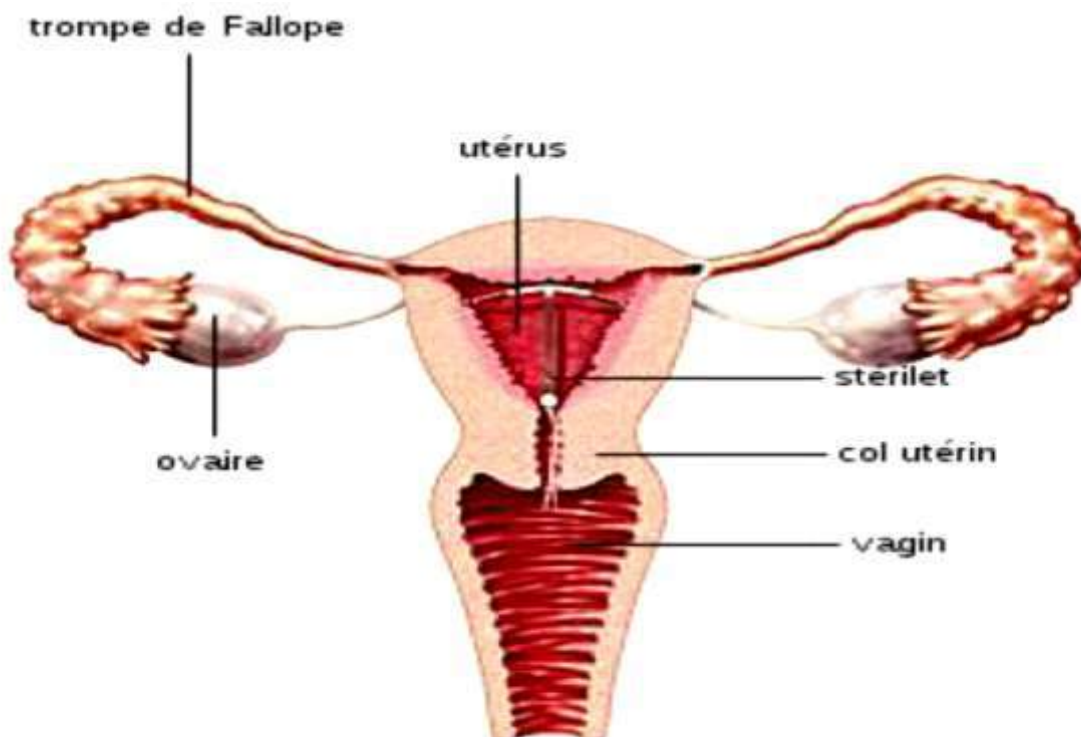
**[15-25, 36-38]**

#### ***II.5.1.2. Avantages***

- C'est le seul moyen contraceptif à long terme sans hormone. Il n'augmente donc pas les risques de maladies thromboemboliques ou artérielles.
- Réversible à tout moment, il n'a pas de conséquences sur l'évolution de la fertilité après son retrait.
- Discret, confortable, pratique et bonne observance : il n'implique pas de contrainte quotidienne.
- Il convient aux femmes qui allaitent.
- Il peut empêcher une grossesse non désirée si on le place dans les 5 jours après le rapport (**stérilet du lendemain**).
- On peut le retirer lors des règles suivantes donc un délai de cent vingt heures au lieu de 72 heures avec la pilule moderne d'urgence « ancienne

génération » et même délai que la pilule d'urgence de « nouvelle génération ».

- **Innocuité** : Le DIU au cuivre est une forme de contraception d'urgence dépourvue de risque. On estime qu'il y aurait probablement moins de 2 cas de maladie inflammatoire pelvienne pour 1000 utilisatrices. Les risques d'expulsion ou de perforation sont faibles.
- **Efficacité** : Lorsqu'il est posé dans les 120 heures suivant un rapport non protégé, un DIU au cuivre est efficace à plus de 99% dans la prévention des grossesses. C'est la forme la plus efficace de contraception d'urgence disponible. [15-25, 36-38]



**Figure 11 :** Schéma d'un dispositif intra-utérin dans l'utérus. *Source- Dictionnaire Larousse*

#### ***II.5.1.3. Inconvénients***

- Son principal inconvénient réside en sa mise en place qui doit se faire en consultation médicale.

- Des petits saignements pendant le cycle (hémorragies inter-menstruelles) peuvent survenir.
- Des règles plus abondantes, plus longues et plus douloureuses.
- Un risque d'expulsion ou de perforation (totale ou partielle) très faible. Dans le cas d'une expulsion partielle, la protection contraceptive peut diminuer.
- Toute douleur et tout saignement inhabituels doivent être signalés au médecin.
- Le stérilet au cuivre ne protège pas contre les IST et le VIH/SIDA.
- Méthode envisageable chez les jeunes femmes à faible risque d'IST (c'est à dire ayant une relation stable) car un risque d'infections pelviennes en cas d'IST existe. [15-25, 36-38]

### ***II.5.2. Pilules de contraceptif oral combiné ou méthode YUZPE***

L'association oestroprogestative dans le cas de la contraception d'urgence a été décrite en 1974 par un médecin Canadien, le Docteur YUZPE.

Cette méthode consiste à prendre deux (02) pilules combinées contenant 50 µg d'éthinylestradiol et 250 µg de Levonorgestrel dès que possible (au plus tard 72 heures après le rapport non protégé) et à renouveler cette prise 12 heures plus tard.

Autrefois existant sous la spécialité TETRAGYNON®, actuellement il n'existe pas de spécialité spécifique à cette contraception d'urgence, mais il est possible d'utiliser les pilules contraceptives journalières en calculant les doses appropriées.

Cette contraception d'urgence est contre-indiquée en cas d'antécédents personnels thromboemboliques veineux ou artériels, d'anomalies congénitales

de la coagulation et en cas de thrombophilie connue ayant d'autres causes. [15-25, 36-38]

### **II.5.3. La pilule de lendemain ou le levonorgestrel**

Ce contraceptif d'urgence appelé couramment pilule du lendemain se présente sous la forme d'un comprimé unique de 1,5 mg de Levonorgestrel.

La **figure 12** présente une plaquette de cette pilule du lendemain.



**Figure 12** : Photo d'une pilule de lendemain *Norlevo*®.

#### **II.5.3.1. Mécanisme d'action**

C'est un progestatif de la classe de la 19- nortestosterone. Lorsqu'il est administré en phase folliculaire, avant le pic de LH, le Levonorgestrel à cette dose inhiberait ou retarderait l'ovulation.

Le dysfonctionnement ovulatoire ainsi provoqué serait efficace pendant les cinq jours suivant la prise chez 80% des femmes. Ce délai permettrait la perte du pouvoir fécondant des spermatozoïdes.

De plus, si le comprimé est pris très tôt, la modification de la glaire cervicale empêcherait la progression de spermatozoïdes.

Si le Levonorgestrel est pris après le début du pic de LH, soit lorsque le diamètre folliculaire dépasse 14 mm (24 à 48 heures avant l'ovulation), il a été montré qu'il n'est plus efficace pour inhiber l'ovulation. Par ailleurs, au-delà de 3 (ou 4

jours) après le rapport potentiellement fécondant, son utilisation ne protègerait plus dans la majorité des études de la survenue d'une grossesse.

Un autre mécanisme avancé serait l'inhibition de la nidation. Ce mécanisme ne fonctionnant pas lorsque la nidation a débuté. Ainsi, une grossesse en cours n'est pas interrompue par le Levonorgestrel. [15-25, 36-38]

#### **II.5.3.2. Recommandations**

Le Levonorgestrel peut être pris à n'importe quel moment du cycle. Plus le comprimé est pris rapidement après le rapport non protégé, plus l'efficacité est grande.

La prise doit avoir lieu préférentiellement dans les 12 heures sans dépasser 72 heures pour avoir une efficacité. L'efficacité passe de 95% lorsque la prise est réalisée avant 24 h à 58% lorsqu'elle est réalisée entre 48 et 72 h. Plus le comprimé est pris rapidement après le rapport non protégé, plus l'efficacité est grande.

#### **II.5.3.3 Contre-indications**

Le recours à cette contraception orale d'urgence ne compte aucune contre-indication absolue, à l'exception de la présence connue d'une grossesse en raison de son inefficacité dans un tel cas ou d'une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

#### **II.5.3.4. Effets Indésirables**

Le Levonorgestrel peut entraîner quelques effets indésirables qui restent généralement modérés. Il s'agit principalement de nausées (20%), de vomissements (5%), d'une fatigue (20%), de douleurs abdominales (15 à 20%), de céphalées (15 à 20%), de vertiges (10 à 15%), de la présence d'une tension mammaire (10 à 15%) ou de spottings (moins de 5%).

La possibilité de survenue d'une grossesse ectopique doit être prise en compte notamment chez les femmes aux antécédents de grossesse extra-utérine ou de salpingites.

#### **II.5.3.5. Interactions médicamenteuses**

Cette méthode est déconseillée chez les femmes atteintes d'une hépatite sévère, ou d'un syndrome de malabsorption important tel qu'une maladie de Crohn.

Il convient également de prendre en compte la prise concomitante de molécules inductrices enzymatiques tels que les anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), la rifabutine, la rifampicine, la griseofulvine, le ritonavir et le millepertuis.

Par ailleurs, en cas de vomissement dans les trois heures après la prise, un autre comprimé doit être pris. Pour prévenir toute récurrence de vomissement, un antiémétique peut être pris une heure avant.

Les femmes allaitantes peuvent utiliser cette méthode, en respectant un délai de six à huit heures après la prise avant d'allaiter.

Cette méthode présente l'avantage d'être facilement accessible. En effet, elle peut être délivrée sans ordonnance et de manière anonyme en pharmacie.

Elle peut être utilisée plusieurs fois par mois, mais ne protège pas des rapports sexuels non protégés suivants. [15-25, 36-38]

#### **II.5.4. ULIPRISTAL**

En 2009, une nouvelle spécialité est apparue sur le marché français. Il s'agit de ella One® contenant 30 mg d'Ulipristal acétate. Celle-ci a été surnommée pilule du surlendemain, car elle est efficace jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé.

La **figure 13** présente une plaquette de cette nouvelle pilule du lendemain.

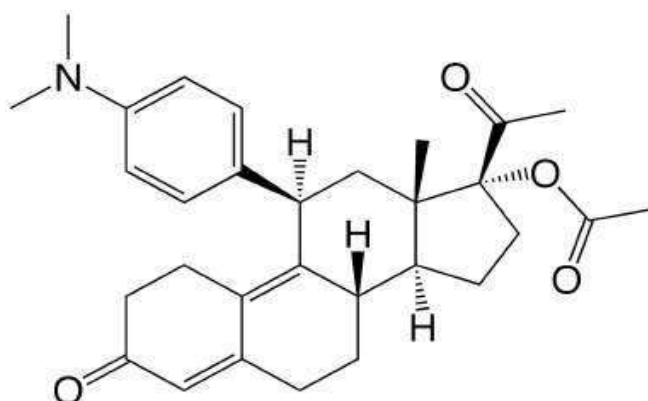




**Figure 13:** Photo d'une pilule d'Ulipristal sous la spécialité ella One®.

#### ***II.5.4.1. Mécanisme d'action***

L'Ulipristal est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Sa structure chimique est représentée sur la **figure 14**. Il se lie avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone humaine, et permet ainsi d'inhiber ou de retarder l'ovulation.



**Figure 14:** Structure chimique de l'Ulipristal d'acétate.

Une méta-analyse a démontré de manière significative que l'efficacité de l'Ulipristal était supérieure à celle du Levonorgestrel, et ce dès les premières heures d'utilisation.

Cette efficacité supérieure serait due à un mécanisme simple. Le Levonorgestrel n'inhibe l'ovulation que lorsque le follicule n'excède pas 12 à 14 mm. Une fois cette taille dépassée, l'inhibition de l'ovulation est très rare. L'Ulipristal acétate

inhiberait l'ovulation jusqu'à ce que le diamètre du follicule atteigne une taille de 18-20 mm, et donc efficace dans les 48 heures qui précèdent l'ovulation.

En clair le Levonorgestrel n'a pas d'action s'il est administré une fois que la phase d'augmentation de l'hormone lutéinisante (LH) a débuté (environ 24 heures avant l'ovulation), alors que l'Ulipristal semble agir même après que la LH ait commencé à augmenter. Par contre aucune protection n'est assurée s'il est pris le jour de l'ovulation. [41-44]

#### ***II.5.4.2. Contre-indications, effets indésirables***

Cette spécialité ne présente pas de contre-indication particulière. Elle doit seulement être évitée en cas d'hypersensibilité à la molécule ou à l'un des excipients. L'Ulipristal n'est pas recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère.

Sa prise peut entraîner quelques effets indésirables, comme des maux de tête, des nausées, des douleurs abdominales ou une dysménorrhée.

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) précise que l'Ulipristal n'est pas recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral. L'utilisation répétée au cours d'un même cycle menstruel n'est pas recommandée. Le RCP précise également que l'allaitement n'est pas recommandé dans les 36 heures après la prise d'Ulipristal. [23]

En conclusion pour la contraception d'urgence, l'OMS préconise l'un des médicaments suivants :

- Pilule contraceptive urgente à base d'Ulipristal, prise sous forme de dose unique de 30 mg ;
- Pilule contraceptive urgente à base de Levonorgestrel, prise sous forme de dose unique de 1,5 mg pris en 2 doses de 0,75 mg chacune, à 12 heures

d'intervalle ;

- Contraceptif oral combiné (COC), pris sous forme de doses fractionnées : une première de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de Levonorgestrel, puis une deuxième de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de Levonorgestrel, 12 heures plus tard (méthode YUZPE).

Aussi en tant que contraception d'urgence, l'OMS recommande de poser un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant un rapport non protégé. Cette méthode est particulièrement adaptée aux femmes souhaitant débiter une méthode contraceptive durable, réversible et d'une grande efficacité. [15-25, 36-38]

## **DEUXIEME PARTIE : ETUDE DESCRIPTIVE**

## CHAPITRE I. MATERIEL ET METHODES

### I. MATERIEL

#### I.1 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée essentiellement chez les grossistes répartiteurs, la DPML et le CNOP-CI.

##### I.1.1. Les grossistes répartiteurs

Selon la *Loi n° 2015-533 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice de la pharmacie* [45] précisément à l'Article 7, on entend par établissement pharmaceutique grossiste répartiteur, tout établissement exerçant les activités liées à l'achat, à la détention et à la distribution en gros aux établissements habilités, des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article 03 de la présente loi.

Le marché pharmaceutique ivoirien, disposait de cinq (05) grossistes répartiteurs :

- Au niveau du secteur privé, l'on comptait quatre (04) grossistes pharmaceutiques : Copharmed, DPCI, Tedis Pharma et Ubipharm-CI. Ils approvisionnaient principalement les officines privées de pharmacie et accessoirement des structures sanitaires privées (cliniques, polycliniques...) qui détiennent des autorisations expresses du MSHP. Ils distribuaient aussi bien des spécialités princeps que des médicaments génériques.
- Le secteur public était représenté par la Nouvelle PSP.

#### **I.1.1.1. La Nouvelle PSP-CI**

La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NOUVELLE PSP-CI), est le principal fournisseur en produits pharmaceutiques des établissements sanitaires publics en Côte d'Ivoire.

Par convention en date du 21 novembre 2013 et approuvée par le décret N°2013-792 du 20 novembre 2013, l'Etat de Côte d'Ivoire a confié à la Nouvelle PSP Côte d'Ivoire, une mission de service public à finalité sociale, consistant à :

- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels et intrants stratégiques de santé à destination des établissements sanitaires publics et des autres établissements sanitaires associés au service public sanitaire, et ce, sur toute l'étendue du territoire national
- Assurer l'accessibilité des médicaments essentiels et intrants stratégiques de santé de bonne qualité aux populations en Côte d'Ivoire.

L'agence de la Nouvelle PSP est située à Abidjan précisément à Treichville en zone 3 sur le boulevard de Marseille. Son Directeur général était Monsieur YAPI Ange Désiré. [46]

#### **I.1.1.2. UBIPHARM-CI (EX LABOREX-CI)**

Anciennement nommé Laborex-CI, Ubipharm-CI était le premier grossiste répartiteur du secteur de distribution pharmaceutique avec 52 % de part du marché ivoirien en 2018.

Elle a actuellement quatre (04) agences dont deux (02) sont situées à Abidjan (Yopougon et Marcory Zone 04), l'une à Bouaké et l'autre à Gagnoa. Nous

avons travaillé avec celle située à Marcory Zone 04 qui constituait leur agence centrale. Le Directeur général d'UBIPHARM-CI était Monsieur Olivier BLE.

#### ***1.1.1.3. COPHARMED (COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE ET MEDICALE)***

COPHARMED occupait la deuxième place, après Ubipharm-CI, avec 23.8 % de part de marché de distribution pharmaceutique en 2018.

Nous avons collaboré avec son siège social, agence située à Abidjan précisément sur le Boulevard de Vridi, dans la zone du Port d'Abidjan.

Par ailleurs, Copharmed disposait aussi de deux autres agences situées à Bouaké (Quartier Beaufor) et Gagnoa (Quartier Gnoussoua).

Monsieur Michael RIOU était le Directeur général de COPHARMED.

#### ***1.1.1.4. DPCI (DISTRIBUTION PHARMACEUTIQUE DE COTE D'IVOIRE)***

Avec 13.7 % de part du marché de distribution de produits pharmaceutiques, DPCI comprend une agence à Abidjan précisément à Treichville Zone 03 Rue des Carrossiers, lot 33, et trois autres à Bouaké, Daloa et San Pédro.

Monsieur ADJA Gnamien était le Directeur général de DPCI.

#### ***1.1.1.5. TEDIS PHARMA-CI (TPCI)***

Tedis Pharma, dont l'activité a démarré en 2014, comprend deux agences dont une à Gagnoa et l'autre à Abidjan (Boulevard Vridi).

En 2018, elle avait 11.3 % de part du marché de distribution pharmaceutique, avec Monsieur COHEN Philippe comme Directeur général.

### **I.1.2. LA DPML (DIRECTION DE LA PHARMACIE DU MEDICAMENT ET DU LABORATOIRE)**

Créée par *décret N°61-34 du 14 janvier 1961* sous la dénomination « Direction des Services Pharmaceutiques », cette tutelle du Ministère chargé de la santé va arborer plusieurs appellations au fil des années : DPM en 1994 (Direction de la Pharmacie et du Médicament) puis finalement DPML en 2015 (Direction de la pharmacie du médicament et du laboratoire).

Autorité nationale de réglementation pharmaceutique a pour mission d'élaborer, de mettre en œuvre et de veiller à l'application de la politique pharmaceutique nationale.

Son siège est situé à Abidjan - Treichville en zone 3 sur le boulevard de Marseille et non loin du CNTS. Elle a permis d'obtenir des informations sur les différentes PCU disponibles sur le marché ivoirien et les officines de pharmacies agréées.

Il est important de signaler que de par la Loi N° 2017-541 du 03 Août 2017 relative à la régulation du secteur pharmaceutique, il a été créé l'AIRP. Il s'agit de l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique dotée de personnalité juridique et de l'autonomie financière qui viendrait en remplacement de la DPML. Cependant l'AIRP n'était pas encore fonctionnel au cours de notre étude. [47,48]

### **I.1.3. LE CNOP-CI (CONSEIL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DE COTE D'IVOIRE)**

L'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire a été créé par la loi N° 60-272 du 02 septembre 1960 dont l'article premier stipule qu'« il est institué un Ordre National des Pharmaciens groupant obligatoirement les pharmaciens habilités à exercer leur art dans la République de Côte d'Ivoire ».

Il a pour objet :



- D'assurer le respect des devoirs professionnels
- D'assurer la défense de l'honneur et l'indépendance de la profession
- De veiller à la formation professionnelle continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles
- De contribuer à la promotion de la santé publique.

Il est situé à Abidjan, dans la commune de Cocody – deux-plateaux vallon à la MAISON DU PHARMACIEN.

## I.2. OBJET D'ETUDE

Toutes les spécialités princeps et génériques de pilules contraceptives d'urgence (PCU) et autorisées en Côte d'Ivoire ont fait l'objet de notre étude.

### I.2.1. CRITERES D'INCLUSION

Etaient inclus dans l'étude, toutes les PCU distribuées de 2015 à 2018, par les grossistes répartiteurs aux établissements dispensateurs notamment les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur des établissements sanitaires publics et privés.

Seules ont été retenues, les spécialités princeps et génériques de PCU avec pour Dénomination Commune Internationale (DCI) :

- Le Lévonorgestrel, soit dosé à 1.5 mg le comprimé ou soit deux comprimés dosés chacun à 0.75 mg ; ou
- L'Ulipristal, dosé à 30 mg le comprimé.

### **I.2.2. CRITERES DE NON INCLUSION**

N'étaient pas inclus les spécialités de contraceptif d'urgence utilisées par d'autres voies autre que la voie orale, tel que le stérilet au cuivre.

Toute combinaison thérapeutique n'a pas été prise en compte.

### **I.3. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES**

Les outils suivants ont permis de collecter, analyser et traiter les données obtenues :

- Des courriers de demande d'obtentions de données et d'informations sur les PCU (**ANNEXE 1**) adressés aux grossistes pharmaceutiques, à la DPML et au CNOP-CI.
- Une fiche d'enquête (**ANNEXE 2**)
- Les logiciels Word et Excel 2016.
- La liste de toutes les spécialités de contraceptifs d'urgence disponibles en officines de pharmacie et ayant obtenue leur autorisation de mise sur le marché (AMM).
- La liste de toutes les officines de pharmacies présentes sur le territoire national ainsi que leur localisation.
- Le Décret n° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions illustré par l'**ANNEXE 3**.
- Le répertoire des localités du District Autonome d'Abidjan issu du recensement général de la population de l'habitat de 2014.

## **II. METHODES**

## II.1. TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, rétrospective et exhaustive ; qui portait sur les données de consommation des pilules contraceptives d'urgence (PCU) de 2015 à 2018, en Côte d'Ivoire.

## II.2. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée sur une période de 10 mois comme suit :

- **Décembre 2018 à Février 2019** : Recherche bibliographique et rédaction de la revue bibliographique.
- **Mars 2019** : Elaboration de la fiche d'enquête et formulation des procédures administratives.

Des courriers ont été déposés afin d'obtenir l'approbation des responsables administratifs des différentes structures impliquées dans notre étude, à savoir les cinq (05) grossistes répartiteurs (Nouvelle PSP-CI, Copharmed, DPCI, Tedis Pharma et Ubipharm-CI), la DPML et le CNOP-CI.

- **Avril à Mai 2019** : Collecte des données après des structures identifiées.

Les informations sur la disponibilité des PCU et leur AMM sur le marché pharmaceutique ivoirien ont été obtenues avec la DPML.

Les données sur les quantités consommées de PCU, ont été obtenues sur la base d'une fiche d'enquête (**ANNEXE 2**) soumise aux différents grossistes pharmaceutiques. Les données obtenues étaient sous le format de fichier Excel.

- **Juin à Juillet 2019** : Saisie, traitement et analyse des données

Des tableaux Excel ont été élaborés pour extraire et regrouper les données d'intérêt.

Dans un premier temps, les différentes DCI (Dénomination Commune Internationale) et spécialités disponibles sur le marché pharmaceutique ont été regroupées ainsi que leur prix de vente.

Ensuite les chiffres de distribution pharmaceutique des PCU exprimés en effectif et/ou pourcentage ont été rassemblés :

- Par DCI afin d'en identifier la tendance de consommation de la population en PCU.
- Par grossiste pharmaceutique dans le but de distinguer premièrement lequel des grossistes répartiteurs distribue le plus de PCU et secondairement identifier le secteur prépondérant (publique ou privé).
- Par année, sur quatre (04) ans afin d'analyser l'évolution de la consommation des PCU compris entre 2015 et 2018.

Enfin spécifiquement pour l'année 2018, la distribution pharmaceutique a été regroupée également par officine et par structure sanitaire publique afin d'en déduire la distribution et la consommation des PCU par district de Côte d'Ivoire [49] et par commune d'Abidjan [50] compte tenu du nombre élevé d'officine de pharmacie implantées dans ce district. [28]

- **Août à Novembre 2019** : Rédaction et soutenance de la thèse.

### II.3. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Nous avons obtenu l'approbation des différentes structures afin d'avoir accès à leurs bases données.

## CHAPITRE II : RESULTATS

### I. DISPONIBILITE ET PRIX DES PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PCU)

En Côte d'Ivoire, deux (02) molécules sont indiquées et utilisées dans la contraception orale d'urgence. Il s'agit du **LEVORNORGESTREL** et de l'**ULIPRISTAL**.

Etaient disponibles chez les grossistes répartiteurs :

- Quinze (15) spécialités avec comme principe actif le Levonorgestrel. Parmi ces spécialités, trois (03) étaient classées en tête des ventes : Pregnon<sup>®</sup>, Norlevo<sup>®</sup> et Levo BD<sup>®</sup>.
- Une (01) spécialité à l'Ulipristal : ella One<sup>®</sup>.

Cette disponibilité variait d'un grossiste à l'autre. Le **tableau VI** révèle qu'elle était maximale chez Ubipharm-CI soit quinze (15) spécialités de PCU disponibles contre respectivement douze (12) chez Copharmed et Tedis, cinq (05) chez DPCI et une (01) seule au niveau de la Nouvelle PSP-CI.

**Tableau VI** : Nombre de PCU disponibles chez les grossistes répartiteurs.

GROSSISTES REPARTITEURS	UBIPHARM-CI	COPHARMED	TEDIS PHARMA	DPCI	NOUVELLE PSP-CI
NOMBRE DE SPECIALITES DE PCU DISPONIBLES	15	12	12	05	01

Pour ce qui est du prix de vente des différentes PCU disponibles (Tableau VII), ceux-ci ne variaient quasiment pas d'un grossiste répartiteur à l'autre.

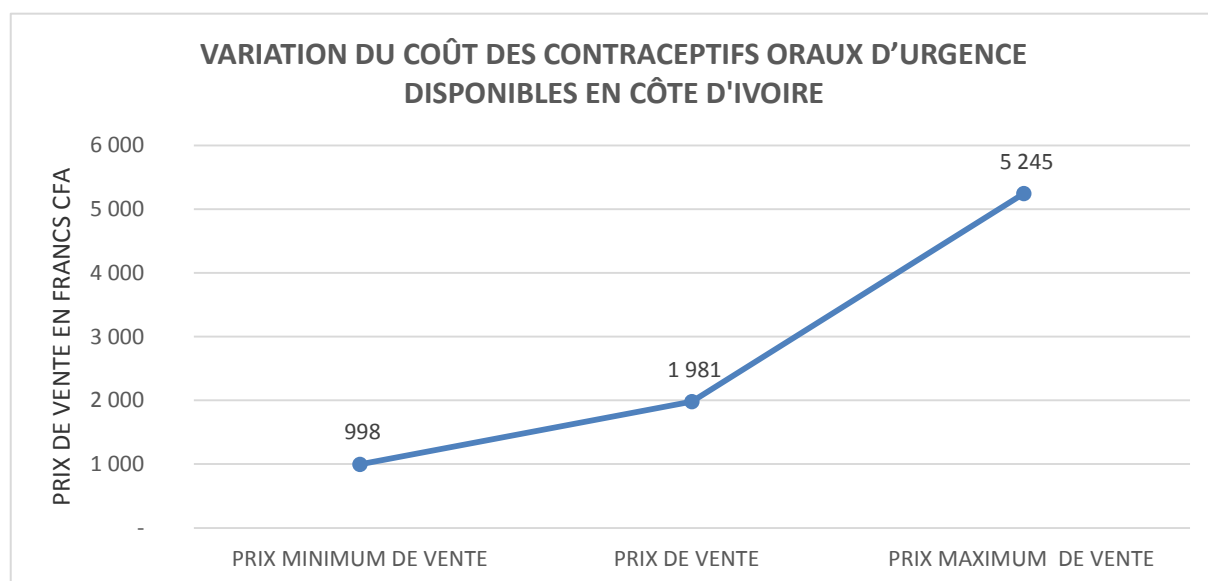
Seule la spécialité générique Presto<sup>®</sup> 1.5 MG cp coûtait 1679 Francs CFA chez TEDIS PHARMA contre 1997 Francs CFA chez COPHARMED ; soit une différence de prix de 318 francs CFA.

**Tableau VII:** Produits utilisés dans la contraception orale d'urgence en Côte d'Ivoire et leur prix de vente chez les différents grossistes répartiteurs.

N°	Libellé du produit	DCI	PV UBIPHARM	PV COPHARMED	PV TEDIS	PV DPCI	PV NPSP-CI
1	ELLAONE 30MG CPR B/1	ULIPRISTAL D'ACETATE	5245	5248	5244	5250	
2	ELLE 72 1,5MG CPR PELL B/1	LEVONORGESTREL	2065	2066		2064	
3	L GEST 1,5MG CPR B/1		1170	1171	1170		
4	LEVO BD 1,5MG CPR B/1		2340	2342	2341		
5	LEVOGEN 1,5MG CPR B/1		1655	1650	1652		
6	LEVOMED 1,5MG CPR B/1		1000				
7	LEVOPREG 1,5MG CPR B/1		2135	2135	2135		
8	NORLEVO 1,5MG CPR B/1		4115	4120	4115	4120	Non disponible
9	NORNET 1,5MG CPR B/1		1005		1003		
10	NORVEL-72 CPR B/2		2590	2590	2590		
11	PILL-72 CPR B/1		1350	1350	1349		
12	POSTPILL 1,5MG CPR B/1		1005	1006	1006	1005	
13	PREGNON 1,5MG CPR B/1		1015		1019	1060	
14	PRESTO 1,5MG CP B/1			1997	1679		
15	PROTEC PILL 1,5MG CPR B/1		2065	2066			
16	SECUFEM 1,5MG CPR B/1		2615	2617	2615		

\*PV= Prix de vente en Francs CFA

L'intervalle de variation des coûts de ces spécialités (toutes les DCI confondues) est représenté dans la figure 15 avec un prix moyen de vente de 1981 Francs CFA.



**Figure 15:** Variation du coût de vente des PCU disponibles en Côte d'Ivoire.

## II. Distribution des PCU par les grossistes répartiteurs de 2015 à 2018

### II.1. DISTRIBUTION DU LEVONORGESTREL

La distribution du Levonorgestrel est illustrée, pour chaque grossiste répartiteur dans la **figure 16**.

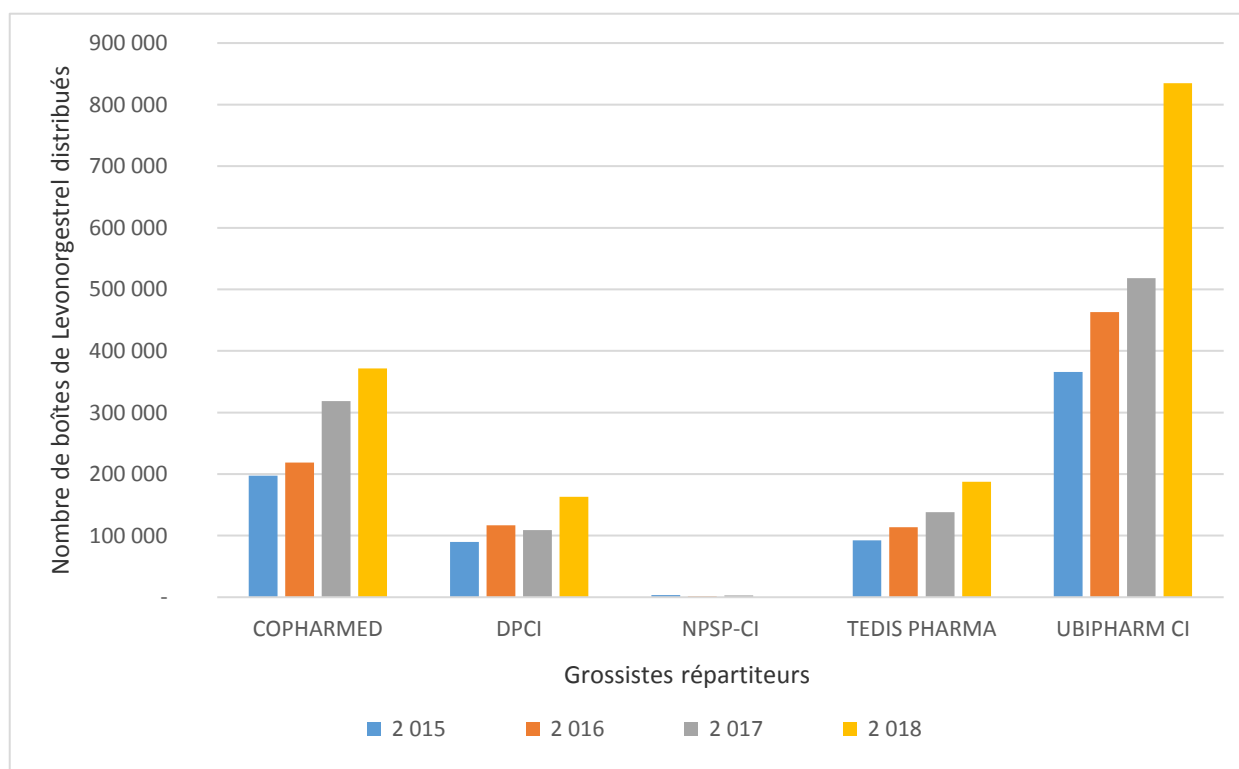
Globalement le nombre de boîte de PCU à base de Levonorgestrel n'a cessé de croître de 2015 à 2018 et ce chez tous les grossistes répartiteurs sauf la Nouvelle PSP-CI.

UBIPHARM-CI constituait le plus gros distributeur de PCU à base de Levonorgestrel avec 2 181 547 boîtes distribuées en tout de 2015 à 2018 soit 50.65 % du total distribué.

Ensuite suivait COPHARMED avec 25.67 % de distribution de PCU au Levonorgestrel sur toute la période 2015-2018.

TEDIS PHARMA et DPCI avaient les pourcentages respectifs de distribution de PCU à base de LNG de 12.35 % et 11.12 %.

Enfin avec la Nouvelle PSP-CI, la distribution était premièrement en baisse de 2015 à 2016, puis en croissance de 2016 à 2017 pour finalement atteindre une valeur nulle en 2018. De 2015 à 2018, elle a distribué au total 8315 PCU à base



de LNG soit 0.19 % du total distribué sur la même période.

**Figure 16:** Distribution du Lévonorgestrel sur la période 2015-2018.

## II.2. DISTRIBUTION DE L'ULIPRISTAL

Tous les grossistes répartiteurs, à l'exception de la Nouvelle PSP-CI, ont réalisé des distributions croissantes de PCU à base d'Ulipristal de 2015 à 2018 pour un total de 27 167 distribuées. (**Figure 17**)

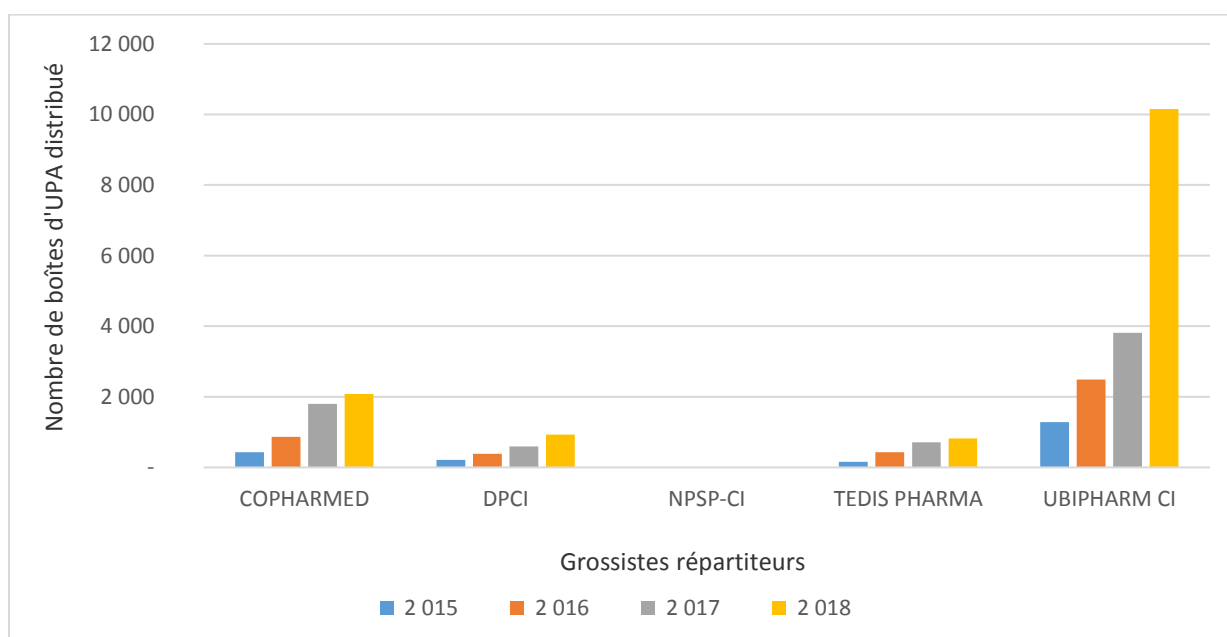
UBIPHARM-CI constituait le plus gros distributeur de PCU à base d'Ulipristal avec 17 136 boîtes distribuées en tout de 2015 à 2018 soit 63.07 % du total distribué.



Ensuite suivait COPHARMED avec 19.07 % de distribution de PCU à l'Ulipristal sur toute la période 2015-2018.

TEDIS PHARMA et DPCI avaient les pourcentages respectifs de distribution de PCU à base d'Ulipristal de 07.82 % et 07.81%.

Enfin la Nouvelle PSP-CI, n'a pas distribué de PCU à base d'Ulipristal de 2015 à 2018.



**Figure 17:** Distribution de l'Ulipristal sur la période 2015-2016.

### II.3. EVOLUTION DE LA DISTRIBUTION DES PCU DE 2015 A 2018

L'évolution de 2015 à 2018 de la distribution des PCU par les grossistes répartiteurs aux établissements dispensateurs, est représentée dans le **tableau VIII**.

**Tableau VIII:** Distribution des PCU par DCI de 2015 à 2018.

DCI/ANNEE	2015	2016	2017	2018	TOTAL
LEVONORGESTREL	749 031	913 897	1 086 897	1 556 766	4 306 591

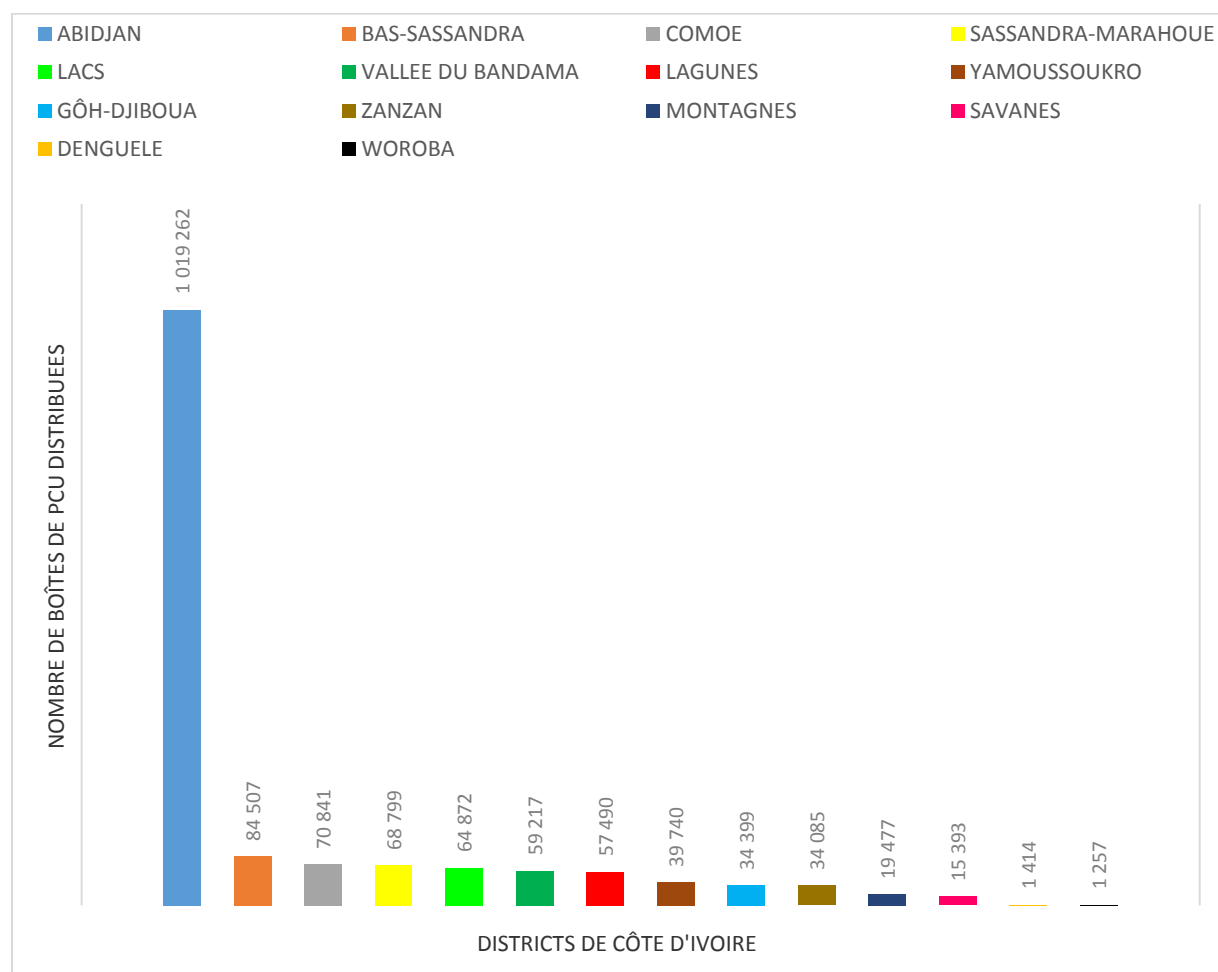
ULIPRISTAL D'ACETATE	2 100	4 171	6 915	13 987	27 173
TOTAL	<b>751 131</b>	<b>918 068</b>	<b>1 093 812</b>	<b>1 570 753</b>	<b>4 333 764</b>

Le nombre de PCU distribués, par l'ensemble des grossistes aux établissements dispensateurs, a augmenté voire doublé de 2015 à 2018.

Le Levonorgestrel constituait 99.37% de la distribution totale des PCU contre 0.63% pour l'Ulipristal.

#### **II.4. DISTRIBUTION DES PCU PAR DISTRICT DE CÔTE D'IVOIRE EN 2018**

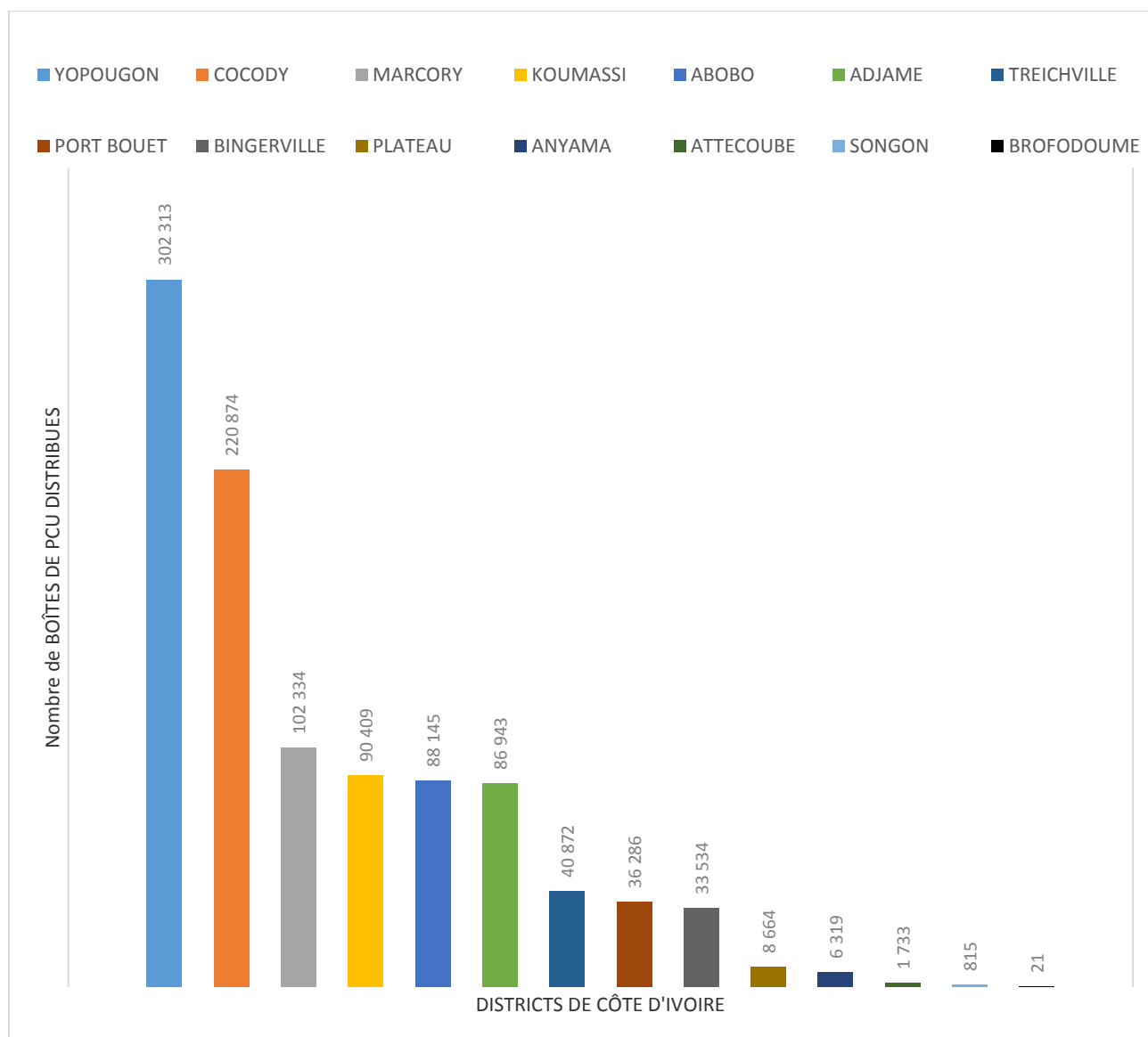
La quasi-totalité de la distribution des PCU a été dans le district d'Abidjan en 2018 ; soit plus d'un million de PCU (1 019 262) distribués dans le district d'Abidjan sur un total de 1 570 753. (**Figure 18**)



**Figure 18:** Distribution des PCU par district de Côte d'Ivoire en 2018.

### ***II.5. DISTRIBUTION DES PCU PAR COMMUNES ET SOUS-PREFECTURE D'ABIDJAN EN 2018***

Les plus fortes distributions de PCU dans le district autonome d'Abidjan ont été observées dans les communes de Yopougon, Cocody et Marcory avec les pourcentages respectifs de 29.66%, 21.46% et 9.74%. (**Figure 19**)



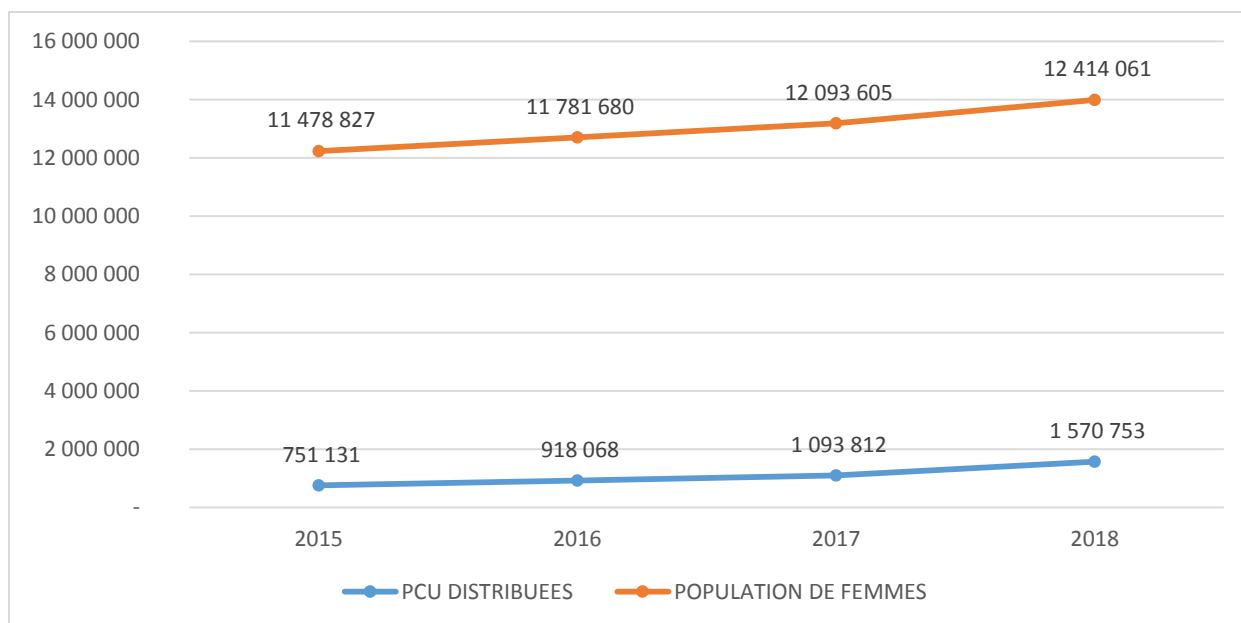
**Figure 19:** Distribution des PCU par commune et sous-préfecture d'Abidjan en 2018.

### III. Distribution des PCU en fonction du nombre de femmes vivants en Côte d'Ivoire

A défaut du nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) que nous n'avons pu obtenir, les figures 20, 21 et 22 comparaient la distribution géographique des PCU avec le nombre de femmes vivant en Côte d'Ivoire selon le dernier recensement général de l'habitat et de la population de 2014 (RGHP 2014) et selon les données d'estimation de population de la Banque mondiale.

#### III.1. DISTRIBUTION DES PCU EN FONCTION DU NOMBRE DE FEMMES EN COTE D'IVOIRE

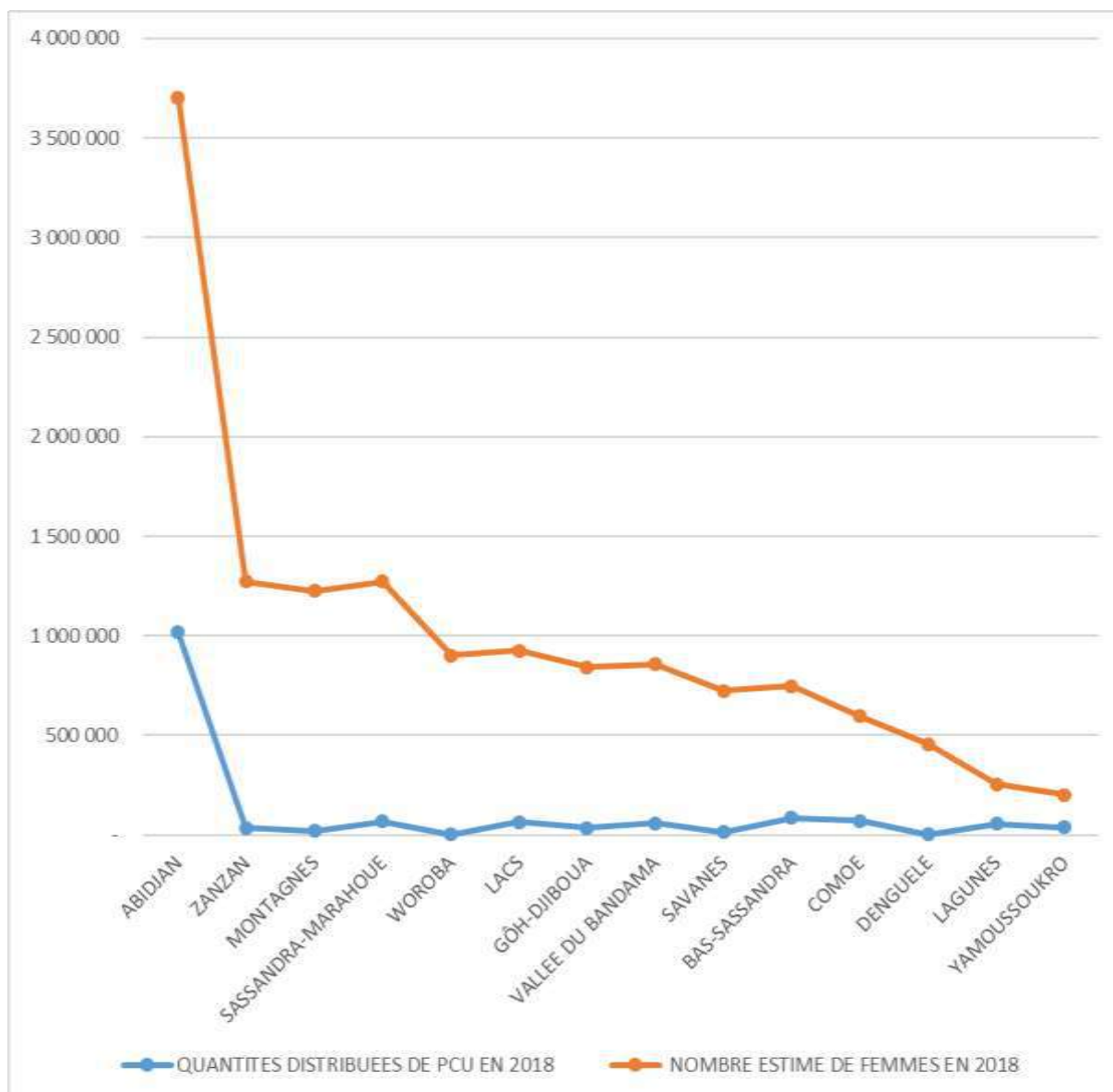
Sur la période de 2015 à 2018, les courbes de distribution de PCU et du nombre de femmes en Côte d'Ivoire suivent les mêmes tendances croissantes. Autant le nombre de femmes a augmenté de 2015 à 2018, autant le nombre de PCU distribué a augmenté (**Figure 20**).



**Figure 20:** Courbes d'évolution de la population de femmes et de la distribution des PCU de 2015 à 2018.

### III.2. DISTRIBUTION DES PCU EN FONCTION DU NOMBRE DE FEMMES PAR DISTRICT DE COTE D'IVOIRE EN 2018.

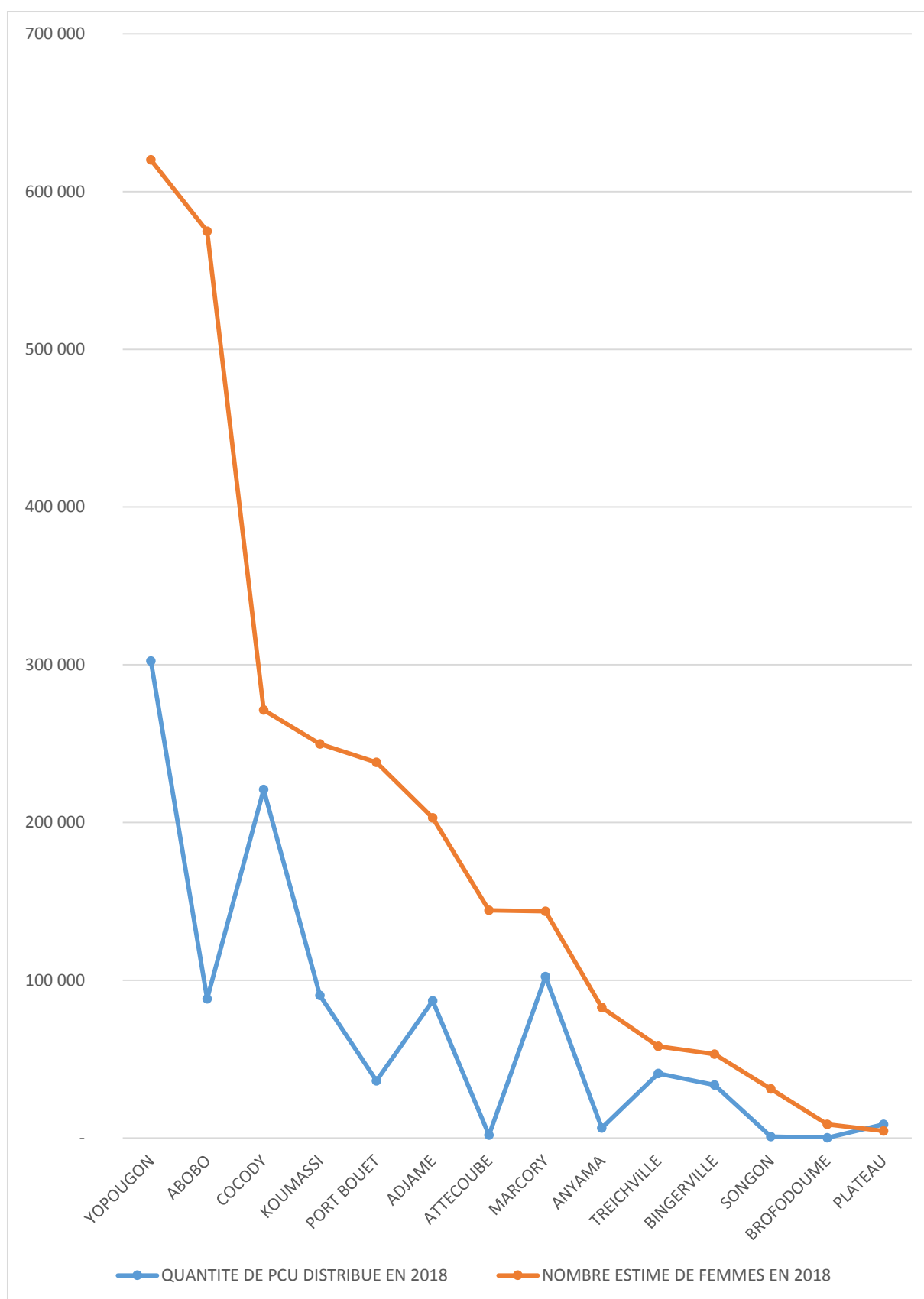
Le district d'Abidjan qui a reçu plus 60% de la distribution totale de PCU, comprend la plus grande population de femmes (soit une estimation 2 683 471 femmes pour Abidjan sur un total de 12 414 061 en 2018). (**Figure 21**)



**Figure 21:** Courbes de distribution des PCU et du nombre de femmes par district en 2018.

### ***III.3. DISTRIBUTION DES PCU EN FONCTION DU NOMBRE DE FEMMES PAR COMMUNE ET SOUS-PREFECTURE D'ABIDJAN EN 2018***

Dans l'ensemble, la courbe de la répartition de la population féminine dans les différentes communes est supérieure à la courbe de distribution des PCU sauf dans la commune du plateau ; où le nombre de PCU distribuées correspond au double des femmes qui y vivent. (**Figure 22**)



**Figure 22:** Comparaison de la distribution de PCU et le nombre de femmes par commune et sous-préfecture d'Abidjan en 2018.

## **CHAPITRE III : DISCUSSIONS**

### **I. DCI utilisées dans la contraception orale d'urgence en Côte d'Ivoire**

Le **LEVONORGSTREL** et l'**ULIPRISTAL** sont les seules PCU disponibles sur le marché pharmaceutique ivoirien.

Concernant la **méthode YUZPE ou contraception orale combinée**, qui utilisait la spécialité **TETRAGYNON®**, elle n'est plus recommandée et commercialisée depuis 2005 en France du fait de sa moindre efficacité au regard du levonorgestrel. [36]

En Côte d'Ivoire, **TETRAGYNON** n'est pas ou plus disponible également. Aucune autre pilule orale combinée n'a été homologuée en Côte d'Ivoire dans le cadre de cette méthode. Néanmoins la méthode **YUZPE** peut être utilisée en choisissant des pilules contraceptives journalières adaptées et en calculant le nombre de pilules nécessaire à avaler.

Par contre la **Mifépristone** (modulateur des récepteurs de la progestérone de première génération) initialement connu sous le nom de **RU 486**, est disponible mais utilisée à forte dose (supérieure ou égale à 200 mg) dans l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse sous la spécialité **MIFEGYNE®**. Ailleurs elle est aussi employée à dose faible (inférieure ou égale à 50 mg) comme contraception d'urgence dans des pays comme la Chine, la Russie et le Vietnam... [20,23]

### **II. Prix des PCU**

Nous avons recensé en tout seize (16) marques de PCU dont quinze (15) au **Levonorgestrel** et une (01) seule à l'**Ulipristal**.



Globalement le prix de vente des PCU varie entre 5245 et 1000 Francs CFA avec un prix moyen de vente de 1981 Francs CFA.

La seule spécialité de l'Ulipristal dans ella One<sup>®</sup>, coûte 5245 F CFA. Par contre les coûts de PCU au Levonorgestrel vont de 4120 à 1000 F CFA.

La diversité de prix du Levonorgestrel par rapport à l'Ulipristal peut être à l'origine du fait que le Levonorgestrel soit la principale pilule contraceptive d'urgence consommée au niveau de la population vu les chiffres de distribution par les grossistes répartiteurs (**Figures 16 et 17**).

Cependant les PCU sont-elles accessibles en terme de coût aux femmes de Côte d'Ivoire ?

La dernière enquête de 2015 sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire révèle un seuil de pauvreté à 269 075 F CFA/ an soit 737 F CFA/jour avec un taux moyen de pauvreté à 46.3%. **[54,55]**

De ce constat, il ressort que même le plus petit prix des PCU (1000 F CFA) est en dessous de ce seuil de pauvreté ; avec plus de la moitié de la population est pauvre dans 22 régions sur les 33 de l'étude. **[54,55]**

Outre Abidjan (22.7%), les régions les moins pauvres sont la région de San-Pedro (35,4%), la région du Nawa (37,4%) et le District autonome de Yamoussoukro (39,4%).

De ce fait, l'on pourrait trouver une explication aux grands volumes de distributions constatés dans le district autonome d'Abidjan (1 019 262 de PCU distribués uniquement dans le district d'Abidjan sur un total de 1 570 753) à l'instar des autres districts de la Côte d'Ivoire.

Toujours concernant le coût des PCU, notre étude révèle également que plusieurs spécialités ont pratiquement le même prix de vente. En exemple nous pouvons citer quatre (04) spécialités génériques de Levonorgestrel : Pregnon<sup>®</sup>,

Postpill®, Norinet® et Levomed® aux prix moyen de vente respectifs de 1017, 1006, 1004 et 1000 francs CFA.

L'on pourrait se demander quelles ont été les raisons, au niveau de la DPML, d'autoriser la mise sur le marché de plusieurs spécialités génériques avec des prix sensiblement égaux ?

Quand on sait qu'au Burkina Faso, 06 spécialités de PCU à base de Levonorgestrel sont disponibles [52] contre 02 seulement en France [23].

L'avantage d'avoir plusieurs génériques d'une spécialité et bon marché est de permettre à toute couche sociale de s'en procurer ou de pallier aux éventuelles ruptures de médicaments ; cependant l'existence également d'un nombre pléthorique de médicament générique pour une même spécialité pourrait par exemple entrainer des difficultés pour l'autorité de régulation quant au contrôle régulier des sites de fabrication, de production ou au contrôle de qualité pharmaceutique de ces génériques etc.

### **III. Disponibilité des PCU**

Seul le Levonorgestrel figure sur la liste des médicaments essentiels de la Côte d'Ivoire. [50] Et selon l'OMS, les médicaments essentiels sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité. Ils devraient être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté. [51]

Cela sous-entend que la sécurité d'emploi et l'absence d'effet secondaire grave sont telles que l'OMS a inscrit le Levonorgestrel dans la liste des médicaments

essentiels, qui devraient exister dans les pharmacies de tous les pays, y compris dans les zones les plus défavorisées, où les dépenses de médicaments doivent rester très prudentes.

En Côte d'Ivoire, les PCU sont disponibles essentiellement dans les officines de pharmacie, certains centres de planification familial en dispensent aux femmes, parce que bénéficiant de l'appui de certaines ONG et du marketing social d'AIMAS notamment la spécialité générique Pregnon®. [28,53]

Cependant l'on observe une forte concentration des officines de pharmacie dans la région d'Abidjan 604 sur 863 soit 55% [30] ; à l'origine d'une possible disponibilité insuffisante des PCU dans certains districts vu le nombre de femmes qui y vivent. Il en est de même pour le personnel de santé [28].

Il est clair que les PCU sont essentiellement disponibles dans la région d'Abidjan.

#### **IV. Dispensation ou délivrance des PCU**

Concernant leur délivrance ou dispensation aux femmes en âge de procréer et/ou aux mineures, nous n'avons pas eu d'information à ce sujet ; néanmoins aucune législation en vigueur ne cadre particulièrement la dispensation des PCU ; sauf celles qui inscrit tous les contraceptifs sur la liste des substances vénéneuses notamment sur la liste I ; et le Levonorgestrel sur la liste des médicaments essentiels conformément aux recommandations de l'OMS. [22]

Cependant qu'en est-il réellement dans les officines de pharmacie ?

Les PCU sont-elles vraiment délivrées sous réserve d'une prescription médicale ou sont – elles en vente libre comme en France ou au Burkina Faso ? L'accès aux PCU est-elle facilitée ? les femmes ne rencontrent-elles pas des difficultés à les obtenir dans les pharmacies privées ?

En France, sur les arguments de chiffres en croissance des grossesses non prévues dues aux échecs de la contraception, des grossesses chez les mineures et des IVG, la PCU au Levonorgestrel a été vulgarisé et est disponible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65 %.

Pour les mineures, elle est délivrée gratuitement et anonymement (sans vérification de leur identité). Elle peut également être délivrée gratuitement aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire par les infirmiers scolaires, et aux étudiants des universités par les services de médecine préventive universitaire. [23]

Pour les pays en voie de développement et les pays où les IVG sont toujours illégaux, l'on pratique ces dernières dans des conditions dangereuses. Elles constituent une des causes principales de mortalité chez les femmes en âge de procréer.

Dans le cadre d'un programme de prévention, agir pour que les contraceptifs d'urgence soient accessibles est la mesure la plus importante qui puisse actuellement être prise afin de réduire le nombre de grossesses non planifiées et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon l'OMS. [22]

Pour donc des raisons évidentes selon les organismes internationaux, les femmes doivent avoir accès à la PCU rapidement et en tout temps.

## **V. Evolution de la distribution et de la consommation des PCU sur la période de 2015 à 2018**

### **V.1. Distribution des PCU par les grossistes répartiteurs**

Nos résultats montrent que les grossistes répartiteurs du secteur privé prédominent dans l'approvisionnement et la distribution des PCU à hauteur de plus de 90 %.

En effet quasiment tous les grossistes répartiteurs, à l'exception de la NPSP, ont réalisé des distributions croissantes de PCU de 2015 à 2018.

L'on peut trouver des raisons de cette prédominance des grossistes répartiteurs privés, dans la proximité de leurs interventions de distributions auprès des officines privées de pharmacie et des pharmacies à usage intérieur des cliniques privées. Ils disposent tous d'antennes régionales et d'un rythme de livraison (1 à 3 par jour) quotidiens dans les zones urbaines et en zone rurale.

Le réseau des grossistes répartiteurs privés permet un approvisionnement rapide et régulier de l'ensemble des pharmacies. Ce qui assure de manière satisfaisante une disponibilité effective des médicaments sur le territoire national et notamment des PCU. Or ce réseau comme mentionné dans d'autres chapitres, est essentiellement concentré dans le district d'Abidjan ; ce qui justifierait en partie les volumes élevés de distribution de PCU à Abidjan.

Par ailleurs, le grossiste répartiteur privé UBIPHARM-CI est en tête avec plus de 50 % de part dans la distribution des PCU. Il faut souligner que ce grossiste, dans le secteur pharmaceutique en général assure 52 % de la distribution pharmaceutique nationale.

La Côte d'Ivoire a un système public d'approvisionnement et de distribution des médicaments clairement défini et fonctionnel, assuré par la Nouvelle PSP-CI.

La Nouvelle PSP-CI est une centrale d'achat de médicament. Elle est la seule structure à avoir cette fonction en Côte d'Ivoire, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Elle est le principal fournisseur des établissements sanitaires publics en Côte d'Ivoire. Ceux-ci ont une obligation de s'y

approvisionner à hauteur de 75% (CHU) et 100% (autres formations sanitaires) de leurs besoins.

La Nouvelle PSP-CI a donc le quasi-monopole de la distribution des médicaments essentiels inscrits sur la liste nationale dans ces établissements.

Bien que les contraceptifs d'urgence à base de Levonorgestrel soient sur la liste nationale des médicaments essentiels [50], leur approvisionnement et distribution est en décroissance voire nulle en 2018 au niveau du secteur public.

En effet il n'existe pas de programme spécifique à l'approvisionnement, la distribution et à la promotion de la contraception d'urgence dans le plan d'action du Ministère de la Santé et du PNSR/PF. Le financement pour l'approvisionnement en pilules contraceptives d'urgence et leur promotion dans les structures sanitaires publique sont le fait, au secteur public, des partenaires techniques et financiers (USAID, UNFPA, KWN ...) et des Organisation non gouvernementales (AIMAS, AIBEF...) [30]. A priori la Nouvelle PSP-CI Ministère de tutelle et/ou le PNSR/PF semble n'avoir qu'un rôle coordonnateur.

De plus un rapport final analysant le repositionnement de la Planification familiale en Côte d'Ivoire de l'USAID [28] souligne que le secteur public est plutôt leader dans l'offre des contraceptifs sous les formes implants et injectables, tandis que le secteur privé dans celle des pilules (journalière et lendemain) et les spermicides.

## **V.2. Distribution et consommation des PCU par district de Côte d'Ivoire et par commune/sous-préfecture d'Abidjan**

En 2018, sur 1 570 753 de PCU distribués aux structures habiletés et situées dans les différents districts de la Côte d'Ivoire, Abidjan en a reçu environ 65 % contre 35 % pour les autres localités de l'intérieur du pays.

Au niveau du district autonome d'Abidjan, cinq (05) communes se démarquent :

YOPOUGON avec 29%, COCODY 21%, MARCORY 10% et 8% pour KOUMASSI et ABOBO.

La justification de cette forte distribution et délivrance de PCU dans le district autonome d'Abidjan pourrait être que :

Premièrement il existe une répartition inégale entre les zones rurales et urbaines non seulement de la population, mais des structures de dispensation des produits de la PF et aussi du personnel de santé chargé de l'offre des services de

Planification familiale [28] : on note par exemple une forte concentration des officines de pharmacie dans le district d'Abidjan (604 soit 55% sur 863 officines de pharmacies).

Le district d'Abidjan (en raison du poids de la ville d'Abidjan) abrite le cinquième de la population totale (20,8%) avec 50 % femmes. [56].

De plus au niveau d'Abidjan, les communes de YOPOUGON (620 065 femmes), ABOBO (574 856 femmes), COCODY (271 384 femmes), KOUMASSI (249 841 femmes), PORT BOUET (238 222 femmes) habitent les plus fort taux d'estimation de population féminines résidentes dans l'ordre décroissant en 2018.

- Soulignons que par rapport à la distribution des PCU en 2018 dans les communes et sous-préfectures d'Abidjan et la population féminine qui y vit, on note des particularités : Yopougon qui compte la plus grande population féminine, a reçu également la plus grande part de PCU distribuées soit 29.66% du total.
- Le nombre de PCU distribuées est quasiment égal au nombre de femmes dans les communes et sous-préfectures de Cocody, Marcory, Treichville et Bingerville ; contrairement aux communes de Koumassi, Abobo, Port bouet, Adjamé, Attécoubé, et les sous-préfectures d'Anyama, Songon et

de Brofodoumé où le nombre de femmes est largement supérieure aux quantités de PCU distribuées.

- La quantité de PCU distribuées au Plateau est supérieure au nombre de femmes qui y vivent. Elle correspond au double de la population féminine vivant au plateau. Cela s'explique probablement par le fait que la commune du plateau soit le centre des affaires, et que des femmes en emploi et non résidentes se procurent des PCU dans les officines du Plateau.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer cette différence de consommation de PCU par les femmes entre ces communes ? Le niveau de connaissance des PCU, le taux d'alphabétisation, la pauvreté, le niveau de scolarité des femmes dans ces communes, le réseau de pharmacies dans ces communes ou l'accessibilité des PCU etc. sont autant de facteurs à explorer ou étudier de près afin de comprendre ces phénomènes.

### **V.3. Evolution de la distribution et de la consommation des PCU de 2015 à 2018**

Notre étude a rapporté une distribution des PCU de 2015 à 2018 croissante d'environ 19 %. Le nombre d'unités de PCU distribué a doublé sur cette période. L'on pourrait conclure qu'il en est de même pour leur consommation.

Les raisons de cette augmentation de distribution et consommation de PCU pourraient être soit les résultats d'une démographie galopante essentiellement des femmes ou soit le fait d'une réelle surconsommation par la gente féminine de ces contraceptifs.

En effet de 2015 à 2018, la population de Côte d'Ivoire est passée de 23 226 143 à 25 069 229 habitants. La population féminine également a augmenté sur cette même période ; allant de 49.246% à 49.343% de la population totale. [57]



L'on pourrait déduire que l'augmentation de la distribution des PCU est due à l'augmentation des consommatrices. Cependant comparer l'accroissement démographique des femmes et le nombre de PCU obtenus sur la période de 2015 à 2018, ne nous permet pas de dire s'il y a eu une surconsommation réelle de ces contraceptifs, parce que nous n'avons pas les données d'estimation du rythme d'utilisation des PCU (une ou plusieurs fois dans le mois ou l'année), par les femmes ayant utilisée au moins une fois la contraception d'urgence.

Néanmoins, nous pouvons conclure à une augmentation de la distribution, de la délivrance et de la consommation des PCU en Côte d'Ivoire de 2015 à 2018.

Il faut signaler qu'une étude similaire a été faite en France et a montré que le nombre de PCU vendues a plus que doublé en 10 ans, passant de 570 000 en 2000 à 1,27 millions en 2010. L'augmentation des PCU vendues, très rapide les premières années après la mise sur le marché du Levonorgestrel (Norlevo®), semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009 [23].

## **VI. Limites et contraintes notre étude**

Il s'agit essentiellement pour cette étude d'évaluer dans le temps les quantités de pilules contraceptives d'urgence consommées par la population féminine de Côte d'Ivoire ; et ce à travers les données de distributions des grossistes répartiteurs pharmaceutiques. Ainsi nous avons supposé et considéré que les quantités de PCU distribuées par les grossistes répartiteurs aux structures habilitées (Officines de pharmacie, structures sanitaires publiques...) reflétaient également les quantités de PCU consommées par les femmes.

Aussi les quantités distribuées de PCU par localité ont été comparé avec des estimations de population de femmes, calculées sur la base du dernier recensement de l'habitat et de la population de 2014 [56] et des données d'estimation de la Banque mondiale [57]. Il aurait été préférable d'utiliser les

données sur les des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui constituent véritablement la cible des PCU, mais nous n'avons pu obtenir ces chiffres, raison pour laquelle nous avons utilisé celles de la population de femmes en CI bien que les analyses et interprétations pourraient comporter des biais.

Par ailleurs plusieurs documents officiels ont fait mention qu'en plus de la centrale d'achat qu'est la Nouvelle PSP-CI, certains programmes de santé, quelques bailleurs multilatéraux et des ONG/privées assuraient le stockage des produits voire la distribution des produits de santé directement aux établissements sanitaires publiques. [28,30]

En ce qui concerne les contraceptifs, nous avons rencontré les ONG AIMAS et AIBEF pour avoir leurs données de distributions de PCU ; ces dernières nous ont affirmé qu'elles s'approvisionnaient en contraceptifs d'urgence via la Nouvelle PSP-CI et/ou les grossistes répartiteurs privés.

Nous avons donc considéré que les données de distributions de PCU obtenues chez les différents grossistes prenaient en compte celles des ONG susmentionnées.

Par ailleurs, notre étude qui s'est déroulée à Abidjan en Côte d'Ivoire, a rencontré plusieurs difficultés dans sa réalisation :

- Très peu d'études existent sur la quantification de la distribution et/ou de la consommation des PCU similaires à la nôtre
- Difficultés à obtenir les données demandées sur les PCU auprès des grossistes répartiteurs du fait de leur emploi du temps chargé.

Malgré toutes ces insuffisances, cette étude apporte un éclairage sur l'évolution de la distribution et la consommation des PCU en Côte d'Ivoire ; d'autant plus qu'il n'y a pas de travaux qui ont été effectués dans ce sens.

En clair, nous retenons que le marché pharmaceutique Ivoirien dispose d'une très large gamme de PCU, en terme de variété et de prix ; tout ceci favorisé par l'ère du médicament générique.

La distribution des PCU en CI, est le fait essentiellement des grossistes répartiteurs privés ; elles sont également disponibles et délivrées principalement en officines de pharmacie à un coût minimum de 1000 francs CFA ; ce qui n'est malheureusement pas accessible financièrement aux populations surtout pauvres.

Sur la période 2015 à 2018, leur distribution par les grossistes répartiteurs a doublé dans le temps. Leur consommation a suivi la même tendance.

Cette augmentation de distribution et de consommation de PCU peut trouver son origine dans plusieurs hypothèses :

- soit une surconsommation réelle de ces PCU par les femmes
- soit l'augmentation des femmes en âge de procréer

De plus la tendance de consommation des PCU ayant lieu principalement au niveau d'Abidjan, nous remarquons que dans certaines communes comme Cocody, Marcory, le nombre de PCU distribués correspond quasiment au nombre de femmes qui y vivent. Par contre dans les autres communes comme Yopougon, Koumassi et Abobo, l'écart est très grand ; il y a plus de femmes que de PCU distribuées.

De ce constat, d'autres questions sont à étudier auprès des populations féminines afin de comprendre quels en sont les facteurs à l'origine.

## **CHAPITRE IV : PERSPECTIVES**

La pilule contraceptive d'urgence communément appelée pilule du lendemain a été introduite dans la plupart des pays Africains au début des années 2000. Ce sont davantage les pilules contenant du Levonorgestrel qui y sont vendus sous plusieurs marques commerciales.

Les mécanismes d'intégration de ce contraceptif dans l'offre contraceptive des pays d'Afrique subsaharienne, l'impact de son utilisation sur la vie sexuelle et reproductive des femmes sont faiblement documentés.

La contraception d'urgence désignant une contraception de « secours », constituées de méthodes spécifiques, qui peuvent être utilisées dans l'urgence pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptives, un viol.

Bien vrai que la PCU ait été introduite et libéralisée dans les pays développés avant 2000, qu'elle soit fortement recommandée et intégré dans la PF par les organismes internationaux dont l'OMS ; dans les pays subsahariens sa place n'est pas encore bien perçue et plusieurs polémiques entourent la PCU :

### **I. Le mécanisme d'action de la PCU**

Les questionnements et les préoccupations récurrents autour du mécanisme d'action de la contraception orale d'urgence alimentent les discours sur un effet supposé abortif de la méthode.

Son mécanisme d'action est remis en cause. Les opinions et les positions défavorables à cette méthode contraceptive soutiennent qu'elle est abortive. Alors que certains scientifiques rassurent qu'elle n'est pas abortive parce que la grossesse débute lorsque la nidation de l'œuf dans l'endomètre est effective ; et

la PCU n'a aucun effet lorsque la nidation a débuté. D'autres ne sont pas du même avis car si cette définition de la grossesse a été promue pour la première fois par le Congrès américain des obstétriciens et gynécologues (ACOG) en 1965, toute destruction de la vie avant l'implantation serait définie comme « avant d'être enceinte ». [58]

En effet, la polémique autour de l'action abortive de la PCU est ancrée dans une certaine mesure dans le débat sur le début de la vie. Bien qu'il n'y ait de preuve scientifique claire que la PCU empêche la nidation, pour d'autres la PCU et son « action » sur le processus de nidation participe pour ceux-là à un processus abortif.

En outre l'action de la PCU pourrait être confondu avec celui de la Mifépristone qui est un anti progestatif agissant quand la nidation a bel et bien eu lieu.

Finalement l'OMS et son département de recherche scientifique retiennent que *« Les éléments de preuve disponibles à ce jour montrent que l'utilisation de LNG-PCU n'empêche pas un œuf fécondé de se fixer sur l'endomètre. Ces pilules agissent principalement en bloquant ou en perturbant l'ovulation ; elles peuvent aussi empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule »*. [59]

## **II. L'offre**

Le recours à la CU est influencé par la disponibilité et le coût. Le système de vente libre de la contraception d'urgence dispense les utilisatrices de l'obligation d'une prescription médicale.

Cependant, les conditions régissant la vente de la contraception d'urgence varient d'un Etat à un autre. Cette dernière est soit en vente libre, soit vendue sous réserve de présentation d'une ordonnance médicale.

En raison de la particularité de cette pilule, le statut régissant sa vente fait l'objet de débats. Faut-il durcir les conditions d'accès étant donné qu'il ne s'agit pas

d'une méthode ordinaire, ou rester cohérent avec la notion d'« urgence » et en faciliter ainsi l'accès ?

### **III. La problématique de l'utilisation régulière de la PCU**

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive occasionnelle. De manière générale, l'OMS a identifié trois situations qui justifient son recours. Il s'agit de l'absence de contraception, de l'échec ou de l'usage défectueux d'une méthode contraceptive et du viol.

L'utilisation répétée de la PCU, entendue comme son usage régulier est une problématique abordée très souvent dans les études portant sur la méthode. L'incidence sur la santé (en termes d'effets secondaires) et la vie sexuelle de la femme est particulièrement ciblée.

Les travaux menés jusqu'ici ont conclu que l'utilisation répétée de la PCU n'expose la santé de la femme à aucun risque majeur connu [16, 60-62]. Les effets ressentis tels que les nausées, les troubles du cycle menstruel sont considérés comme des effets secondaires mineurs.

Certains travaux interpellent sur le sens des notions « utilisation répétée » et « utilisation abusive ». Où la frontière se situe-t-elle ? La confusion que peut entraîner ces deux notions fait qu'il faudrait définir les critères qui explicitent le passage du répétitif à l'abusif.

Comme souligné plus haut, l'opposition à un usage fréquent de la PCU est motivée par les risques pour la santé. Selon l'OMS, l'utilisation répétée de la contraception d'urgence n'est pas risquée pour la santé de la femme. « *Une utilisation fréquente peut avoir des effets secondaires, comme l'irrégularité du cycle menstruel, bien qu'un usage répété n'entraîne aucun risque connu pour la santé* » [16].

Cet organisme international désapprouve le recours répétitif à la méthode du fait qu'elle ne soit totalement efficace pour éviter une grossesse non prévue

Néanmoins, il (OMS) affirme qu'« *il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence* » mais précise que cette information est de qualité faible. [63]

Pour ce qui est de l'utilisation correcte de cette méthode contraceptive, l'étude de Teixeira *et al.* (2012) [64] constatent que la notion d'urgence est reléguée en arrière-plan par les utilisatrices.

Certaines planifient le recours à ce dispositif médical. L'urgence ne constitue plus le cadre unique au sein duquel les individus recourront à ce moyen de contraception. Son utilisation est répétée et même anticipée. Ce qui explique qu'il est considéré parfois par des utilisatrices comme une méthode post-coïtale « ordinaire » parmi d'autres, et pourrait justifier une augmentation de la consommation des PCU.

## **V. Les effets secondaires**

Les effets secondaires les plus courants de la CU au Levonorgestrel sont les nausées, les vomissements, les céphalées, des perturbations du cycle menstruel.

D'autres conséquences telles que les douleurs abdominales, les douleurs à la poitrine ont également été observées chez des utilisatrices de la méthode [65].

Ces effets secondaires disparaissent généralement dans les 24 heures. Pour certaines femmes, il s'agit d'un moindre mal à supporter par rapport à la gêne occasionnée par d'autres méthodes contraceptives. Ainsi, « *la contraception d'urgence n'est pas utilisée comme méthode de rattrapage mais surtout comme une méthode post-coïtale ordinaire moins nocive que les autres méthodes hormonales* » [66].

Des études qualitatives réalisées dans les capitales africaines Accra [67] et Addis-Abeba [68] indiquent que les utilisatrices s'accommodent des effets secondaires deS PCU. Selon elles, ces dernières sont plus tolérables que ceux d'autres méthodes contraceptives. Elles s'en accommodent également parce que le mode d'emploi est moins contraignant que celui de la contraception régulière orale ou injectable.

Finalement l'utilité des PCU pourrait n'avoir aucun effet escompté ; dans le sens où cette méthode n'est efficace qu'en respectant les recommandations d'utilisation pas très précises d'ailleurs en terme de rythme d'utilisation. De plus elle ne constitue pas une méthode contraceptive régulière.

L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence (COU) pourrait réduire le nombre de grossesses non planifiées et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes et chez les femmes en âge de procréer ; cependant d'autres préoccupations plus profondes sur la PCU et le comportement des potentielles utilisatrices doivent être étudiées par les politiques de Santé avant la vulgarisation officielle des PCU :

- Vu le taux d'alphabétisation des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui est de 47.2%, la PCU sera-t-elle utilisée convenablement ? [55]

- Au long cours, l'utilisation des PCU n'aura-t-elle pas des répercussions sur la santé des femmes vu que les scientifiques ne sont pas tous unanimes sur son mécanisme d'action ?

- La délivrance des PCU doit-elle être conditionnée afin de s'assurer qu'elle ne sera utilisée de manière abusive ?

- Les femmes délaisseront-elles les méthodes habituelles de contraception si la PCU devient plus facilement accessible ?



-Les hommes seront-ils moins portés à utiliser le condom s'ils savent que leurs partenaires féminines peuvent avoir recours à la PCU ?

-L'accessibilité élargie à la PCU favorisera-t-elle un relâchement des mœurs et des comportements non responsables de la part des jeunes en matière de sexualité ? Si oui, n'ira-t-elle pas à l'encontre de tous les efforts consentis jusque-là pour lutter contre les IST telles que le VIH/SIDA ?

Ce sont autant de questions à élucider par nos politiques sanitaires et les chercheurs scientifiques.

# CONCLUSION

La contraception d'urgence occupe une place importante dans la planification familiale bien qu'elle ne fasse pas l'objet de promotion par les structures, dont elle relève en Côte d'Ivoire. Son importance se situe dans le fait qu'elle permette de rattraper une erreur en évitant une grossesse désirée, mais surtout parce qu'elle est utile en cas de relations sexuelles sous contraintes.

L'utilisation, la disponibilité et l'accessibilité facilitée des PCU ainsi que l'absence de réglementation particulière concernant la délivrance de ces produits ont facilité sa consommation par la population féminine ces dernières années.

Il était important pour nous, de par notre étude, d'évaluer leur tendance de consommation, d'identifier les localités où l'utilisation des PCU est forte afin de permettre une enquête comportementale de terrain auprès de la population.

La PCU, certes permet de pallier à certains échecs contraceptifs mais son recours de façon abusive et exclusive pourrait être le reflet d'une prise de risque à se livrer à des relations sexuelles non responsables favorisant l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles et même des grossesses non désirées vu qu'elle ne constitue pas une méthode contraceptive totalement efficace et sûre.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Pour les autorités sanitaires (MSHP)**

1. Œuvrer à la réalisation des Objectifs de développement durables (ODD3 et ODD5) et au repositionnement de la planification familiale en Côte d'Ivoire.
2. Instaurer un cadre juridique relatif au domaine de la santé de la reproduction et sexuelle des populations surtout des femmes en âge de procréer ; et préciser celui de la contraception d'urgence.
3. Favoriser l'accès élargi aux services de planification familiale et contribuer à une meilleure disponibilité des contraceptifs en CI.
4. Permettre la réalisation d'études de suivi de la consommation nationale des médicaments.
5. Assurer des services de santé organisés et gérés de manière à favoriser des interventions de planification familiale efficaces et abordables, centrées sur les populations et atteignant les bénéficiaires
6. Impliquer d'avantage les pharmaciens et les agents de santé communautaire dans les activités et la promotion de la planification familiale auprès des populations surtout non alphabétisées.

### **Pour l'autorité de régulation pharmaceutique, la DPML**

1. Réaliser régulièrement des études nationales de suivi d'importation, de distribution et de consommation des médicaments.
2. Actualiser et vulgariser auprès des professionnels de la santé, les listes de médicaments autorisés à être commercialisés sur le marché pharmaceutique.

### **Aux grossistes répartiteurs**

Alerter régulièrement l'autorité de régulation sur les augmentations de distribution de médicaments.

### **Aux professionnels de la santé,**

Sensibiliser continuellement et guider les femmes à l'adoption et au choix d'une méthode contraceptive moderne adaptée.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. **Ouédraogo R.** Les méthodes contraceptives rendent stérile. « in » Valéry Ridde éd., *30 idées reçues en santé mondiale*. Presses de l'EHESP. 2015. pp. 45-48.
2. **OMS.** Rapport sur les objectifs de développement durable. 2018. Vol 36. pp. 5-6.
3. **Sombo N., Lucien K., Albert K., Juan S., Monique B., Bernard B., et al.** 1995. Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994. Calverton, Maryland. U.S.A. : Institut National de la Statistique et Macro International Inc.
4. **Institut National de la Statistique (INS) et ICF International.** 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012. Calverton, Maryland. USA : INS et ICF International. pp. 99-101.
5. **Institut National de la Statistique (INS).** 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2016, Rapport des Résultats clés. Abidjan, Côte d'Ivoire. p. 92.
6. **OMS (Organisation Mondiale de la Santé).** Santé sexuelle. Disponible sur : [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/) . « Consulté le 09/05/2019 ».
7. **OMS (Organisation Mondiale de la Santé).** Santé reproductive. Disponible sur [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/) . « Consulté le



09/05/2019 ».

**8. Conférence mondiale sur les droits de l'Homme :** Déclaration et programme d'action de Vienne. 1993.

**9. Nations Unies.** Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Le Caire, 1994. New York. 1995.

**10. UNFPA.** Planification familiale. Disponible sur :

<https://www.unfpa.org/fr/planification-familiale> . « Consulté le 15/11/2018 ».

**11. OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). Planification familiale/contraception. Disponible sur <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. « Consulté le 13/11/2018 ».

**12. OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). Statistiques sanitaires mondiales. 2015.

**13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.** Document de la Politique nationale de la Santé et de la reproduction et Planification familiale 2<sup>ème</sup> édition. Septembre 2008.

**14. Plan d'action national budgétisé de planification familiale 2015-2020.** Juillet 2014.

**15. Bodet Angèle.** Histoire de la contraception : De la grossesse subie à la grossesse désirée. *Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Université Angers.

2014. 162p.

**16.OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). Contraception. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>. « Consulté le 13/11/2018 ».

**17.Haute Autorité de Santé (HAS)**. Fiche mémo Contraception d'urgence. Décembre 2013. Mise à jour Juillet 2019.

**18.Yasmine Sandrine CHANOU**. Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, de la faculté de pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Bénin. *Thèse de Doctorat en Médecine*. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako. 2014. 105p.

**19.C. Jamin, A. Agostini, I. Asselin, I. Ben M'barek, K. Bettahar, B. Carbonne. et al.** Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. *Tribune libre / Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 43 (2015). 571–574.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.07.013>.

**20.Ordre des Pharmaciens du Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux.** La contraception orale d'urgence. Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciens et pharmaciennes. Québec. 2002.

**21.Jean-Charles TROPEE**. Le pharmacien d'officine et la contraception. *Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Université de Rennes 1. 2014. 158p.

**22.OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). Contraception d'urgence : Dissiper les idées fausses et les croyances erronées. Disponible sur <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-077446/fr/>. « Consulté le 13 Novembre 2018 ».

**23.Haute Autorité de Santé (HAS).** Contraception d'urgence : Prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013.

**24.Margaux BOYELDIEU.** Evaluation des connaissances des élèves de 3<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité. *Thèse de Doctorat en Médecine*. Université Toulouse III. 2017. 55p.

**25.Melle HUGENEL Delphine.** Les adolescents et la contraception d'urgence. Mémoire de diplôme d'Etat de sages-femmes. Université de Lorraine. 2000. 65p.

**26.ANOH A. FASSASSI R. VIMARD P.** Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire. Les dossiers du CEPED. Paris. 2002, N° 68 : 45 p.

**27.Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.** Plan stratégique de la Planification familiale 2012-2016. Juin 2012.

**28.USAID** (United States Agency For International Development). Rapport

Final : Analyse du Marché de Planification Familiale et des Services de Communication pour le Changement Social et Comportemental selon l'Approche du Marché Total. Novembre 2017.

**29.Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.** Plan stratégique national de la surveillance du VIH-SIDA et IST en Côte d'Ivoire 2015-2019. Juillet 2015.

**30.Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. PNDAP.** Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé en Côte d'Ivoire. Décembre 2016.

**31.ONUSIDA.** La Côte d'Ivoire augmente de 400% son budget national pour le VIH. Février 2017. Disponible sur : [http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/february/20170214\\_cotedivoire](http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/february/20170214_cotedivoire). « Consulté le 22/12/18 ».

**32.Ministère de la Lutte contre le Sida.** Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Rapport national de la Côte d'Ivoire 2008. Janvier 2008.

**33.Ministère du Plan et du Développement.** Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire. Juin 2019.

**34.Hassoun D.** Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018). <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>.

- 35.** Fédération du Québec pour le planning des naissances. Les méthodes contraceptives. Accessible à <https://www.fqpn.qc.ca/public/informez-vous/contraception/methodes-contraceptives/>. « Consulté le 30/08/19 ».
- 36.** **Joanne Garcia.** Le point sur la contraception d'urgence en 2014. *Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Université Bordeaux 2. 2014. 102p.
- 37.** **Collège national des gynécologues et obstétriciens français.** Journal Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction : les dispositifs intra utérins. 2005. 34 (5) : 513.
- 38.** **Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, Van Horn J, et al.** Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet Lond Engl* 2010 ;375(9714) :555-62.
- 39.** **Edith Guilbert. Sheila Dunn.** Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada : Contraception d'urgence. N°131. Août 2003.
- 40.** **Trussell J, Raymond EG.** Emergency contraception. A last chance to prevent unintended pregnancy. Princeton : Office of Population Research, Princeton University ; 2011.
- 41.** **Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra AM, Levy DP, et al.** Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010 ;25(9)

:2256-63.

**42. Prabakar I, Webb A.** Emergency contraception. *BMJ* 2012 ;344 : e1492.

**43. Brache V, Cochon L, Deniaud M, Croxatto HB.** Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception* 2013 ;88(5) :611-8.

**44. Loi n° 2015-533 du 20 Juillet 2015 relative à l'exercice de la pharmacie.** Titre I. Chapitre premier. Article 8. 2015.

**45. Nouvelle PSP CI.** Présentation de la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique de Côte d'Ivoire : Historique. Accessible à : <http://npsp.ci/presentation.php?page=Historique> . Consulté le 26/09/19.

**46. Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires de Côte d'Ivoire.** Historique de la DPM Côte d'Ivoire. Accessible à : <https://www.dpml.ci/fr/historique-la-dpm-c%C3%B4te-divoire> . Consulté le 26/09/19.

**47. Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires de Côte d'Ivoire.** DPM Côte d'Ivoire : Présentation. Accessible à : <https://www.dpml.ci/fr/dpm-c%C3%B4te-divoire-0>. Consulté le 26/09/19.

**48. Décret n° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions.** 2011.

- 49. Institut National de Statistique (INS).** Recensement général de la population et de l'Habitat. Répertoire des localités : District autonome d'Abidjan. Juin 2015.
- 50. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.** Arrêté N° 006/MSLS/CAB du 14 Janvier 2014 modifiant l'arrêté N° 203/MSLS/CAB du 19 Novembre 2010 portant Liste nationale des médicaments essentiels et du matériel biomédical : Liste nationale des médicaments essentiels et du matériel biomédical (Version 2013). 144p.
- 51. OMS (Organisation Mondiale de la Santé).** Médicaments essentiels. Accessible à [https://www.who.int/topics/essential\\_medicines/fr/](https://www.who.int/topics/essential_medicines/fr/). « Consulté le 30/09/19 ».
- 52. Fatoumata NABONSWENDE BOUDA.** Recours à la contraception d'urgence orale en officine dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) : Etude analytique. *Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. 194p.
- 53. Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS).** Produits de l'AIMAS. Accessible à : [http://www.aimas.org/pages/Aimas\\_Articles](http://www.aimas.org/pages/Aimas_Articles). « Consulté le 30/08/19 ».
- 54. Institut National de Statistiques (INS).** Indicateurs : Indicateurs sociaux. Accessible à : <http://www.ins.ci/n/>. « Consulté le 30/09/2019 ».
- 55. Ministère du Plan et du développement. Institut National de Statistiques (INS).** Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte

d'Ivoire (ENV 2015). 2015.

**56. Institut National de Statistiques (INS).** Principaux résultats du recensement général de la population et de l'habitat 2015 (RGPH 2015). 2015.

**57. Banque mondiale.** Evaluation de la Banque mondiale utilisant les ratios de l'ONU : Population, Femmes - Côte d'Ivoire. accessible à : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL.FE.IN?locations=CI>. Consulté le « 28/08/19 ».

**58. Chris Kahlenborn. Rebecca Peck. Walter B. Severs.** Mécanisme d'action de la contraception d'urgence au lévonorgestrel. Linacre Q. Février 2015 ; 82 (1) : 18–33.

**59. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Aide-mémoire sur l'innocuité des pilules au levonorgestrel-seul de la contraception d'urgence (LNG-PCU). 2010.

**60. Grimes D.A. Raymond E.G. Scott J.B.** Emergency contraception over-the counter: the medical and legal imperatives. *Obstetrics & Gynecology*. 2001. 98. pp. 151-155.

**61. Norris T.A. Ellertson C.** How safe is emergency contraception? *Drug Safety*. 2002. 25. pp. 695-706.

**62. Shelton J.D.** Repeat emergency contraception: facing our fears. *Contraception*. 2002. 66(1). pp. 15-17.

**63. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives 5<sup>e</sup> édition.



2015.

- 64. Teixeira M. Guillaume A. Ferrand M. Adjamagbo A. Bajos N.** Representations and uses of emergency contraception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product. *Social Science & Medicine*. 2012. 75(1). pp. 148-155.
- 65. Trussell J.** Emergency contraception: hopes and realities .in : Foster A.M. Wynn. L.L. (eds). *Emergency contraception, the story of a global reproductive health technology*. New York NY. Palgrave Macmillan. 2012. pp. 19-35.
- 66. Teixeira M. Bajos N. Guillaume A. ECAF.** De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : effets secondaires et usages à la marge. In : Desclaux A. Egrot M. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris. IRD Collection Anthropologies et médecines. L'Harmattan. 2015. pp. 181-195.
- 67. L'Engle K.L. Hinson L. Chin-Quee D.** "I love my ECPs" : challenges to bridging emergency contraceptive users to more effective contraceptive methods in Ghana. *The journal of family planning and reproductive health care*. 2011. 37(3). pp. 146-151.
- 68. Gold E.** Ethiopia's postpill emergency contraceptive: an assessment of provider and customer attitudes and behaviors. Addis Ababa. DKT Ethiopia. 2011.

## ANNEXES

## **ANNEXE 1** : Courrier de demande d'autorisation des données sur les pilules contraceptives d'urgence aux grossistes répartiteurs.

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



Département de Chimie Organique et Chimie Thérapeutique

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail

Abidjan, le 15 Mars 2019

A

**Monsieur le Directeur**

**Objet** : Demande de données de consommation relatives aux contraceptifs d'urgence

Dans le cadre de mes activités académiques et d'encadrement, je vous prie de bien vouloir mettre à notre disposition des données statistiques de consommation relatives aux contraceptifs d'urgence aux fins d'une thèse d'exercice en pharmacie, **notamment celle de Mlle DIGBE EYAMBI Raphaëlle**.

Les résultats de cette étude nous serviront d'outil d'aide à la décision afin de contribuer à la réussite de la politique de planning familiale en Côte d'Ivoire.

L'intitulé de ladite thèse pourrait être « Evaluation de la consommation des contraceptifs d'urgence en Côte d'Ivoire et réussite de la politique de planning familiale en Côte d'Ivoire »

Les objectifs recherchés sont les suivantes :

1. Etablir les données de consommation de 2012 à 2018 (**cf questionnaire joint**)
2. Evaluer le comportement des consommateurs
3. Evaluer les éléments de sensibilisation dans la politique de planning familiale

Pour ce faire la présente thèse se déroulera en 2 phases :

- Une phase de collecte de données de disponibilité et de consommation des contraceptifs d'urgence, ce qui justifie ma demande auprès de votre établissement, et
- Une phase d'enquête comportementale de terrain.

Je tiens à vous rassurer Monsieur le Directeur, que les données recueillies serviront exactement aux objectifs visés.

**Je vous prie également de bien vouloir faire diligence pour mettre à notre disposition les données souhaitées afin que la politique actuelle consacrée au couple mère/enfant puisse en bénéficier à temps.**

**Prof Ag. Mahama OUATTARA**

## **ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE : « Evaluation de la consommation des contraceptifs d'urgence en Côte d'Ivoire et réussite de la politique de planning familiale en Côte d'Ivoire »**

**Partie 1 :** Nom du GROSSISTE REPARTITEUR : .....

**Partie 2 :** DCI ET NOMS COMMERCIAUX DES CONTRACEPTIFS D'URGENCE DISPONIBLES

Ci-après des exemples

**1. LEVONORGESTREL**

a) SPECIALITES DISPONIBLES

b) GENERIQUES DISPONIBLES

**2. ACÉTATE D'ULIPRISTAL**

a) SPECIALITES DISPONIBLES

b) GENERIQUES DISPONIBLES

**3. COMBINAISON LEVONORGESTREL + OESTRADIOL (OU ETHINYLESTRADIOL)**

a) SPÉCIALITÉS DISPONIBLES

b) GENERIQUES DISPONIBLES

**4. DISPOSITIF INTRA-UTERIN AU CUIVRE**

a) SPÉCIALITÉS DISPONIBLES

b) GENERIQUES DISPONIBLES

**5. AUTRES**

a) SPÉCIALITÉS DISPONIBLES

b) GENERIQUES DISPONIBLES

**Partie 3 :** QUANTITES IMPORTEES

Produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018

**Partie 4 : QUANTITES VENDUES**

Produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018

**Partie 5 : PRIX DE VENTE (PGHT et Prix cession)**

Produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018

**Partie 6 : Les 10 officines les plus consommatrices de contraceptifs d'urgence par région pharmaceutique (les 5 régions pharmaceutiques)**

Produits	Région pharmaceutique	Nom de l'Officine	Commune/ville	Quantité

### **ANNEXE 3 : Carte administrative de la Côte d'Ivoire**



# TABLES DES MATIERES

SOMMAIRE .....	XXV
LISTE DES FIGURES.....	XXVI
LISTE DES TABLEAUX.....	XXVIII
LISTE DES ABREVIATIONS .....	XXIX
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE .....	5
Chapitre I.: DEFINITIONS .....	6
I.Santé sexuelle et reproductive .....	6
II.Contraception et planning familial .....	7
Chapitre II. : ETAT DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D’IVOIRE .....	9
I.Historique, politique et réglementations .....	9
I.1. Historique .....	9
I.2. Politique.....	12
I.3. Reglementation.....	14
II.Circuit de distribution des contraceptifs en Côte d’Ivoire : fabricants, importateurs, grossistes et prestataires .....	16
II.1. Les fabricants, importateurs, distributeurs et grossistes.....	16
II.2. Les prestataires (prescripteurs, pharmaciens, ONG).....	19
II.2.1. Le personnel de santé des formations sanitaires publiques.....	19
II. 2.2. Officines de pharmacie.....	20
II.2.3. ONG (Organisations Non Gouvernementales) et OSC (Organisation de la Société Civile) .....	20
III.Organismes de soutien : coordination, financement et communication .....	21
III.1. La coordination .....	22
III.2. Le financement.....	23
III.3. La communication pour le changement social et comportemental (CCSC).....	24
IV.Contraception et IST/VIH-SIDA.....	25
IV.1. Politique de la lutte contre le VIH-SIDA.....	25
IV.1.1 Les organes institutionnels .....	26
IV.1.2. Budget.....	28

IV.2. Epidémiologie sur le VIH/SIDA et les IST .....	28
IV.3. Incidence des méthodes contraceptives sur le VIH/SIDA et IST sur les risques liés à l'activité sexuelle .....	30
CHAPITRE III : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .....	34
I. Les méthodes contraceptives .....	34
I.1. Les méthodes contraceptives non hormonales .....	34
I.1.1. Méthodes naturelles .....	34
I.1.1.1. La méthode de la glaire cervicale (Billings).....	35
I.1.1.2. La méthode de la température basale.....	36
I.1.1.3. La méthode sympto thermique .....	37
I.1.1.4. La méthode du calendrier (Ogino-Knaus) .....	37
I.1.1.5. La méthode des jours fixes .....	38
I.1.1.6. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).....	38
I.1.1.7. Méthode du coït interrompu (retrait) .....	39
I.1.2. Méthodes barrières .....	39
I.2. Les Méthodes contraceptives hormonales .....	40
I.2.1. Combinaisons Œstrogène-progestérone .....	40
I.2.2. Contraceptifs progestatifs seuls .....	42
I.2.3. Avantages et inconvénients des méthodes hormonales .....	43
I.3. La stérilisation à visée contraceptive .....	43
I.3.1. La stérilisation masculine ou vasectomie .....	44
I.3.2. La stérilisation féminine ou ligature des trompes.....	45
II. La contraception d'urgence.....	45
II.1. Définition .....	45
II.2. Historique .....	46
II.3. Modes d'action .....	48
II.4. Indications ou circonstances d'utilisation de la contraception d'urgence .....	49
II.5. Méthodes contraceptives d'urgence .....	50
II.5.1. Le dispositif intra-utérins (DIU) au cuivre.....	50
II.5.1.1. Mécanisme d'action .....	50
II.5.1.2. Avantages .....	51
II.5.1.3. Inconvénients.....	43
II.5.2. Pilules de contraceptif oral combiné ou méthode YUZPE.....	53
II.5.3. La pilule de lendemain ou le levonorgestrel .....	54



II.5.3.1. Mécanisme d'action .....	54
II.5.3.2. Recommandations .....	55
II.5.3.3 Contre-indications .....	55
II.5.3.4. Effets Indésirables .....	56
II.5.3.5. Interactions médicamenteuses .....	56
<i>II.5.4. Ulipristal</i> .....	57
<i>II.5.4.1. Mécanisme d'action</i> .....	57
<i>II.5.4.2. Contre-indications, effets indésirables</i> .....	58
DEUXIEME PARTIE : ETUDE DESCRIPTIVE .....	60
CHAPITRE I. MATERIEL ET METHODES .....	61
I.MATERIEL.....	61
I.1Cadre de l'étude.....	61
1.1.1 Les grossistes répartiteurs.....	61
1.1.1.1 La nouvelle PSP-CI.....	62
1.1.1.2. UBIPHARM-CI (ex Laborex-CI).....	62
1.1.1.3. COPHARMED (Compagnie Pharmaceutique et Médicale) .....	63
1.1.1.4. DPCI (Distribution Pharmaceutique de Côte d'Ivoire) .....	63
1.1.1.5. TEDIS PHARMA-CI (TPCI) .....	63
1.1.2. La DPML (Direction de la pharmacie du médicament et du laboratoire) .....	63
1.1.3. Le CNOP-CI (Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire).....	64
I.2. Objet d'étude .....	65
I.2.1. Critères d'inclusion.....	65
I.2.2. Critères de non inclusion .....	65
I.3. Outils de collecte de données .....	66
II.METHODES.....	66
II.1. Type et période de l'étude .....	66
II.2. Déroulement de l'étude .....	67
II.3. Considérations éthiques.....	68
CHAPITRE II : RESULTATS .....	69
I.Disponibilité et prix des pilules contraceptives d'urgence (PCU) .....	69
II.Distribution des PCU par les grossistes répartiteurs de 2015 à 2018 .....	71
II.1. Distribution du Levonorgestrel .....	71
II.2. Distribution de l'Ulipristal.....	72
II.3. Evolution de la distribution des PCU de 2015 à 2018.....	73

<i>II.4. Distribution des PCU par District de Côte d'Ivoire en 2018 .....</i>	<i>74</i>
<i>II.5. Distribution des PCU par communes et sous-préfecture d'Abidjan en 2018 .....</i>	<i>75</i>
III.Distribution des PCU en fonction du nombre de femmes vivants en Côte d'Ivoire....	76
<i>III.1. Distribution des PCU en fonction du nombre de femmes en Côte d'Ivoire.....</i>	<i>76</i>
<i>III.2. Distribution des PCU en fonction du nombre de femmes par district de Côte d'Ivoire en 2018. ....</i>	<i>77</i>
<i>III.3. Distribution des PCU en fonction du nombre de femmes par commune et sous-préfecture d'Abidjan en 2018 .....</i>	<i>78</i>
CHAPITRE III : DISCUSSIONS .....	80
I.DCI utilisées dans la contraception orale d'urgence en Côte d'Ivoire.....	80
II.Prix des PCU .....	80
III.Disponibilité des PCU .....	82
IV.Dispensation ou délivrance des PCU .....	83
V. Evolution de la distribution et de la consommation des PCU sur la période de 2015 à 2018 .....	84
VI.Limites et contraintes notre étude .....	89
CHAPITRE IV : PERSPECTIVES .....	92
I. Le mécanisme d'action de la PCU.....	92
II.L'offre .....	93
III.La problématique de l'utilisation régulière de la PCU .....	94
V.Les effets secondaires .....	95
CONCLUSION .....	98
RECOMMANDATIONS.....	100
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	103
ANNEXES .....	114
TABLES DES MATIERES .....	118



## **RESUME**

La Contraception d'urgence désignant une contraception de « secours », est constituée de méthodes spécifiques dont les pilules contraceptives d'urgence (PCU), qui peuvent être utilisées dans l'urgence pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptives, un viol.

Cependant son accès trop facilité à la population et sa consommation abusive et exclusive par cette dernière pourrait être le reflet d'une prise de risque à se livrer à une sexualité non responsable, réduisant tous les efforts réalisés jusque-là en matière de santé de la mère et l'enfant par la probable augmentation des maladies sexuellement transmissibles et même des grossesses non désirées vu qu'elle ne constitue pas une méthode totalement efficace et sûre.

L'objectif général de ce travail était d'évaluer la distribution pharmaceutique des pilules contraceptives d'urgence et par ricochet d'estimer leur consommation au niveau national sur la période de 2015 à 2018.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, rétrospective et exhaustive ; qui portait sur la distribution pharmaceutique des pilules contraceptives d'urgence. Des tableaux Excel ont été utilisés pour recueillir les données obtenues des grossistes répartiteurs pharmaceutiques de Côte d'Ivoire et extraire celles qui étaient d'intérêt.

Les données ont été regroupées par dénomination commune internationale (DCI), par nom commercial, par grossiste et par année. Spécifiquement pour l'année 2018, la distribution des pilules contraceptives d'urgence a été regroupée par district et par commune et sous-préfecture d'Abidjan en fonction de la localisation des établissements dispensateurs agréés.

En Côte d'Ivoire, deux molécules étaient indiquées et utilisées dans la contraception orale d'urgence : le Levonorgestrel et l'Ulipristal ; disponibles sous 16 spécialités princeps et génériques de pilules contraceptives d'urgence avec des prix allant de 1000 à 5245 francs CFA.

Les grossistes répartiteurs privés prédominaient dans l'approvisionnement et la distribution des pilules contraceptives d'urgence à hauteur de plus de 90 %, à l'instar du secteur public représenté par la Nouvelle PSP-CI.

Le nombre de PCU distribués par l'ensemble des grossistes répartiteurs du marché pharmaceutique ivoirien avait augmenté voire doublé de 2015 à 2018. Et plus de 60% de la distribution des PCU concernait le district d'Abidjan en 2018 avec en tête les communes de Yopougon (29.66%), Cocody (21.46%) et Koumassi (9.74%).

Le nombre d'unités de PCU distribué et consommé a doublé de 2015 à 2018. Les raisons de cette augmentation de consommation de PCU pourraient être soit le résultat d'une démographie galopante essentiellement des femmes en âge de procréer ou soit le fait d'une réelle surconsommation par la gente féminine de ces contraceptifs.

**MOTS CLES :** Contraception d'urgence, Levonorgestrel, Ulipristal, Distribution, Consommation, Côte d'Ivoire.