

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail

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



UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année : 2018-2019

N :

THÈSE

En vue de l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée par

Guéné Aminata

***Recours à la contraception orale d'urgence :
Enquête auprès des acheteurs dans sept officines de
pharmacie de la commune de Koumassi, Côte
d'Ivoire***

Soutenue publiquement le :.....

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur GBASSI Komenan Gildas, professeur titulaire
Directeur : Monsieur OUATTARA Mahama, Maître de Conférences Agrégé
Co Directeur : Madame OUATTARA N'gnôh Djénéba, chargé de recherche
Asseseurs : Madame ATTIA- KONAN Akissi Régine, maître-assistant
: Monsieur OUATTARA Kanigui Mamadou, Pharmacien d'officine

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

I. 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

II. ADMINISTRATION

Directeur

Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie

Sous-Directeur Chargé de la Recherche

Secrétaire Principal

Secrétaire Principal Adjoint

Documentaliste

Intendant

Responsable de la Scolarité

Professeur KONE-BAMBA Djénéba
Professeur Ag. IRIE-N'GUESSAN G.
Professeur Ag. DEMBELE Bamory
Madame NADO-AKPRO Marie Josette
Madame OUATTARA Nagneltaha Honorine
Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert
Monsieur GAHE Alphonse
Madame DJEDJE Yolande

III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

1- PROFESSEURS TITULAIRES

MM. ABROGOUA Danho Pascal

AMARI Antoine Serge G.

AMIN N'Cho Christophe

Mmes AKE Michèle

ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.

MM. DANO Djédjé Sébastien

GBASSI Komenan Gildas

INWOLEY Kokou André

Mme KONE BAMBA Diéneba

M. KOUADIO Kouakou Luc

Pharmacie Clinique

Législation

Chimie Analytique

Chimie Analytique, Bromatologie

Biochimie et Biologie Moléculaire

Toxicologie

Chimie Physique Générale

Immunologie

Pharmacognosie

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

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.	AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mmes	AKE-EDJEME N'guessan Angèle	Biochimie et Biologie Moléculaire
	BARRO-KIKI Pulchérie	Parasitologie – Mycologie
MM.	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
	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

3- 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
Mme.	KABLAN-KASSI Hermance	Hématologie
	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
Mme	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

4- 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 Adjoa Marcelle	Chimie Analytique
MM.	YAO Jean Simon N’Ghorand	Chimie Générale
	YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale
Mmes	YAPO-YAO Carine Mireille	Biochimie
	YEHE Désirée Mariette	Chimie Générale
	ZABA Flore Sandrine	Bactériologie-Virologie

5- CHARGEES DE RECHERCHE

Mmes	ADIKO N'dri Marcelline	Pharmacognosie
	OUATTARA N’gnôh Djénéba	Santé Publique

6- ATTACHE DE RECHERCHE

M.	LIA Gnahoré José Arthur	Pharmacie Galénique
----	-------------------------	---------------------

7- 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

IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES

1- PROFESSEURS

MM. DIAINE Charles	Biophysique
OYETOLA Samuel	Chimie Minérale

2- MAITRES DE CONFERENCES

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

3- 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
OUASSI Ambroise	Management
N'GOZAN Marc	Secourisme
KONAN Kouacou	Diététique
Mme PAYNE Marie	Hygiène

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

I. BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeur	ZINZENDORF Nanga Yessé	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeurs	OUASSA Timothée	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

II. 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

III. 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

IV. CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

Professeur	MALAN Kla Anglade	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeurs	AKE Michèle	Professeur Titulaire
	AMIN N'Cho Christophe	Professeur Titulaire
	GBASSI Komenan Gildas	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

V. CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE

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

VI. 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
	TANO-H-BEDIA Valérie	Assistante

VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

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

N'GUESSAN Kakwokpo Clémence	Assistante
N'GUESSAN-AMONKOU A. Cynthia	Assistante
TUO-KOUASSI Awa	Assistante

VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE, CRYPTO GAMIE

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

IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE

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

**X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHÉMATIQUES, STATISTIQUES
ET INFORMATIQUE**

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

XI. SANTÉ 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

DÉDICACES

Je dédie cette thèse...

Je voudrais en premier lieu dire merci au tout puissant, pour son soutien infaillible et indéfectible tout au long de mes études. C'est grâce à lui que tout a été possible, merci infiniment au miséricordieux,

À mon défunt père,

Papa chéri, mon modèle t'es parti bien trop tôt en me laissant un grand vide dans ma vie, je te serai éternellement reconnaissante pour tes sacrifices faits à mon endroit pour m'assurer un avenir meilleur j'espère que tu es fier de moi d'où tu es et saches que tu me manques énormément.

À ma tendre mère,

Je remercie Allah de m'avoir donné la meilleure mère du monde... comme si je l'avais choisi ! Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer tout mon amour et ma profonde gratitude. Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance. Que Dieu t'accorde longue vie et une bonne santé pour que tu puisses récolter tous les fruits de tant de sacrifices consentis au profit de notre famille.

À mon amour,

Ta présence dans ma vie a été comme une bouffée d'oxygène, merci pour ton soutien, de tes conseils et surtout de ta patience. Que le seigneur te le rende au centuple !

À mes frères et à ma sœur

Merci à vous tous de m'avoir toujours aidé et soutenu tout au long de ces années d'études. Je vous remercie du fond du cœur et vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude. Je vous aime tous.

À mon tout nouveau papa,

Merci de faire partir de notre famille à présent, t'es un père exemplaire, gentil que tout enfant aimerait avoir.

À mes amies et sœurs : Aïcha, Nicole, Elodie, Regina, Kamagaté, Françoise, Faustine

À mes amis et frères Hamza, Moubarack, Achefon, Branam, Ezekiel, Antoine, Anatol

Nous sommes restés toujours soudés et solidaires quelque soit l'adversité, merci à vous pour vos encouragements et prières, que Dieu vous bénisse tous !

À ma communauté l'AE MP et ma promotion Pharma 35,

Merci pour votre présence et soutien continue à mes côtés, que DIEU bénisse chacun d'entre vous.

REMERCIEMENTS

Au Professeur OUATTARA MAHAMA et à toute l'équipe du département

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos remarques pertinentes, votre rigueur dans le travail et votre esprit paternel. Vous m'avez accueilli, aidé et guidé dans la réalisation de ce travail, je vous serai toujours redevable cher Maître. La patience et le soutien sans faille dont vous avez fait preuve à notre égard depuis le début de cette thèse m'ont impressionné. Vous vous êtes investi et les mots sont faibles pour montrer ma reconnaissance. Je tiens à vous exprimer, ma profonde gratitude.

Nous sommes très honorés de travailler dans votre département. Merci pour la formation rigoureuse reçue de votre part. Recevez cher maître l'expression de notre profonde admiration.

Au Docteur OUATTARA DJENEBA

Cher maître, nous avons été honorés de travailler à la lumière de vos connaissances. Nous avons également été marqué par votre simplicité et surtout par votre disponibilité. De vous nous avons appris énormément et nous conservons un bon souvenir. Retrouvez ici toute ma reconnaissance et ma gratitude dans ce travail que vous m'avez aidé à réaliser de bout en bout.

Puisse Dieu vous aider dans votre carrière.

*AUX DOCTEURS N'GUESSAN DETO JEAN PAUL et COULIBALY
SONGUISAMA*

*Je voudrais vous souligner mon profond respect ainsi que toute ma gratitude pour
votre temps et l'entraide que vous m'avez apportée.*

*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 !

**À NOS MAÎTRES
ET JUGES**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Titulaire Gbassi Komenan Gildas

- *Docteur d'Etat en pharmacie*
- *Professeur Titulaire de Chimie Physique Générale à l'UFR des Science Pharmaceutiques et Biologiques de l'université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan,*
- *Professeur invité du Centre de Recherche en calcul Thermochimique de l'Ecole Polytechnique de Montréal au Canada (période 2014-2018),*
- *Chef de service Contrôle des Aliments, des Eaux, et Boissons du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP),*
- *Titulaire d'un Doctorat en Chimie de l'Université de Strasbourg (France),*
- *Titulaire d'un Master en Science du Médicament de l'Université de Strasbourg (France),*
- *Titulaire d'un DEA en Chimie Physique de l'université Félix Houphouët-Boigny,*
- *Titulaire d'un DESS en Contrôle de qualité de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan,*
- *Titulaire d'un Doctorat en Pharmacie de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan,*
- *Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie (SOACHIM),*
- *Membre de la Société Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI),*

Cher- 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 MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

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 Règlementation 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,

L'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail, nous a offert la chance et le privilège de découvrir un Maître dont la simplicité, l'abord facile, le sens de la rigueur et le goût du travail bien fait forcent l'admiration et le respect.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, nous vous dédions particulièrement ce travail qui est le vôtre et même si nous ne saurons vous remercier assez, soyez rassuré Monsieur le Professeur de notre attachement indéfectible et notre parfaite reconnaissance.

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,

Vous nous avez guidés dans le choix et la rédaction de ce travail.

Votre disponibilité quotidienne, votre modestie, la richesse de votre culture en santé publique et votre esprit de synthèse ont été décisifs sur l'approche aussi bien théorique que pratique du sujet.

Puisse ce travail être digne de votre confiance et vous témoigner de notre profonde estime et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le docteur ATTIA-KONAN Akissi Régine

- *Docteur d'Etat en pharmacie*
- *Ancien Interne des hôpitaux publics d'Abidjan*
- *Maître-assistant en Economie de la santé et du médicament au Département de Santé Publique, Hydrologie et Toxicologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny*
- *Docteur de l'Université Félix Houphouët-Boigny*
- *Diplômé de l'Université Aix Marseille Université (Méthodes quantitatives et économétriques sur la Recherche en Santé)*
- *Chercheur au Centre de Recherche en Population, Politique et Systèmes de Santé de l'Institut National de Santé Publique*
- *Membre de l'Association African Health Economic and Policy (AfHEA)*
- *Membre de la Société Française de Santé Publique (SFSP)*

Chère Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail, malgré vos nombreuses occupations, nous a beaucoup marqué.

Votre modestie et vos hautes qualités humaines et intellectuelles ont nourri en nous une grande estime.

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi nos juges aujourd'hui. Veuillez nous permettre, cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le docteur OUATTARA Kanigui Mamadou Hyacinthe

- *Docteur en Pharmacie*
- *Pharmacien Titulaire de la Pharmacie Atlantique à Abidjan, Port Bouët*
- *Ancien Interne des hôpitaux de Côte d'Ivoire,*
- *Master of Business Administration (MBA) Groupe Ecole Des Hautes Etudes Commerciales de Cocody, Abidjan Côte d'Ivoire.*
- *Président de l'Union Nationale des Pharmaciens Privés de Côte d'Ivoire (UNPPCI)*
- *Président du Conseil d'Administration du Groupement d'Intérêts Economiques des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (GIEPHARM)*
- *Président de l'Intersyndical des Pharmaciens d'Afrique (ISPHARMA)*
- *Membre du Conseil de Régulation de l'Autorité Nationale de Régulation des Marchés Publics de la République de Côte d'Ivoire (ANRMP)*
- *Membre de la Commission de la Concurrence ; Ministère du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME*
- *Membre Conseil d'Administration de la Fédération Ivoirienne des Petites et Moyennes Entreprises (FIPME)*
- *Conseiller Consulaire de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire (CCI-CI)*
- *Membre de la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé ; Primature*
- *Membre de la Commission Nationale de lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des Médicaments (COTRAMED).*
- *Membre de la Commission Nationale de Programmation des officines privées de pharmacie ; Ministère De la Santé et de l'Hygiène Publique).*
- *Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique de Côte d'Ivoire*
- *Officier de l'Ordre National de la République de Côte d'Ivoire*

Cher-maître,

En acceptant de siéger au sein de ce jury, vous confirmez votre caractère d'humilité, de disponibilité et de simplicité.

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 cher- Maître.

SOMMAIRE

LISTES DES FIGURES.....	XXVII
LISTES DES TABLEAUX.....	XXIX
LISTES DES ABREVIATIONS.....	XXX
INTRODUCTION	1
Première partie : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	4
CHAPITRE I : DEFINITIONS	5
I. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	5
II. CONTRACEPTION ET PLANNING FAMILIAL	6
CHAPITRE II. : ETAT DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET	8
REPRODUCTIVE ET LE PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D’IVOIRE	8
I. HISTORIQUE, POLITIQUE ET REGLEMENTATIONS	8
II. CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS EN COTE D’IVOIRE : FABRICANTS, IMPORTATEURS, GROSSISTES ET PRESTATAIRES	15
III. ORGANISMES DE SOUTIEN : COORDINATION, FINANCEMENT ET COMMUNICATION	21
IV. CONTRACEPTION ET IST/VIH-SIDA.....	25
CHAPITRE III : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES.....	34
I. LES METHODES CONTRACEPTIVES.....	34
II. LA CONTRACEPTION D’URGENCE	47
Deuxième partie : ETUDE DESCRIPTIVE.....	62
CHAPITRE I. MATERIEL ET METHODES	63
I-CADRE DE L’ETUDE.....	63
III-POPULATION D’ETUDE	68
IV-ECHANTILLONNAGE	68
V-PROCEDURE D’ENQUETE	68
VI-GESTION ET ANALYSE DES DONNEES	70
CHAPITRE II : RESULTATS	71

CHAPITRE III : DISCUSSIONS.....	88
CHAPITRE IV : LES LIMITES ET CONTRAINTES	97
CONCLUSION	98
RECOMMANDATIONS	100
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	103
ANNEXES.....	112

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des prestataires de santé et de la population à Abidjan et à l'intérieur	19
Figure 2: Evolution de la prévalence du VIH selon les différentes enquêtes en population générale chez les 15-49 ans.	29
Figure 3: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008.....	32
Figure 4: Schéma présentant les mécanismes d'action des estrogènes et des progestatifs.	41
Figure 5: Photo de pilules contraceptives.	42
Figure 6: Photo d'un anneau vaginal.	42
Figure 7: Photo d'un patch contraceptif. Figure 8: Photo d'un implant	42
Figure 9: Schéma illustrant la stérilisation masculine.....	45
Figure 10: Schéma illustrant la stérilisation féminine.....	46
Figure 11 : Schéma d'un dispositif intra-utérin dans l'utérus.....	54
Figure 12 : Photo d'une pilule de lendemain <i>Norlevo</i> ®.....	56
Figure 13: Photo d'une pilule d'Ulipristal sous la spécialité <i>ella One</i> ®	59
Figure 14 : Structure chimique de l'Ulipristal d'acétate.	59
Figure 14 : situation géographique de la commune de Koumassi	66
Figure 15 : Répartition de la population en fonction du sexe	71
Figure 16 : Répartition de la population en fonction de l'âge.....	72
Figure 17 : Le niveau d'instruction de la population interrogée.....	72
Figure 18 : répartition de la population en fonction de la profession	73
Figure 19 : Répartition de la population en fonction de la situation matrimoniale	74

Figure 20 : Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de l'efficacité de la pilule d'urgence	76
Figure 21: Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de satisfaction	77
Figure 22 : Répartition de la population en fonction de la source d'information	78
Figure 23 : Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'approvisionnement.....	78
Figure 24 : L'avis de la population d'étude sur le coût de la pilule d'urgence	79
Figure 25 : Méthodes hormonales utilisées par la population étudiée	79
Figure 26: Différentes raisons de l'utilisation de la pilule d'urgence	80
Figure 27 : Fréquence de consommation mensuelle	82
Figure 28 : répartition la population en fonction du délai d'utilisation	84
Figure 29 : Répartition la population en fonction des dangers liés à son utilisation ...	85

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Quelques acquis en matière de droits productifs, classés par ordre chronologique.	15
Tableau II : Liste des acteurs du marché de distribution	16
Tableau III : Circuit de distribution des produits de la planification familiale selon les différents secteurs.	18
Tableau IV: Types d'intervention par ONG.	20
Tableau V: Volume du marché des produits contraceptifs en 2015.	32
Tableau VI: Répartition de la population en fonction de la religion	74
Tableau VII : Répartition de la population en fonction du lieu d'habitation	75
Tableau VIII : Répartition de la population en fonction de leur connaissance sur la pilule d'urgence.....	75
Tableau IX: Répartition de la population en fonction de la circonstance de l'utilisation de la pilule	81
Tableau X : Répartition en fonction de la nécessité d'utilisation de la pilule d'urgence après chaque rapport sexuel non protégé	83
Tableau XI : Répartition de la population en fonction des précautions d'emploi	83
Tableau XII : Déclaration de l'existence d'une protection apportée par les pilules d'urgence contre les IST	86
Tableau XIII : Méthodes naturelles déclarées utiliser par la population d'étude	86
Tableau XIV : Méthode mécanique déclarée utiliser par la population d'étude	87

LISTES 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
CDD	CONTRAT DE DESENDETTEMENT ET DE DEVELOPPEMENT
PHU	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 WIEDERANFBAN (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

Avant l'avènement de la contraception hormonale à la fin des années 50, les femmes n'avaient comme seule solution de régulation des naissances des moyens anticonceptionnels locaux, mécaniques voire l'abstinence périodique dont le retentissement sur la sexualité était notable [1].

La régulation des naissances a toujours été une préoccupation pour des couples pour des raisons économiques, culturelles et de santé.

Dès lors 3 principales méthodes ont émergées, il s'agit des méthodes naturelles méthodes mécaniques et méthodes hormonales.

Ces dernières méthodes de contraception hormonale sont disponibles depuis les années 1960. En effet, plus 200 millions de femmes utilisent de pilules dans le monde dont elle représente une minorité en Afrique [2,3].

Ces dernières années l'on constate une sexualité précoce des jeunes débutants dans leur année d'adolescent [4].

Selon l'EDS III (Enquête Démographique de la Santé III), 20,2 % des filles et 13,8 % des garçons de 15 à 24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 3 adolescentes de 15-19 ans sur 10 ont déjà contracté une grossesse [5].

Pour mieux pour réduire le nombre de grossesse non désirée, la réponse du Gouvernement a été de créer le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) en 2001 [6].

En outre, l'accès aux services de Planning familial reste limité dans les établissements sanitaires des régions.

Pour faire reculer la pauvreté, les Etats Membres des Nations Unies ont convenu en septembre 2000 de huit objectifs essentiels à atteindre avant 2015 [7].

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS), estime à près de 600000 le nombre de femmes qui meurent chaque année dans le monde à la suite des problèmes survenues liées à la grossesse et plus de 98% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement [8] au niveau de la population.

Cependant très peu d'études ont été menées dans ce domaine pour avoir une santé familiale.

Dans ce contexte que nous avons réalisé une enquête de terrain dans la commune de Koumassi pour comprendre leurs pratiques d'utilisation et existence d'effets indésirables des utilisatrices des méthodes hormonales.

L'objectif général assigné à ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de la clientèle qui a recours à la pilule contraceptive d'urgences dans les officines de pharmacie d'Abidjan, Côte d'Ivoire.

Quant aux objectifs spécifiques, il s'agissait pour nous de :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des acheteurs de commune de Koumassi
- Evaluer de Connaissance générale des méthodes contraceptives de la clientèle de la commune de Koumassi
- Identifier les sources d'information et d'approvisionnement en méthodes contraceptives
- décrire les pratiques d'utilisation des acheteurs de la pilule d'urgence.

Aussi le présent travail se décline en trois grandes parties :

- La première sera consacrée à la revue de la littérature sur contraception d'urgence,
- La seconde partie portera sur le matériel et les méthodes, les résultats et la discussion
- La troisième partie portera sur la conclusion et les recommandations.

Première partie :
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

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 REGLEMENTATIONS

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. Réglementation

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
PRESERVATIFS	-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
PILULES	-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
INJECTABLES	-BAYER -FAMY CARE LTD -HRA PHARMA -PHARMACIA NV	-AIMAS/KfW -AIBEF/IPPf -UNFPA	-AIBEF -AIMAS -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
IMPLANTS	-BAYER -OREGON	-IPPf -UNFPA	-AIBEF -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
DIU	-BARAN -COPPER	-IPPf -UNFPA	-AIBEF -Nouvelle PSP / Districts Sanitaires
SPERMICIDES	-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	CONSUMMATEURS
	SECTEUR PUBLIC	MHSP / PNSME (USAID UNFPA)	NOUVELLE PSP	PHARMACIE DS	CENTRES DE SANTE	
				HÔPITAUX GENERAUX		
				CHU		
	SECTEUR PRIVE	UBIPHARM C (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			
ONG	AIBEF / IPPF	FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES		
		CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF		

*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]

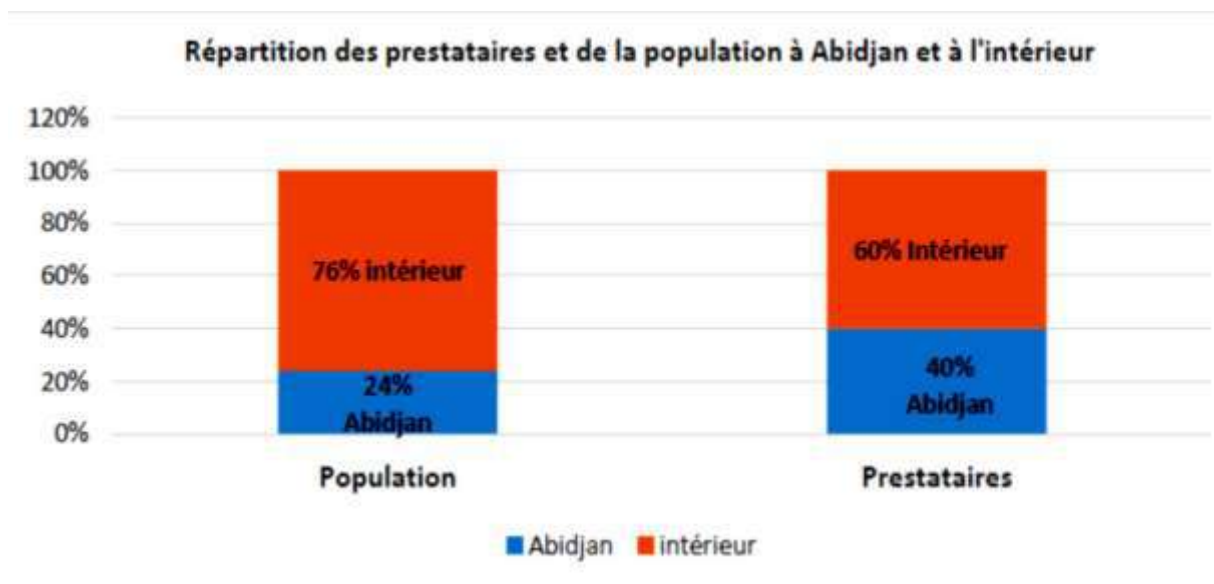


Figure 1 : Répartition des prestataires de santé et de la population à Abidjan et à l'intérieur [28]

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">- Consultations cliniques sur la PF- Offre de méthodes contraceptives- Consultations foraines gratuites	Offre de produits : Condoms, Pilules, injectables, implants, DIU
AIMAS	<ul style="list-style-type: none">- Activités de CCC- Promotion des produits au niveau des prestataires- Formation des prestataires et des pharmaciens- Disponibilité des produits dans les officines pharmaceutiques	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">- Consultations et offre de service en SR/PF- IEC/CCC	Offre de produits : Condoms, Pilules, injectables, implants, DIU
APROSAM	<ul style="list-style-type: none">- Consultations et offre de service en SR/PF- IEC/CCC	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 Unies 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)¹⁵.
- 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 Côte 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 santé publique avec une prévalence nationale de 2,5 % au sein de la population générale de 15 à 49 ans. La Côte 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.

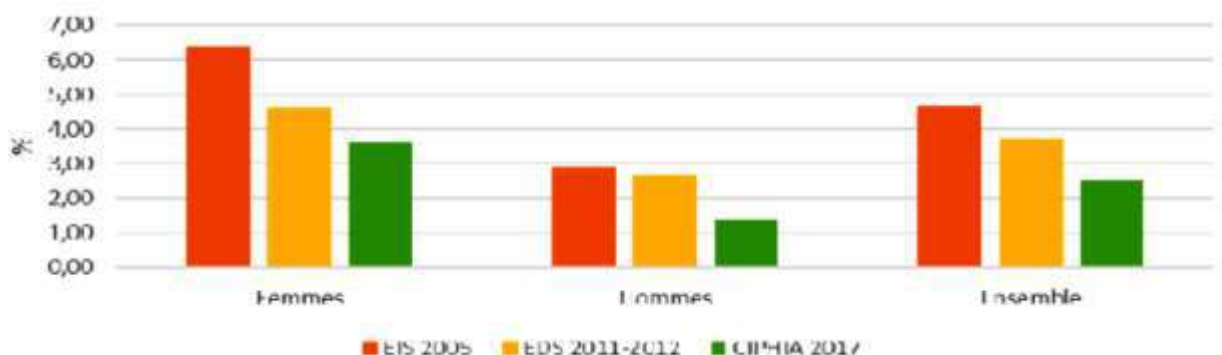


Figure 2: Evolution de la prévalence du VIH selon les différentes enquêtes en population générale chez les 15-49 ans. [33]

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]**

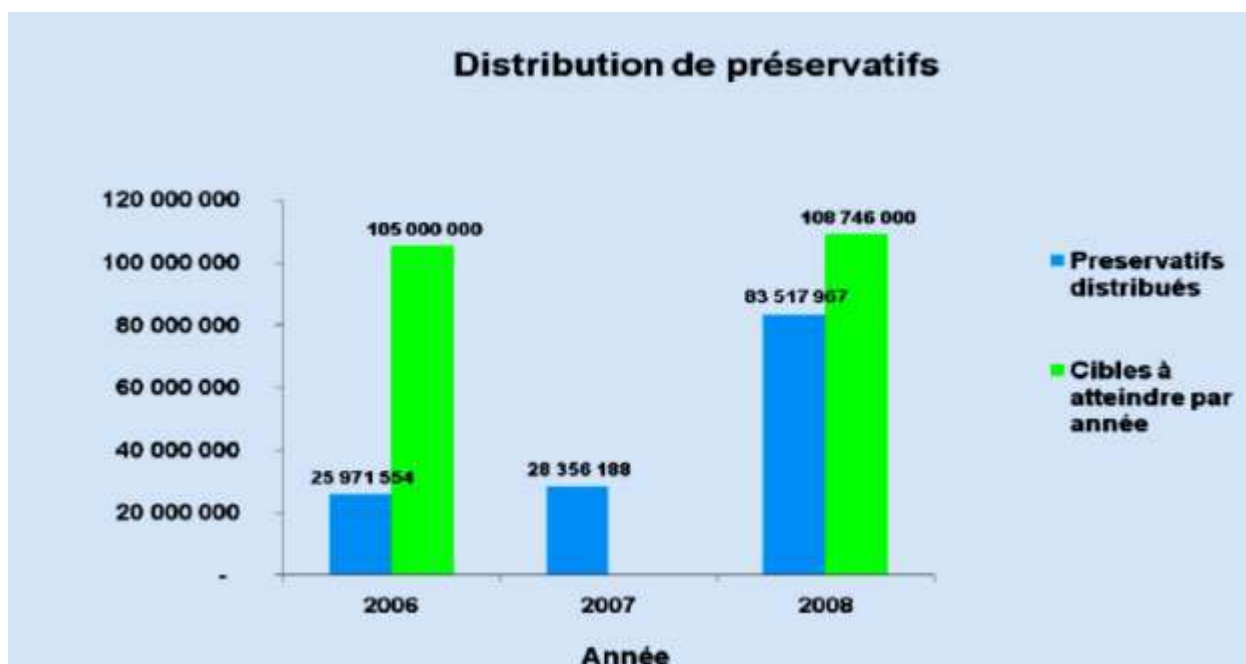


Figure 3: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008.[28]

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 METHODES 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^e jour (la période de fertilité commence donc le 6^{ième} 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^e jour (la période de fertilité se termine le 20^e jour du cycle menstruel).

Avec cet exemple, la période de fertilité se trouve entre le 6^e et le 20^e 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^e 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]

I.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]

I.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 hypothalamohypophysaire, 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]

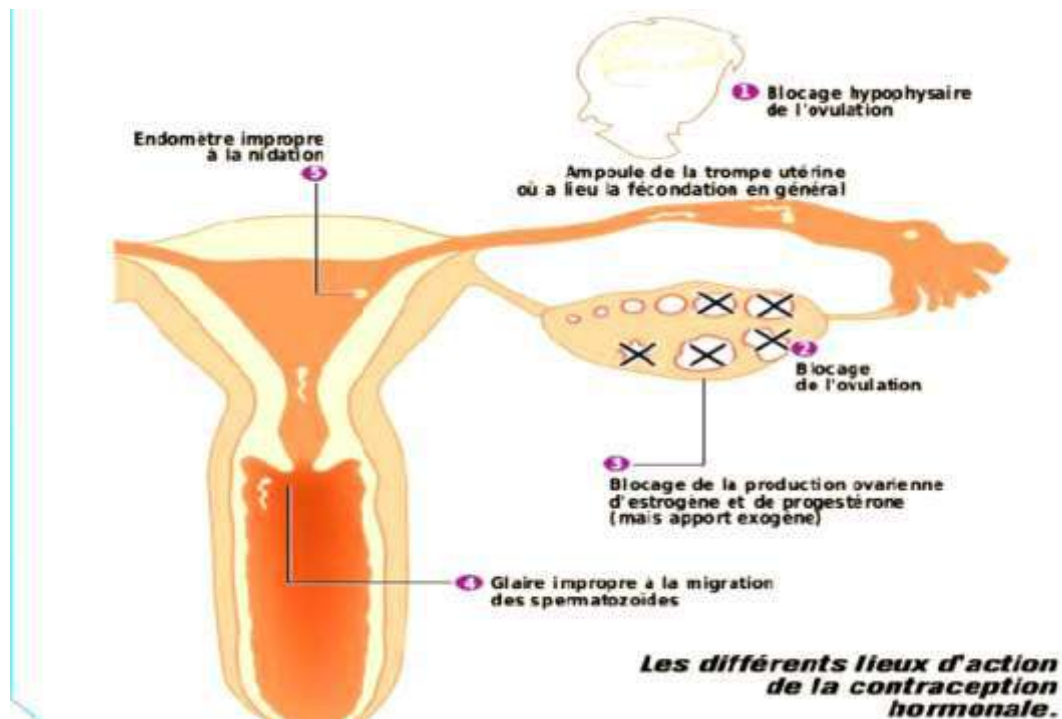


Figure 4: Schéma présentant les mécanismes d'action des œstrogènes et des progestatifs. - *Le moniteur des pharmacies - cahier II du n°2556 - 6 novembre 2004*

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]

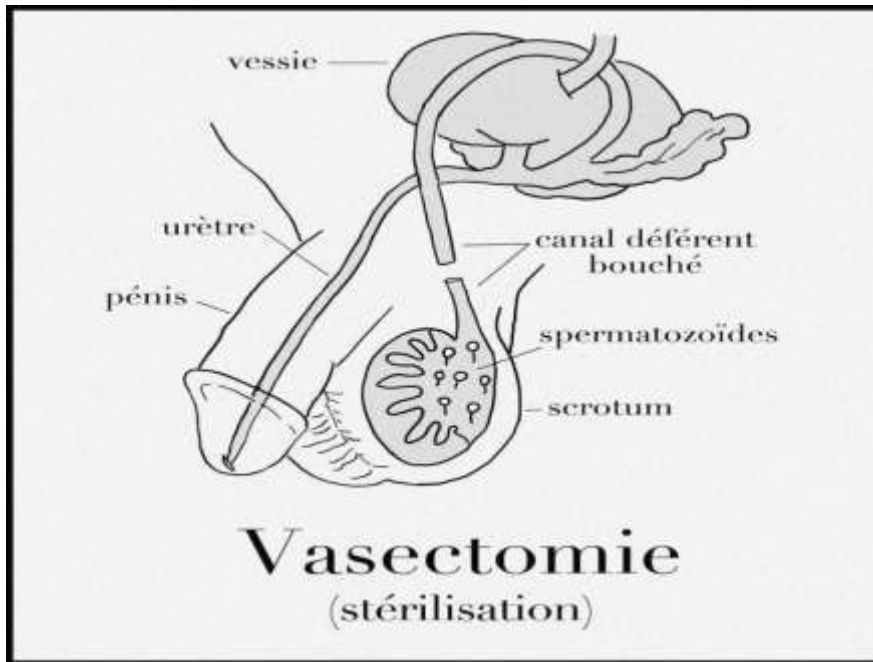


Figure 9: Schéma illustrant la stérilisation masculine.[36]

I.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]

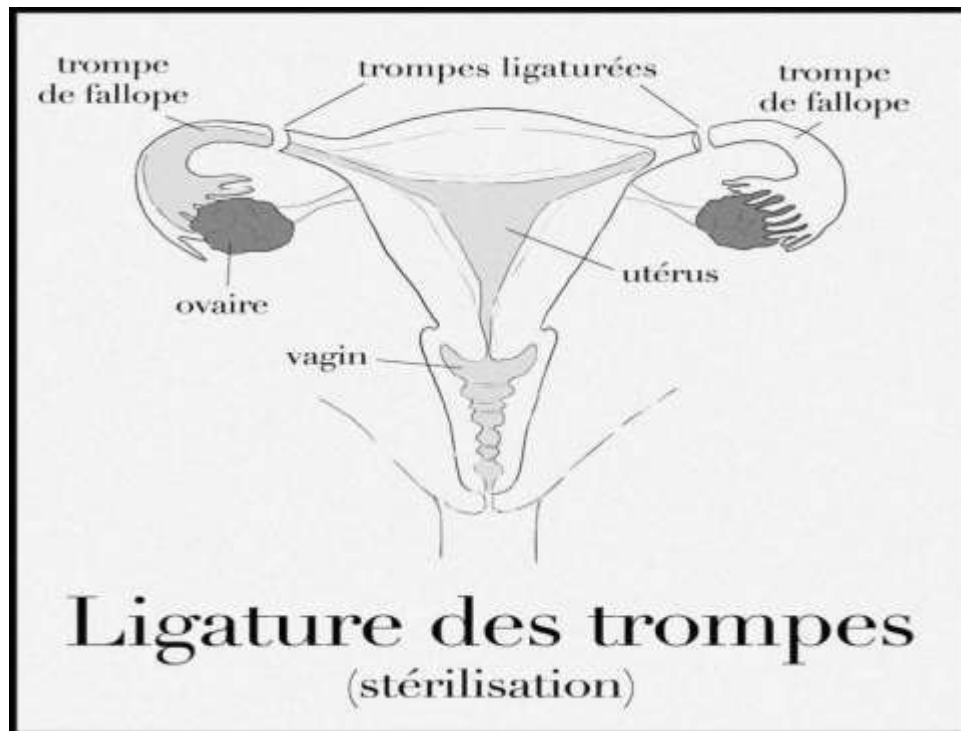


Figure 10: Schéma illustrant la stérilisation féminine.[36]

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 préférentiellement. Mais des effets post-fécondation, 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-implantatoires 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]

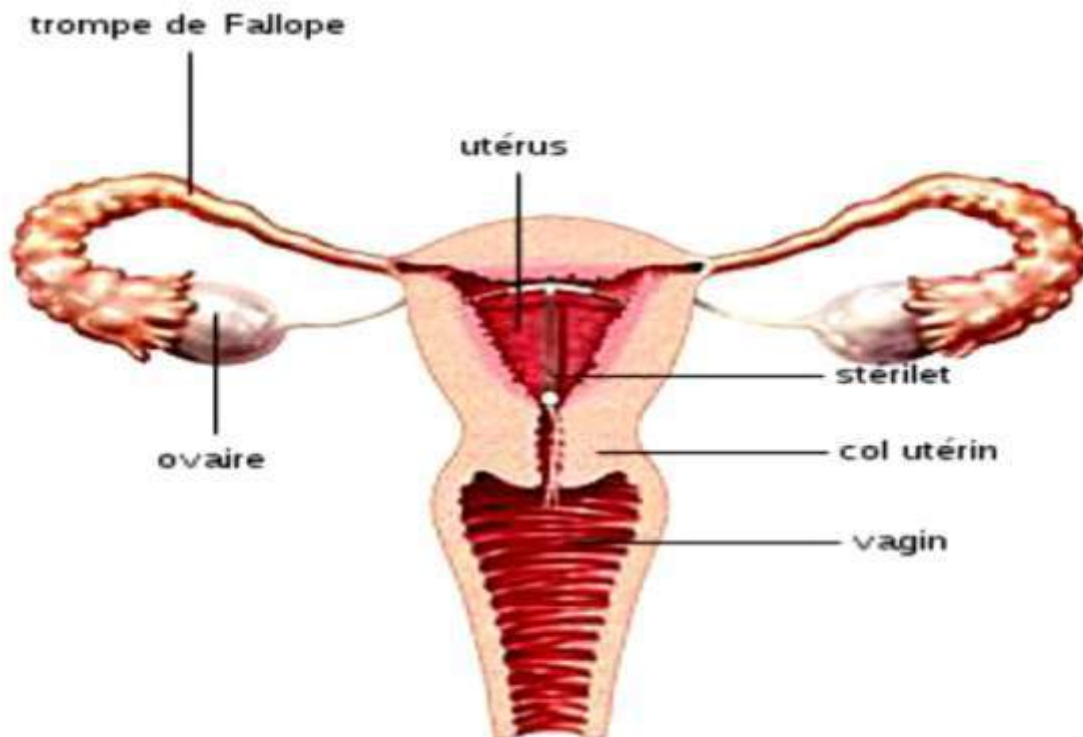


Figure 11 : Schéma d'un dispositif intra-utérin dans l'utérus.

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 Lévonorgestrel 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- nortestostérone. Lorsqu'il est administré en phase folliculaire, avant le pic de LH, le Lévonorgestrel 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 Lévonorgestrel 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 protégerait 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 Lévonorgestrel. [15-25, 36-38]

II.5.3.2. Recommandations

Le Lévonorgestrel 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.

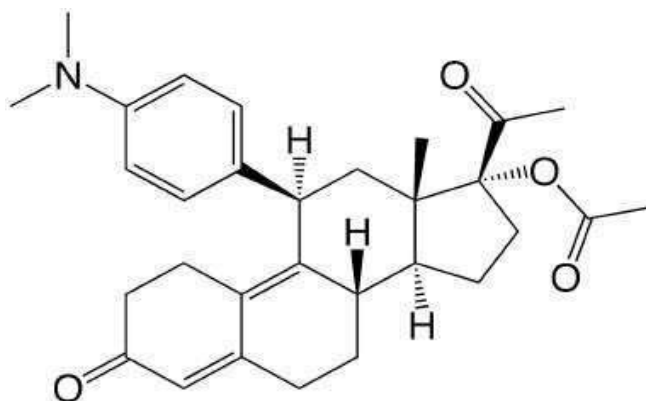


Figure 14 : Structure chimique de l'Ulipristal d'acétate.

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

Cette efficacité supérieure serait due à un mécanisme simple. Le Lévonorgestrel 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 Lévonorgestrel 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 Lévonorgestrel, 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 Lévonorgestrel, puis une deuxième de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de Lévonorgestrel, 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]

Deuxième partie :

ETUDE DESCRIPTIVE

CHAPITRE I. MATERIEL ET METHODES

I-CADRE DE L'ETUDE

Notre enquête a eu lieu dans une commune d'Abidjan, précisément dans 7

Pharmacies appartenant à cette commune. La commune et les officines ont été choisis en fonction des données des grossistes privés répartiteurs (Copharmed, DPCI, Tedis, Ubipharm) sur le critère d'une classification de la plus grande quantité de pilule d'urgence fournit par région, commune et également par pharmacie sur le territoire national réalisé par une étude quantitative des données de consommation de la PCU en Côte d'Ivoire de 2015-2018(39). Dans notre cas la commune choisie est celle de Koumassi.

1.1. Présentation de la commune de Koumassi

1.2.1 description

La commune de Koumassi est une collectivité territoriale dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est un regroupement de quartiers ou de villages. L'organisation commune est régie par les dispositions de la présente la Loi n° 2012-1128 du 13 décembre 2012 portant organisation des collectivités territoriales.

Située dans la zone sud d'Abidjan et dans l'île de petit Bassam, la commune de Koumassi fait partie des treize communes qui composent le District d'Abidjan. Elle s'étend sur une superficie de 874 hectares. Cette commune est limitée au nord par la commune de Marcory, au sud par celle de Port-Bouët, au sud-est et nord-est par la lagune_Ébrié ; ce qui fait d'elle une presque île avec une belle façade lagunaire.

Dans le contexte nouveau de sortie de crise socio-politique, la commune de Koumassi présente de réelles opportunités d'investissement sécurisés et des facilités de partenariats institutionnels ou privés dans les domaines du social, des grands travaux, de la culture et de l'éducation, du tourisme, des sports et loisirs, de l'industrie et du

commerce. Sa proximité d'avec le port d'Abidjan et l'aéroport international Félix-Houphouët-Boigny lui offre des atouts géoéconomique. La commune de Koumassi est un véritable chantier nouveau qui se projette dans une perspective audacieuse de développement et de modernisation soutenue par une dynamique enclenchée au cours du premier mandat de l'équipe municipale dirigée par le Maire Cissé Baongo et récompensée par plusieurs prix de mérites nationaux et internationaux.[40]

1.2.2. Situation Géographique

Elle a pour voisine, les communes de Marcory et de Port-Bouët. Dans ses parties Sud, Est, Nord-Ouest, la commune est limitée par la lagune Ebrié. De par cette situation, elle bénéficie d'une belle façade et une brise lagunaire. La commune de Koumassi s'étend sur une superficie de 874 ha (8,74 km²) soit 2,4 % de la ville d'Abidjan. Elle comprend quatorze quartiers où l'habitat est implanté sur 60 % de sa surface.

Ainsi :

- L'habitat sur cour (45 %) dans la zone centrale.
- L'habitat en maison individuelles ou économiques (30 %) se trouve dans les quartiers réalisés par des sociétés immobilières.
- L'habitat précaire (26 %) concerne les quartiers : Grand Campement, Aklomiabla, Zoé Bruno, Sobrici, Yapokro, Houpet Boigny 1 & 2, Quartier Divo où on compte environ 10546 baraques et 169 cases traditionnelles selon les résultats définitifs du R.G.P.H. (Recensement General de Population de l'Habitat) en 1998, institut de la statistique.
- L'habitat en immeuble représente 5 % ; enfin l'habitat moyen standing occupe 4 %.
- Quant aux terrains urbains, ils occupent 17 % de la surface. Les équipements, eux en occupent 8 %.

Tout en notant ces chiffres officiels datant de plus de quinze ans à défaut de plus récents, nous faisons observer une évolution qualitative et quantitative de ces données sur le terrain depuis la mise en œuvre du programme de développement de l'ancienne équipe municipale conduite par l'ex Maire Raymond N'Dohi. En effet, le projet de restructuration des quartiers précaires démarré en 2001 et soutenu par l'Etat ivoirien, la Banque Mondiale et l'Union Européenne a profondément amélioré la qualité de l'habitat et l'aménagement du territoire avec des acquis considérables même s'il reste encore à faire et à parfaire.(40)

I.2.3. Population de Koumassi

La population de Koumassi est estimée à 317 562 habitants (RGPH1998). Elle est composée de 159 235 hommes et de 158 327 femmes. C'est une population est jeune ; 57 % de la population ont entre 15 et 39 ans. Avec ses 317 562 âmes, Koumassi se place en troisième position après Abobo et Yopougon. Elle est donc une commune populeuse.

En effet, on a enregistré en 1988, 235 000 habitants qui sont passés en 1998 à 317 562 habitants. Cette croissance de la population est surtout le résultat d'une immigration importante à cause des atouts économiques de la commune (38,64 % de non nationaux en 1998).

En 2014, l'estimation de la population est de 433 139 habitants avec une densité de 49 558 habitants /km² selon le (RGPH 2014).

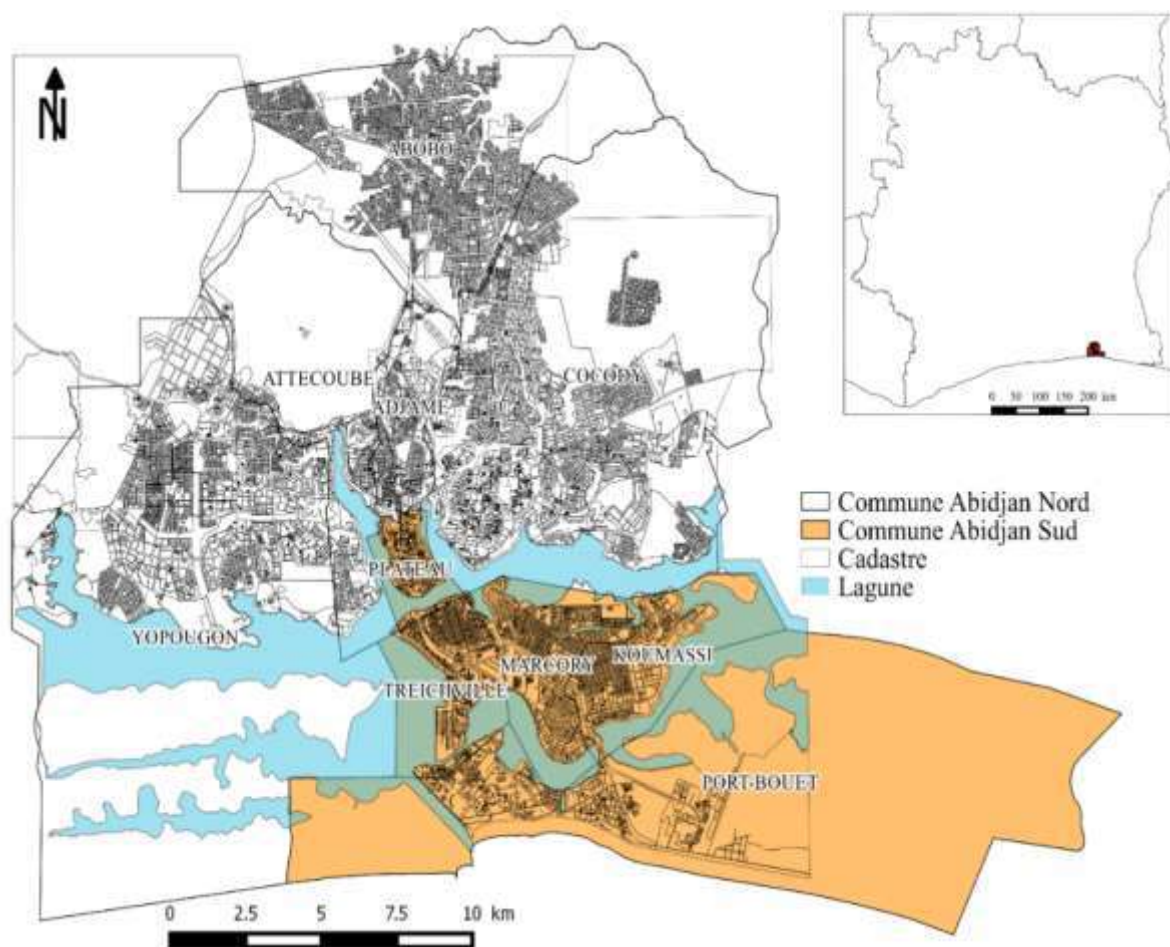


Figure 14 : situation géographique de la commune de Koumassi

1.3.Présentation des officines de pharmacie choisies

<i>Nom de la pharmacie</i>	<i>Nom du pharmacien</i>	<i>Quartier</i>
Pharmacie Soleil	Docteur Sibailly Arsène	Koumassi soleil pas loin de la mairie.
Pharmacie Berakha	Docteur Koffi justin	Koumassi campement
Pharmacie Roc	Docteur Gboho Justin	Koumassi après l'école primaire le belier.
Pharmacie InchaAllah	Docteur Agnimel Marina	Koumassi remblais près du carrefour sans fil.
Pharmacie Prodomo	Docteur Oyourou G.	Koumassi prodomo au carrefour Sopim.
Pharmacie campement	Docteur Mambey Papaly Adjoa	Koumassi en face de la résidence Agoutis.
Pharmacie Bagoé	Docteur Diawara koné fatim	Koumassi remblais.

II-TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, qui portait sur les connaissances, attitudes et connaissances de la clientèle des pilules d'urgence en officine de pharmacie, en Côte d'Ivoire.

III-POPULATION D'ETUDE

Cette enquête s'est faite auprès des clients ayant recours à l'utilisation des pilules d'urgences et acceptant volontairement de participer à l'étude.

Les critères d'inclusion sont tous les patients venant pour la dispensation des pilules d'urgences acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion sont les clients venant pour la dispensation des pilules d'urgences ne voulant pas participer à l'étude.

IV-ECHANTILLONNAGE

1-Taille de l'échantillon

La taille de la population de l'étude est de 250 patients.

2-Modalités de l'échantillon

Nous avons opté pour une sélection dite déterminée en ciblant les participants de l'enquête par rapport aux objectifs que nous nous sommes fixés.

V-PROCEDURE D'ENQUETE

1-Elaboration des outils de collecte

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme comme outil de collecte.

Ce modèle de questionnaire comprend 3 rubriques à savoir :

- Les informations sur la personne interrogée
- La connaissance générale des méthodes contraceptives d'urgence
- Les pratiques d'utilisation.

2-Collecte des données

La collecte a été faite à partir du logiciel sphinx v5 ensuite transposé sur Excel 2016.

3-Recrutement et formation des enquêteurs

Les enquêteurs choisis pour nous aider dans cette tâche sont les pharmaciens assistants présents dans les officines où a lieu l'enquête.

Ces derniers ont été tout d'abord formés sur la compréhension du questionnaire puis comment aborder la clientèle venue acheter la pilule du lendemain pour que celle-ci réponde correctement et entièrement au questionnaire.

4-Pré-test et simulation

Le pré-test est une étape importante qui permet d'affiner à la fois le contenu et le format du questionnaire afin de pouvoir finaliser le questionnaire.

La simulation de l'enquête permet par la mise en situation en conditions réelles de vérifier la bonne maîtrise du questionnaire mais également des procédures de sélection des répondants, des procédures d'information et d'obtention du consentement, etc.

Dans notre cas le pré-test et la simulation ont été effectués dans une officine choisie pendant une période de 1 mois en avril 2019 et cela nous a permis d'améliorer et réduire notre questionnaire de 38 questions à 28 questions car la clientèle trouvait le questionnaire très long mais également d'avoir une meilleure approche envers celle-ci.

5-Déroulement de l'enquête

Avant l'enquête nous avons déposé des courriers de demande d'autorisation dans chacune des officines où nous devons mener notre étude après l'accord des pharmaciens nous avons procédé à l'enquête.

Durant l'étude, nous avons participé à la dispensation des pilules d'urgence au sein des différentes pharmacies en présence d'un(e) pharmacien(ne) assistant(e).

Nous avons interrogé les patients qui sont venus acheter les pilules d'urgences dans un endroit discret du comptoir avant l'achat.

En cas de nécessité, nous émettions une opinion pharmaceutique sur l'utilisation rationnelle de la pilule d'urgence.

VI-GESTION ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été analysées en l'état ou par représentations graphiques. Les critères considérés ont été les suivants : critères quantitatifs, critères qualitatifs. Les valeurs moyennes ont été considérées pour les variables quantitatives, les pourcentages et les effectifs pour les variables qualitatives.

Les résultats ont été exploités à l'aide du logiciel Sphinx v5, le logiciel SPSS et le logiciel Excel 2016.

CHAPITRE II : RESULTATS

II.1. Caractéristiques sociodémographiques des acheteurs

II.1.1. Sexe et âge

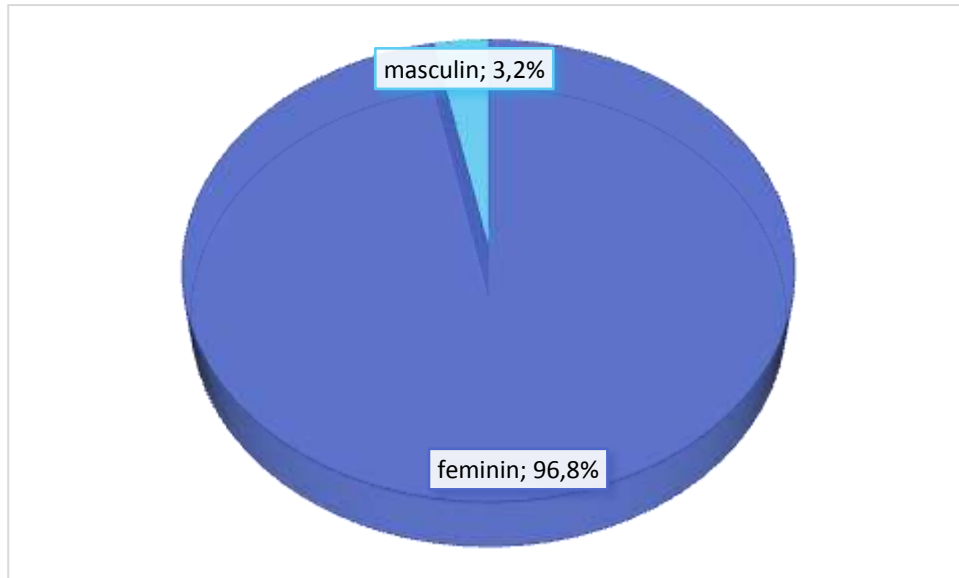


Figure 15 : Répartition de la population en fonction du sexe

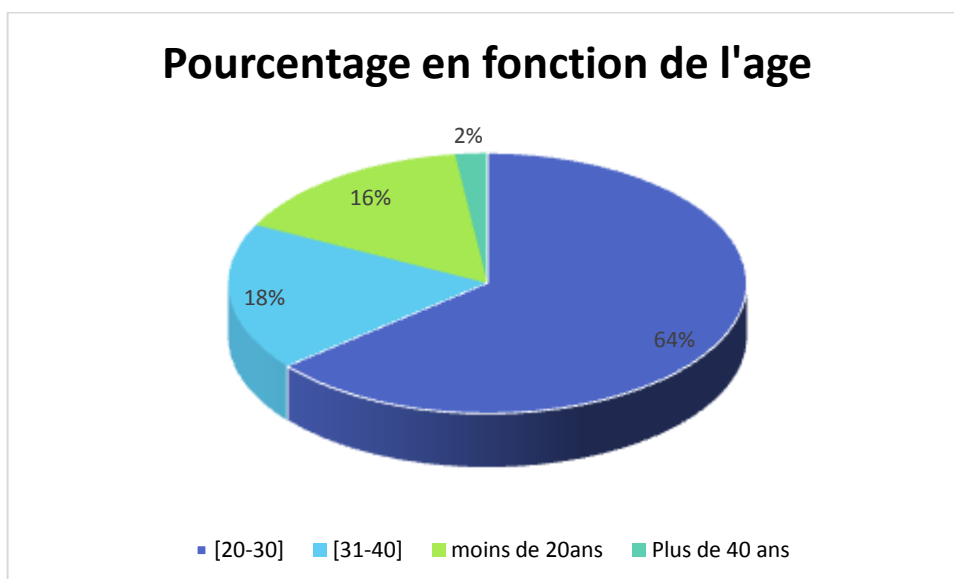


Figure 16 : Répartition de la population en fonction de l'âge

Lors de l'enquête, il avait 242 femmes soit **96,8%** et 8 hommes soit **3,2%**. Aussi il faut noter que **64%** de la population avait l'âge compris entre 20 et 30 ans, **18,4%** entre 31 et 40 ans ; **2%** étaient âgés de 40ans ; **5,6%** âgés de moins de 18ans et enfin **10 %** avaient l'âge compris entre 18 et 19 ans. L'âge moyen est **25,5 ans**. L'âge minimum était de 15ans et la plus âgée avait 42ans. (Figure 15 et 16)

II.1.2. Niveau d'instruction et profession

II.1.2.1. Niveau d'instruction

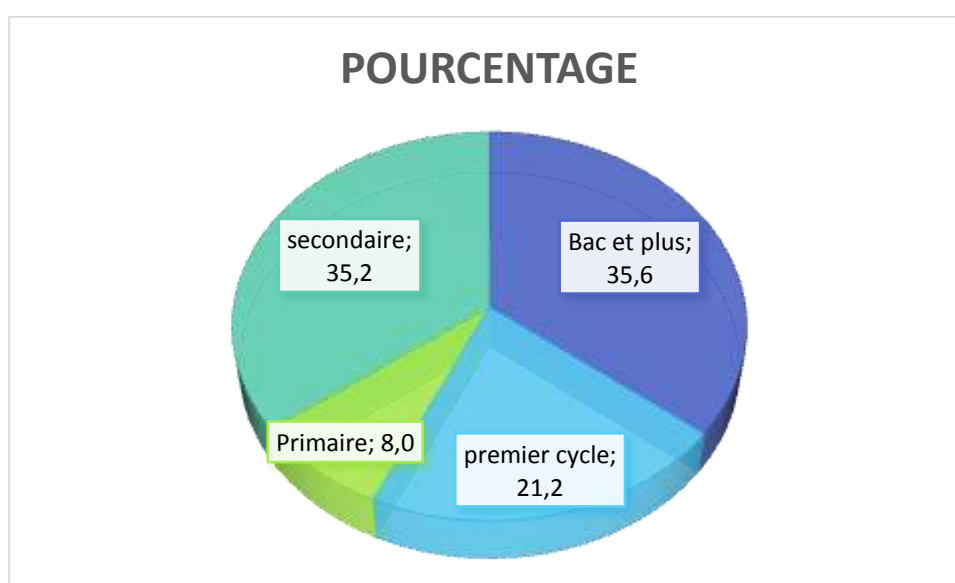


Figure 17 : Le niveau d'instruction de la population interrogée

Au cours de cette étude, **36%** personnes de la population étudiée avaient niveau universitaire, **35%** personnes avaient un niveau secondaire ; **21%** personnes avait atteint le premier cycle ; **8%** personnes avaient un niveau primaire. (Figure 17)

II.1.2.1 Profession

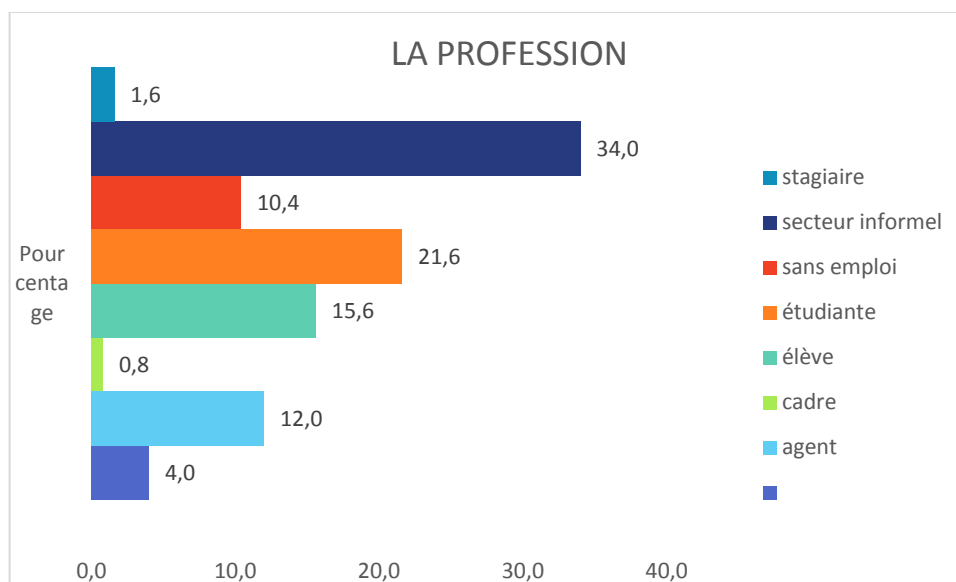


Figure 18 : répartition de la population en fonction de la profession

Les participants de l'enquête sont à 34 % dans le secteur informel ; 21,6% sont des étudiantes 19,6% sont des élèves ; 12% sont des agents ; 10.4% sont sans emploi ; 1.6% sont stagiaires ; 0.8% sont cadres. (Figure 18)

II.1.3. Situation matrimoniale



Figure 19 : Répartition de la population en fonction de la situation matrimoniale

Cette étude a permis de constater que **78,8%** des utilisatrices sont des célibataires et **21,3%** sont mariés. (Tableau 19)

II.1.4. La religion

Tableau VI: Répartition de la population en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Autre religion	2	0,8
Chrétienne	154	61,6
Musulmane	94	37,6

Notre enquête a démontré que **61.6%** de cette population étaient des chrétiens, **37 ,6%** étaient des musulmans et **0,8%** appartiennent à d'autre religion.(Tableau VI)

II.1.5. Lieu d'habitation

Tableau VII : Répartition de la population en fonction du lieu d'habitation

	Effectif	Pourcentage (%)
Commune de l'enquête	180	72
Hors de la commune	70	28
Total	250	100

Parmi les personnes interrogées **72%** vivent dans la commune de Koumassi et **28%** sont hors de la commune. (Tableau VII)

II.2. Connaissance générale des acheteurs sur les pilules d'urgences

2.1. Déclaration de leur Connaissance sur la pilule d'urgence

Tableau VIII : Répartition de la population en fonction de leur connaissance sur la pilule d'urgence.

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	250	100
Total	250	100

Toutes personnes venant pour l'achat connaissaient la pilule du lendemain.(Tableau VIII)

2.2. Déclaration de l'efficacité des pilules d'urgences

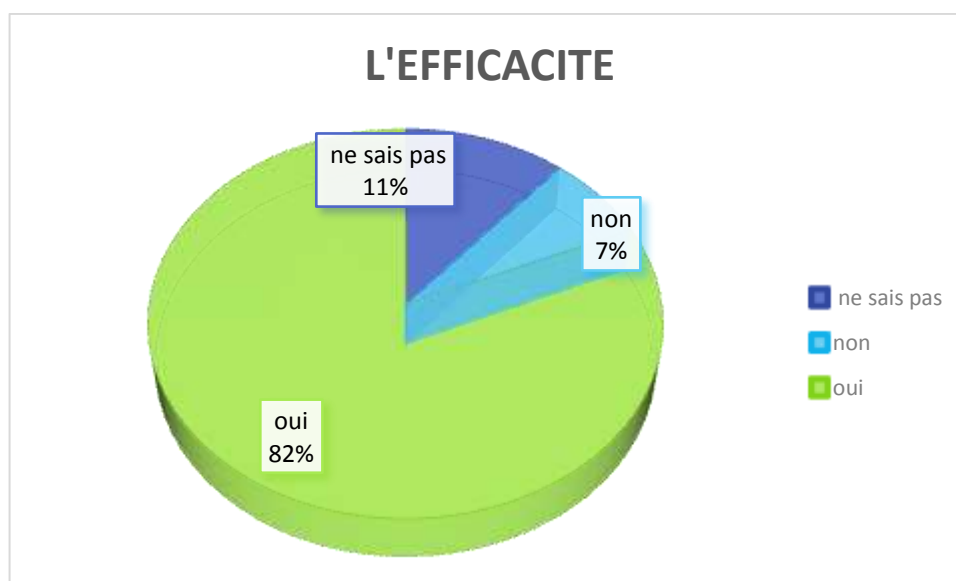


Figure 20 : Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de l'efficacité de la pilule d'urgence

Sur les 250 personnes interrogées **82%** affirment que la pilule du lendemain est efficace à 100% ;**7.2%** des personnes disent le contraire et **11.2%** ne le savent pas.(Figure 20)

2.3. Déclaration de la satisfaction



Figure 21: Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de satisfaction

Cette enquête a permis de savoir que **95%** des enquêtés déclaraient être satisfaite de l'utilisation de la pilule d'urgence par contre 5% ne le sont pas.(Figure 21)

II.3 Sources d'informations et lieu d'approvisionnement des pilules d'urgences

3.1. Sources d'informations

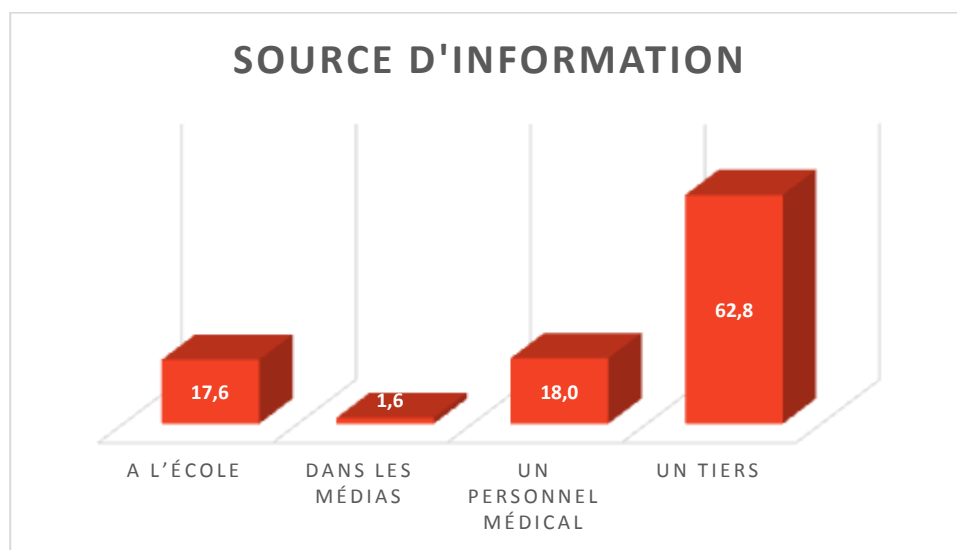


Figure 22 : Répartition de la population en fonction de la source d'information

La principale source d'informations provenait des tiers (**62,8%**), suivi de l'école avec **17%**. De plus, **18%** de personne disent avoir été informé par un personnel médical et enfin **1,6%** des médias (Figure 22).

3.2. Lieu d'approvisionnement

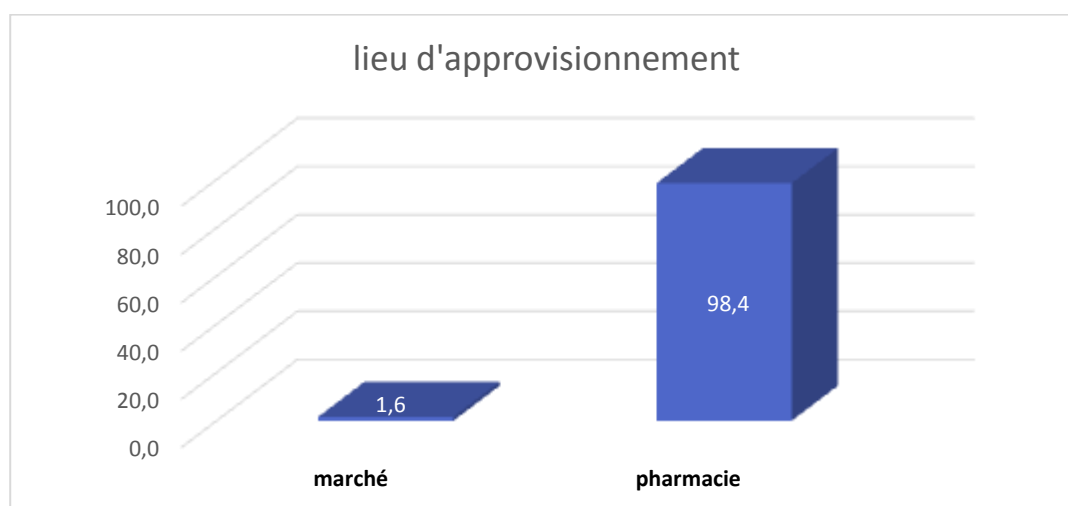


Figure 23 : Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'approvisionnement

Le principal lieu d'approvisionnement des pilules d'urgences est la pharmacie soit **98,4%**. Notons que **1,6%** achetaient au marché (Figure 23).

3.3. Appréciation du coût des pilules par les acheteurs

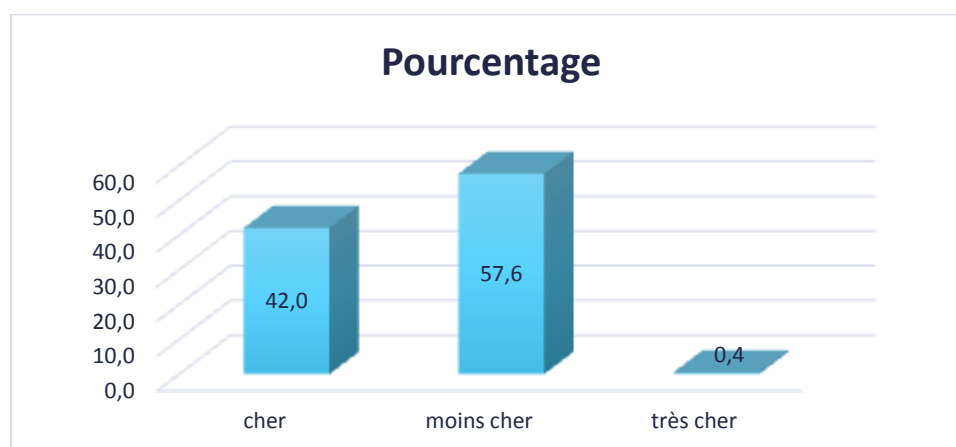


Figure 24 : L'avis de la population d'étude sur le coût de la pilule d'urgence

Au moment de l'enquête, **57,6%** estimaient que le prix de la pilule d'urgence est moins cher, **42%** estimaient que le prix est cher. Enfin pour **0,4%** des acheteurs, le prix est très cher (Figure 24).

II. 3. Pratique d'utilisation des contraceptifs d'urgences

3.1. Méthodes hormonales

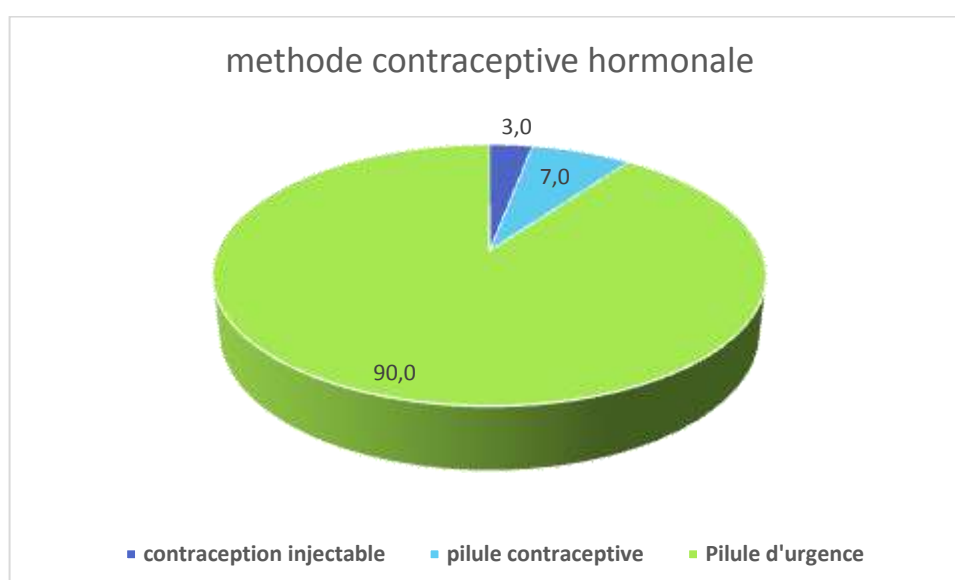


Figure 25 : Méthodes hormonales utilisées par la population étudiée

Sur les 250 personnes interrogées, 205 personnes soit **82 %** déclaraient utiliser les méthodes contraceptives hormonales. Parmi celle-ci, la majorité **90%** utilisait des pilules d'urgence. (Figure 25)

3.1.1. Raisons d'utilisation des pilules d'urgences

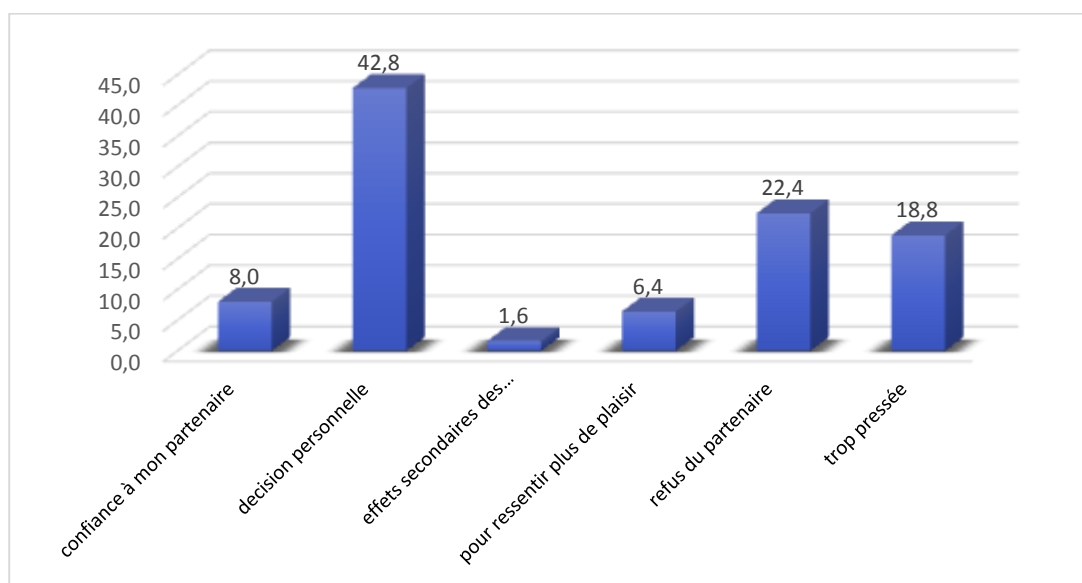


Figure 26: Différentes raisons de l'utilisation de la pilule d'urgence

La principale raison qui poussait les utilisatrices à avoir recours à la pilule d'urgence était leur décision personnelle **42,8%** ; **22,4%** dû au refus du partenaire d'utiliser le préservatif, **18,8%** suite à l'empressement, **8%** pour des raisons de confiance a leur partenaires **6,4 %** pour ressentir plus de plaisir et enfin **1,6%** à cause de effets secondaires des préservatifs notamment les démangeaisons (Figure 26).

3.1.2. Circonstances d'utilisation

Tableau IX: Répartition de la population en fonction de la circonstance de l'utilisation de la pilule

Circonstance	Effectif	Pourcentage (%)
Après un accident de préservatifs	10	4
Après un rapport sexuel non protégé	224	89,6
Si échec de retrait avant éjaculation	3	0,4
Après un oubli de pilule contraceptive	13	5,2
Total	250	100

La circonstance première conduisant au recours à la pilule du lendemain était le rapport sexuel non protégé **89,6%**. Par ailleurs, **4%** l'on utilisé après un accident de préservatif, **5,2%** après un oubli de pilule contraceptive et enfin **0,4%** en cas d'échec de la méthode du coït interrompu (tableau IX).

3.1.3. Usage rationnelle

3.1.3.1. Fréquence d'utilisation mensuelle de la PCU

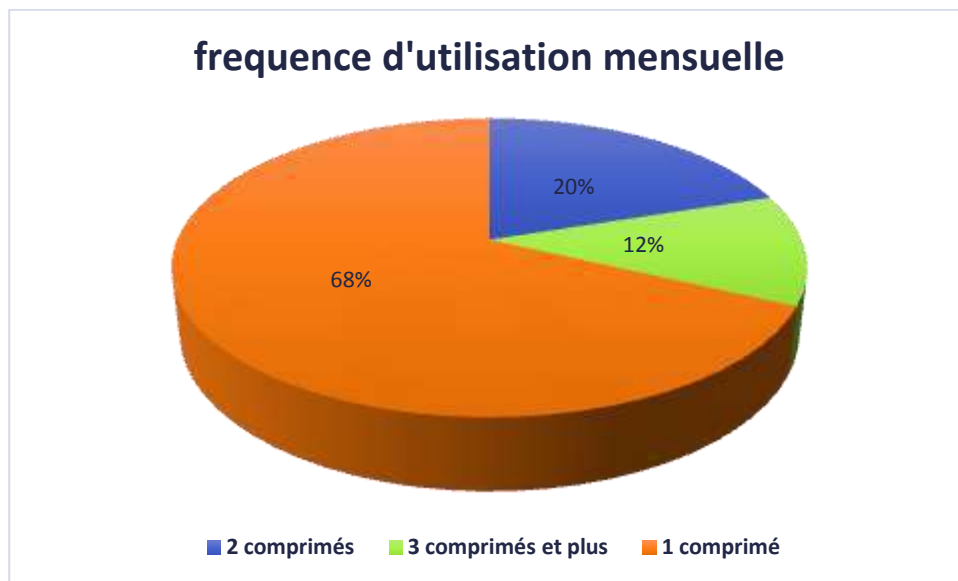


Figure 27 : Fréquence de consommation mensuelle

Sur les 250 personnes interrogées **68 %** prennent 1 comprimé dans le mois ; **20 %** prennent 2 comprimés dans le mois et **12 %** prennent 3 comprimés et plus dans le mois. (Figure 27)

3.1.3.2 La nécessité d'utilisation de la pilule d'urgence après chaque rapport sexuel non protégé

Tableau X : Répartition en fonction de la nécessité d'utilisation de la pilule d'urgence après chaque rapport sexuel non protégé

	Effectif	Pourcentage (%)
Non	152	60,8
Oui	98	39,2
Total	250	100,0

La clientèle estimait à un pourcentage 60.8% qu'il ne fallait pas l'utiliser après chaque rapports sexuels et 39,2% disent le contraire.(Tableau X)

3.1.3.2. Précaution d'emploi

Tableau XI : Répartition de la population en fonction des précautions d'emploi

<i>Précaution d'emploi</i>	Effectif	Pourcentage (%)
<i>Non</i>	225	90
<i>Oui</i>	25	10
<i>Total</i>	250	100,0

La majorité des enquêtés ont déclaré consommer les pilules d'urgences sans précaution particulière **90%** (tableau XI)

3.1.3.3. Délai d'utilisation

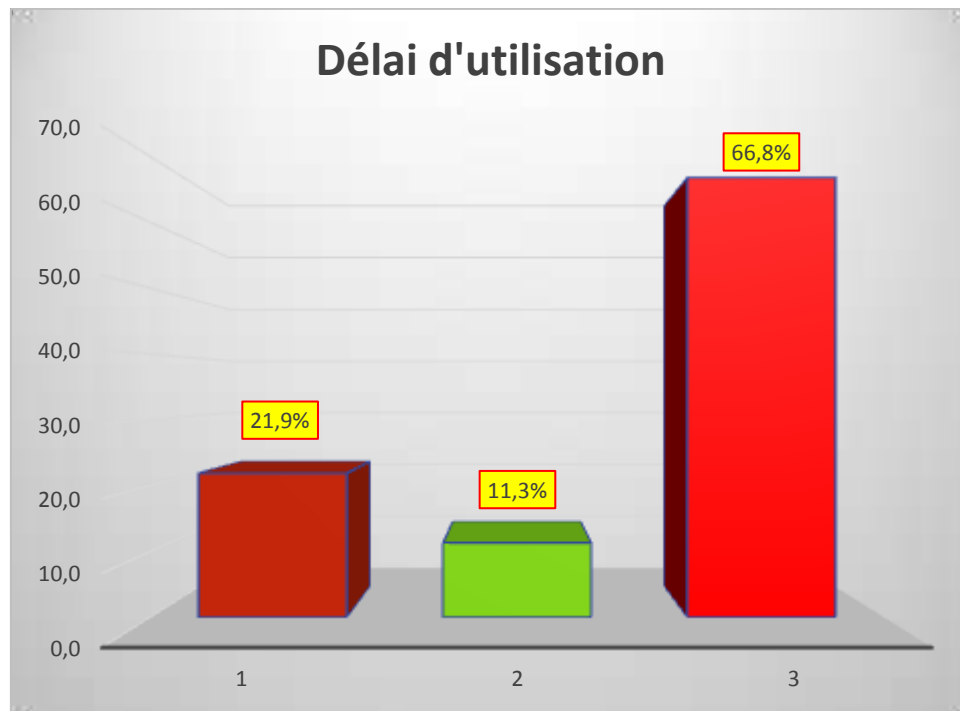


Figure 28 : répartition la population en fonction du délai d'utilisation

La quasi-totalité des personnes interrogées 66,8% estimaient que le délai d'utilisation de la pilule d'urgence est de 72 heures après les rapports sexuels ; 11,3 % disaient 48 heures et 21,9 % estimaient 24 heures. (Figure 28)

3.1.3.4. Dangers d'utilisation

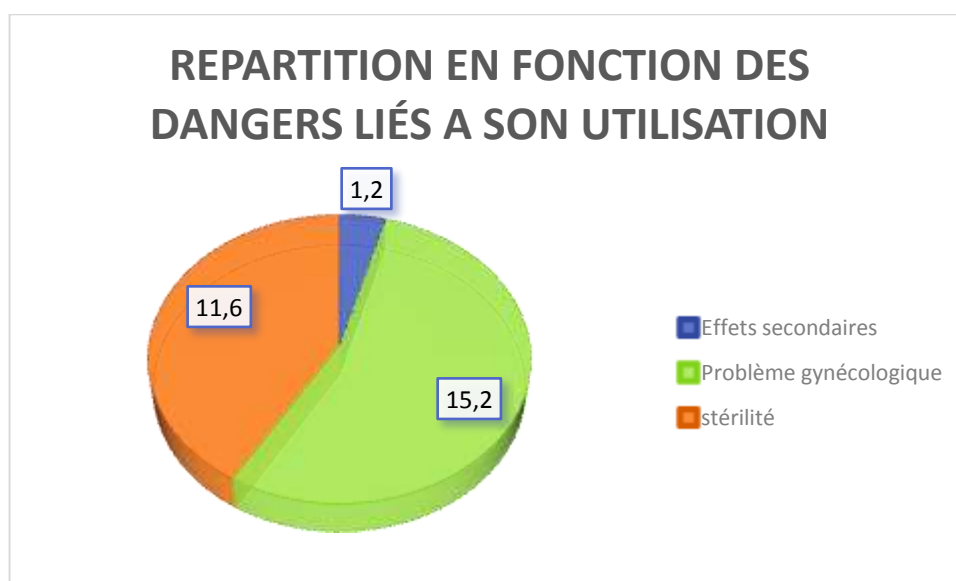


Figure 29 : Répartition la population en fonction des dangers liés à son utilisation

La majorité des clients **72%** affirment qu'il n'y a pas de dangers lorsqu'on utilise la PCU cependant **28%** disent le contraire ainsi parmi elles **1,2%** dénoncent les effets secondaires ;**11,6%** la stérilité et **15,2%** des problèmes gynécologiques.(Figure 29)

3.1.3.5. Autres usages de la pilule

Tableau XII : Déclaration de l'existence d'une protection apportée par les pilules d'urgence contre les IST (N=250)

	Protection contre les IST de la Pilule d'urgence		
<i>Réponse</i>	Oui	Non	Ne sais pas
<i>Effectif</i>	2	238	10
<i>Proportion (%)</i>	0,8%	95,2%	4%

En général **95,2%**, les personnes interrogées déclaraient que la pilule d'urgence ne constitue pas une protection contre les IST, **4%** ne savaient pas si la pilule protégeait contre les IST et **0,8%** disaient que la pilule du lendemain protégeait contre les IST (tableau XII)

3.2. Méthodes naturelles

Tableau XIII : Méthodes naturelles déclarées utiliser par la population d'étude

Méthode Naturelle	Effectif	Pourcentage (%)
Coït interrompu	16	6,4
Méthode du calendrier	11	4,4
Total	27	10,8

Parmi les 250 enquêtés, seulement 27 personnes soit 10,8% déclaraient utiliser les méthodes naturelles. Parmi eux- ci, plus de la moitié utilisait le coït Interrompu avec un pourcentage de **6,4%** et **4,4 %** utilisaient la méthode du calendrier. (Tableau XIII)

3.3. METHODES MECANIKES :

Tableau XIV : Méthode mécanique déclarée utiliser par la population d'étude

Méthode mécanique	Effectif	Pourcentage (%)
Préservatif	73	29,2%

La seule méthode mécanique utilisée par nos enquêtés est le préservatif avec un effectif de 73 personnes et un pourcentage de **29,2 %**. (Tableau XIV)

CHAPITRE III : DISCUSSIONS

I. Caractéristiques Socio -Démographiques

I.1. Âge et sexe

Les résultats indiquent que la tranche d'âge des acheteurs était comprise entre **15 ans** et **42 ans**. La majorité des acheteurs de la PCU étaient des jeunes car appartenaient à l'intervalle d'âge compris entre 18 à 30 ans et représentaient **74%** de l'échantillon. Les mineures dont l'âge était inférieur à 18ans représentaient **5,6 %** de notre échantillon et l'âge moyen était de **25,5 ans**.

L'achat de la PCU par les mineurs ou encore adolescentes sous-entend qu'elles ont eu des rapports sexuels précoces et non protégés. Les causes peuvent être multiples à savoir le début d'une relation amoureuse, la curiosité, la maturation physique pendant la puberté ; l'expansion des nouvelles technologies de l'information et de la communication, en particulier la plus large diffusion de la pornographie, l'insuffisance ou le manque d'échange entre parents et enfants sur la sexualité. Ce comportement pourrait s'expliquer par l'absence d'information sur les risques encourus des IST. Toutes fois notons que l'Etat ne condamne pas les relations sexuelles entre mineurs mais condamne les relations sexuelles entre mineurs et majeur. Notre enquête confirme l'étude de l'OMS qui indique que 5,4 millions de jeunes vivent avec le VIH/SIDA, dont 40% appartiennent à la tranche d'âge des 15 à 24 ans. [19]

Cette forte consommation observée dans la tranche d'âge de 18 à 30 ans pourrait s'expliquer par le fait que la population de la Côte d'Ivoire est essentiellement jeune (RGPH2014) mais aussi que cette tranche d'âge a atteint sa majorité donc libre de faire certains choix et de profiter de leur jeunesse.

Dans une étude de la population Council menée au Sénégal en 2012, sur les pharmaciens, près de 54% de ceux-ci situent des utilisatrices de la contraception

d'urgence en deçà de 30 ans pour la ville de Dakar [57] . Ces résultats concordent avec celles de notre étude dont l'âge moyen est de **25,5 ans** pour les utilisatrices.

Le genre féminin avec **96,8%** était majoritaire dans l'achat des contraceptifs d'urgence mais le genre masculin était également présent, elle représentait **3,2%** de notre échantillon, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces hommes encourageaient leurs partenaires à l'utilisation des PCU. Ce comportement pourrait être également dû aux craintes que la PCU leur mettait à l'abri d'une paternité non désirée mais aussi un moyen de se protéger contre toute fausse accusation de paternité.

I.2. Niveau d'instruction

Selon le niveau d'instruction des enquêtés, l'analyse des données révèle que **35%** des utilisatrices de la PCU ont atteint un niveau d'étude secondaire et **36%** pour l'universitaire.

Aussi **8%** avaient un niveau primaire et **21,2%** des utilisatrices avaient un niveau du premier cycle.

Ces résultats sont proches de ceux de M. ASSANE KEBE dans sa thèse d'exercice au Sénégal qui trouvait plus de **81%** des enquêtés ont atteint un niveau d'étude secondaire (**31%** pour le secondaire et **50%** pour le supérieur). [58]

Le niveau élevé d'instruction pourrait être un facteur déterminant car plus le niveau est élevé, plus la femme a de chances d'en avoir entendu parler.

I.3 Profession

Selon la profession des enquêtés, l'analyse révèle que **10,4%** des personnes interrogées sont sans emploi, **12%** sont des agents, **34 %** sont dans le secteur informel, **19,6 %** et **21,6 %** sont respectivement des élèves et étudiantes, **1,6%** sont des stagiaires et seulement **0,8%** sont des cadres.

Les données montrent une forte utilisation de la pilule d'urgence pour les personnes exerçant dans le secteur informel suivie de celle des élèves et étudiantes.

En ce qui concerne les données des élèves et étudiantes, une telle tendance pourrait s'expliquer du fait, qu'elles ne sont pas financièrement nanties pour avoir à leur charge un enfant. Aussi le désir de poursuivre leur étude, la crainte de la réaction des parents, pourrait être une explication à cela.

I.4 Situation matrimoniale et religion

L'enquête a révélé que **78,8%** des utilisatrices étaient célibataires et **21,2%** mariées.

Les célibataires sexuellement actives semblent donc plus exposés à la prise de la PCU notamment pour éviter les grossesses non désirées et extra conjugales.

Mais pour les mariées s'étaient plutôt par désir d'espacement ou de limitation des naissances.

Ces résultats expliqueraient le faible taux de consommation des contraceptifs réguliers démontré par l'étude de EDS-MICS 2011-2012 qui stipule que, les femmes en union avaient recours aux contraceptives modernes régulières qu'aux femmes sans union [48].

Concernant la religion, notre étude révèle que **61,6%** des utilisatrices appartenaient à la religion chrétienne, **37,6%** à la religion chrétienne et **0,8%** étaient des bouddhistes. Ceci montre que les chrétiennes sont celles qui utilisent le plus les contraceptifs d'urgence. Ce qui est paradoxal au recensement général de la population en 2014 qui déclare la majorité des habitants sont de confession religieuse musulmane avec un pourcentage de 42,9% contre 34 % chrétienne.

Ces résultats sont proches de l'étude menée par Nadège Fourn, Badirou Aguemon, Salifou Kabibou et al. dans connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgences chez les étudiantes à l'université de Parakou Benin ; les filles chrétiennes

étaient en majorité des usagers réguliers avec une prévalence de **73,5%** et **25,3%** les filles musulmanes.[44] .

I.5 Lieu d'habitation

En général avec **72%** des acheteurs habitait la commune de Koumassi et certains venaient d'autres communes environnantes. Cela pourrait être dû au fait que certains avaient pour lieu de service ladite commune, et d'autres qui venaient s'approvisionner en étant de passage.

II. Connaissances générales des méthodes contraceptives d'urgence et sources d'information

Au regard des résultats, notre étude indique que tous les acheteurs déclaraient connaître l'existence de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) et que **82 %** disaient qu'elle était efficace à 100%.

La plupart des utilisatrices (**95 %** de l'échantillon) sont satisfaites de son utilisation. Cette satisfaction pourrait se traduire par son efficacité à éviter des potentielles grossesses indésirées contre **5%** des utilisatrices qui incrimaient son inefficacité.

La principale source d'information émanait des tiers **62,8 %** (ami, voisin, famille etc.), ensuite le personnel médical **18%**, de l'école **17,6 %** et enfin des médias **1,6%**.

La source d'information étant constituée minoritairement par le personnel médical pourrait cependant supposer que l'information sur la pilule d'urgence n'est pas à 100% fiable, car les tiers ne sont pas suffisamment qualifiés par rapport au personnel médical.

De même de bouche à oreilles les informations peuvent être déviées et la bonne information initiale se détériorer au fur et à mesure également les proches des utilisatrices peuvent être à l'origine des informations incomplètes ou erronées.

Aussi La moindre sollicitation du personnel médical peut être mise en évidence soit par son attitude ou encore de son accessibilité et dans le cas du pharmacien les acheteurs le

voient plutôt comme un vendeur et non comme un agent de santé pour leurs prodiguer des conseils.

La source d'information émanant de l'école est faible or la grande majorité après celle du secteur informel des utilisatrices était constituée d'élèves et étudiants. Ce qui est paradoxal. Ceci nous emmène à poser la question de savoir : y a-t-il un manque de sensibilisation sur la contraception d'urgence dans les établissements scolaires et universitaires ?

Dans une étude menée par Akani CI, Enyindah CE, Babatunde S : contraception d'urgence : connaissance et perception des femmes parmi les étudiantes de premier cycle dans le delta du Niger au Nigeria la principale source d'information était par l'intermédiaire des amis/ pairs. Cette étude concorde avec nos résultats.[45]

Le principal lieu d'approvisionnement de la PCU par les acheteurs est l'officine de pharmacie avec **98,4%** mais notons également que certains l'achetaient au marché **1,6%**. Concernant que le coût de la pilule d'urgence, la plupart des acheteurs **57,6%** estimaient qu'elle était est moins chère notamment la spécialité générique PREGNON (lévonorgestrel) qui est un produit social subventionné par les bailleurs de fonds et l'un des produits moins chers du marché (1100 francs). Par contre que les autres produits tels que NORLEVO, ELLA-ONE (Ulipristal) sont les plus chers (respectivement 4120francs et 5250francs) du marché car sont des spécialités princeps.[46]

Certaines personnes de notre échantillon **42%** continuaient d'acheter à la pharmacie des pilules qu'elles considèrent pourtant coûteuse. Il est clair cela affecte leur budget, pourtant elles ne renoncent pas à l'achat. De ce constat l'on peut émettre comme hypothèse que le rapport efficacité et prix pourrait être un élément qui rassure les consommatrices mais aussi la participation du conjoint à l'achat et le niveau de vie du couple pourrait expliquer leur perception du prix de la PCU.

Les analyses uni variées et multivariées indiquent qu'au Ghana, les utilisatrices qui trouvent la méthode disponible et son prix abordable ont plus de chance de l'utiliser (48). De ce constat, il semblerait que le recours serait influencé par le coût.

III. PRATIQUE D'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS D'URGENCES.

Sur les 250 personnes interrogées ,205 personnes soit **82%** des enquêtées ont déclaré utiliser des méthodes hormonales,**10,8%** ont utilisé une méthode mécanique notamment la seule utilisée dans notre étude était le préservatif, **4%** recouraient aux méthodes naturelles et enfin **3,2%** pour les autres méthodes (potion, décoction de feuille).

De plus parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives hormonales, **184** femmes employaient les pilules du lendemain comme principale méthode contraceptive, **7** femmes utilisaient les contraceptives injectables et **14** femmes utilisaient les pilules contraceptives régulières.

Cela démontre que la pratique d'utilisation des méthodes contraceptives hormonales journalière est encore faible.

Ces résultats sont proches de l'étude de l'EDS-MICS 2011-2012 où la quasi-totalité des femmes ont déclarées connaître au moins une méthode contraceptive moderne mais seulement 8% utilisaient les méthodes hormonal régulière [48]. Cette faible utilisation des méthodes hormonales peut être dû à un problème sur la communication pour le changement de comportement car les populations n'ont pas été suffisamment sensibilisée sur ces méthodes hormonales régulières.

Le motif qui emmène certaines femmes à ne pas utiliser les méthodes hormonales régulière serait dû au fait qu'elles trouvent cette méthode contraignante ou considéraient cette méthode réservée aux femmes mariées et à celles qui conçoivent déjà.

Le choix de recourir à la contraception d'urgence par nos enquêtées, pourrait être dû à sa facilité d'utilisation, du fait qu'elle soit moins contraignante.

La plupart **89,6 %** des acheteurs avaient recours aux pilules d'urgences après un rapport sexuel non protégé. Plusieurs raisons ont été évoquées pour justifier ce comportement. La première raison était leur décision personnelle **42,8%** (le faisaient selon leur propre gré) **22,4%** du au refus du partenaire ; **18,8%** déclaraient qu'elles l'utilisaient après un empressement des rapports sexuels suivi de celles qui faisaient confiance à leur partenaire **8%**, **puis 6,4%** pour celles qui voulaient ressentir plus de plaisir et enfin celles qui déclaraient l'utiliser à cause des effets secondaires des préservatifs notamment les démangeaisons (**1,2%**).

Allant de ce constat, le risque d'être exposé aux infections sexuellement transmissibles semble avoir peu d'intérêt le plus important pour ces personnes est d'éviter la grossesse.

Ce comportement de ces enquêtées justifierait l'étude de l'ONUSIDA qui stipule que la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touché dans le cas du VIH SIDA en Afrique de l'ouest.[47]

En matière du recours à la PCU toutes les personnes interrogées n'étaient pas à leur première utilisation.

Le nombre de recours à la PCU mensuel variait de 1 à plus de 3 comprimés par mois. Un pourcentage de 68% d'utilisatrices pour une prise dans le mois ,20% pour 2 prises de comprimés par mois et enfin 12% pour 3 prises et plus de comprimés par mois.

Cette fréquence mensuelle montre qu'elles planifient l'utilisation de la contraception d'urgence et ont pris l'habitude d'employer cette pilule à leur convenance, faisant de celle-ci quelque chose de presque ordinaire. Allant de ce constat le caractère d'urgence de la pilule du lendemain n'est pas respecté.

Bien vrai qu'il n'existe pas d'étude ou d'article démontrant que l'utilisation répétée de cette pilule orale d'urgence pourrait être un danger pour la santé de la femme.

Cependant l'OMS encourage les femmes à ne pas utiliser régulièrement cette méthode contraceptive en l'absence de preuve que cela serait néfaste pour elles. [47]

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 ?

La majorité de nos acheteurs connaissaient le délai exact d'utilisation mais elles ont une différente compréhension de la temporalité de la contraception d'urgence. **66,8%** des enquêtés déclaraient que la PCU devrait être prise dans les 72 heures qui suivent les rapports sexuels, l'urgence de prise de la pilule se situe au troisième jour. Même si la pilule peut être utilisée 72heures après les rapports sexuels non protégés, il est recommandé de la prendre plutôt pour une meilleure efficacité. Aussi leur incompréhension et leur mise en pratique du délai les exposent à un échec de contraceptif puis les exposent à une utilisation erronée et à un risque de grossesse non planifiée. **21,9%** ont déclaré qu'elle devait être prise dans les 24 heures suivant les rapports sexuels. Il existerait pour celles-ci une nuance à cause du terme « lendemain » et enfin ceux qui déclaraient à **11,3 %** que le délai était de 48 heures.

L'étude de l'OMS démontre que l'efficacité de la pilule à base de Lévonorgestrel est estimée à 95% dans les 24 heures suivant le rapport sexuel, 85% entre 24 heures et 48 heures et à 58% entre 49heures et 72 heures [59]

Les précautions d'emploi n'étaient pas connues chez **72%** des personnes interrogées par contre **28%** déclaraient qu'ils avaient des dangers. Parmi ceux ci

Certaines déclaraient que la pilule d'urgence provoquerait des problèmes gynécologiques 15,2% ensuite 11,6% déclaraient que la PCU avait pour conséquence grave la stérilité enfin 1,2% parlaient plutôt des effets secondaires tel que la nausée, vomissement, diarrhée, maux de tête et vertiges. Ces dangers mentionnés n'apparaissent pas tous dans le Résumé Caractéristique du Produit (RCP). L'un des effets indésirables qui apparaît est le trouble des menstruels.

Aussi une utilisation fréquente pourrait augmenter la survenue d'effets indésirables, comme l'irrégularité du cycle menstruel.

Au regard de toutes affirmations, il semblerait que certains acheteurs n'aient pas reçu de bonnes informations ou des conseils appropriés sur l'usage rationnelle de ces pilules.

CHAPITRE IV : LES LIMITES ET CONTRAINTES

Notre enquête, effectuée dans la commune de Koumassi, a pour objectif d'évaluer la connaissance et l'utilisation pratique des pilules d'urgence dans cette commune. Un questionnaire a été administré à cet effet. Le questionnaire à l'endroit des patients (250) a été administré en officine lorsque ceux-ci s'y présentaient pour achat de PCU. D'abord il fallait attendre que le patient se présente, il était difficile de l'aborder parce qu'il se sentait aussitôt indexé par les autres. Lorsque les patients acceptaient de coopérer, ils se montraient quand même réticents, face à certaines questions qu'ils trouvaient trop personnelles ou tabou. La plupart de ceux qui refusait de coopérer donnait comme prétexte le manque de temps.

Les biais éventuels sont dû à des questions tabou comme celles touchant à leur vie sexuelle et aussi le fait que certains hommes achetaient des PCU pour leur partenaire, et ne pouvant donner des réponses claires à certaines questions.

Malgré les insuffisances, cette étude apporte un nouvel éclairage sur la vie sexuelle reproductive et contraceptive notamment sur des utilisateurs de la PCU d'autant plus qu'il y a peu de travaux qui ont été effectués sur la contraception d'urgence en Côte d'Ivoire.

Le point fort de cette étude repose sur la sensibilisation des patients au cours de l'enquête, en les encourageant à opter pour une contraception régulière, à se responsabiliser en matière de sexualité pour éviter les IST mais aussi en répondant à leurs questions par rapport aux sujets abordés.

CONCLUSION

La forte croissance démographique a contribué à l'intégration du planning familiale en Côte d'Ivoire actuellement elle occupe une place importante, bien qu'elle ne fasse pas l'objet de la promotion par les structures. En Côte d'Ivoire la contraception d'urgence est connue le plus par les femmes instruites qui représentent la grande proportion des consommatrices.

Notre étude était une enquête transversale descriptive et s'est déroulée dans la commune de Koumassi qui a porté sur les consommatrices de la pilule du lendemain. L'objectif de notre étude était d'évaluer la connaissance et l'utilisation pratique des contraceptifs d'urgence dans ladite commune.

Avant d'être recensées **250** acheteuses, les utilisatrices de la PCU sont relativement jeunes avec un âge moyen **25,5 ans**. La majorité des consommatrices des pilules avaient un niveau secondaire et plus **70,8%**.

La principale source d'information était les tiers **62,8%**, l'information véhiculée était erronée car les utilisatrices présentaient des lacunes sur la connaissance des pilules d'urgence. Les enquêtées achetaient les pilules le plus en pharmacie mais elles avaient une notion du délai de prise des pilules d'urgences leur permet d'éviter les échecs thérapeutiques. La minorité des utilisatrices connaissent les effets indésirables.

La majorité avait des rapports sexuels non protégé **89,6 %**, l'une des raisons de la non utilisation des autres méthodes contraceptives était en effet par choix personnel **42,6%**.

L'usage des pilules d'urgences se faisait de manière régulière dans le mois pour certaines utilisatrices allant parfois de 3 comprimés et plus dans le mois.

La plupart des utilisatrices jugeait le prix la pilule d'urgence abordable ce qui entraînerait probablement une augmentation au recours.

Il sera judicieux pour les utilisatrices régulières de la PCU de se rapprocher des professionnels de la santé dans l'optique d'avoir une bonne information et un meilleur choix en méthode contraceptive.

Quel peut être l'impact réel de la consommation de la PCU à long terme ?

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude sur la PCU et son recours en officine dans la commune de Koumassi en Côte d'Ivoire, nous estimons que des mesures sont à prendre afin de rendre efficiente, l'utilisation de celle-ci par les femmes et plus particulièrement les jeunes filles. Des progrès restent à accomplir qui, au demeurant, ne pourront résulter uniquement de nouvelles réformes, mais aussi d'une plus grande détermination dans la volonté de mieux informer les hommes et les femmes, et notamment les adolescents, sur la sexualité et sur la contraception. Nous nous sommes permis d'émettre quelques recommandations a l'endroit de diverses institutions et structures.

I. A l'endroit du Ministère des Enseignements secondaires et supérieurs

1.Introduction de module de santé reproductive et sexuelle dans le programme de l'éducation des adolescents. L'information scolaire sur la l'éducation sexuelle doit être organisée, structurée sous forme d'un programme obligatoire au cours du cursus scolaire.

2. Former les enseignants à l'administration du module

3. Prévoir des infirmiers et sage -femmes dans les établissements scolaires pour accompagner les jeunes.

4. Prévoir des centres de santé universitaires, un programme d'accompagnement des jeunes dans leur vie sexuelle, reproductive et contraceptive.

II. A L'endroit du Ministère de l'information

Les sensibilités culturelles et les tabous entourant la sexualité empêchent souvent les gens de s'informer sur la santé et les soins en matière de santé reproductive, rendant difficile pour les gouvernements de traiter ces questions. Le rôle des médias est crucial pour attirer l'attention des personnes qui ont les moyens d'influencer les politiques de santé publiques.

Les journalistes qui peuvent parler écrire et parler en connaissance de cause sur la santé sexuelle et reproductive peuvent contribuer à améliorer les politiques publiques.

En rédigeant des rapports exacts et opportuns sur les questions de santé sexuellement, ils contribuent à :

- Parler ouvertement des sujets tabous afin que ceux-ci puissent être discutées
- Contrôler les progrès accomplis par leurs gouvernements vers la réalisation des objectifs énoncés et de demander aux représentants du gouvernements de rendre des comptes.
- Ne pas confondre la contraception d'urgence avec l'avortement
- Renforcer l'information sur l'utilisation des préservatifs
- Elaborer et diffuser les informations justes sur la sexualité et la santé reproductive
- Collaborer avec le Ministère de la santé.

III. A l'endroit du Ministère de la santé

1. Renforcer des ateliers de formations à l'endroit des jeunes afin de mieux les informer en matière de sexualité et de contraception régulière mais aussi de contraception d'urgence

2. Organiser des forums et ateliers de cadrage à l'endroit des professionnels de santé (pharmacien, médecin, sages-femmes et infirmiers) en ce qui concerne les PCU.

3. Prévoir une législation claire et précise par rapport à la CU et veiller à son application

4. Améliorer l'accueil lors des prestataires de services

IV. A l'endroit des Pharmaciens

1. Prévoir un espace pour l'entretien et le conseil dans les officines.

2. Réunion professionnel entre pharmacien pour penser à des stratégies d'information et de suivi des jeunes.

3. Implication effective des pharmaciens sur la dispensation des PCU

V. Au autres professionnels de la santé,

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

V. A l'endroit des parents

Les parents doivent échangés avec leurs enfants sur la sexualité, la reproduction et la contraception qui en effet ne doivent pas être vu comme des sujets tabous.

Et donc la formation et l'éducation des parents est importante car pour enseigner et éduquer il faudrait être au préalable former.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Nathalie Trignol-Viguié**. La place de la contraception dans la sexualité : pratiques. 2019 [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://pratiques.fr/La-place-de-la-contraception-dans>
2. **J. Lansac**. Contraception Hormonale. Consulté le 9 août 2019. Disponible sur:
http://umvf.cerimes.fr/media/ressWikinu/Gynecologie/College/Lansac-Contraception_Hormonale.pdf
3. **Organisation Mondiale de la santé (OMS)**. Planification familiale/Contraception. Consulté le 17 août 2019. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. **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.
5. **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020**. Consulté le 15 août 2019]. Disponible sur:
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf
6. **Organisation des Nations Unies**. Le rapport d'ONU-Habitat en Côte d'Ivoire : Profil urbain d'Abobo. Consulté le 14 août 2019. Disponible sur:
http://www.worldurbancampaign.org/sites/default/files/cote_d_ivoirie_-_abobo.pdf

7. **Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement e. 21 avril 2016;2.
8. **Traore AI.** Déterminants de l'utilisation des services de PF par les femmes en âge de procréer dans la CVI du district de Bamako [Thèse]. [Bamako]: Faculté de medecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie; 2010.
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/newsroom/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. « Consulté le 13/11/2018 ».
12. **OMS (Organisation Mondiale de la Santé).** Statistiques sanitaires mondiales. 2015.
13. **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.
14. **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.

15. **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^{ème} édition. Septembre 2008.
16. **ANOAH 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.
17. **Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.** Plan stratégique de la Planification familiale 2012-2016. Juin 2012.
18. **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.
19. **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.
20. **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.
21. **Margaux BOYELDIEU.** Evaluation des connaissances des élèves de 3^e 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.
22. **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. « Consulté le 22/12/18 ».

- 23.**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.
- 24.**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.
- 25.**Bodet Angèle.** Histoire de la contraception : De la grossesse subie à la grossesse désirée. *Thèse de Doctorat en Pharmacie.* Université Angers. 2014.162p.
- 26.**Haute Autorité de Santé (HAS).** Fiche mémo Contraception d'urgence. Décembre 2013. Mise à jour Juillet 2019.
- 27.**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.
- 28.**Jean-Charles TROPEE.** Le pharmacien d'officine et la contraception. *Thèse de Doctorat en Pharmacie.* Université de Rennes 1. 2014. 158p.
- 29.**Margaux BOYELDIEU.** Evaluation des connaissances des élèves de 3^e 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.
30. **Melle HUGENEL Delphine.** Les adolescents et la contraception d'urgence. Mémoire de diplôme d'Etat de sages-femmes. Université de Lorraine. 2000. 65p.
31. **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>.

32. **Sako N., Kampo M.** La contraception estroprogestative. :3p.
33. **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>.
34. **Fédération du Québec pour le planning des naissances.** Les méthodes contraceptives. Accessible à <https://www.fqpn.qc.ca/public/informezvous/contraception/methodes-contraceptives/>. « Consulté le 30/08/19 ».
35. **Joanne Garcia.** Le point sur la contraception d'urgence en 2014. *Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Université Bordeaux 2. 2014. 102p.
36. **Jamin C, Lachowsky M.** Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2015;44(8):706-14.
37. **Haute Autorité de Santé (HAS).** Contraception d'urgence : Prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013.
38. **Collège national des gynécologues et obstétriciens français.** Journal Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction : les dispositifs intra utérins. 2005. 34 (5) : 513.
39. **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 ».
40. **Bertrand JT.** Nouvelles orientations des directives de l'OMS sur l'emploi des contraceptifs. :8.

- 41.**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). Contraception. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>. « Consulté le 13/11/2018 ».
- 42.**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.
- 43.**Mosso RA, Dore EDA, Kouakou HA, Assi SB, Bakayoko M, Bakayoko Y, et al.** enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011-2012.591p.
44. **Fourn N, Aguemon B, Kabibou S, Hounkponou F, Lafia I, Fourn L.** Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). *Sante Publique (Bucur)*. 8 oct 2014 ; Vol. 26(4):541-6.
- 45.**Akani C, Enyindah C, Babatunde S.** Emergency contraception: knowledge and perception of female undergraduates in the niger delta of Nigeria. *Ghana Med J*. juin 2008;42(2):68-70.
- 46.**Amalba A, Mogre V, Appiah MN, Mumuni WA.** Awareness, use and associated factors of emergency contraceptive pills among women of reproductive age (15-49 years) in Tamale, Ghana. *BMC Womens Health*. 22 sept 2014;14(1):114.
- 47.**OMS.** Infections sexuellement transmissibles. WHO. [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/fr/
- 48.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. 2015 [20 mai 2019]. Disponible sur: www.endasante.ci/images/dsn/psns_VIH_SIDA_IST2015_2019.pdf
- 49.**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.

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

51.**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.

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

53. **Ministère de la santé et de l'hygiène publique.** Rapport annuel sur la situation sanitaire 2016: la situation sanitaire de la première année de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire. 378p.

54.**Institut National de Statistique (INS).** Recensement général de la population et de l'Habitat. Répertoire des localités : District autonome d'Abidjan. Juin 2015.

55.**Ministère de la santé et de l'hygiène publique.** Rapport annuel sur la situation sanitaire 2017 : le profil sanitaire du pays notamment sur la morbidité, les ressources sanitaires, la couverture des interventions et la performance des principaux indicateurs de santé. 414p.

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

57. **Mane B, Ramarao S, Brady M, Mbow F, Thiam A.** Attitudes, croyances et pratiques des leaders d'opinion clés (loc) et des prestataires sur la contraception d'urgence (CU) au Sénégal. In 2012.

- 58.**Kebe MA.** Aspect socio professionnels, connaissances, attitudes et conséquences de la contraception d'urgence chez une population de femmes dans la région de Dakar ; Thèse d'exercice de Médecine, UCAD.- Dakar : [sn], 2014. – 165.
- 59.**World Health Organization (1998)**, « Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation », *Lancet*, 352(9126), pp. 428-433.

ANNEXES

Annexe 1 : courrier de demande d'autorisation
auprès des titulaires d'officines de pharmacie
pour mener l'enquête.

Département de Chimie Thérapeutique
et Chimie Organique

Abidjan, le 29 avril 2019

Au Docteur.....

Titulaire de l'Officine de Pharmacie :

Objet : Autorisation pour mener une enquête

Cher(e) Confrère/Consœur

Dans le cadre de nos activités académiques et d'encadrement, je vous prie de bien vouloir, autoriser **Mademoiselle GUENE Aminata**, de mener dans votre officine de pharmacie, une enquête prospective auprès de votre clientèle achetant des contraceptifs d'urgences, dites de « pilules d'urgence ou du lendemain ».

En effet depuis un certain temps, une surconsommation desdits médicaments nous a été relaté. C'est dans ce cadre que nous menons cette étude afin de mieux apprécier l'ampleur du problème.

Les résultats de l'enquête serviront d'une part à Mlle GUENE Aminata, de préparer un mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat d'Etat en Pharmacie et d'autre part, d'outil d'aide à la décision afin de contribuer à la réussite de la politique de planning familiale en Côte d'Ivoire.

Les objectifs recherchés sont les suivantes :

- Etablir les données de consommation des contraceptifs d'urgence
- Etablir le profil et le comportement des consommatrices
- Evaluer les stratégies de sensibilisation du document de « politique de planning familiale en Côte d'Ivoire »

Je tiens à vous rassurer Cher(e) Confrère /Consœur, que les données recueillies seront exploitées de façon confidentielle et serviront exactement aux objectifs visés.

Je vous prie également de bien vouloir faire diligence pour autoriser ladite étude dans votre officine afin que la politique actuelle consacrée au couple mère/enfant puisse en bénéficier à temps.

Bien confraternellement,

Le Directeur de Thèse : Pr OUATTARA Mahama

Annexe 2 : le questionnaire adressé aux acheteurs de la PCU

QUESTIONNAIRE SUR LA PILULE D'URGENCE

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel

N°

Date de l'enquête :...../...../..... Commune/Quartier.....
Lieu.....

I. Informations sur la personne interrogée

1. Sexe :
2. Date de naissance : JJ/MM/AA.....Ans :
3. Niveau d'étude :
4. Profession :
5. Situation matrimoniale :
6. Religion
7. Lieu d'Habitation :

II. Connaissance générale des méthodes contraceptives d'urgences

1. Qu'est-ce que vous faites pour ne pas tomber enceinte ?
.....
.....
.....
2. Connaissez-vous la pilule du lendemain ? ☐ Oui ☐ non
3. Si oui, par quel moyen en avez –vous entendu parler ?
.....
.....
.....
4. Est-elle efficace à 100% ? ☐ Oui ☐ non
5. A quoi d'autres peut servir la pilule du lendemain ?.....
.....
.....
.....
6. Y a-t-il des précautions à prendre pour son utilisation ? ☐ Oui ☐ non
7. Si Oui,
lesquelles ?.....
8. Y a-t-il des dangers lorsqu'on l'utilise ? ☐ Oui ☐ non

9. Si Oui, lesquels
?.....
10. Connaissez-vous une autre méthode que la pilule d'urgence pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ? ☐ Oui ☐ non
11. Oui, citez
.....
.....
.....
12. Selon vous, la pilule du lendemain constitue-t-elle une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ? ☐ Oui ☐ non ☐ Je ne sais pas
13. Où pouvez-vous acheter-vous la pilule du lendemain ?
.....
.....
.....
14. Faut-il utiliser la pilule du lendemain après chaque rapport non protégé ? ☐ Oui ☐ Non
15. Si Oui,
pourquoi ?.....
16. Si Non,
pourquoi ?.....
17. Combien de temps dispose-t-on pour utiliser une pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé ?
.....
.....
.....
.....
.....

III. Pratique d'utilisation

18. Dans quelles circonstances utilisez-vous cette pilule d'urgence ?
.....
.....
.....
.....
19. Pourquoi n'avez-vous pas utilisé un autre moyen pour vous protéger lors de ce rapport sexuel ?

.....
.....
.....
.....

20. Combien de fois avez-vous utilisé la pilule du lendemain
?.....

21. Qui vous a conseillée la pilule d'urgence pour la première fois ?

.....
.....
.....
.....
.....

22. Combien de comprimé prenez-vous dans le mois ?

.....
.....
.....
.....

23. Êtes-vous satisfaite de son utilisation ? ☐ Oui ☐ non

24. Si Oui,

pourquoi.....

25. Si Non,

pourquoi.....

26. Avez-vous déjà utilisé d'autres méthodes pour empêcher une grossesse ?

☐ Oui ☐ non

27. Si Oui, quelles méthodes ?

.....
.....
.....

28. Que pensez-vous du prix de la pilule du lendemain ?

.....
.....
.....
.....

RESUMÉ

La Pilule Contraceptive d'urgence est une méthode de rattrapage qui permet d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé volontaire ou non. Une étude a démontré qu'il avait une forte distribution de 2015 à 2018 de celle-ci par les grossistes répartiteurs privés et a permis d'identifier les villes et communes les plus consommatrices. Cependant cette étude n'a pas montré l'usage rationnel des PCU par les consommatrices.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes focalisés sur la commune de Koumassi pour évaluer la connaissance, l'attitude et l'utilisation pratique des pilules d'urgences par les consommatrices.

Pour mener à bien notre étude, un questionnaire a été établi et soumis aux 250 personnes venant pour l'achat de la PCU. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

Après avoir mené nos enquêtes dans 7 pharmacies de Koumassi, il en ressort que la pilule était utilisée une fois **68%**, deux fois **20%** et souvent plus de 3 fois **12%** dans le même mois par les consommatrices. Ce qui montre que le caractère exceptionnel de la pilule d'urgence n'est pas respecté et que l'utilisation se faisait de manière intentionnelle.

Le profil de ces consommatrices était constitué en majorité des jeunes **74%**, qui avaient l'âge compris entre 18 et 30 ans et **70,8%** avec un niveau secondaire et universitaire. La plupart de ces filles **78,8%** étaient célibataires, la majorité au niveau professionnel était avec un pourcentage de **41,2%** des élèves et universitaires.

Une meilleure connaissance de la contraception d'urgence est indispensable pour que le recours soit mieux adapté.

MOTS CLES : contraception orale d'urgence ; Lévonorgestrel ; ulipristal ; connaissance, attitudes et pratiques ; Koumassi-Cote d'Ivoire