

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline - Travail

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Année : 2019-2020

N ° 2076/20

# THÈSE

*En vue de l'obtention du*

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

*Présenté par*

**SEA DEMANOY CARINE**

***Recours à la contraception orale d'urgence :  
Enquête auprès des consommateurs dans neuf  
officines de pharmacie de la commune de  
Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire***

Soutenue publiquement le **08 JANVIER 2020**

## COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur INWOLEY KOKOU ANDRE, Professeur Titulaire

**Directeur** : Monsieur OUATTARA MAHAMA, Maître de Conférences Agrégé

**Co Directeur** : Madame OUATTARA DJENEBA, Chargé de recherche

**Assesseurs** : Monsieur KOFFI ARMAND, Maître de Conférences Agrégé

: Monsieur DIARRA AROUNA, Pharmacien d'officine

**ADMINISTRATION ET PERSONNEL  
ENSEIGNANT DE L'UFR  
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	Professeur KONE-BAMBA Diénéba
Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie	Professeur Ag IRIE-N'GUESSAN A.
Sous-Directeur Chargé de la Recherche	Professeur Ag DEMBELE Bamory
Secrétaire Principal	Madame NADO-AKPRO Marie Josette
Documentaliste	Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert
Intendant	Monsieur GAHE Alphonse
Responsable de la Scolarité	Madame DJEDJE Yolande

## **III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT**

### **1- PROFESSEURS TITULAIRES**

M.	ABROGOUA Danho Pascal	Pharmacie Clinique
Mmes	AKE Michèle	Chimie Analytique, Bromatologie
	AMARI Antoine Serge G.	Législation
	AMIN N'Cho Christophe	Chimie Analytique
	ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.	Biochimie et Biologie Moléculaire
MM.	DANO Djédjé Sébastien	Toxicologie
	GBASSI K. Gildas	Chimie Physique Générale
	INWOLEY Kokou André	Immunologie
Mme	KONE BAMBA Diéneba	Pharmacognosie

M.	KOUADIO Kouakou Luc	Hydrologie, Santé Publique
Mme	KOUAKOU-SIRANSY Gisèle	Pharmacologie
MM.	MALAN Kla Anglade	Chimie Analytique, Contrôle de Qualité
	MENAN Eby Ignace	Parasitologie - Mycologie
	MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	SAWADOGO Duni	Hématologie
M.	YAVO William	Parasitologie-Mycologie

## **2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

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

### 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
	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
Mmes	KABLAN-KASSI Hermance	Hématologie
	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Santé Publique
M.	KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	KONATE Abibatou	Parasitologie-Mycologie
M.	KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
Mme	KOUASSI-AGBESSI Thérèse	Bactériologie-Virologie
MM.	KPAIBE Sawa André Philippe	Chimie Analytique
	N'GUESSAN Alain	Pharmacie Galénique
	N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul	Chimie Organique, Chimie Thérapeutique
Mme	VANGA-BOSSON Henriette	Parasitologie-Mycologie

#### 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
	TANOAH-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 Desiree Mariette	Chimie Générale
	ZABA Flore Sandrine	Bactériologie-Virologie

#### **5- CHARGES 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

Feu	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

##### **3- MAITRE-ASSISTANT**

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

##### **4- NON UNIVERSITAIRES**

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

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

**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
GBASSI Komenan Gildas	Professeur Titulaire
AMIN N'Cho Christophe	Professeur Titulaire
BONY Nicaise François	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs KPAIBE Sawa André Philippe	Maître-Assistant
BROU Amani Germain	Assistant

HE-KOUAME Linda Isabelle	Assistante
TRE Eric Serge	Assistant
YAO Adjoa Marcelle	Assistante
YAO Jean Simon N'Ghorand	Assistant
YEHE Désirée Mariette	Assistante

**V. CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE**

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

**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
TANOHO-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,  
CRYPTOGAMIE**

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
Professeur 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, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES  
ET INFORMATIQUE**

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

**XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE**

Professeur	KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire
		Chef de département
Professeurs	DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
	DIAKITE Aissata	Maître de Conférences Agrégé
	KOUAKOU-SACKOU J.	Maître de Conférences Agrégé
	MANDA Pierre	Maître de Conférences Agrégé
	OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
	SANGARE-TIGORI Béatrice	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CLAON Jean Stéphane	Maître-Assistant
	HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Maître-Assistante
	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Maître-Assistante
	OUATTARA N'gnôh Djénéba	Chargée de Recherche

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Assistante
KOFFI Kouamé	Assistant
KOUAME Jérôme	Assistant
N'GBE Jean Verdier	Assistant
TIADE-TRA BI Marie Laure	Assistante



# DEDICACES

*Je dédie ce travail...*

## *A l'Eternel, mon Ami et mon Bouclier,*

*Je me souviens encore de ce verset Juges 6 : 14 que tu m'as montré lorsque j'avais une grande peur d'affronter cette première étape de ma formation, « vas avec cette force que tu as, je serai avec toi » et depuis lors, tu n'as cessé de confirmer ta présence auprès de moi durant ce cursus. Ce travail est le tien, preuve de ta gloire manifestée dans ma vie. Je te serai toute ma vie reconnaissante.*

## *A mes parents extraordinaires que j'aime énormément.*

*A toi papa «le mignon», tes qualités humaines que sont, l'amour du prochain, la tolérance, la générosité et la rigueur dans le travail m'ont illuminé durant toute ma vie. Pour moi tu resteras une personne formidable et un exemple à suivre. Je tenais à t'exprimer toute ma reconnaissance pour ton sacrifice, tes conseils qui m'ont permis d'arriver là où je suis. Ce travail est le tien.*

*A toi Maman chérie, ton amour sans faille, ton sacrifice et tes conseils, m'ont permis d'être cette femme que je suis. Femme vertueuse, tes prières et encouragements m'ont toujours réconfortée. Aucune dédicace si éloquente soit-elle ne saurait témoigner mon amour pour toi.*

## *A mes sœurs Désirée épouse Tia, Flora, Nadia, Christelle.*

*Vous êtes pour moi des trésors, vous m'avez toujours apporté soutien et réconfort quand j'en avais besoin. Je vous aime tellement.*

*A mes neveux et nièces, je vous aime.*

## *A monsieur Dominique Ahoutou «Homme de Dieu»*

*Un homme sage, respectueux, généreux très patient, merci infiniment pour ton soutien et tes prières. Que Dieu te bénisse !*

*A mes frères Anicet et Ignace*

*Que ce travail soit votre fierté. Merci pour tout.*

*A toute la grande famille Glan Glouia à Pombly , Grande famille Sea à Guezon,  
à la Grande famille Zeapanhou à Gnondrou et à tous mes cousins.*

*Que ce travail soit votre fierté*

*A mon groupe de prière et amis extraordinaires*

*Dominique, Emma, Charlène, Donald, Delongi, Olivier, Carine Baba, Reine,  
Grace Daba, vous m'avez soutenu pendant des moments difficiles et encouragé  
durant mon parcours sur la faculté de pharmacie. Je ne saurais exprimer toute  
ma gratitude envers vous. Merci infiniment.*

*A mes collègues devenus frères.*

*Cyrille Botti, Ottangba, Larissa, Morel, Christelle, Ezechiël, Morou, j'ai  
partagé tellement de beaux moments avec vous, vous avez toujours répondu  
présent quand j'avais besoin de vous. Je vous aime.*

*Au Geead,*

*Vous êtes une famille, grâce à vous mon intimité avec Christ s'est encore  
approfondie. Ce travail est le vôtre. Que le Seigneur se souvienne de vous.*

*A toute la pharma 35,*

*Merci pour votre confraternité, j'ai passé de bons moments avec vous.*

*A l'Adepharm et à la dynamique délégation ivoirienne de la Fespao .*

*Merci pour la confiance et votre confraternité. Que cette solidarité demeure  
toujours.*

# REMERCIEMENTS

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

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos remarques pertinentes, votre rigueur dans le travail et votre esprit paternel. Vous nous avez accueillis, aidé et guidé dans la réalisation de ce travail, nous vous serons toujours redevable cher Maitre. La patience et le soutien sans faille dont vous avez fait preuve à notre égard, vous et tout le personnel du laboratoire depuis le début de cette thèse, nous ont impressionnés. Vous vous êtes investi et les mots sont faibles pour montrer notre reconnaissance. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude.*

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

***Au Docteur OUATTARA DJENEBA,***

*Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail en  
acceptant de le codiriger.*

***Aux Pharmaciens titulaires d'Officine de Pharmacie***

*Merci d'avoir permis la réalisation de l'enquête.*

***Aux pharmaciens assistants***

*Merci de m'avoir aidé à mener cette enquête.*

**A NOS MAÎTRES  
ET JUGES**

## A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

**Monsieur le Professeur INWOLEY KOKOU ANDRE**

- Professeur titulaire d'immunologie au département de biologie générale, hématologie et immunologie de l'UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques.
- Ancien vice doyen charge de la pédagogie à l'UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques.
- Responsable de l'unité d'immunologie au centre de diagnostic et de recherche sur le VIH SIDA et les infections opportunistes (CeDRes) au CHU de Treichville
- Docteur de l'université paris VII, option immunologie
- Pharmacien, Biologiste des Hôpitaux
- Ancien interne des Hôpitaux

**Cher Maître,**

*Par votre remarquable parcours professionnel, vous forcez l'admiration et le respect de vos confrères et, doté d'une grande humilité, c'est tout naturellement que vous avez accepté de présider ce jury de thèse. Merci de nous avoir fait bénéficier de votre savoir, et de nous avoir inspiré tout au long de notre parcours universitaire. C'est un honneur pour nous de compter sur votre présence parmi les illustres membres de ce jury, dont la contribution rehaussera sûrement la valeur de ce travail. Vous êtes un exemple pour les générations présentes et futures. Belle et longue carrière à vous.*

## A NOTRE MAÎTRE 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,**

*Vous avez accepté si spontanément d'être notre directeur de thèse malgré vos multiples occupations le temps passé à vos côtés nous a permis d'apprécier votre Disponibilité, votre Courage, votre Compétence et surtout votre Rigueur au travail. Nous tacherons d'être un bon disciple afin de manifester nous aussi, ces nobles qualités. Nous vous prions, cher Maître, de recevoir nos sentiments de gratitude, de profond respect et d'admiration.*



## A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

**Madame le Docteur OUATTARA N'GNÔH Djénéba**

- 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
- Ancienne 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)
- Evalueur de projets de recherche PASRES au Centre Suisse de Recherche Agronomique

**Chère Maître,**

*Vous représentez pour nous, par vos qualités et votre compétence un maitre admirable et honorable. Vous avez accepté de juger ce travail, que vous avez codirigé, nous vous remercions pour votre disponibilité. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos qualités d'enseignant et de chercheur au cours de notre cursus universitaire. Nous vous prions de bien vouloir accepter l'expression de notre profond respect.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur KOFFI ARMAND.**

- Maître de conférences agrégé en Pharmacotechnie et Biopharmacie
- Chef du département de pharmacie Galénique, Biopharmacie de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan
- Coordonnateur du Master de Spécialité Pharmacie industrielle et cosmétologie
- Chef de service de la Pharmacie de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan
- Expert en pharmacie galénique et pharmacie industrielle au service de la DPML
- Expert consultant à CODINORM, OLEA, CIPHARM
- Membre de l'Association de Pharmacie Galénique Industrielle (APGI)
- Membre de l'Association Française des Enseignants de Pharmacie Galénique (AFEPG)
- Membre de la SOPHACI
- Membre du Comité National de la Lutte contre les Médicaments Illicites (COTRAMED).
- Secrétaire General de la Société Ouest Africaine de Pharmacie
- Galénique et industrielle (SOAPGI).

**Cher Maître,**

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter sans aucune hésitation d'être parmi les membres du jury de cette thèse. Ce travail, je l'espère aura répondu à vos exigences de scientifique averti.*

*Que le Seigneur vous bénisse pour votre soutien pédagogique.*

*Soyez assuré de notre haute considération et de notre gratitude.*

## A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

### **Monsieur le Docteur DIARRA AROUNAN**

- Docteur en Pharmacie
- Pharmacien Titulaire de la Pharmacie d'Andokoi à Abidjan
- Ancien Interne des hôpitaux de Côte d'Ivoire
- Ancien Assistant au Département de toxicologie de la faculté de pharmacie d'Abidjan
- Ancien pharmacien hospitalier ; CHU de Cocody et de Yopougon, INSP Adjamé
- DESS de toxicologie et d'hygiène agro-alimentaire
- Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (CNOP-CI)
- Président de la commission prospective du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de 2012 à 2014
- Membre du comité de rédaction du guide du pharmacien de Côte d'Ivoire
- Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX)
- Commandeur dans l'Ordre du mérite de la Santé publique de Côte d'Ivoire

***Chère Maître,***

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

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

## SOMMAIRE

DEDICACES .....	XVI
REMERCIEMENTS .....	XIX
SOMMAIRE .....	XXVII
LISTE DES ABREVIATIONS.....	XXVIII
LISTE DES FIGURES .....	XXXI
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE.....	4
<b>CHAPITRE I : ETATS DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D'IVOIRE .....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE II : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .....</b>	<b>35</b>
DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE .....	62
<b>CHAPITRE I : MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>63</b>
<b>CHAPITRE II : RESULTATS .....</b>	<b>71</b>
<b>CHAPITRE III : DISCUSSION .....</b>	<b>86</b>
CONCLUSION.....	97
RECOMMANDATIONS .....	100
PERSPECTIVES .....	102
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	104
ANNEXES .....	113

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ACPCI** : Association des Cliniques Privés de Côte d'Ivoire

**AIBEF** : Association ivoirienne de bien être familiale

**AIMAS** : Association ivoirienne de marketing social

**AOC** : Afrique de l'Ouest et du Centre

**APROSAM** Association pour la Promotion de la Santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille

**ASAPSU** : Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine ; **DS** : District Sanitaire

**ASC** : Agent de Santé Communautaire

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CDD** : Contrat de Désendettement Développement

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

**CNLS** : Conseil National de Lutte contre le sida

**COC** : Contraceptif Oral combiné

**CP** : Comité de Pilotage

**CTMO** : Comité Technique de mise en Œuvre

**CU** : Contraception d'Urgence

**EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples

**FS** : Formation Sanitaire

**DC** : Direction de coordination

**DGLS** : Direction Générale de la Lutte contre le Sida.

**DGS** : Direction Générale de la santé

**DIU** : Dispositif intra utérin

**IEC** : Information Education Communication

**INS-RGPH** : Institut National de la Statistique Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**KfW** : (Kreditanstalt für Wiederaufbau = banque de développement allemande)

**MAMA** : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

**MSHP** : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

**MSLS** : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida

**ODM** : Objectif de Développement du Millénaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONP** : Office National de la Population

**OSC** : Organisation de la Société Civile

**PCU** : Pilule Contraceptive d'Urgence

**PF** : Planification Familiale

**PIP** : Programme d'Investissement Public

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PNPEC** : Programme National de Prise en Charge du sida

**PNSME** : Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant

**PNSR** : Programme National de la Santé Reproductive

**PMA** : Paquet Minimum d'Activités

**PTF** : Partenaires Techniques et Financiers

**PVRH** : Politique de Valorisation des Ressources Humaines

**REPMASCI** : Réseau des Professionnels des Médias, Arts et des Sports pour la  
lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire

**RDC** : République Démocratique du Congo

**SMI** : Santé Maternelle et Infantile

**SR** : Santé de la reproduction

**UNFPA** : (Fond des Nations Unis pour la Population, l'IPPF)

**UPA**: Ulipristal acétate

**USAID**: (United States Agency for International Development

**VIH-SIDA** : Virus de l'Immunodéficience humaine/ Syndrome  
d'Immunodéficience Acquise

## LISTE 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 - Le moniteur des pharmacies - cahier II du n°2556 - 6 novembre 2004 .....	42
Figure 5 : photo de pilules contraceptives .....	43
Figure 6: photo d'un anneau vaginale .....	43
Figure 7:Photo d'un patch contraceptif .....	44
Figure 8: Photo d'un implant. ....	44
Figure 9: Schéma illustrant la stérilisation masculine.....	46
Figure 10 : Schéma illustrant la stérilisation féminine .....	47
Figure 11 : Schéma d'un dispositif intra-utérin dans l'utérus. Source- Dictionnaire Larousse .....	54
Figure 12 : Photo d'une pilule de lendemain Norlevo®.....	56
Figure 13 : Photo d'une pilule d'Acétate d'Ulipristal sous la spécialité ellaOne® .....	59
Figure 14 : Structure chimique de l'Ulipristal acétate (UPA) .....	59
Figure 15 : carte de Yopougon .....	65
Figure 16: Répartition de la population en fonction du sexe .....	72
Figure 17: Répartition de la population en fonction de l'âge .....	72
Figure 18: Répartition de la population enquêtée selon la situation matrimoniale .....	74
Figure 19: répartition de la population étudiée selon la religion .....	75
Figure 20 : Répartition de la population étudiée en fonction des sources d'information .....	78
Figure 21: Avis de la population d'étude sur le coût .....	79
Figure 22 : Différentes méthodes hormonales utilisées par la population étudiée. ....	80
Figure 24: Délai d'utilisation.....	84
Figure 25: Dangers déclarés par la population interrogée .....	84



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Quelques acquis en matière de droits reproductifs, classés par ordre chronologique .....	14
Tableau II: Liste des acteurs du marché de distribution . ....	16
Tableau III: Circuit de distribution des produits de la PF selon les différents secteurs .....	18
Tableau IV: Types d'interventions par ONG .....	20
Tableau V : Volume du marché en produits contraceptifs.....	33
Tableau VI : Différentes pharmacies .....	68
Tableau VII: Répartition de la population en fonction de leur niveau d'instruction .....	72
Tableau VIII : Répartition de la population enquêtée selon la profession.....	73
Tableau IX : Répartition de la population en fonction du lieu d'habitation.....	75
Tableau X : Répartition de la population en fonction de La déclaration de la connaissance de l'existence de la pilule d'urgence.....	76
Tableau XI : Répartition de la population interrogée en fonction de la déclaration de l'efficacité de la pilule d'urgence .....	76
Tableau XII: Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de satisfaction .....	77
Tableau XIII: Répartition de la population étudiée en fonction de la circonstance d'utilisation .....	80
Tableau XIV: Nombre de recours depuis la première utilisation jusqu'au moment de l'enquête .....	81
Tableau XV: Répartition en fonction de la connaissance des précautions particulières d'emploi .....	82
Tableau XVI: Répartition de la population en fonction de la déclaration des dangers d'utilisation .....	83

# 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 que 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 les couples pour des raisons économiques, culturelles et de santé.

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

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

Ces dernières années, l'on constate une sexualité précoce chez les jeunes dans leur année d'adolescence [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 réduire le nombre de grossesses non désirées, la réponse du Gouvernement a été de créer le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) en 2001 [6].

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 600.000 le nombre de femmes qui meurent chaque année dans le monde à la suite des problèmes survenus liés à la grossesse et plus de 98% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement [8].

Cependant très peu d'études ont été menées dans ce domaine dans notre pays en vue de promouvoir la santé familiale.

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé une enquête de terrain dans la commune de YOPOUGON pour comprendre les pratiques d'utilisation et l'existence possible d'effets indésirables chez les utilisatrices des méthodes hormonales.

L'objectif général assigné à ce travail était d'évaluer les connaissances et les pratiques de la clientèle qui a recours à la pilule contraceptive d'urgence dans certaines officines de pharmacie de la commune de Yopougon à Abidjan, (Côte d'Ivoire).

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

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des acheteurs
- Evaluer les connaissances générales des méthodes contraceptives de la clientèle
- 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 partie sera consacrée à la revue de la littérature sur la contraception d'urgence,
- La seconde partie portera sur le matériel et les méthodes, les résultats obtenus et la discussion
- La troisième partie portera sur la conclusion et les recommandations.

**PREMIERE PARTIE :  
REVUE DE LITTERATURE**

## CHAPITRE I : ETATS DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D'IVOIRE

### I. SANTE SEXUELLE ET SANTE 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, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis » [9].

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 d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs s'ils le souhaitent.

Quant à la **santé reproductive ou génésique** qui s'inscrit dans le cadre de la santé tel que 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 [10].

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 le 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 comme 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**

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 [11] et à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994 [12].

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.

### **III. HISTORIQUE, POLITIQUE ET REGLEMENTATION**

#### **III.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'enfant, 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 2015, pour 100.000 naissances vivantes, on enregistrait plus de 645 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 l'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 [13-17].

### **III.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 [16].

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 Lutte contre le Sida, 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.

### **III.3. Réglementation**

Dans le domaine de la planification familiale (PF), on note des insuffisances et une absence d'un cadre juridique approprié. 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 **[16, 18,19]**.

**Tableau I : Quelques acquis en matière de droits reproductifs, classés par ordre chronologique [16].**

Domaines	Acquis
Régime matrimonial	La loi 64 375 du 7 octobre 1964 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 l'article 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.	

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

Le circuit de distribution ou chaîne de valeur 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 [18,20].

### **IV.1. Les fabricants, importateurs, grossistes et distributeurs**

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



**Tableau II:** Liste des acteurs du marché de distribution [18].

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

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

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

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

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

- Dans le *marché 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 *marché 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. 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 PF selon les différents secteurs [18].

FABRICANTS	IMPORTATEURS		DISTRIBUTEURS	DETAILLANTS 1	DETAILLANTS 2	C O N S O M M A T E U R S
	SECTEUR PUBLIC	MHSP PNSME (USAID UNFPA)	NOUVELLE PSP	PHARMACIES	CENTRES DE SANTE	
				HÔPITAUX GÉNÉRAUX		
				CHU		
	SECTEUR PRIVÉ	UBIPHARM C (EX LABOREX)	UBIPHARM CI (EX LABOREX)	OFFICINES PHARMACEUTIQUES	DÉPÔTS PHARMACEUTIQUES	
		COPHARMED	COPHARMED			
		DPCI	DPCI			
		TEDIS PHARMA	TEDIS PHARMA			
	MARKETING SOCIAL	AIMAS KfW	UBIPHARM CI (EX LABOREX)	OFFICINES PHARMACEUTIQUES	DÉPÔT PHARMACEUTIQUES	
			COPHARMED			
			DPCI			
			TEDIS PHARMA			
			FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES		
	ONG	AIBEF IPPF	FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES	FRANCHISES SOCIALES	
			CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF	CENTRES AIBEF	

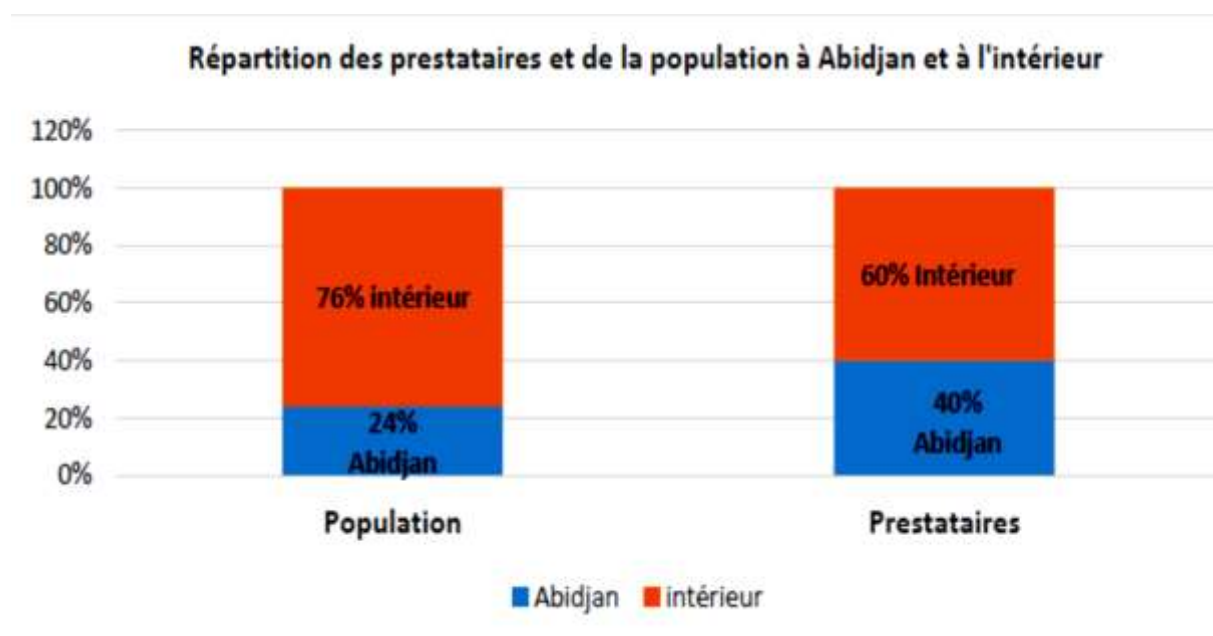
#### IV.2. Les prestataires (prescripteurs, pharmaciens)

Les prestataires sont constitués de personnes, de centres, de structures ou d'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 PF, fournisseurs de produits contraceptifs, pharmacies et dépôts pharmaceutiques.

#### IV.2.1. 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) [17, 18, 21].



**Figure 1** : Répartition des prestataires de santé et de la population à Abidjan et à l'intérieur [18].

## IV.2.2. Officines de Pharmacie

Les officines de pharmacies au nombre de 1062 sont réparties sur toute l'étendue du territoire avec plus de 700 dépôts pharmaceutiques. Elles vendent essentiellement les pilules, les condoms, les injectables (la marque Harmonia® promue par l'AIMAS) et les spermicides [18].

## IV.2.3. ONG (Organisation Non Gouvernementale) et OSC (Organisation De La Société Civile)

Des ONG/OSC interviennent dans l'offre de services et de produits de PF. Ainsi, l'AIBEF, l'AIMAS, APROSAM et ASAPSU mènent des activités dans un certain nombre de districts sanitaires. Le tableau ci-dessous montre les types d'interventions des 4 ONG/OSC(34).

**Tableau IV:** Types d'interventions par ONG [18].

Structures	Types d'interventions	Produits contraceptifs
AIBEF	Consultations cliniques sur la PF Offre de méthodes contraceptives Consultations foraines gratuites	Offre de produits : condoms, pilules, injectables, implants, DIU
AIMAS	Activités de CCC Promotion des produits au niveau 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	Consultations et offre de service en SR/PF IEC/CCC	Offre de produits : Condoms, Pilules, Injectables, implants, DIU
APROSAM	Consultations et offre de service en SR/PF - IEC/CCC	Offre de produits : Condoms, Pilules, Injectables, implants, DIU

#### **IV.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 PF sont intégrées aux activités de VIH pilotées par cette structure.

La plupart des cliniques privées n'intègrent pas gratuitement la planification familiale (PF) dans leur offre de service. Avec l'initiative de Abt Associates (intégration de la PF dans l'offre de service au niveau des cliniques privées), 32 cliniques sur 407 ont intégré l'offre de services PF 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) offrent la PF et qu'au moins 50 des cliniques privées offrent la PF dans le cadre de la franchise sociale. Donc d'ici à 2020, il faudra former au moins 800 (soit 40% des 1974 FS) agents pour permettre à ces cliniques (Publiques et privées) d'offrir la PF [18,21].

### **V. COORDINATION ET FINANCEMENT**

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.

#### **V.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 impliquées 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 [15, 17, 18, 21].

## **V.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, 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 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 en outre le recouvrement des coûts engagés depuis 2007 [15,17,18,21].



## **VI. LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL (CCSC)**

La communication sociale relative à la PF 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 communautaire par des causeries de groupe et des visites à domicile. Pour le PNSME, les séances de consultation 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 [15, 17, 18, 21].

## **VII. CONTRACEPTION ET IST/VIH-SIDA**

### **VII.2. Politique de 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 [15,17].

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.

### **VII.2.1. 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 (PNLS/IST/TUB) 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 (DGLS) (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 (PNPEC). 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 (CNLS), présidé par le chef de l'État, doté d'un rôle d'orientation politique et stratégique, se réunissant une fois par an.

-Le Forum du partenaire 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) [15, 17].

### **VII.2.2. 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 [21,22].

### **VII.3. Epidémiologie sur le VIH/SIDA et les IST**

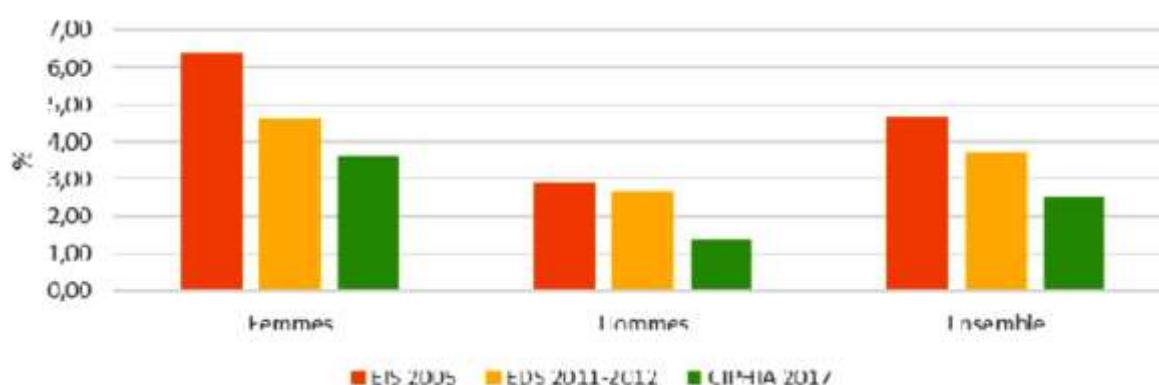
La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par le VIH de la région l'Afrique de l'Ouest et du Centre, après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo et à posséder un nombre élevé de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH).

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 CIPHA, 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 [23].

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 (TMVA) de -10%.

Cette diminution de l'incidence concerne la majorité des régions sanitaires ; probablement en rapport avec l'utilisation croissante des préservatifs [14, 17, 22,23].

#### **VII.4. Incidence des méthodes contraceptives sur le VIH/SIDA ET IST**

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 [15,17,23].

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.

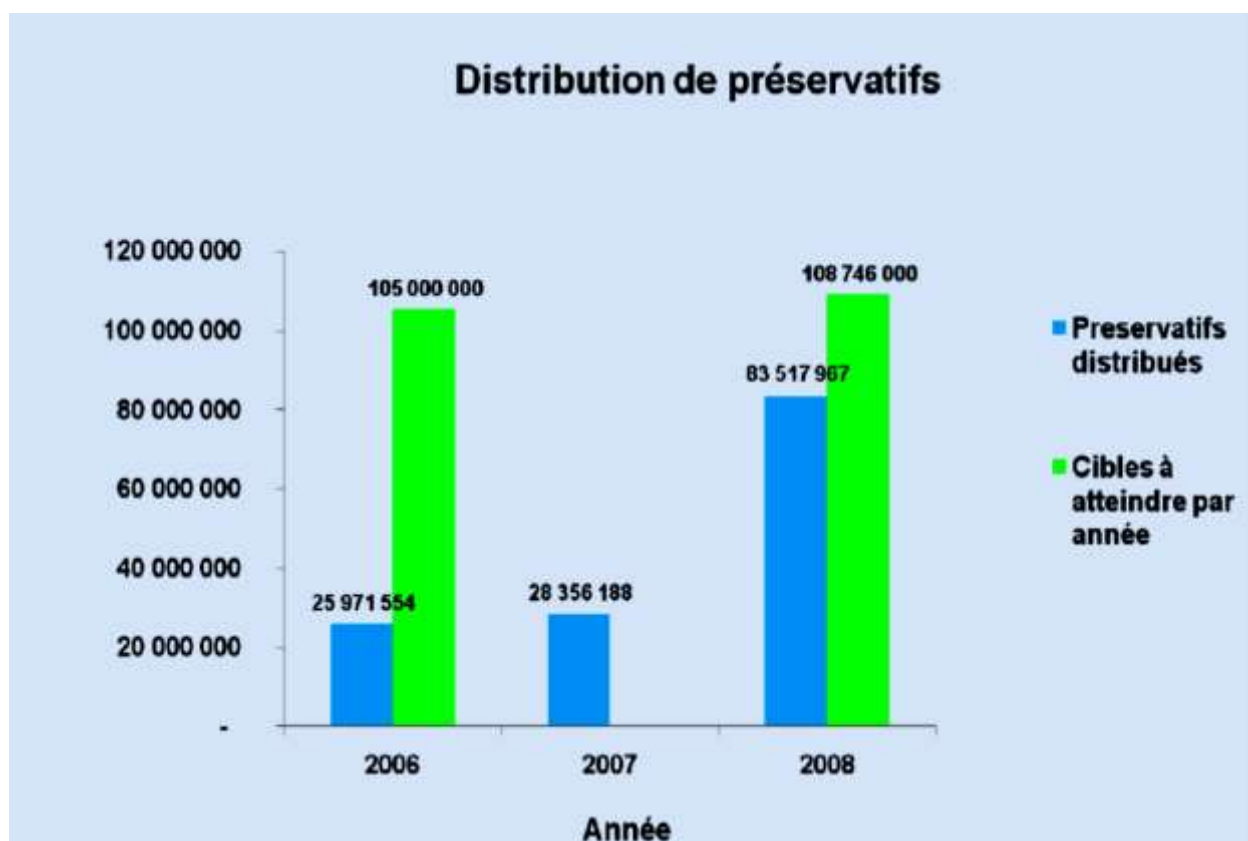
C'est dans cette même veine que l'OMS préconise une sexualité sans risque, l'utilisation des préservatifs et la prise en charge rapide et efficace des IST comme des éléments essentiels pour maîtriser l'épidémie.

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 [15, 17, 24].





**Figure 3 :** Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008[18].

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

**Tableau V : Volume du marché en produits contraceptifs**

<b>Distribution des produits contraceptifs en 2015</b>					
<b>Produits contraceptifs</b>	<b>Secteur privé</b>	<b>marketing social</b>	<b>ONG</b>	<b>Secteur public</b>	<b>total</b>
<b>Pilule du lendemain</b>	681,019	83,973	1,091	5,318	<b>771,401</b>
<b>Condom masculin</b>	3,757,191	25,958,532	967,992	2,101,392	<b>32,785,107</b>
<b>Condom féminin</b>	-	-	6,523	49,093	<b>55,616</b>
<b>DIU</b>	13	-	2,831	4,574	<b>4,418</b>
<b>Implant 3 et 5 ans</b>	-	-	7,611	35,872	<b>43,483</b>
<b>Implant 2et 3 mois</b>	69,584	30,378	90,143	405,017	<b>595,122</b>
<b>Pilule journalière combiné et simple</b>	2,684,397	328,369	103,551	417,808	<b>3,534,125</b>
<b>spermicide</b>	17,757	-	1,885	2,479	<b>22,121</b>

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 piqures 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 le VIH/sida doit donc être mis au niveau des patientes utilisant les autres méthodes contraceptives hormis les condoms [15, 17, 24].

## **CHAPITRE II : 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 2 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) [25-27].

#### ➤ Principe

Les méthodes basées sur la détermination des périodes fertiles reposent sur le principe que la conception est possible si un rapport sexuel survient 5 jours avant et un jour après l'ovulation. L'identification des périodes fertiles se fait soit sur la constatation de symptômes (glaise, température), soit par la méthode du calendrier en calculant les jours fertiles. Durant cette période où la probabilité de concevoir est forte, il s'agit soit d'éviter les rapports avec pénétration vaginale soit d'avoir des rapports protégés par des méthodes barrières.

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 [28-30].

#### **I.1.1.1. 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 2 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

impermeable à la progression des spermatozoïdes. La fécondité diminue 3 jours après la période où la glaire est la plus élastique et limpide.

La méthode Billings prévoit donc une abstinence dès l'apparition de la glaire et jusqu'à 4 jours après l'apparition de la dernière glaire humide [28,31].

### **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 [25, 28, 29].

### **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 [25, 28, 29].

#### **I.1.1.4. La Méthode du calendrier (Ogino-Knaus)**

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

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

cycle le plus long) – 10 = 20<sup>e</sup> jour (la période de fertilité se termine le 20<sup>e</sup> jour du cycle menstruel).

Avec cet exemple, la période de fertilité se trouve entre le 6<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour du cycle menstruel, période durant laquelle il faut s'abstenir de rapports sexuels avec pénétration vaginale ou utiliser une autre méthode contraceptive (condom, diaphragme...) [25, 27, 28, 29, 32].

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

Il s'agit d'éviter les rapports sexuels non protégés du 8 au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel pour des femmes ayant des cycles entre 26 et 32 jours. Des supports autres qu'un simple calendrier (collier de perles, application sur internet/téléphone) sont disponibles pour aider les femmes à identifier la période fertile. [28, 29].

#### **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 [28-30, 32].

#### **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 [28].

#### **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 [26].

## **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 [33-37].

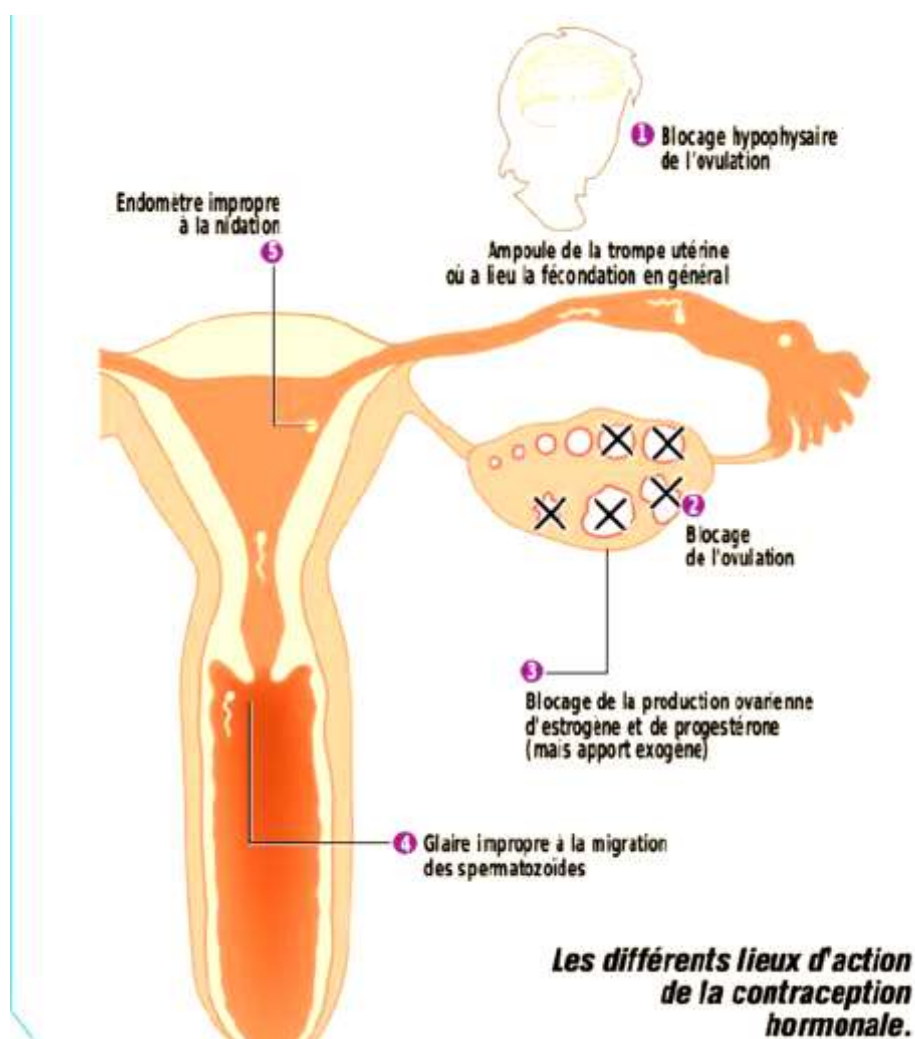
### **I.2.1. Combinaisons œstrogène-progestérone**

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 [19, 25, 27-29, 32].



**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'estrogène n'agit que sur le verrou hypothalamo-hypophysaire. L'action antigonadotrope est fonction des doses d'hormone administrées.

Cette contraception est basée sur l'administration quotidienne d'un estrogène et d'un progestatif de synthèse ; son administration peut prendre différentes formes : pilule, implant, anneau vaginal ou patch contraceptif. (Figure 5, 6,7 et8)



**Figure 5 :** photo de pilules contraceptives



**Figure 6:** photo d'un anneau vaginale



**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 [26,28].

### **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 hypertension artérielles.

Ils peuvent également entraîner des troubles digestifs, une baisse de la libido, une sécheresse vaginale, des mastodynies, des céphalées ... [28].

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 [28,30].

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

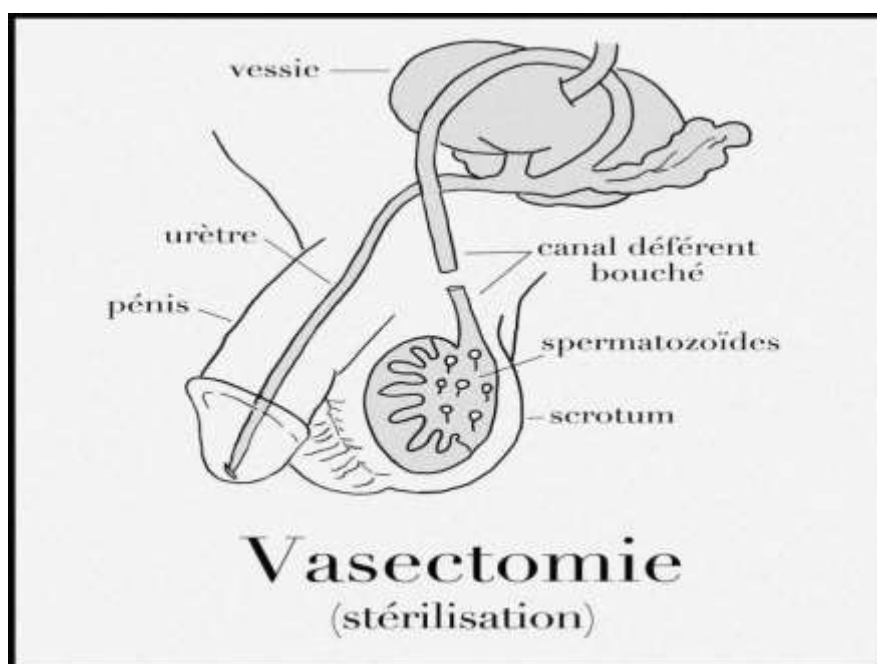
La stérilisation masculine (vasectomie ou ligature des canaux déférents) et féminine (ligature des trompes) sont des méthodes contraceptives irréversibles ; accessibles qu'aux personnes majeures. Ce sont des actes chirurgicaux réalisés dans un hôpital.

#### **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. [28, 38, 39].

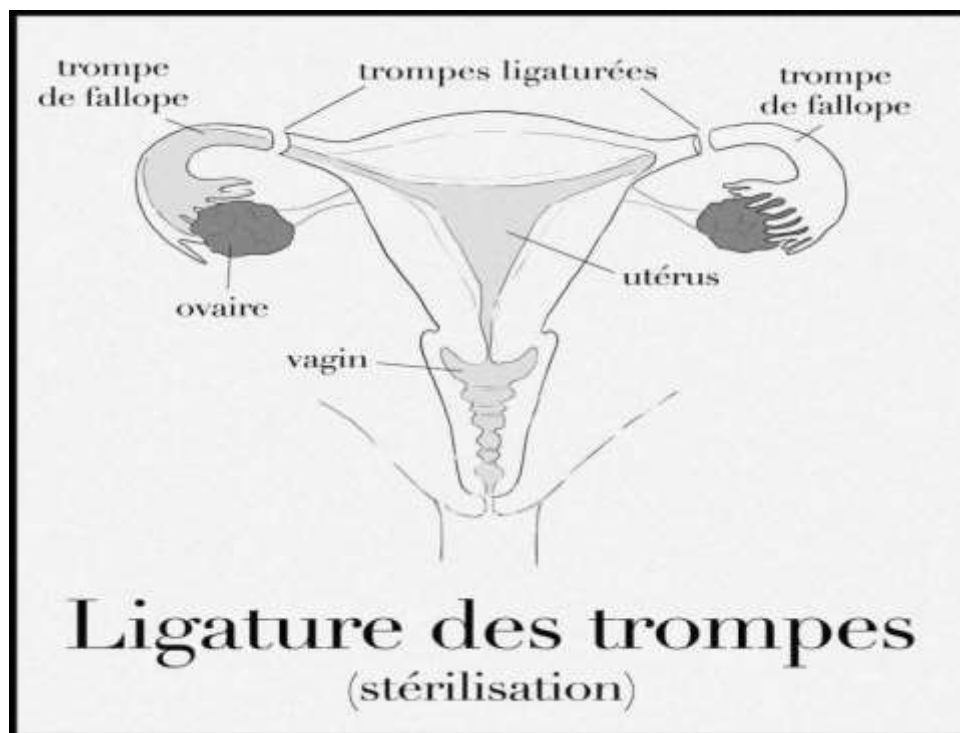


**Figure 9:** Schéma illustrant la stérilisation masculine.[40]

### **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. [28, 38, 39]



**Figure 10** : Schéma illustrant la stérilisation féminine [40].

## 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 [36].

Deux types de méthodes peuvent être utilisés : 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 [41].

Elle n'est pas destinée (du moins 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 [40, 42].

### II.1.2. 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 concoctions ou de passaires 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 60 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 développée 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 estroprogestatifs, en partant de

l'observation qu'une dose unique de 100 µg (micro-grammes) d'estrogènes couplés à 1 mg de norgestrel induisait des transformations endométriales incompatibles avec une implantation de l'œuf. 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 des 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 pilules contraceptives 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 pilules contraceptives d'urgence (méthode Yuzpe) 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 [25,26, 29, 43].

## **II.2. 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. [26, 44]

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 [26,28, 43-45].

### **II.3. 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 » [26, 28, 39, 40, 44].

#### **II.4. 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.4.1. Le dispositif intra-utérin (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.4.1.1. Mécanisme d'action**

Une revue systématique des mécanismes d'action des DIU au cuivre montre que ces dispositifs agissent d'abord essentiellement par des effets toxiques directs pré-fertilisation. Mais des effets post-fertilisation, tels qu'une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre, peut avoir une action anti-implantation.

Inséré dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé par un médecin, le DIU post-coïtal n'est pas abortif si on admet que la grossesse débute avec l'implantation.

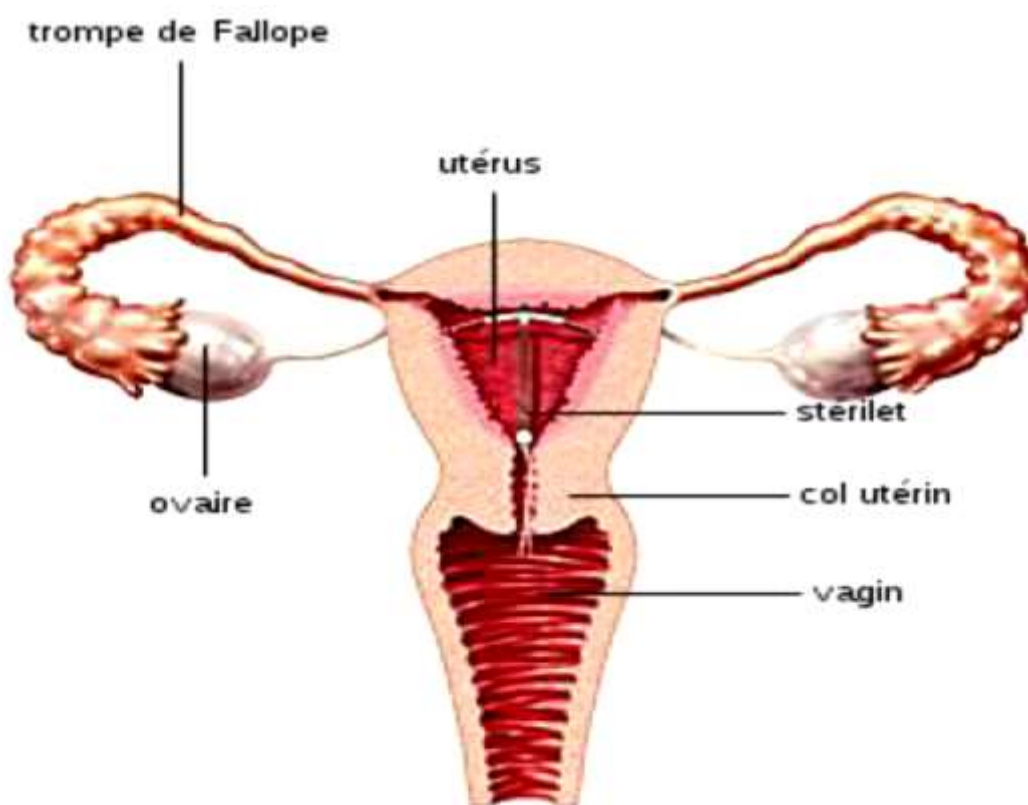
Il interdit l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus pendant les cinq jours qui séparent la fécondation et cette nidation. Il se pose exactement comme les autres stérilets et ne diffère en rien d'eux.

Le fonctionnement du DIU en tant que contraceptif d'urgence repose donc sur ses propriétés anti-nidatoires ou anti-implantatoire liées à l'inflammation qu'il crée au niveau de l'endomètre et aussi à son effet cytotoxique sur les gamètes [25, 26-32, 40, 42-44, 46,47].

#### II.4.1.2. 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 [25-32, 40, 42-44, 46, 47].



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

#### **II.4.1.3. 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 [25-32, 40, 42-44, 46, 47].

#### **II.4.2. Pilules de contraceptif oral combiné ou méthode YUZPE**

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

Autrefois existant sous la spécialité TETRAGYNON<sup>®</sup>, 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 [25-32,40, 42-44,46,47].

#### **II.4.3. La pilule de lendemain**

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.4.3.1.Mécanisme d'action**

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

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

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

Si le Levonorgestrel est pris après le début du pic de LH, soit lorsque le diamètre folliculaire dépasse 14 mm (24 à 48 heures avant l'ovulation), il a été montré qu'il n'est plus efficace pour inhiber l'ovulation. Par ailleurs, au-delà de 3 (ou 4 jours) après le rapport potentiellement fécondant, son utilisation ne 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 Levonorgestrel [25-32, 40, 42-44, 46, 47].

#### **II.4.3.2. Recommandations**

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

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

#### **II.4.3.3. Contre-indications**

La pilule de lendemain ne présente pas de contre-indication autre qu'une hypersensibilité au Levonorgestrel [47-51].

#### **II.4.3.4. 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%) [52].

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.4.3.5. 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 [25-32, 40, 40-44, 46, 47].

#### **II.4.4. Ulipristal Acétate (*Ellaone*®)**

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.

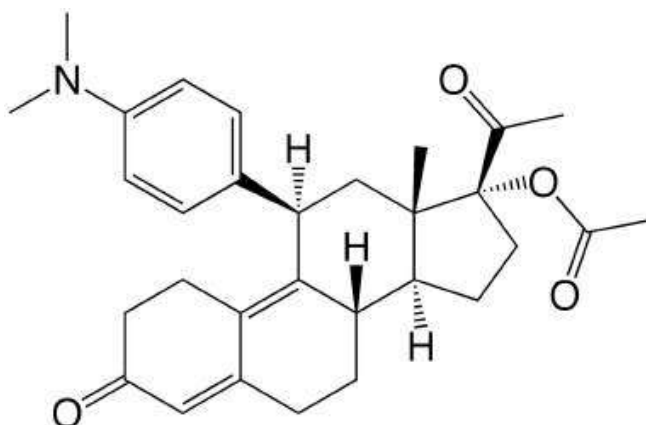
La **figure 13** présente une plaquette de cette nouvelle pilule du lendemain.



**Figure 13** : Photo d'une pilule d'Acétate d'Ulipristal sous la spécialité ellaOne®

#### II.4.4.1. 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 [37, 53].



**Figure 14** : Structure chimique de l'Ulipristal acétate (UPA)

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

Cette efficacité supérieure serait due à un mécanisme simple. Le Levonorgestrel n'inhibe l'ovulation que lorsque le follicule n'excède pas 12 à 14 mm. Une fois cette taille dépassée, l'inhibition de l'ovulation est très rare. L'Ulipristal acétate inhiberait l'ovulation jusqu'à ce que le diamètre du follicule atteigne une taille de 18-20 mm, et donc efficace dans les 48 heures qui précèdent l'ovulation.

En clair le Levonorgestrel n'a pas d'action s'il est administré une fois que la phase d'augmentation de l'hormone lutéinisante (LH) a débuté (environ 24 heures avant l'ovulation), alors que l'Ulipristal semble agir même après que la LH ait commencé à augmenter. Par contre aucune protection n'est assurée s'il est pris le jour de l'ovulation [51-57].

#### **II.4.4.2. 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. [42]

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

- Pilule contraceptive urgente à base d'Ulipristal, prise sous forme de dose unique de 30 mg ;
- Pilule contraceptive urgente à base de Levonorgestrel, prise sous forme de dose unique de 1,5 mg pris en 2 doses de 0,75 mg chacune, à 12 heures d'intervalle ;
- Contraceptif oral combiné (COC), pris sous forme de doses fractionnées : une première de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de Levonorgestrel, puis une deuxième de 100 µg d'éthinylestradiol plus 0,50 mg de Levonorgestrel, 12 heures plus tard (méthode YUZPE).

Aussi en tant que contraception d'urgence, l'OMS recommande de poser un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant un rapport non protégé. Cette méthode est particulièrement adaptée aux femmes souhaitant débiter une méthode contraceptive durable, réversible et d'une grande efficacité [25-32, 40, 42-44, 46, 47].

## **DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE**

### **DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE**

## **CHAPITRE I : MATERIELS ET METHODES**

### **I. CADRE D'ETUDE**

#### **I.1.Présentation de commune de Yopougon**

Notre étude a été réalisée dans 9 officines de pharmacie dans la commune de YOPOUGON.

#### **I.2. Situation géographique.**

La commune de Yopougon est l'une des 13 communes du district d'Abidjan. Elle est située au nord de la lagune Ebrié et est limitée au nord par les communes d'Abobo et d'Anyama, au sud par le port d'Abidjan et à l'ouest par la commune de Songon. Avec une superficie de 153,4 km<sup>2</sup>, Yopougon représente la plus grande commune du district d'ABIDJAN.

#### **I.3. Population de Yopougon**

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2014, La commune de Yopougon compte en son sein 1.071.543 habitants dont 547.591 femmes et 523.952 Hommes (répertoire des localités « DISTRICT D'ABIDJAN »). Elle est donc la commune la plus peuplée du district d'ABIDJAN.

#### **I.4. Potentialité de la commune de YOPOUGON**

Le territoire communal de YOPOUGON est composé de 14 Quartiers et comprend 11 villages, d'ethnies Atchan et Akyé. La forte présence de maquis, bars et restaurants a fini par imposer à cette commune une image festive, de joie, de plaisir, et de convivialité.



### **Au plan économique**

Elle est d'un grand intérêt économique car elle dispose de la plus grande zone industrielle du district d'ABIDJAN et représente la grande commune économique de la zone UEMOA avec 300 entreprises industrielles. Quant au transport, celui-ci fournit 13.870 emplois et le commerce et service représente 82% de l'emploi local.

### **Au plan socioculturel**

Au plan de l'animation socioculturelle, la mairie dispose de 3 centres d'animation culturelle et gastronomique. Elle est la commune où sont organisées régulièrement de grandes manifestations socioculturelles et commerciales qui marquent le monde culturel, artistique et économique de la ville d'Abidjan.

### **Au niveau des infrastructures sanitaires**

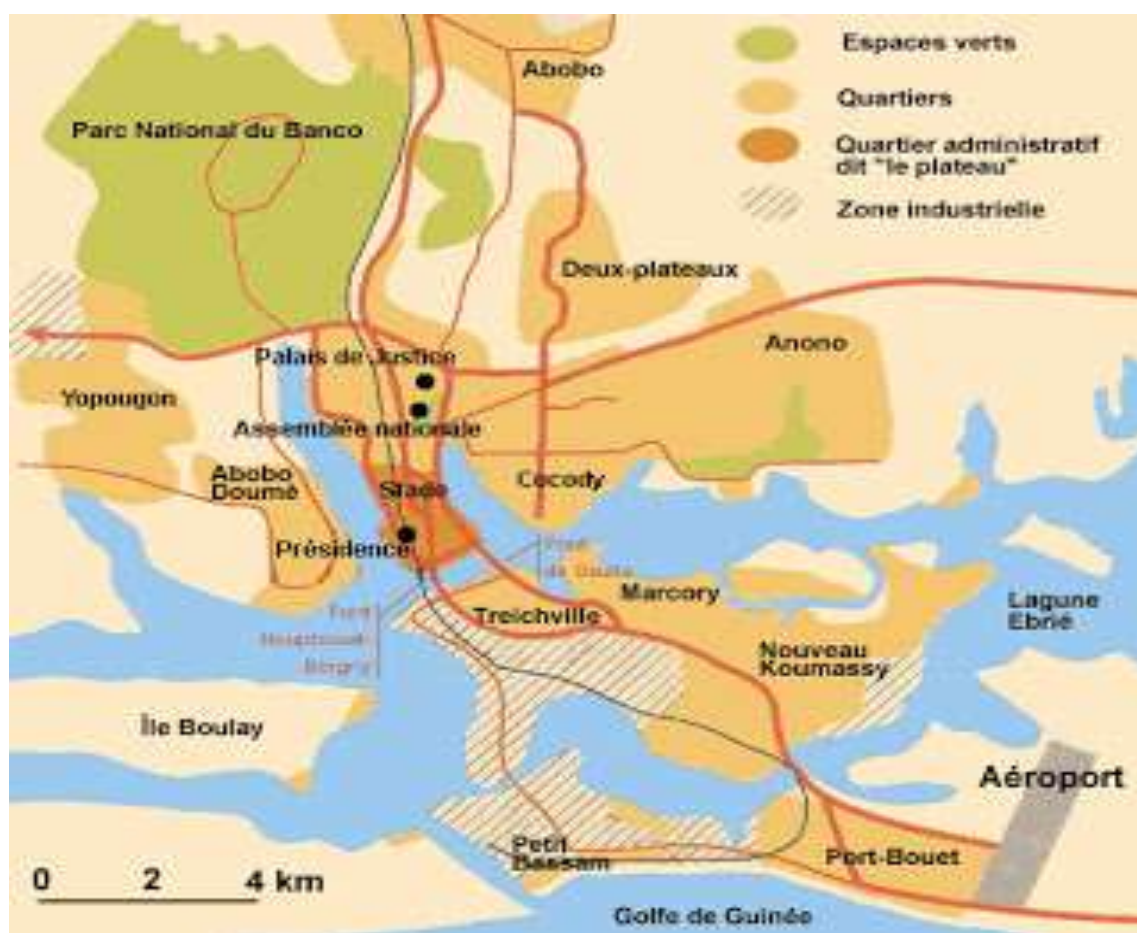
La commune de Yopougon dispose d'un Centre Hospitalier et Universitaire (CHU). Il existe également un centre de protection Maternelle et infantile et surtout des centres de santé à base communautaire dont dispose chaque quartier. La commune compte 08 formations sanitaires à base communautaire, 03 centres de santé à base communautaire et des dispensaires Urbains.

la commune de Yopougon compte en son sein 134 pharmacies et cliniques privées.

### I.5. Le relief

Yopougon bénéficie d'un site magnifique qui est bordé au sud par l'admirable plan d'eau de la lagune Ebrié. Elle a une baie lagunaire navigable qui s'étend sur plusieurs kilomètres.

Le sol de couleur ocre ou rouge est presque formé par des sables moyens ou fins, latéritiques et homogènes.



**Figure 15** : carte de Yopougon

## **II. TYPE DE L'ETUDE.**

Etude transversale à visée descriptive.

## **III. POPULATION D'ETUDE.**

Cette enquête s'est faite dans une officine auprès des clients ayant recours aux contraceptifs d'urgences.

## **IV. ECHANTILLONNAGE**

### **IV.1. La taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon est de 250 clients.

### **IV.2. Les critères d'inclusion**

Pour faire l'objet de l'étude, la cliente devra se présenter dans l'une des pharmacies retenue pour l'étude et s'être procuré une pilule contraceptive d'urgence et elle devra donner son consentement pour l'interrogatoire.

### **IV.3. Les critères d'exclusion**

Toute personne se présentant dans les pharmacies retenues et s'être procuré une pilule d'urgence et refusant de donner son consentement pour l'interrogatoire.

## **V. PROCEDURE D'ENQUETE.**

### **V.1. Elaboration des outils de collecte**

Le recueil des informations a été réalisé à l'aide d'un questionnaire préétabli, lors d'un entretien individuel avec le patient. L'administration du questionnaire s'est fait par entretien. L'accès pour la réalisation de l'enquête a été facilité par le pharmacien titulaire.

Ce questionnaire a été divisé en 3 catégories :

- information sur la personne interrogée
- connaissance générale des méthodes contraceptives d'urgences
- pratique d'utilisation

## **V.2. Collecte des données.**

La collecte des données s'est faite en 2 étapes :

- La sélection, qui a été effectuée par les données recueillies chez les différents grossistes privés de Côte d'Ivoire (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI, TEDIS PHARMA) dans le but d'avoir les 5 première communes consommatrices de pilules d'urgence (yopougou, cocody, marcory, koumassi, abobo) et les pharmacies qui en consomment le plus. Neuf pharmacies ont été sélectionnées.

**Tableau VI : Différentes pharmacies**

<b>Nom de la pharmacie</b>	<b>Nom du pharmacien</b>	<b>Localisation géographique</b>
Pharmacie du LAVAGE	Dr EHOUNOU KADJO NAZER	SICOGI – PRES DU CARREFOUR LAVAGE
Pharmacie BEL AIR	Dr DOUKOURE MARIE DOMINIQUE.	CARREFOUR GFCI
Pharmacie STE RITA DE CASCIA	Dr GUIDY CYNTHIA EPSE CREAHI	NIANGON NORD NON LOIN DE L'EGLISE STE RITA DE CASCIA.
Pharmacie AKADJOBA	Dr AGOUSSI MARIE GERVAIS	Carrefour NIANGON SIDECI_ non loin du palais de la justice.
Pharmacie SIPOREX	Dr AMANGOUA TANO	PRES DE LA GARE YOPOUGON ANCIENNE ROUTE
Pharmacie CITE MAROC	Dr HAMZA MOHAMED	QUARTIER MAROC, PRES DU COLLEGE ANADOR.
Pharmacie ANADOR	Dr KOUASSI	CARREFOUR ANADOR- MAROC PRES DU MAQUIS BAOULE
Pharmacie SACRE CŒUR	Dr ATTIA MARIE LAURENCE	NOUVEAU QUARTIER-ZONE DE LA POSTE PRES DU TOP PAIN.
Pharmacie du PROGRES	Dr MOMINE KESSE ROCH	MAROC-50M DE LA STATION IVOIRE OIL

- L'enquête proprement dite à l'officine de pharmacie.

### ➤ **Le pré-test**

Le pré-test avait pour objectif d'asseoir la validité du questionnaire.

Notre pré-test a été réalisé dans l'une des pharmacies sélectionnées sur une période d'un mois (Avril 2019). Notre questionnaire comprenait 38 questions et a été perçu comme trop long par la plupart des répondants, ce qui nous a amené à les réduire à 28.

Ce pré-test a aussi permis de changer les questions fermées en questions ouvertes. En effet les répondants faisaient le choix de réponses pas très sincères ce qui nous a emmené à ce type de questionnaire.

### ➤ **Le déroulement de l'enquête**

- **Recrutement et formation des enquêteurs.**

Une formation a été organisée au profit des enquêteurs dans des pharmacies différentes. Ils étaient au nombre de quatre (4) dont un étudiant en année de thèse et trois (3) pharmaciens assistant ayant déjà soutenu. La formation comprenait une phase théorique qui consistait à parcourir et à expliquer tout le questionnaire afin d'harmoniser les compréhensions et une phase pratique qui consistait à interroger l'une des employés de la pharmacie. Cela nous a permis de relever les difficultés rencontrées.

- **L'enquête proprement dite**

Des lettres d'autorisation ont été adressées aux différents titulaires de pharmacie dans le but d'obtenir leur accord pour la réalisation de notre étude.

Notre étude s'est déroulée sur une période de trois (3) mois de MAI à JUILLET.

Des rencontres individuelles ont été réalisées avec celles qui se procuraient des pilules d'urgences. Avant le début de chaque interview, nous expliquions les objectifs de notre étude tout en insistant sur la confidentialité des données de l'enquête et sur l'anonymat. Il s'agissait d'entretiens individuels après consentement du répondant.

L'entretien se déroulait dans un endroit assez discret du comptoir, de sorte que la confidentialité de la cliente soit respectée.

Cependant certaines clientes jugeaient nécessaire de remplir le questionnaire seule tout en posant des questions sur ce qu'elles ne comprenaient pas. Ainsi, le questionnaire était rempli directement par la répondante.

Certaines clientes ont souhaité avoir des informations sur l'utilisation rationnelle des pilules d'urgences et sur les effets secondaires. C'est dans ce cadre qu'une opinion pharmaceutique a été émise.

A la fin de l'enquête nous adressons nos remerciements aux différentes clientes qui ont accepté de répondre au questionnaire.

## **VI. GESTION ET ANALYSE DES DONNEES**

Les données collectées seront vérifiées avant d'être traitées. Ces logiciels informatiques ci-dessous seront utilisés :

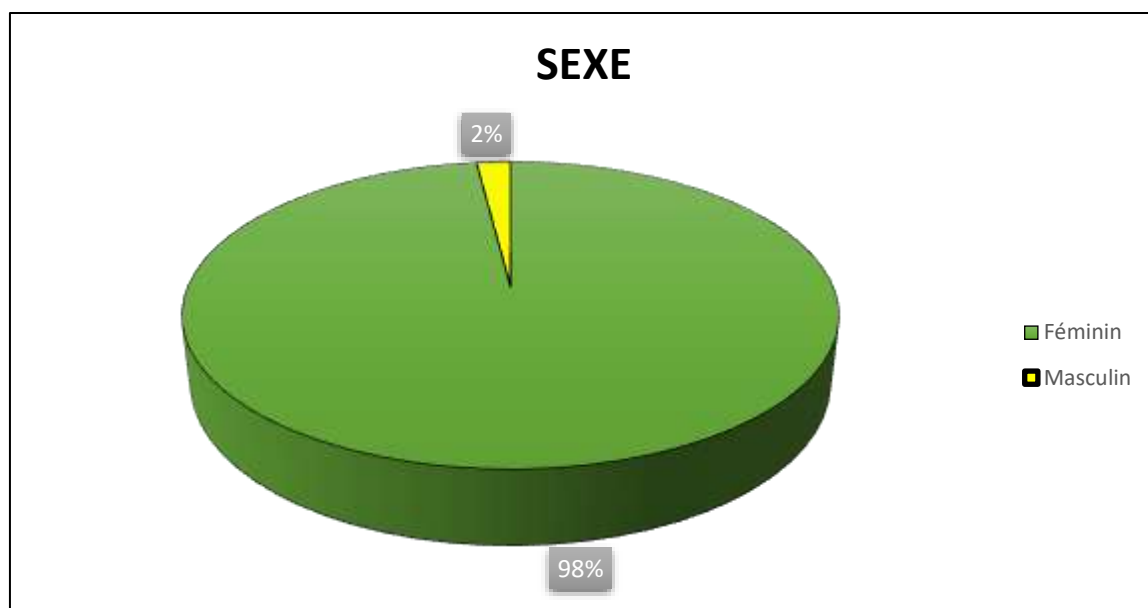
- La saisie : le logiciel sphinx V5
- le traitement de texte : Microsoft Word version 2010
- Analyse et Traitement : sphinx V5 et Microsoft Excel version 2010 pour la confection des tableaux et graphiques.
- Les résultats seront présentés sous forme de tableaux, de graphiques et de textes.

## **CHAPITRE II : RESULTATS**

### **I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

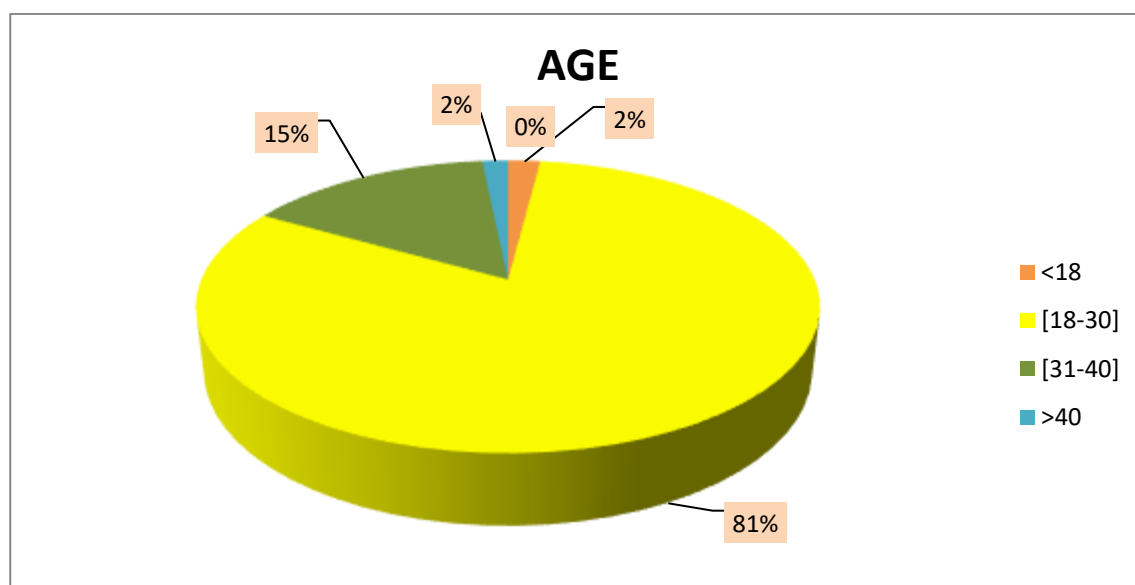
#### **I.1. Répartition selon le sexe et l'âge.**





**Figure 16:** Répartition de la population en fonction du sexe

En tenant compte du sexe des 250 individus enquêtés, notre population d'étude comportait 245 femmes (et filles) soit **98%** et 5 hommes soit **2%**. Ainsi, les acheteurs des pilules étaient essentiellement des femmes (figure 16).



**Figure 17:** Répartition de la population en fonction de l'âge

Il faut noter que **81%** de la population questionnée avaient l'âge compris entre 18 et 30 ans, **15 %** avaient l'âge compris entre 31 et 40 ans, **2%** étaient

âgés de plus de 40 ans et **2%** âgés de moins de 18 ans. L'âge moyen est **25,82 ans**. L'âge minimum était de 16 ans et la plus âgée avait 47 ans (figure 17).

## I.2. Niveau d'instruction et profession

### I.2.1. Niveau d'instruction

**Tableau VII:** Répartition de la population en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages (%)
<b>Bac et plus</b>	137	<b>54,8</b>
<b>Secondaire</b>	81	<b>32,4</b>
<b>Primaire</b>	19	7,6
<b>Non scolarisé</b>	13	5,2
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

Au cours de cette étude, 54,8% de la population étudiée avaient un niveau universitaire, 32,4% avaient un niveau secondaire et 7,6% avaient un niveau primaire contre 5,2% non scolarisés (tableau VII).

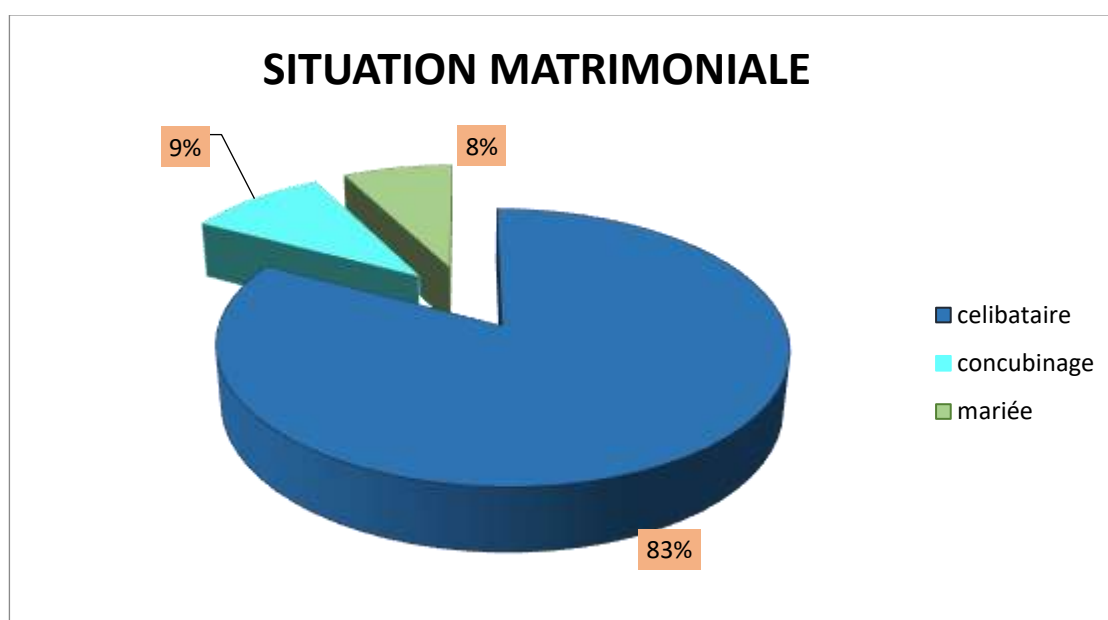
### I.2.2. Profession

**Tableau VIII :** Répartition de la population enquêtée selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages (%)
<b>Etudiant</b>	83	<b>33,2</b>
<b>Elève</b>	36	<b>14,4</b>
<b>Agent</b>	72	<b>28,8</b>
<b>Secteur informel</b>	44	17,6
<b>Sans emploi</b>	15	6
<b>Total</b>	250	100

Les étudiants et les élèves avec un pourcentage respectif de **33,2%** et **14,4%** sont les plus nombreux à avoir recours aux pilules (**tableau VIII**).

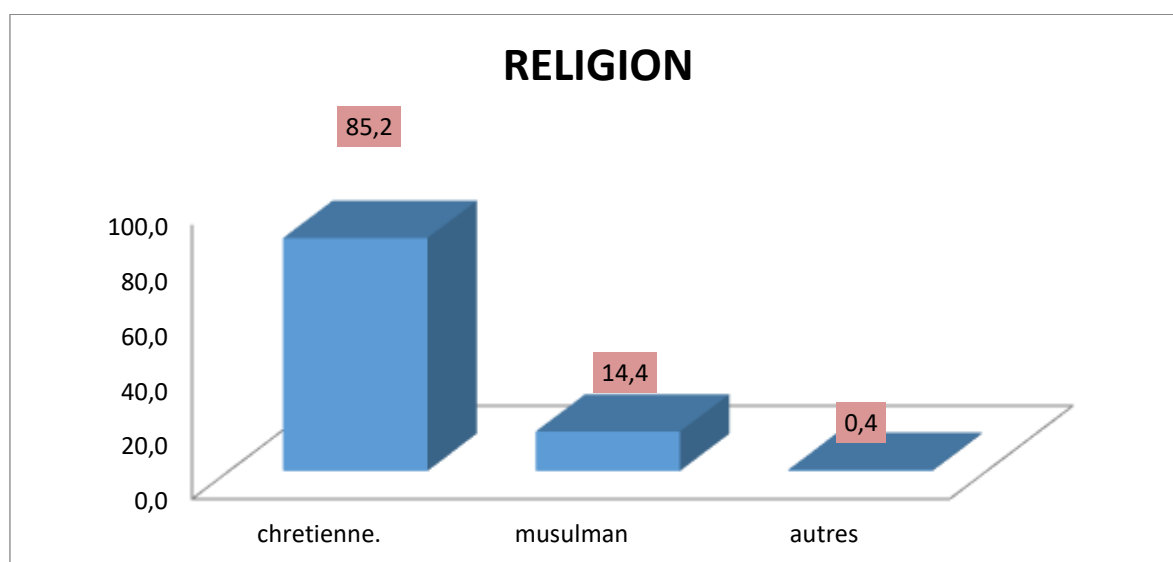
### I.3. Situation matrimoniale.



**Figure 18:** Répartition de la population enquêtée selon la situation matrimoniale

Parmi les acheteurs **83%** sont des célibataires, **10%** sont en concubinage et seulement **7%** sont mariés (**Figure 18**).

#### I.4. La religion



**Figure 19:** répartition de la population étudiée selon la religion

Notre enquête a démontré que 85,2% de cette population disaient être de religion chrétienne, 14,4% de religion musulmane et 0,4% disaient appartenir à d'autres religions (**figure 19**).

### I.5. Lieu d'habitation

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

<b>Communes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Commune de l'enquête</b>	<b>234</b>	<b>93,6</b>
<b>hors de la commune de l'enquête</b>	12	4,8
<b>en dehors de la ville d'Abidjan</b>	4	1,6
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>

Parmi les personnes interrogées 93,6% vivaient dans la commune de Yopougon et 6,4% vivaient hors de la commune (tableau IX).

## II. CONNAISSANCE GENERALE DES METHODES CONTRACEPTIVES D'URGENCE.

### II.1. Déclaration de la connaissance de l'existence de la pilule d'urgence.

**Tableau X :** Répartition de la population en fonction de La déclaration de la connaissance de l'existence de la pilule d'urgence.

	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non</b>	1	0,4
<b>Oui</b>	249	99,6
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>

La plupart des personnes venant pour l'achat déclaraient avoir une connaissance de l'existence de la pilule du lendemain sauf une personne (**tableau X**).

## II.2. Déclaration de l'efficacité des pilules d'urgence

**Tableau XI** : Répartition de la population interrogée en fonction de la déclaration de l'efficacité de la pilule d'urgence

<b>Efficacité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Ne sais pas</b>	8	3,2
<b>Non</b>	41	16,4
<b>Oui</b>	<b>201</b>	<b>80,4</b>
<b>Total</b>	250	100,0

Parmi 250 personnes interrogées, 201 personnes soit 80,4% déclaraient que la pilule du lendemain était efficace (**Tableau XI**).

## II.3. Déclaration de la satisfaction

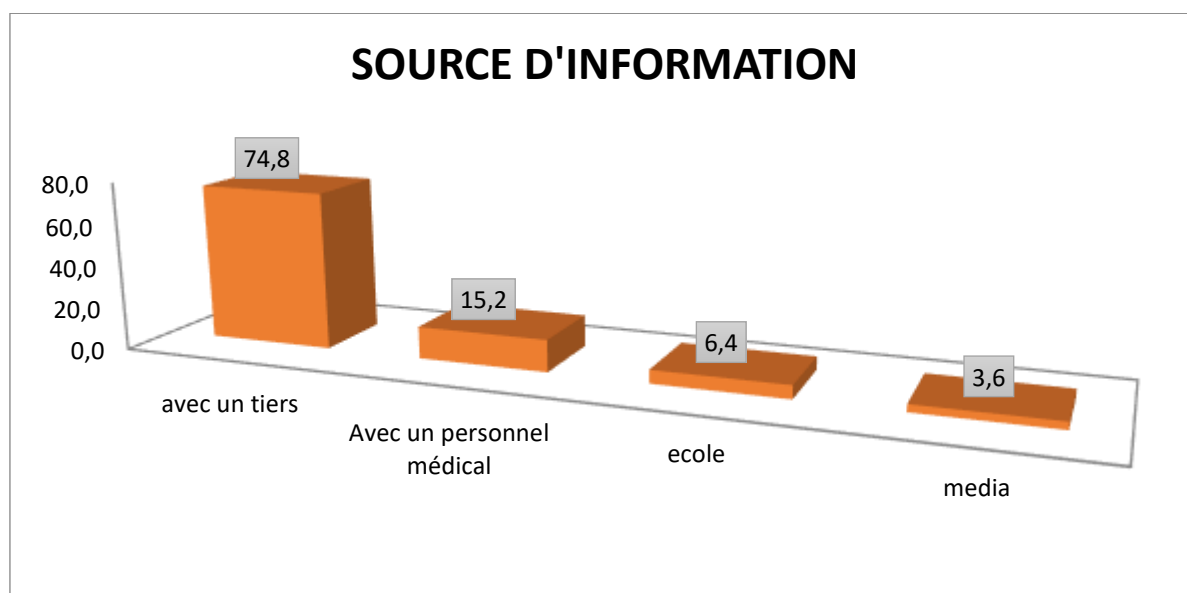
**Tableau XII**: Répartition de la population d'étude en fonction de la déclaration de satisfaction

	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Ne sais pas</b>	15	6,0
<b>Non</b>	25	10,0
<b>Oui</b>	<b>210</b>	<b>84,0</b>
<b>Total</b>	250	100,0

Cette enquête a permis de constater que 84% de l'échantillon déclaraient être satisfaites de l'utilisation de la pilule d'urgence (**Tableau XII**).

### III. SOURCES D'INFORMATION ET LIEU D'APPROVISIONNEMENT DES PILULES D'URGENCE.

#### III.1. Source d'information



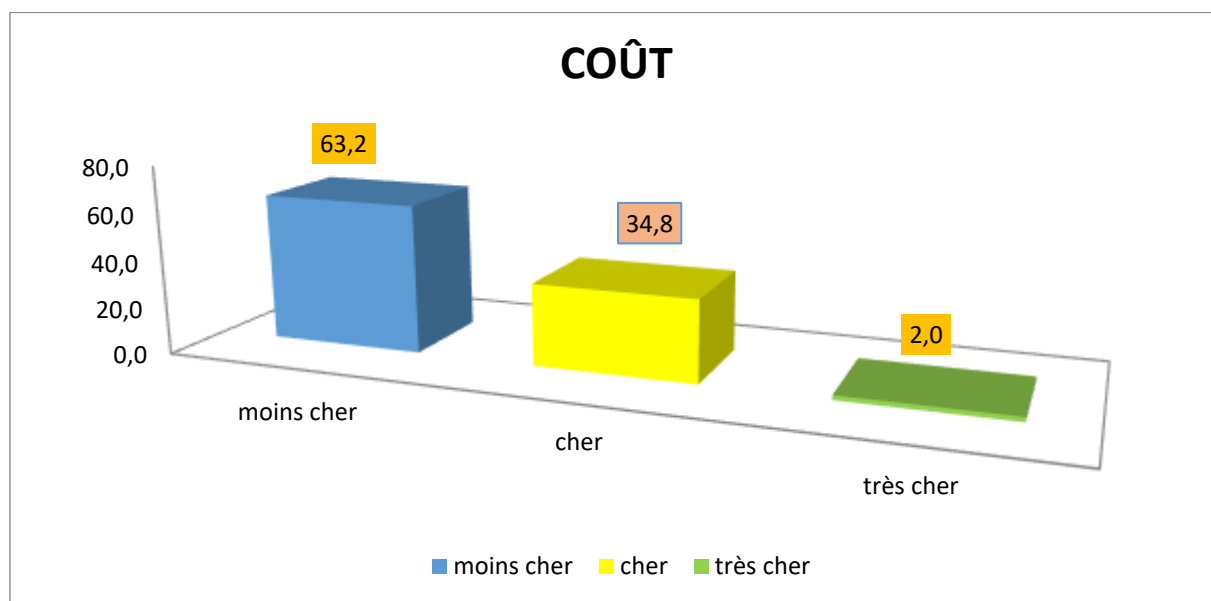
**Figure 20 :** Répartition de la population étudiée en fonction des sources d'information

La principale source d'information provenait des tiers (74,8%), suivi du personnel médical 15,2%. De plus 6,4% de personnes disent avoir été informé par l'école et enfin 3,6% des médias (Figure20).

#### III.2. Lieu d'approvisionnement

Le principal lieu d'approvisionnement des pilules d'urgences était l'officine de pharmacie.

### III.3. Appréciation du coût des pilules d'urgence



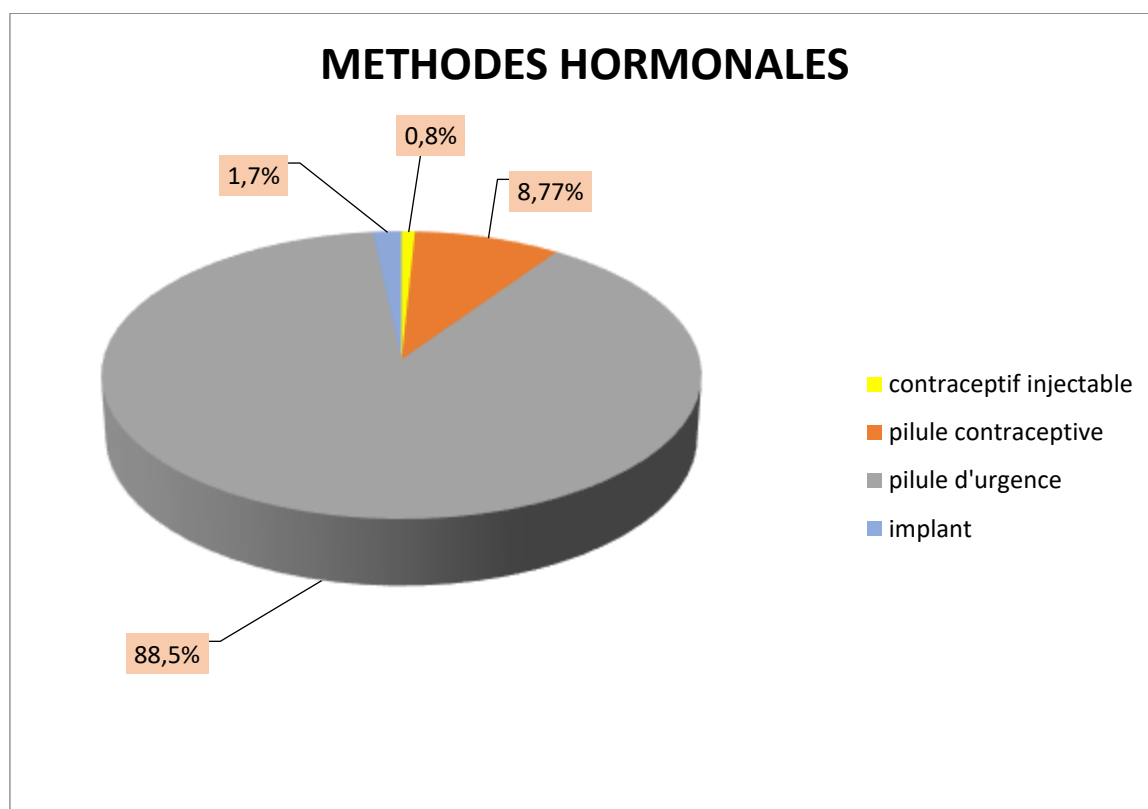
**Figure 21:** Avis de la population d'étude sur le coût

Au moment de l'enquête, 63% estimaient que le prix de la pilule d'urgence est moins cher, 34,8% estimaient que le prix est cher. Enfin 2% des acheteurs, le prix est très cher (**Figure21**).



## IV. PRATIQUE D'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES.

### IV.1. Méthodes hormonales



**Figure 22 :** Différentes méthodes hormonales utilisées par la population étudiée.

Sur les 250 personnes interrogées, seulement 114 personnes soit 45,6% déclaraient utiliser les méthodes contraceptives hormonales. Parmi celle-ci, la majorité (88,5%) utilisait des pilules d'urgence. Les circonstances d'utilisation ces pilules d'urgences, de même que les motivations avancées sont diverses (**Figure 22**).

#### IV.1.1. Circonstances d'utilisation

**Tableau XIII:** Répartition de la population étudiée en fonction de la circonstance d'utilisation

<b>Circonstance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>après un accident de préservatif</b>	3	1,2
<b>après un oubli de pilule contraceptive</b>	3	1,2
<b>Après un rapport non protégé</b>	<b>243</b>	<b>97,2</b>
<b>au moment des menstrues</b>	1	0,4
<b>Total</b>	250	100,0

La circonstance première conduisant au recours à la pilule du lendemain était le rapport sexuel non protégé (97,2%). Par ailleurs, 1,2% l'on utilisé après un accident de préservatif, 1,2% après un oubli de contraceptif et enfin 0,4% utilisaient la pilule au moment des menstrues (Tableau XIII).

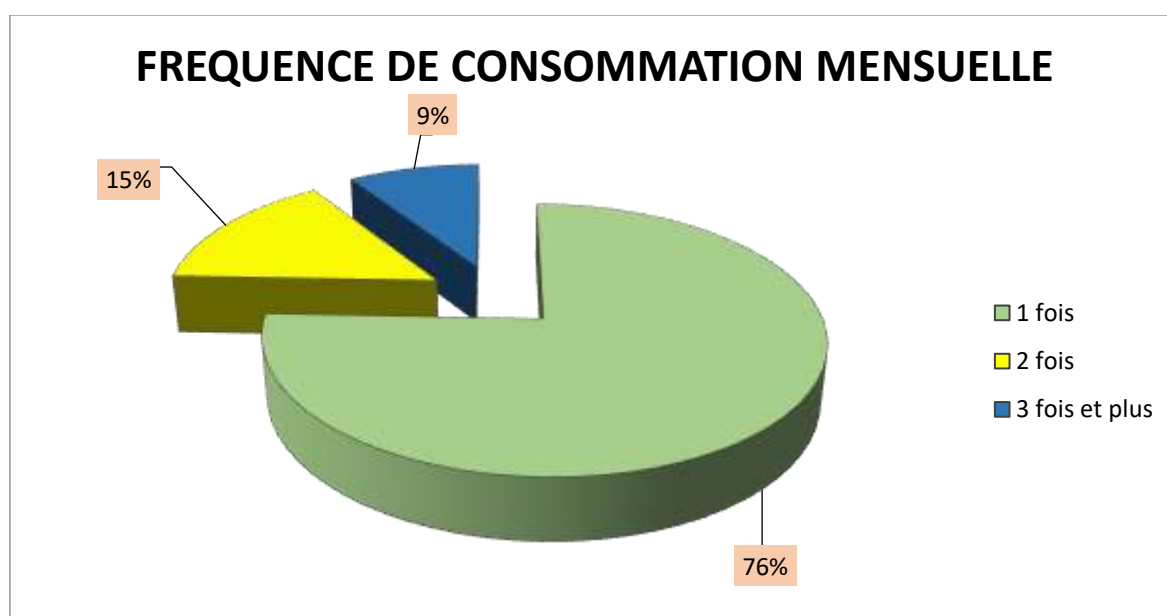
### IV.1.3. Usage rationnelle

#### IV.1.3.1. Fréquence d'utilisation

**Tableau XIV:** Nombre de recours depuis la première utilisation jusqu'au moment de l'enquête

Quantité d'utilisation	Effectifs	Pourcentage (%)
2 fois	25	10,0
3 fois et plus	190	76,0
1 fois	35	14,0
Total	250	100,0

Au moment de l'étude, les personnes interrogées affirmaient qu'elles avaient utilisées plus de trois fois (76%) seulement 10% pour les deux fois et enfin 14% pour une première fois (**Tableau XIV**).



**Figure 23:** Fréquence de consommation mensuelle

Lors de notre étude, 76% des enquêtés ont déclaré utiliser au moins une seule fois par mois la pilule d'urgence, ainsi plus de 15% de la population d'étude utilisaient au moins 2 fois dans le mois. Parmi ceux-ci 9% déclaraient l'utiliser 3 fois et plus dans le mois (**Figure 23**).

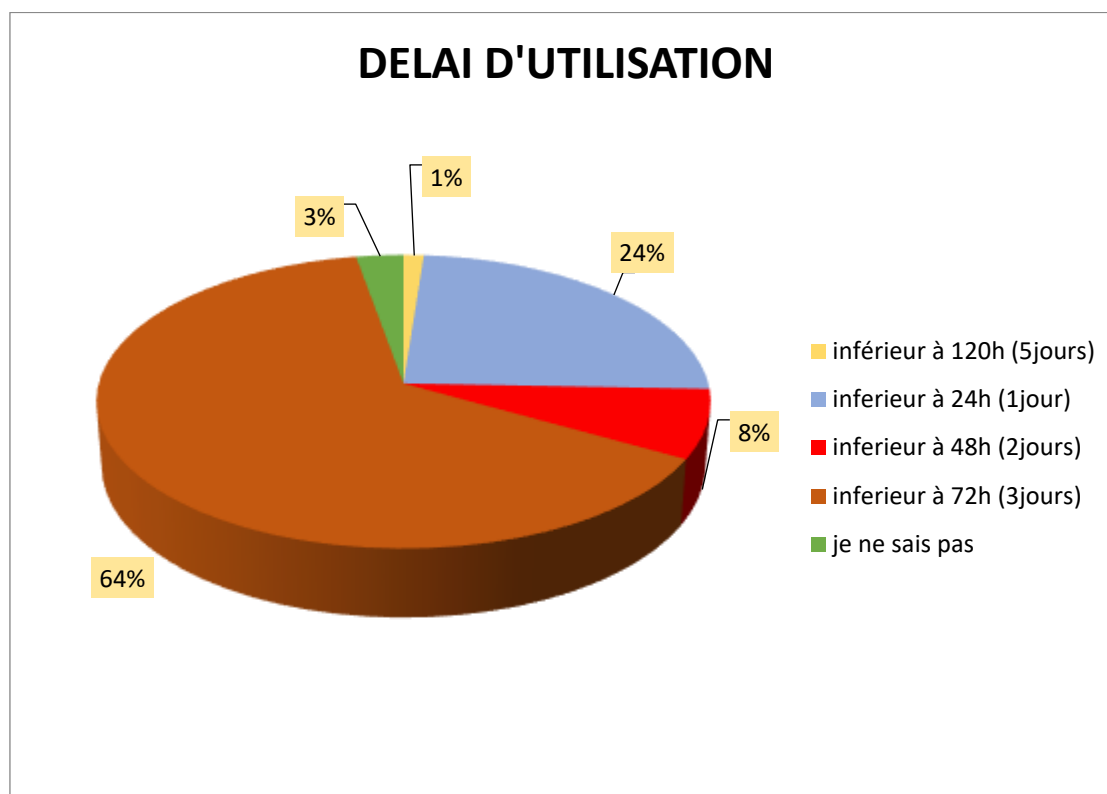
#### IV.1.3.2. Précaution d'emploi

**Tableau XV:** Répartition en fonction de la connaissance des précautions particulières d'emploi

<b>Précaution particulière d'emploi</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>ne sais pas</b>	32	12,8
<b>Non</b>	<b>147</b>	<b>58,8</b>
<b>Oui</b>	71	28,4
<b>Total</b>	250	100,0

La plupart des enquêtés a déclaré consommer les pilules d'urgences sans précaution particulière (58,8 % de l'échantillon) (**tableau XV**).

#### IV.1.3.3. Délai d'utilisation



**Figure 24:** Délai d'utilisation

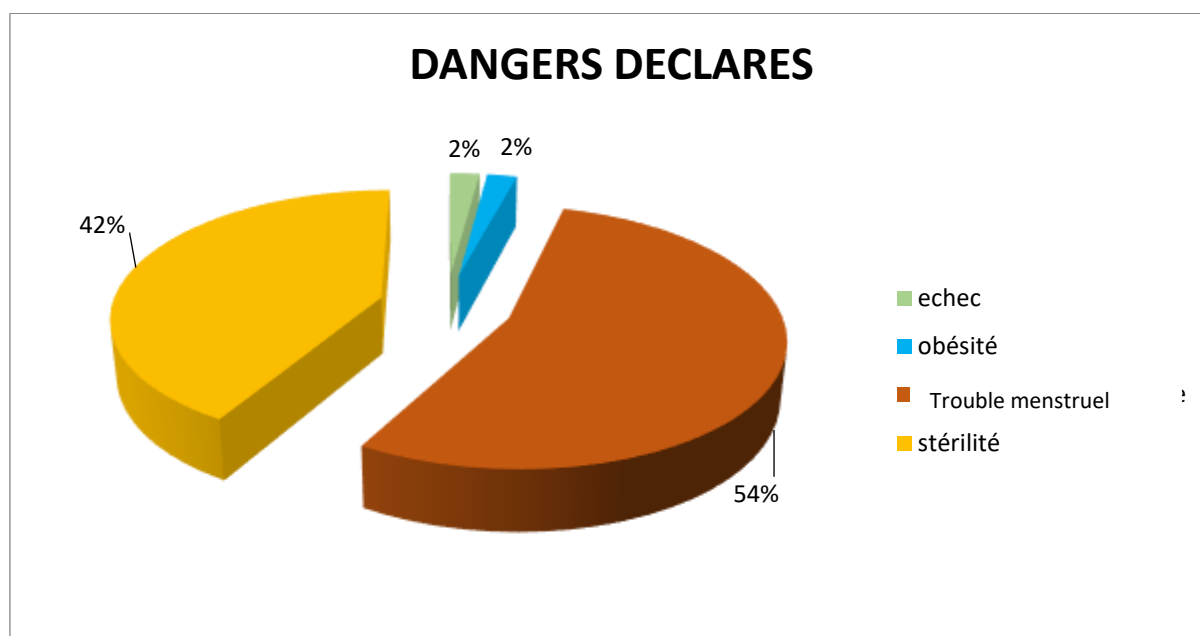
La quasi-totalité (64%) des personnes interrogées estimaient que le délai d'utilisation de la pilule d'urgence est de 72 heures après les rapports sexuels (Figure 24).

#### IV.1.3.4. Dangers d'utilisation

**Tableau XVI:** Répartition de la population en fonction de la déclaration des dangers d'utilisation

	Effectifs	Pourcentage (%)
ne sais pas	30	12,0
Non	124	49,6
Oui	96	38,4
Total	250	100,0

Seulement 38,4% des personnes interrogées déclaraient connaître les dangers liés à l'utilisation des pilules d'urgence (Tableau XVI). Parmi les dangers évoqués ceux d'ordre gynécologique prédominaient (54%) (Figure25).



**Figure 25:** Dangers déclarés par la population interrogée

## CHAPITRE III : DISCUSSION

### I. ÂGE ET SEXE

Les résultats indiquent que la tranche d'âge des acheteurs était comprise entre 16 ans et 47 ans. La majorité des acheteurs de la PCU était des jeunes car appartenant à l'intervalle d'âge compris entre 18 à 30 ans et représentant **81%** de l'échantillon. Les mineurs dont l'âge était inférieur à 18 ans représentaient quant à eux **2%** de notre échantillon. L'âge moyen était de **25,82 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'informations sur les risques encourus des IST. Toutefois notons que l'Etat ne condamne pas les relations sexuelles entre mineurs mais condamne les relations sexuelles entre mineurs et majeurs. 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 utilisation 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) **(56)** 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 ceux de notre étude dont l'âge moyen est de **25,5 ans** pour les utilisatrices.

La gent féminine avec **98%** était majoritaire dans l'achat des contraceptifs d'urgence mais la gent masculine était également présente, elle représentait **2%** de notre échantillon, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces hommes encouragent leurs partenaires à l'utilisation des PCU. Ce comportement pourrait être également dû au fait que la PCU leurs 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 **87,2%** des utilisatrices de la PCU ont atteint un niveau d'étude secondaire et universitaire ; soit **32,4%** pour le secondaire et **54,8%** pour l'universitaire.

Aussi **7,6%** avaient un niveau primaire et **5,2%** des utilisatrices n'avaient aucun niveau.

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 n'est élevé, plus la femme a des chances d'en avoir entendu parler.

### **I.3. Profession**

Concernant la profession des enquêtés, l'analyse révèle que **47,6%** des utilisatrices sont des apprenants (**33,2%** étudiants et **14,4%** élèves), **28,8 %** sont



des agents contre **17,6%** dans le secteur informel. Notre étude montre que les élèves et étudiants ont plus recours à la pilule d'urgence.

Une telle tendance pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières 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 ce comportement.

Ces résultats sont superposables de ceux de M.ASSANE KEBE dans sa thèse d'exercice au Sénégal qui trouvait plus de **51%** des interrogés étaient constituées des élèves et étudiants (**58**).

#### **I.4 Situation matrimoniale et religion**

L'enquête a révélé que **83%** des utilisatrices étaient célibataires, **10%** en concubinage contre seulement **7%** mariées.

Les célibataires sexuellement actives semblent donc plus exposées à la prise de la PCU notamment pour éviter les grossesses non désirées et extra conjugales. Par contre les femmes en union sembleraient l'utiliser par désir d'espacement ou de limitation des naissances.

Ces résultats expliqueraient le faible taux d'utilisation des contraceptifs régulières 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 **85,2%** des utilisatrices appartenaient à la religion chrétienne, **14,4%** à la religion musulmane et **0,4%** d'autres religions. Ceci montre que les chrétiennes sont celles qui utilisent le plus les contraceptifs d'urgence.

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**).

Cependant le jugement de la communauté, le regard des autres, la crainte d'être convoqué par un conseil de discipline pourraient expliquer le recours au PCU de ces jeunes filles chrétiennes d'autant plus qu'elles ne sont pas mariées.

Il faut noter que la pratique contraceptive va renforcer la condamnation morale. Par ailleurs ; les évêques en Côte d'Ivoire ont fait savoir dans une déclaration que ces pratiques contraceptives s'opposent à la vie et le fait d'encourager ces pratiques conduirait au libertinage sexuel et à la fuite des responsabilités procréatives.

De ce qui précède, faudra-il interdire ou pas cette consommation en vue d'une bonne moralité ?

### **I.6-Lieu d'habitation**

En générale, la majorité des utilisatrices habitait la commune YOPOUGON et certaines venaient d'autres communes environnantes. Cela pourrait être dû au fait que certaines avaient pour lieu de service ladite commune, et d'autres qui venaient s'approvisionner en étant de passage.

## **II. CONNAISSANCES GENERALES DES METHODES CONTRACEPTIVES D'URGENCE ET SOURCES D'INFORMATIONS**

Au regard des résultats, notre étude indique que la majorité des acheteurs déclaraient connaître l'existence de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) et qu'elle était efficace.

La plupart des utilisatrices (**84 %** de l'échantillon) sont satisfaites de son utilisation. Cette satisfaction pourrait se traduire par son efficacité à éviter des

potentielles grossesses indésirées contre 16% des utilisatrices qui incriminaient l'inefficacité de la pilule d'urgence.

Cette connaissance émanait des tiers (ami, voisin, famille etc.) **74,8%** qui constituaient la première source d'information ensuite le personnel médical **15,2%**, l'école **6,4%** et enfin les médias **3,6%**.

La source d'informations étant constituée minoritairement par le personnel médical pourrait cependant supposer que l'information sur la pilule d'urgence n'est pas 100% fiable, car les tiers ne sont pas suffisamment qualifiés au regard du personnel médical. Aussi La moindre sollicitation du personnel médical peut être mise en évidence soit par l'attitude du pharmacien ; soit par l'attitude personnel de l'officine ou soit par l'indisponibilité du prestataire.

Les utilisatrices de la PCU ont tendance à privilégier les échanges entre paires autour des expériences contraceptives pour s'informer ou pour résoudre un problème ponctuel. De même de bouche à oreilles ; les informations peuvent être déviées et la bonne information initiale pourrait se détériorer au fur et à mesure. Les proches des utilisatrices peuvent être à l'origine des informations incomplètes ou erronées.

La source d'informations émanant de l'école est faible or la grande majorité 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'informations était par l'intermédiaire des amis/ pairs (**45**). Cette étude concorde avec nos résultats.

La plupart des utilisatrices ont pour lieu d'approvisionnement l'officine de pharmacie et considèrent que le coût de la pilule d'urgence est moins chère notamment la spécialité générique PREGNON (Levonorgestrel) qui est un produit social subventionné par les bailleurs de fonds et l'un des produits moins chers du marché (1100francs). Par contre, les autres produits tels que NORLEVO, ELLA-ONE (Ulipristal) sont les plus coûteux (respectivement 4120francs et 5250francs) du marché car sont des spécialités princeps.

Certaines femmes de notre échantillon continuaient d'acheter à la pharmacie des pilules qu'elles considèrent pourtant coûteuse. Il est donc clair que cela affecte leur budget, pourtant elles ne renoncent pas à l'achat. De ce constat l'on peut émettre comme hypothèse que la qualité et l'efficacité pourraient être des facteurs qui rassurent les consommatrices.

La participation du conjoint à l'achat et le niveau de vie du couple pourraient expliquer leur perception du prix de la PCU.

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 ?

Les analyses uni variées et multi variées indiquent qu'au Ghana, les utilisatrices qui trouvent la méthode disponible (**92%**) et son prix abordable ont plus de chance de l'utiliser (**46**). De ce constat, il semblerait que le recours serait influencé par le coût.

### III. PRATIQUE D'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS D'URGENTES.

Au moment de l'enquête, **45,6%** des enquêtées ont déclaré utiliser des méthodes hormonales, **42,4 %** ont utilisé des méthodes mécaniques, et enfin **12%** recouraient aux méthodes naturelles.

De plus parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives hormonales, seulement **88,5%** des femmes employaient les pilules du lendemain comme principale méthode contraceptive et **11,5%** utilisaient les autres méthodes hormonales.

Cela démontre que la pratique d'utilisation des méthodes contraceptives hormonales journalière est encore faible et ce malgré le niveau d'instruction élevé des utilisatrices. Ces résultats sont proches de l'étude de l'EDS-MICS 2011-2012 où la quasi-totalité des femmes ont déclarées utiliser au moins une méthode contraceptive moderne mais seulement 8% utilisaient les méthodes hormonal régulière (**48**). Cette faible utilisation des méthodes hormonales peut être due à un problème afférant à la communication pour le changement de comportement car les populations n'ont pas été suffisamment sensibilisées sur ces méthodes hormonales régulières.

Le motif qui emmène certaines femmes à ne pas utiliser les méthodes hormonales régulières 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 enquêtés, pourrait être dû à sa facilité d'utilisation, du fait qu'elle soit moins contraignante et discrète.

La majorité des femmes (97,2% 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 (le faisaient selon leur propre gré) (**97,2%**), certaines déclaraient qu'elles l'utilisaient après un oubli de pilules contraceptives ordinaires (1,2%), suivi de celles qui utilisaient ces pilules d'urgence après un accident de préservatif (**1,2%**), et enfin certaines évoquaient qu'elles utilisaient au moment des menstrues (**0,4%**).

Certaines raisons évoquées nous emmèneraient à voir en la PCU non seulement un obstacle pour la pratique contraceptive régulière mais aussi un terrain favorable à l'exposition aux IST et au VIH/SIDA.

Ce comportement que présentent les enquêtés justifierait l'étude de l'ONUSIDA qui stipule que la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés dans le cas du VIH SIDA en Afrique de l'ouest.

Le nombre de recours des utilisatrices depuis la première utilisation jusqu'au moment de l'enquête était élevé. Ce qui montre que les femmes avaient plusieurs fois recouru à la PCU. Parmi nos enquêtées, **91%** déclaraient utiliser au moins une à deux fois par mois la pilule d'urgence et **9%** plus de trois fois 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. Partant de ce constat le caractère d'urgence de la pilule du lendemain n'est pas respecté.

Il est certes vrai qu'il n'existe pas d'étude démontrant que l'utilisation répétée de cette pilule orale d'urgence est dangereuse 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**).

La majorité de nos enquêtés connaissaient le délai exact d'utilisation mais elles ont une différente compréhension de la temporalité de la contraception d'urgence. Parmi elles, **72%** déclaraient que la PCU devrait être prise dans les 48 à 72 heures qui suivent les rapports sexuels. Pour elles, l'urgence de prise de la pilule se situe au troisième jour. Même si la pilule peut être utilisée plusieurs jours 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. Dans notre échantillon, **24%** ont déclaré qu'elle devait être prise dans les 24 heures suivant les rapports sexuels. Il existerait pour celles-ci une nuance à cause de l'expression « lendemain » et enfin ceux qui déclaraient que le délai était de 120 heures.

L'étude de l'OMS démontre que l'efficacité de la pilule à base de Levonorgestrel 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 **58,8%** des personnes interrogées par contre **49,6%** déclaraient qu'ils avaient des dangers.

Certaines déclaraient que la pilule d'urgence provoquerait des troubles menstruels (**54%**), ensuite **42%** déclaraient que la PCU avait pour conséquence grave la stérilité, **2%** pensaient que la PCU ne serait pas efficace pour éviter la grossesse et enfin **2%** déclaraient que la pilule conduisait à l'obésité. Ces dangers mentionnés n'apparaissent pas dans le Résumé Caractéristique du Produit (RCP). L'un des effets indésirables qui apparaît est le trouble menstruel.

Malgré l'utilisation de méthode naturelle et le préservatif, le recours à la contraception d'urgence s'est déroulé dans une situation de doute sur la bonne exécution de ces méthodes.

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

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

## **LIMITES ET CONTRAINTES DE L'ETUDE**

Notre enquête, à Yopougon, avait 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 clients (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 clients 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 refusaient de coopérer donnait comme prétexte le manque de temps.

Aussi faudrait noter que le consentement se faisait oralement.

Les biais éventuels sont dus à des questions taboues 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 utilisatrices 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 clients 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

## CONCLUSION

La forte croissance démographique a contribué à l'intégration du planning familial 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 plus connue par les femmes instruites qui représentent la grande proportion des consommatrices.

Notre étude était une enquête transversale descriptive de type C.A.P et s'est déroulée dans la commune de Yopougon 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 la commune de Yopougon.

Nous avons recensés **250** clientes, les utilisatrices de la PCU sont relativement jeunes avec un âge moyen **25,8 ans**. La majorité des consommatrices des pilules avaient un niveau secondaire et plus (**87,2% des utilisatrices**).

Elles avaient une bonne connaissance sur les effets des contraceptifs d'urgence ce qui semble être le préalable à son recours en cas de nécessité.

La principale source d'informations était les tiers qui correspondaient à 74,8% de notre échantillon.

L'information véhiculée était erronée car les utilisatrices présentaient des lacunes sur la connaissance des pilules d'urgence. Les utilisatrices achetaient les pilules en pharmacie et elles avaient une bonne maîtrise du délai de prise des

pilules d'urgences ; ce qui leurs permet d'éviter les échecs thérapeutiques. La minorité des utilisatrices connaissent les effets indésirables.

La majorité avait des rapports sexuels non protégé, l'une des raisons de la non utilisation des contraceptifs était la recherche du plaisir (**70% des utilisatrices**).

L'usage des pilules d'urgences se faisait de manière régulière dans le mois.

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

Les patientes feraient mieux de se rapprocher des professionnels médicaux dans l'optique d'avoir une bonne information.

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

# RECOMMANDATIONS

## RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, il nous apparaît opportun, dans le but d'améliorer la qualité de vie des utilisatrices de pilules d'urgences, de faire les recommandations suivantes :

**Au ministère**

-Renforcer la sensibilisation sur les contraceptifs d'urgences dans les établissements et les universités pour combler l'ignorance des utilisatrices.

- Renforcer la sensibilisation via les médias.

**Aux pharmaciens**

- Le pharmacien étant en contact avec les clients doit informer et conseiller ceux-ci sur la pilule d'urgence afin d'améliorer l'efficacité du médicament ou de diminuer leurs effets indésirables.

- former les personnels non médicaux (auxiliaire) en contraception d'urgence.

- Encourager les filles à utiliser une méthode contraceptive régulière.

**Aux parents :**

-Discuter avec les enfants dès le début de la puberté afin de donner les informations utiles et nécessaires pour les préparer à assurer au mieux leurs activités sexuelles.

-Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux adolescentes d'affronter leur sexualité de manière responsable

# PERSPECTIVES

## PERSPECTIVES

Pour compléter les analyses de cette étude, il serait intéressant de :

- Mener une étude auprès des gynécologues pour connaître l'impact de ces pilules sur les utilisatrices.
- Interroger les hommes sur leur expérience de contraception d'urgence, pour obtenir des informations sur la manière dont les hommes appréhendent personnellement leur investissement dans la pratique contraceptive du couple.



## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **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](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](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](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<sup>ème</sup> édition. Septembre 2008.
16. **ANO H 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<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité. *Thèse de Doctorat en Médecine.* Université Toulouse III. 2017. 55p.
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](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<sup>e</sup> sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité. *Thèse de Doctorat en Médecine*. Université Toulouse III. 2017. 55p.
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. Carbone. 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-](https://www.fqpn.qc.ca/public/informezvous/contraception/methodes-contraceptives/)  
[contraceptives/](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/](http://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](http://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 resultats 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

## ANNEXES



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 Sea Demanoy Carine**, 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 relatée. 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 **Sea Demanoy Carine**, 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

**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?  
.....  
.....

## TABLE DES MATIERES

DEDICACES .....	XVI
REMERCIEMENTS .....	XIX
SOMMAIRE .....	XXVII
LISTE DES ABREVIATIONS.....	XXVIII
LISTE DES FIGURES .....	XXXI
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE.....	4
<b>CHAPITRE I : ETATS DES LIEUX SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET PLANNING FAMILIAL EN CÔTE D'IVOIRE .....</b>	<b>5</b>
I. SANTE SEXUELLE ET SANTE REPRODUCTIVE.....	5
II.CONTRACEPTION ET PLANNING .....	6
III.HISTORIQUE, POLITIQUE ET REGLEMENTATION .....	7
III.1.Historique .....	7
III.2. Politique.....	11
III.3. Réglementation.....	12
IV. CIRCUIT DE DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS EN COTE D'IVOIRE : FABRICANTS, IMPORTATEURS, GROSSISTES ET PRESTATAIRES .....	15
IV.1. Les fabricants, importateurs, grossistes et distributeurs.....	15
IV.2. Les prestataires (prescripteurs, pharmaciens) .....	18
IV.2.1. Personnel de santé des Formations Sanitaires publiques .....	19
IV.2.2. Officines de Pharmacie .....	20
IV.2.3. ONG (Organisation Non Gouvernementale) et OSC (Organisation De La Société Civile) .....	20
IV.2.4. Cliniques privées .....	21
V. COORDINATION ET FINANCEMENT .....	21

V.1. La coordination.....	21
V.2. Le financement .....	22
VI.LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL (CCSC).....	24
VII.CONTRACEPTION ET IST/VIH-SIDA.....	25
VII.2. Politique de lutte contre le VIH-SIDA.....	25
VII.2.1. Les organes institutionnels.....	26
VII.2.2. Budget .....	27
VII.3. Epidémiologie sur le VIH/SIDA et les IST .....	28
VII.4. Incidence des méthodes contraceptives sur le VIH/SIDA ET IST.....	30
<b>CHAPITRE II : DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .....</b>	<b>35</b>
I.LES METHODES CONTRACEPTIVES .....	35
I.1. Les méthodes contraceptives non hormonales.....	35
I.1.1. Méthodes naturelles.....	35
I.1.1.1. Méthode de la glaire cervicale (Billings).....	36
I.1.1.2. La Méthode de la température basale.....	37
I.1.1.3. La méthode sympto thermique.....	37
I.1.1.4. La Méthode du calendrier (Ogino-Knaus) .....	38
I.1.1.5. La méthode des jours fixes.....	39
I.1.1.6 La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) .....	39
I.1.1.7 Méthode du coït interrompu (retrait).....	40
I.1.2. Méthodes barrières .....	40
I.2. les méthodes contraceptives hormonales .....	41
I.2.1. Combinaisons œstrogène-progestérone .....	41
I.2.2. Contraceptifs progestatifs seuls.....	44
I.2.3 Avantages et inconvénients des méthodes hormonales .....	44
I.3. La stérilisation à visée contraceptive .....	45
I.3.1. La stérilisation masculine ou vasectomie.....	45
I.3.2. La stérilisation féminine ou ligature des trompes .....	46
II. La contraception d'urgence.....	47
II.1. Définition .....	47
II.1.2. Historique.....	48

II.2. Modes d'action.....	50
II.3. Indications ou circonstances d'utilisation de la contraception d'urgence .....	51
II.4. Méthodes contraceptives d'urgence.....	52
II.4.1. Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre.....	52
II.4.1.1. Mécanisme d'action .....	52
II.4.1.2. Avantages.....	53
II.4.1.3. Inconvénients .....	54
II.4.2. Pilules de contraceptif oral combiné ou méthode YUZPE .....	55
II.4.3. La pilule de lendemain.....	55
II.4.3.1.Mécanisme d'action .....	56
II.4.3.2. Recommandations.....	57
II.4.3.3. Contre-indications.....	57
II.4.3.4. Effets indésirables.....	57
II.4.3.5. Interactions médicamenteuses .....	57
II.4.4. Ulipristal Acétate ( <i>Ellaone</i> ®) .....	58
II.4.4.1. Mécanisme d'action.....	59
II.4.4.2. Contre-indications, Effets indésirables .....	60
DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE .....	62
<b>CHAPITRE I : MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>63</b>
I. CADRE D'ETUDE .....	63
I.1.Présentation de commune de Yopougon .....	63
I.2. Situation géographique.....	63
I.3. Population de Yopougon.....	63
I.4. Potentialité de la commune de YOPOUGON.....	63
I.5. Le relief .....	65
II.TYPE DE L'ETUDE.....	66
III.POPULATION D'ETUDE.....	66
IV.ECHANTILLONNAGE .....	66
IV.1. La taille de l'échantillon.....	66
IV.2. Les critères d'inclusion.....	66
IV.3. Les critères d'exclusion.....	66



V.PROCEDURE D'ENQUETE. ....	66
V.1. Elaboration des outils de collecte .....	66
V.2. Collecte des données.....	67
VI.GESTION ET ANALYSE DES DONNEES .....	70
<b>CHAPITRE II : RESULTATS</b> .....	71
I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....	71
I.1. Répartition selon le sexe et âge. ....	71
I.2. Niveau d'instruction et profession .....	73
I.2.1. Niveau d'instruction.....	73
I.2.2. Profession .....	73
I.3. Situation matrimoniale.....	74
I.4. La religion .....	75
I.5. Lieu d'habitation.....	76
II.CONNAISSANCE GENERALE DES METHODES CONTRACEPTIVES D'URGENCES. ....	76
II.1. Déclaration de la connaissance de l'existence de la pilule d'urgence. ....	76
II.2. Déclaration de l'efficacité des pilules d'urgence.....	77
II.3. Déclaration de la satisfaction .....	77
III.SOURCES D'INFORMATION ET LIEU D'APPROVISIONNEMENT DES PILULES D'URGENCE. ....	78
III.1. Source d'information.....	78
III.2. Lieu d'approvisionnement .....	78
III.3. Appréciation du coût des pilules d'urgence .....	79
IV. PRATIQUE D'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES.....	80
IV.1. Méthodes hormonales .....	80
IV.1.1. Circonstances d'utilisation .....	81
IV.1.3. Usage rationnelle.....	82
IV.1.3.1. Fréquence d'utilisation .....	82
IV.1.3.2. Précaution d'emploi .....	83
IV.1.3.3. Délai d'utilisation .....	84
IV.1.3.4. Dangers d'utilisation .....	84
<b>CHAPITRE III : DISCUSSION</b> .....	86

I. ÂGE ET SEXE .....	86
I.2. Niveau d'instruction.....	87
I.3. Profession .....	87
I.4 Situation matrimoniale et religion.....	88
I.6-Lieu d'habitation.....	89
II. CONNAISSANCES GENERALES DES METHODES CONTRACEPTIVES D'URGENCES ET SOURCES D'INFORMATIONS.....	89
III. PRATIQUE D'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS D'URGENCES. ....	92
CONCLUSION.....	97
RECOMMANDATIONS .....	100
PERSPECTIVES .....	102
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	104
ANNEXES .....	113

## 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 ainsi permis d'identifier les villes et communes les plus consommatrices en Côte d'Ivoire. Cependant cette étude n'a pas montré l'usage rationnel des PCU par les utilisatrices.

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

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 réalisée dans 9 officines de pharmacie de la Commune de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire.

Il en ressort de cette étude que la pilule était utilisée une à deux fois (**91%**) et souvent plus de 3 fois (**9%**) dans le même mois par les utilisatrices. Ce qui montre que le caractère exceptionnel de la pilule d'urgence n'est pas respecté et que l'utilisation se faisait de manière préméditée.

Le profil de ces utilisatrices était constitué en majorité de jeunes filles, qui avaient l'âge compris entre 18 et 30 ans (**81%** de l'échantillon) avec un niveau secondaire et universitaire. La plupart de ces filles **83%** étaient célibataires, regroupant les élèves et universitaires.

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

**MOTS CLES** : Levonogestrel ; Ulipristal ; Pilule Contraceptive d'Urgence; Yopougon-Côte d'Ivoire; Connaissance Attitude et Usage.