

LISTE DES ABREVIATIONS

AF : Années-Femmes

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
(remplacée par l'ANSM)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
(remplacée par la HAS)

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APP : Aménorrhée Post-Pilule

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DIU/Cu : Dispositif Intra-Utérin au Cuivre

DIU/LNG : Dispositif Intra-Utérin au Lévonorgestrel

DIU/P : Dispositif Intra-Utérin à la Progestérone

DMPA : DépoMédroxyProgestérone Acétate

EDS : Enquête Démographique et de Santé

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

EE : Éthinylestradiol

EP : Œstroprogestatifs

EVA : Ethylène d'Acétate de vinyle

FSH: Follicle-Stimulating Hormone (Hormone folliculostimulante)

GND : Grossesses Non Désirées

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone (Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires)

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Human Chorionic Gonatropin (Hormone chorionique gonadotrope humaine)

HDL : High Density Lipoprotein (Lipoprotéine de haute Densité)

IEC/PF : Information, Education et Communication sur la Planification Familiale

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LDL : Low Density Lipoprotein (Lipoprotéine de basse densité)

LH : Luteinizing Hormone (Hormone lutéinisante)

LNG : Lévonorgestrel

LOC : Leaders d'Opinions Clés

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée

MJF : Méthode des Jours Fixes

NET-EN : Enanthate de Noréthistérone

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Politiques Normes et Protocoles

PNPF : Programme Nationale de Planification Familiale

R : Indice de PEARL

SHBG : Sex Hormon Binding Globulin (Globuline se liant aux hormones sexuelles)

UNFPA : United Nations Found for Population (Fonds des Nations-Unis pour la Population)

UPA : Ulipristal Acétate

USAID : United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'appareil génital féminin.	6
Figure 2 : Schéma de la régulation de la sécrétion hormonale.	8
Figure 3 : Photo d'une plaquette de pilule estroprogestative.....	13
Figure 4 : Photo d'une plaquette de pilule micro-progestative à prise en continu.....	16
Figure 5 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule	20
Figure 6 : Photo du flacon de DEPO-PROVERA et du NORISTERAT	21
Figure 7 : Photo du NORPLANT.....	23
Figure 8 : Photo du JADELLE.....	24
Figure 9 : Photo de l'IMPLANON.....	24
Figure 10 : Photo du PROGESTASERT.....	27
Figure 11 : Photo du MIRENA	28
Figure 12 : Photo d'un préservatif masculin	31
Figure 13 : Photo d'un préservatif féminin	32
Figure 14 : Photo d'un diaphragme.....	33
Figure 15 : Photo d'une cape cervicale	33
Figure 16 : Photo d'une pilule NORLEVO®.....	39
Figure 17 : Structures chimiques du lévonorgestrel (<i>à gauche</i>) et de la progestérone (<i>à droite</i>)	40
Figure 18 : Photo d'une pilule EllaOne®.....	43
Figure 19 : Structures chimiques de l'ulipristal acétate (<i>à gauche</i>) et de la progestérone (<i>à droite</i>).....	44

Figure 20 : Schéma d'un DIU placé dans l'utérus	50
Figure 21 : Photo d'un DIU au cuivre.....	51
Figure 22 : Structures chimiques de la progestérone (<i>à gauche</i>) et de la RU 486 ou mifépristone (<i>à droite</i>)	57
Figure 23 : Carte administrative de la région de Kaolack.....	63
Figure 24 : Répartition de la population d'étude selon le statut	71
Figure 25 : Répartition des prestataires selon les moyens de CU connus	73
Figure 26 : Répartition des prestataires selon les différents noms de marques de comprimés de CU connus	74
Figure 27 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des possibles effets indésirables de la pilule de CU	80
Figure 28 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des diverses contre-indications à l'utilisation de la pilule de CU	81
Figure 29 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des divers médicaments susceptibles d'interagir avec la pilule de CU.....	83
Figure 30 : Répartition des prestataires selon qu'ils aient été formés ou non sur la CU	85
Figure 31 : Répartition des prestataires selon leur principale source d'information sur les méthodes contraceptives.....	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Méthode de YUZPE à l'aide des pilules sur le marché ..	55
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de notre étude.....	70
Tableau III : Proportion de prestataires ayant donné une réponse correcte aux affirmations sur la CU.....	75
Tableau IV : Répartition des prestataires selon leurs comportements, opinions et attitudes lors de la dispensation de la pilule de CU	78
Tableau V : Proportions de prestataires qui n'ont pas énuméré d'effet indésirable en fonction du statut.....	81
Tableau VI : Proportion de prestataires qui n'ont pas énuméré de contre-indication en fonction du statut.....	83
Tableau VII : Proportion de prestataires qui n'ont pas donné de réponse sur les interactions avec la CU en fonction du statut.....	84
Tableau VIII : Proportions de prestataires qui ont déclaré visiteur médical comme principale source d'information en fonction du statut	87

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	5
CHAPITRE I : PHYSIOLOGIE DU CYCLE FEMININ.....	6
I.L'APPAREIL GENITAL FEMININ.....	6
II.LE CYCLE HORMONAL FEMININ.....	7
II.1- Contrôle de la production hormonale	7
II .2- Le cycle ovarien.....	8
II.3- Le cycle utérin	9
III.LA FECONDATION	9
CHAPITRE II : GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION.....	11
I.DEFINITION	11
II.LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION	11
II.1- Les méthodes hormonales	12
II.1.1- Les pilules orales estroprogestatives	12
II.1.2- La contraception progestative.....	15
II.1.2.1- La pilule progestative	16
II.1.2.2- Les Progestatifs administrés par injection.....	20
II.1.2.3- Les Implants sous-cutanés aux progestatifs	22
II.1.2.4- Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) aux progestatifs.....	27
II.2- Les méthodes mécaniques	30
II.2.1- Les préservatifs.....	30
II.2.2- Les Diaphragmes	32
II.2.3- Les Capes cervicales.....	33

II.3- Les méthodes naturelles.....	34
II.3.1- La méthode dite du coït interrompu (retrait)	34
II.3.2- Les méthodes de l'abstinence périodique.....	34
II.3.2.1- La méthode du calendrier ou rythme (Ogino-Knaus)	35
II.3.2.2- La méthode des températures	35
II.3.2.3- La méthode Billings	35
II.3.2.4- La méthode sympto-thermique.....	35
II.3.2.5- La méthode des jours fixes (MJF) et du collier.....	35
II.3.3- La méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée	36
II.4- La méthode chirurgicale (stérilisation).....	36
CHAPITRE III : DONNEES SCIENTIFIQUES VALIDEES CONCERNANT LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)	37
I- DEFINITION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE	37
II- HISTORIQUE DE LA CU	37
III- LES DIFFERENTS TYPES DE CU DISPONIBLES	38
III.1- Le Lévonorgestrel	38
III.2- L'ulipristal acétate (UPA): EllaOne®.....	43
III.4- Le Dispositif Intra-Utérin au Cuivre (DIU-Cu)	48
III.4-La méthode de YUZPE ou contraception d'urgence par œstroprogestatif	55
IV- LES PERSPECTIVES EN CONTRACEPTION D'URGENCE.	56
V- LA DELIVRANCE DE LA CU A L'OFFICINE.....	58
VI- Place de la CU dans le programme national de planification familiale (PNPF)	58

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL PERSONNEL.....	61
CHAPITRE I : METHODOLOGIE GENERALE.....	62
I- Objectifs	62
II- Cadre de l'étude.....	62
III- Méthodologie.....	65
III.1- Type d'étude.....	65
III.2- Site	65
III.3- Echantillonnage	65
III.4- Population.....	65
III.5- Critères d'inclusion	65
III.6- Critères de non-inclusion	66
III.7- Recueil des données	66
III.8- Déroulement de l'enquête	67
III.9- Période d'étude.....	67
III.10- Saisie et analyse des données	67
III.11- Difficultés rencontrées	68
CHAPITRE II : RESULTATS	69
I- Caractéristiques socio-démographiques	69
II- Connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence	72
II.1- Evaluation des connaissances des différents moyens de CU	72
II.3- Evaluation des connaissances des différents noms de marque de comprimé de CU	73
II.4- Evaluation de la maîtrise des prestataires par rapport à la CU ...	74

III- Evaluation des attitudes des prestataires par rapport à la dispensation de la pilule contraceptive d'urgence.....	77
IV- Evaluation de la connaissance des prestataires des possibles effets indésirables de la CU	80
V- Evaluation de la connaissance des prestataires des contre-indications de la CU.....	81
VI- Evaluation de la connaissance des prestataires des possibles interactions médicamenteuses de la pilule contraceptive d'urgence ..	83
VII- Evaluation des sources d'informations et services des prestataires par rapport à la contraception d'urgence	85
CHAPITRE III : DISCUSSION.....	88
I- Caractéristiques sociodémographiques.....	88
II- Connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence	90
III- Attitudes des prestataires sur la contraception d'urgence.....	98
IV- Sources d'informations et services des prestataires par rapport à la contraception d'urgence	100
CONCLUSION.....	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	101
ANNEXES	

INTRODUCTION

A un moment donné de leur vie, de nombreux couples sont concernés par la contraception. Femmes et hommes se doivent de s'engager dans une maternité et une paternité responsable. C'est pourquoi de nombreux couples ont pour objectif d'espacer les naissances ou de renoncer à la procréation. Plusieurs solutions s'offrent à eux. En effet, il existe de nombreuses méthodes de contraception disponibles et efficaces.

Le recours à la contraception a progressé dans le monde entier.

Cependant, l'Afrique comme beaucoup d'autres régions du monde en développement, continue d'afficher un grand besoin insatisfait en planification familiale. Environ 25% des femmes et des couples de l'Afrique subsaharienne qui veulent limiter ou espacer leurs enfants n'utilisent aucune méthode de contraception [1].

Plus de la moitié de la population d'Afrique a moins de 25ans ; il faut donc s'attendre à ce que ce besoin insatisfait ne fasse que s'accroître à mesure que ces individus arrivent à l'âge de la procréation [2].

Au Sénégal, l'utilisation de la contraception reste limitée et une fertilité élevée reste la norme sociale avec un **Indice Synthétique de Fécondité (ISF)** de 5,0 enfants par femme (6,0 en zone rurale et 3,9 en zone urbaine) [3]. Ce niveau de fécondité élevé justifie donc pleinement, la collecte de données fiables pour accompagner les actions gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes et projets relatifs à la planification familiale.

Pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, le gouvernement s'est engagé ces dernières années dans des initiatives ayant pour but de repositionner la perception de la planification familiale. Malheureusement, même si des efforts ont été consentis, le taux d'utilisation de

la contraception reste encore faible dans notre pays. Il est de **17,8%** selon les Statistiques Sanitaires Mondiales de 2013 de l'OMS [4]. Mais le paradoxe réside dans le fait que 32% des Sénégalaises veulent espacer les naissances de leurs enfants, mais elles n'ont pas accès aux services et méthodes de contraception. Pourtant, il est établi que la planification familiale peut réduire de 20 à 30% la mortalité maternelle. Et la majorité des femmes ayant un besoin non satisfait en contraception, se retrouvent avec des Grossesses Non Désirées (GND). Au point de vue sanitaire, ces GND les exposent à des conséquences qui sont souvent mortelles ou bien, à des infanticides ou encore à des séquelles (synéchies, infertilité, infécondité, etc.) dont la majorité peut être invalidante à moyen ou à long terme. Pour parer à cette situation, une des stratégies majeures de la feuille de route multisectorielle de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, repose sur la relance de la Planification Familiale avec l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives [5].

La promotion de la contraception d'urgence (CU) constitue une option prioritaire dans le cadre de cette stratégie [5].

La contraception d'urgence a été introduite en 2005 dans les Normes et Critères Nationaux [6] et est désormais mentionnée dans les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) relatifs à la planification familiale et à la santé reproductive, révisés en Juillet 2010. La pilule contraceptive d'urgence NORLEVO® est facilement disponible dans les pharmacies privées et peut-être obtenue sans prescription médicale. Dans le secteur public, elle peut être obtenue auprès des prestataires de santé qualifiés tels-que : les infirmières, les sages-femmes ou encore les médecins au sein des établissements sanitaires [6]. C'est une méthode contraceptive d'exception qui semblerait être utilisée de manière abusive comme une méthode régulière ce qui augmenterait son taux d'utilisation, et jusque-là peu d'études se sont intéressées à la CU.

C'est dans ce contexte que nous avons étudié dans ce travail, les connaissances des prestataires de pharmacie privée sur la contraception d'urgence et les pratiques en matière de dispensation de ce médicament dans les officines de pharmacie de la région de Kaolack. Pour ce faire, nous avons choisi la liste de toutes les officines privées de la région de Kaolack où nous allons collecter des informations relatives à l'étude.

Ce travail comprend deux parties :

- La Première partie qui traite de la revue bibliographique sur la contraception et plus particulièrement la contraception d'urgence,
- La Deuxième partie qui porte sur l'enquête dans sa méthodologie, le traitement des données ainsi que leurs discussions avant de conclure.

**PREMIERE PARTIE : REVUE
BIBLIOGRAPHIQUE**

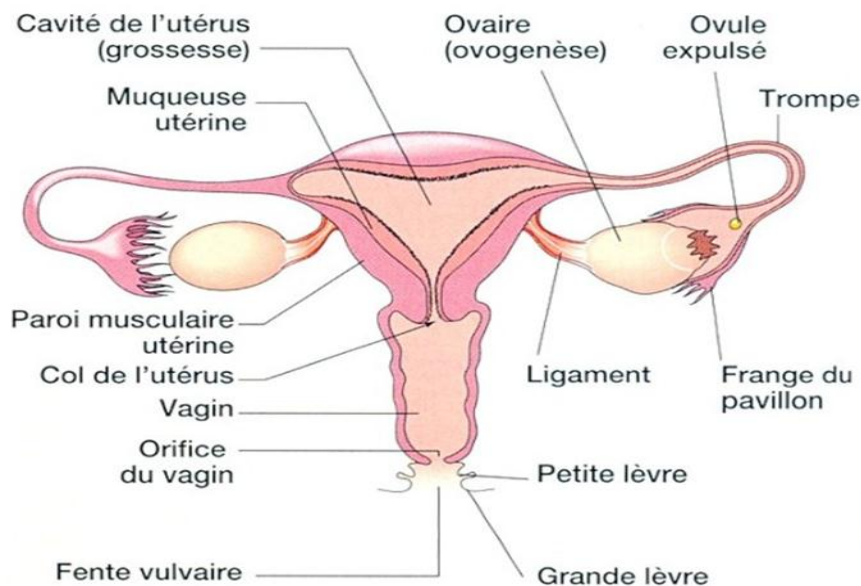
CHAPITRE I : PHYSIOLOGIE DU CYCLE FEMININ

De la puberté à la ménopause, le corps féminin se prépare à l'éventualité d'une grossesse de manière cyclique. Des variations hormonales permettent la libération d'un ovule et modifient l'endomètre afin de préparer la nidation de l'ovule fécondé. En l'absence de fécondation, il y'a écoulement sanguin que l'on appelle menstruations. L'ensemble de ces phénomènes constitue le cycle féminin.

I. L'APPAREIL GENITAL FEMININ

L'appareil génital féminin a une double fonction : il assure la production des gamètes, et il permet de réaliser une grossesse.

Le système génital féminin comprend les ovaires, les trompes utérines, l'utérus, le vagin ainsi que les organes génitaux externes et les glandes mammaires [7].



Source : www.app-asap.over-blog.com

Figure 1 : Schéma de l'appareil génital féminin.

Les ovaires sont situés dans la cavité pelvienne, un de chaque côté de l'utérus. Ils contiennent un stock de follicules primaires défini à la naissance. A partir de la puberté, plusieurs follicules débutent leur maturation et un seul sera sélectionné à chaque cycle. Au quatorzième jour du cycle, la paroi du follicule se rompt pour libérer l'ovocyte vers les trompes utérines. Les cellules restantes dans l'ovaire vont former le corps jaune. Ce dernier dégénèrera en l'absence de fécondation ; dans le cas contraire, il se maintiendra jusqu'au sixième mois de grossesse [7].

L'utérus est constitué du col utérin, qui assure la sécrétion de mucus, et du corps utérin formé du myomètre, de l'endomètre et de la cavité utérine. L'endomètre va se modifier au cours du cycle pour permettre la nidation et le développement embryonnaire et fœtal.

Le vagin s'étend du col de l'utérus jusqu'à l'orifice vaginal au niveau des organes génitaux externes. Il est sensible aux stimulations hormonales [7].

II. LE CYCLE HORMONAL FEMININ

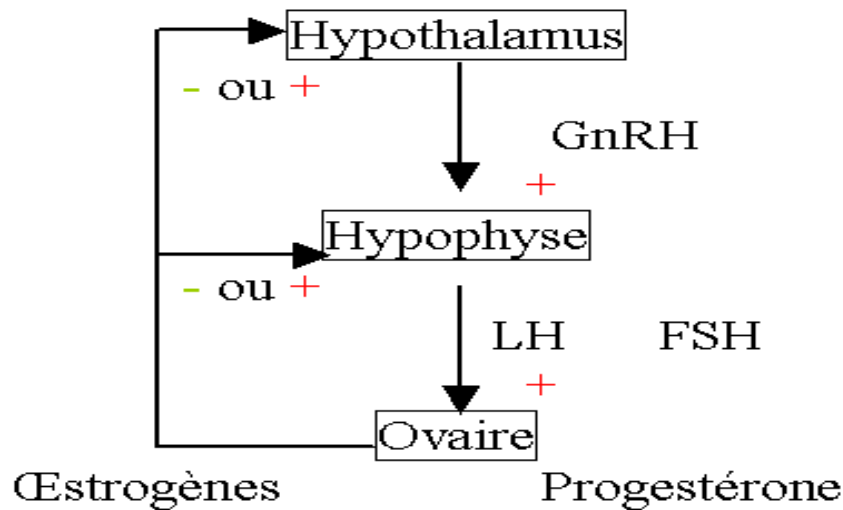
Le cycle féminin dure en moyenne vingt-huit jours. Le premier jour du cycle correspond au premier jour des règles.

II.1- Contrôle de la production hormonale

L'ovaire est sous le contrôle d'hormones hypothalamiques et hypophysaires. La reproduction chez la femme est régulée par des variations cycliques de la sécrétion des différentes hormones.

L'hypothalamus sécrète l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone) qui va réguler

l'hypophyse. Cette dernière assure la production d'hormone lutéinisante (LH) et d'hormone folliculostimulante (FSH) qui vont agir au niveau ovarien [7].



Source : www.freesvt.free.fr

Figure 2 : Schéma de la régulation de la sécrétion hormonale.

II .2- Le cycle ovarien

Il est constitué de deux phases : la phase folliculaire au cours de laquelle vont évoluer les follicules, et la phase lutéale caractérisée par le corps jaune. Entre ces deux phases, il y a l'ovulation au quatorzième jour du cycle. S'il n'y a pas fécondation, un nouveau cycle recommence [8 ; 9].

Au cours de la phase folliculaire, les follicules vont se différencier sous l'influence de la FSH.

Durant la phase lutéale, le corps jaune va sécréter la progestérone sous l'influence de LH. En l'absence de fécondation, il y a régression du corps jaune et interruption de la fonction hormonale au vingt-sixième jour puis un nouveau cycle. Si il y a fécondation, le corps jaune persistera jusqu'au sixième mois.

II.3- Le cycle utérin

Deux modifications vont s'opérer au niveau de l'utérus. La sécrétion de mucus cervical va être modifiée en fonction de l'hormone dominante. L'œstradiol entraîne une sécrétion de mucus abondant, clair, limpide et filant. A l'inverse, la progestérone induit un mucus qui coagule et qui devient inhospitalier.

L'endomètre va lui aussi être modifié de façon cyclique :

- du premier au quatrième jour, c'est la phase menstruelle : l'endomètre se nécrose, la couche superficielle se desquame et l'activité contractile du myomètre entraîne l'évacuation des débris,
- du cinquième au quatorzième jour, c'est la phase proliférative : l'épithélium se régénère et les glandes prolifèrent sous l'action de l'œstradiol (phase folliculaire),
- du quatorzième au vingt-huitième jour, c'est la phase sécrétoire : les glandes deviennent volumineuses et les artérioles sont spiralées, sous l'action de la progestérone qui prépare l'endomètre à la nidation (phase lutéale).

On parle de fenêtre d'implantation entre le dix-neuvième et le vingt-troisième jour; c'est la période au cours de laquelle la composition de l'endomètre est la plus propice à la nidation [8 ; 9].

En l'absence de fécondation, la concentration en stéroïdes sexuels chute, entraînant la synthèse de prostaglandines déclenchant les menstruations.

III. LA FECONDATION

Au cours du rapport sexuel, les spermatozoïdes sont libérés dans le vagin. Au niveau du col de l'utérus, ils doivent franchir le mucus, appelé glaire cervicale.

Celle-ci assure la sélection des spermatozoïdes ainsi que la capacitation. La capacitation est une action chimique au niveau de la surface des spermatozoïdes, elle donne au sperme la capacité fécondante. Les spermatozoïdes migrent alors jusqu'aux trompes où ils rencontrent un ovocyte qui se déplace vers l'utérus. La fécondation a lieu dans le tiers distal de la trompe utérine avec la fusion des membranes de l'ovocyte et du spermatozoïde. L'ovocyte fécondé reprend sa division cellulaire pendant sa migration vers l'utérus, où il ne se fixera qu'au septième jour.

Sous l'action de l'hormone gonadotrope chorionique (HCG), le corps jaune se maintient et continue à sécréter des œstrogènes et de la progestérone. Ces hormones entretiennent l'endomètre, stimulent le développement des glandes mammaires et inhibent les sécrétions de FSH et LH par rétrocontrôle négatif, bloquant ainsi le cycle menstruel [8 ; 9].

Il faut savoir que la durée de vie d'un spermatozoïde est de trois à cinq jours. Concernant l'ovule, sa durée de vie est de 12h à 24h. Nous en déduisons que la période de fertilité de la femme peut s'étendre jusqu'à 5 jours : de quatre jours avant l'ovulation et 24h après celle-ci.

CHAPITRE II : GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION

I.DEFINITION

Etymologiquement, la contraception provient de deux termes latins « *contra* » qui signifie « contre » et « *concupere* » qui signifie « concevoir ». La contraception se définit comme l'ensemble des procédés visant à éviter de façon temporaire et réversible la conception s'opposant ainsi à la stérilisation qui est définitive et irréversible [10 ; 11 ; 12].

NB : Une méthode contraceptive est efficace quand il n'y a pas de grossesse non désirée pendant la période couverte par le procédé contraceptif. Elle s'exprime par l'indice de PEARL (**R**). Cet indice permet d'exprimer le **taux d'échec** d'une méthode contraceptive par le nombre de grossesses observées rapportées au nombre de cycles observés pour l'ensemble des femmes suivies, selon la formule suivante :

$$R = \frac{\text{Nombre de grossesses accidentelles} \times 1200 (100 \text{ femmes pendant 12 mois})}{\text{Nombre de mois d'exposition}}$$

R s'exprime en pourcentage années-femmes (AF) et renseigne sur la fréquence des échecs d'un contraceptif. Ainsi, un R égal à 4% AF signifie 4 cas de grossesses survenus dans un groupe de 100 femmes surveillées pendant une année [13].

IV. LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION

Le contrôle de la fertilité humaine peut se faire selon quatre approches : la contraception conventionnelle, la contraception post coïtale dite d'urgence, la stérilisation et l'avortement [14].

Pour évaluer la qualité des méthodes de contraception, on a recours à plusieurs critères : [13]

- **L'efficacité** : Elle est exprimée par l'indice de PEARL (R).
- **L'innocuité** : La méthode utilisée ne doit pas exposer la femme aux risques de complications à court et à long terme.
- **L'acceptabilité** : Elle est fonction du niveau intellectuel, des valeurs morales et religieuses, du profil psychique, de la sexualité, de la facilité d'emploi et du coût.
- **La réversibilité** : Elle est importante pour les femmes qui désirent retrouver leur fécondité ultérieurement.

II.1- Les méthodes hormonales

Plus de 100 millions de femmes dans le monde utilisent une contraception hormonale [14].

La contraception hormonale est constituée de la contraception estroprogestative, de la contraception progestative, l'implant à l'étonogestrel (JADELLE®), les progestatifs injectables (DEPO-PROVERA®) et le DIU au lévonorgestrel [15].

II.1.1- Les pilules orales estroprogestatives

La contraception orale estroprogestative est la méthode contraceptive la plus efficace [**indice de Pearl (nombre de grossesses pour cent AF) <0,5**] lorsqu'elle est correctement utilisée et la plus répandue [16]. Ses principaux risques semblent maintenant bien connus et acceptables à condition de sélectionner rigoureusement leurs utilisatrices et notamment celles à haut risque vasculaire et de les surveiller correctement [8]. La contraception orale estroprogestative est basée sur l'administration d'un estrogène et d'un

progestatif de synthèse qui exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire : les sécrétions de FSH et LH sont inhibées, empêchant la croissance folliculaire et l'ovulation [17].



Source : www.gynecologie-pratique.com

Figure 3 : Photo d'une plaquette de pilule estroprogestative

❖ **Composition des œstroprogestatifs (EP) contraceptifs :** Toutes les pilules sont à base de stéroïdes de synthèse [8].

Estrogène : Le seul estrogène utilisé en contraception est l'éthinylestradiol (EE), produit dérivé de l'estradiol naturel, 17 β estradiol [17].

Progestatifs : Ils ont des propriétés assez voisines de la progestérone naturelle. Parmi eux on distingue les dérivés Nortestostérone (Noréthistérone, Lynestrénol); les dérivés Gonanes avec des effets androgéniques possibles (Norgestrel, Lévonorgestrel, Norgestriénone) ; les dérivés Gonane sans effet androgénique (Désogestrel, Gestodène, Norgestimate); les dérivés Norprogestérone (Nomégestrol, Promégestone); un dérivé Hydroxyprogestérone (acétate de Cyprotérone).

❖ Différentes catégories de pilules EP

On distingue les EP combinés et les EP séquentiels.

Contraception orale combinée

Elle comporte l'administration simultanée de l'œstrogène et du progestatif tout au long de la plaquette, c'est-à-dire pendant vingt et un jours, suivie d'un arrêt de sept jours entre deux plaquettes [17].

Classification des EP combinés :

Il en existe deux grands types avec de nombreuses variantes :

Pilules normodosées : Elles comportent 50µg d'EE.

Pilules minidosées : Elles sont moins dosées en œstrogène (moins de 50µg d'EE). On distingue : [18]

→ *Les monophasiques* : les doses d'éthinylestradiol et de progestatif ne varient pas pendant le cycle.

→ *Les biphasiques* : l'œstrogène et le progestatif sont administrés en deux phases avec des dosages plus élevés de l'un ou des deux composants en deuxième phase.

→ *Les triphasiques* : comportent trois paliers de dosage de l'EE accompagnés d'une augmentation progressive des doses de progestatif.

Contraception orale séquentielle

Elle comporte l'administration successive de l'œstrogène seul pendant sept ou quinze jours puis d'une association estroprogestative les autres jours de la plaquette, reproduisant la séquence physiologique du cycle menstruel [19].

❖ Effets secondaires des pilules EP

Parmi les effets secondaires des EP, il faut distinguer les inconvénients majeurs (complications vasculaires, effets carcinogènes, complications hépatobiliaires) et les autres inconvénients qu'on peut qualifier de mineurs [17]. Ces derniers sont nombreux et importants à connaître car ils conditionnent souvent la poursuite ou l'arrêt de la contraception orale. Les plus fréquemment rapportés par les patientes sont : prise de poids, métrorragies, douleurs pelviennes, céphalées et aménorrhées [8 ; 20].

Effets bénéfiques non contraceptifs des EP :

Correctement utilisée, la pilule estroprogestative, est la méthode contraceptive la plus efficace. Outre son effet contraceptif, la pilule réduit significativement l'incidence des troubles du cycle (ménorragies, métrorragies fonctionnelles, syndrome prémenstruelle, dysménorrhée), des kystes fonctionnelles et du cancer de l'ovaire, des mastopathies bénignes, des fibromes utérins, de l'hyperplasie et du cancer de l'endomètre, et des infections utéro-annexielles [21].

II.1.2- La contraception progestative

Les propriétés contraceptives des progestatifs sont plurifocales et concernent non seulement leur action anti gonadotrope, mais aussi les modifications périphériques de l'appareil génital, qui peuvent être obtenues même à des doses faibles. Il s'agit essentiellement de la modification du mucus cervical [8].

II.1.2.1- La pilule progestative

❖ Définition et Classification

Ce sont des pilules qui ne contiennent que du progestatif. Ils sont subdivisés en deux catégories : les progestatifs purs ou micro progestatifs (minipilule* des anglo-saxons) et les pilules progestatives macro dosées [22].



Source : www.france.cerazette.org

Figure 4 : Photo d'une plaquette de pilule micro-progestative à prise en continu

❖ Mécanisme d'action

Les contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls ont une action contraceptive agissant essentiellement sur : la coagulation de la glaire cervicale, l'atrophie de l'endomètre le rendant ainsi impropre à la nidation et le blocage de l'ovulation qui est inconstant d'où son efficacité plus faible que celle des œstroprogestatifs [23].

❖ **Indications :** Elles sont les suivantes : [12]

- les femmes qui présentent une contre-indication aux œstroprogestatifs,
- les femmes de plus de 35ans,
- les femmes allaitantes (dans le post-partum),
- les femmes qui présentent une hypertension artérielle équilibrée,
- les femmes diabétiques,
- les femmes drépanocytaires,
- les femmes porteuses de tumeurs bénignes du sein ou de l'utérus.

❖ **Contre-indications :** Les contre-indications aux contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls sont : [24]

- la suspicion de grossesse,
- l'insuffisance hépatocellulaire,
- les antécédents récents d'hépatite,
- l'ictère chronique héréditaire,
- le cancer du sein ou de l'utérus.

❖ **Avantage :**

En plus de l'effet contraceptif, les contraceptifs oraux présentent d'autres avantages : [25]

- une efficacité élevée,

- ils ne nécessitent aucune préparation avant les rapports sexuels,
- l'emploi peut être facilement arrêté,
- la diminution de l'abondance des règles et des dysménorrhées,
- la diminution de l'incidence de certains cancers génitaux (endomètre, ovaire,...).

❖ **Inconvénients :**

En plus du risque d'oubli du fait de son utilisation quotidienne et de l'absence de protection contre les infections sexuellement transmissibles, les inconvénients sont dominés par : **[12]**

- les spotting,
- les irrégularités du cycle menstruel et des règles,
- la diminution des règles voire l'aménorrhée,
- les céphalées, vertiges,
- la tension mammaire,
- les lourdeurs des jambes, crampes,
- les troubles du caractère (anxiété, nervosité, voire dépression).

❖ Posologie

Les progestatifs purs ou micro progestatifs (minipilule* des anglo-saxons) sont donnés à faible dose et en continu tout au long du cycle; quant aux pilules progestatives macros dosées, elles ne sont pas à proprement parler des contraceptifs; leur utilisation à dose thérapeutique 20 jours par mois (du 5^{ème} au 25^{ème} jour du cycle) permet une sécurité contraceptive comparable aux œstroprogestatifs.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI OU DE DECALAGE DE LA PRISE D'UNE PILULE :

L'oubli de pilule est très fréquent. Il est en effet très difficile de prendre la pilule sans faute de parcours.

En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANAES) a émis des recommandations en 2004 (**Figure 5**). La règle de base est de toujours prendre le comprimé oublié dès que l'on s'en aperçoit. Si l'oubli est inférieur à 12 heures pour les pilules estroprogestatives ou inférieur à 3 heures pour les autres pilules micro-progestatives, la patiente reste protégée. Par contre, si l'oubli excède ces limites, la sécurité contraceptive n'est plus assurée. La femme devra utiliser un autre moyen de contraception (préservatif) pendant 7 jours. Si elle était en fin de plaquette, elle doit enchaîner sur une autre plaquette sans faire de pause.

Par ailleurs, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant cet oubli, la femme doit prendre une contraception d'urgence [26].

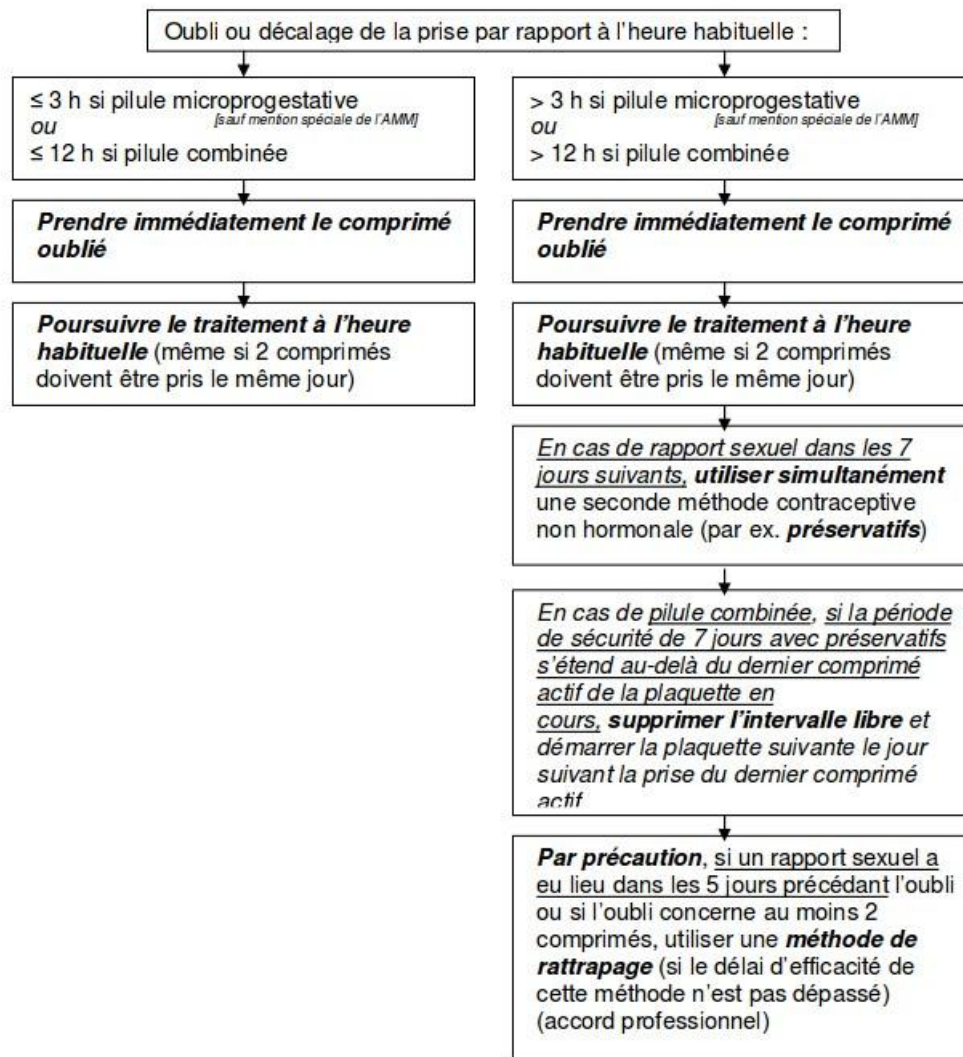


Figure 5 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule [26]

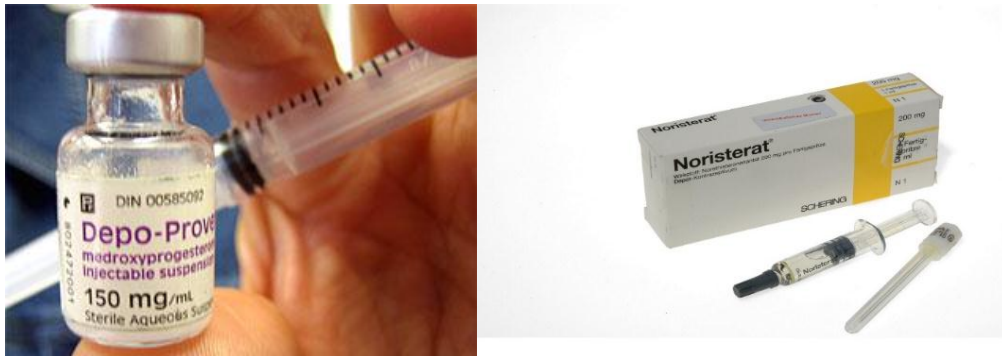
II.1.2.2- Les Progestatifs administrés par injection

❖ Définition et Classification

Ce sont des contraceptifs retards à base de progestatifs seuls. Ils sont efficaces pendant au moins trois mois après une injection unique [8].

Il s'agit d'un dérivé de la 17-hydroxyprogestérone, le dépomédroxyprogestérone acétate (DMPA : DEPO-PROVERA®) à la dose de 150mg tous les trois mois et

de l'énanthate de noréthistérone (NET-EN : NORISTERAT®) à raison de 200mg tous les deux mois.



Source : www.islandsexualhealth.org

Figure 6 : Photo du flacon de DEPO-PROVERA® et du NORISTERAT®

❖ Mécanisme d'action :

Ils agissent principalement en inhibant la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, prévenant ainsi l'ovulation. Ils accroissent également la viscosité de la glaire cervicale et produisent une atrophie endométriale [27].

❖ Indications :

Les contraceptifs injectables sont indiqués chez les femmes en âge de procréer désirant un espacement des naissances et ne pouvant pas se rappeler d'une prise quotidienne de contraceptif, dans le post-partum et dans le post-abortum [28].

❖ Contre-indications :

La prudence s'impose en cas : [28]

- d'hypersensibilité à l'un des composants,
- d'hépatopathie,

- d'hémorragie vaginale inexpliquée,
- de cardiopathie ou d'antécédent de coronaropathie,
- d'accidents thromboemboliques,
- de troubles de l'hémostase.

❖ **Avantage :**

Trois avantages majeurs de cette méthode contraceptive sont à l'origine de sa grande diffusion dans le monde : sa simplicité d'administration, sa durée d'action prolongée et l'absence théorique de risques vasculaires imputés aux estrogènes de synthèse [8]. Cette méthode n'interfère pas avec l'allaitement.

❖ **Inconvénients :** Toutefois, les inconvénients ne sont pas nuls. Des modifications du métabolisme lipidique et hydrocarboné ont été signalées et surtout la survenue d'aménorrhées pendant l'utilisation ou d'irrégularités menstruelles à l'arrêt [8]. Par ailleurs, le retour à la fécondité peut être retardé et ils nécessitent un retour périodique pour le renouvellement des injections à temps.

❖ **Posologie :** Ils sont injectés trimestriellement en intramusculaire à la dose de 150mg (DMPA : DEPO-PROVERA®) ou tous les deux mois à la dose de 200mg (NET-EN : NORISTERAT®) permettant ainsi une contraception efficace. Ces injections se font entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour du cycle, dans la 3^{ème} semaine du post-partum ou après un avortement [28].

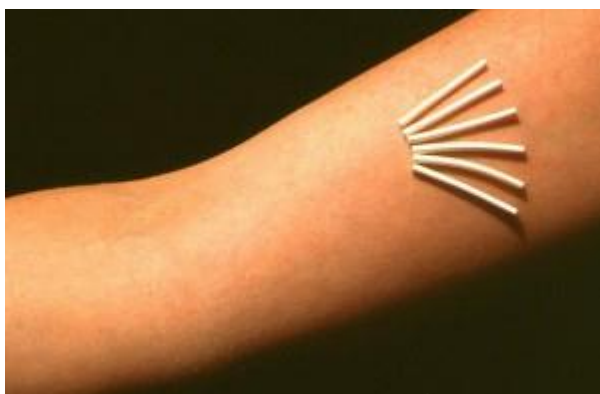
II.1.2.3- Les Implants sous-cutanés aux progestatifs

Parmi les systèmes de distribution des progestatifs en contraception, les capsules de silastic implantées sous anesthésie locale dans le tissu sous-cutané de la face interne du bras constituent une nouvelle approche intéressante de la contraception hormonale.

❖ Définition et Classification

➤ NORPLANT®

Apparu en 1980, il a été le premier implant contraceptif mis à la disposition des programmes de planification familiale [29]. Il est composé de six capsules de silastic mesurant chacune 36mm de longueur et 2,4mm de diamètre et contenant chacune 36mg de lévonorgestrel [8].



Source : www.universalmedicalny.com

Figure 7 : Photo du NORPLANT®

Il a une durée de 5 à 7ans selon des études récentes.

➤ JADELLE® (ou NORPLANT® N°2)

Il a été mis au point par l'International Committee for Contraception Research, Population Council, New York. Il a été approuvé tout d'abord en Thaïlande et en Indonésie, puis dans plusieurs pays africains, d'Europe de l'Ouest, et aux États-Unis. L'implant sous-cutané JADELLE® a été conçu pour apporter la même dose quotidienne de lévonorgestrel que NORPLANT®, mais à partir de deux bâtonnets au lieu de six capsules, en libérant du progestatif en dose plus forte par bâtonnet.



Source : www.slideplayer.fr

Figure 8 : Photo du JADELLE® (ou NORPLANT® N°2)

L'efficacité contraceptive du JADELLE® est analogue à celle du NORPLANT®. Mais JADELLE® est de pose et de retrait plus faciles [30].

➤ **IMPLANON®**

Cet implant se présente sous la forme d'un bâtonnet cylindrique unique, flexible, non biodégradable, de 4cm de long et 2mm de diamètre [8].



Source : www.invitra.com

Figure 9 : Photo de l'IMPLANON®

Le noyau est composé de cristaux d'étonogestrel à la dose totale de 68 mg. Ces cristaux sont dispersés dans une matrice d'éthylène d'acétate de vinyle (EVA), un copolymère inerte, qui assure une libération contrôlée du principe actif.

❖ **Mécanisme d'action :**

L'effet contraceptif de ces implants repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation, la modification du mucus cervical s'opposant au passage des spermatozoïdes et une atrophie de l'endomètre [29].

❖ **Indications :**

Les indications des implants sont les suivantes :

- les femmes qui veulent une contraception continue de longue durée et qui n'interfèrent pas avec les rapports sexuels,
- les femmes ne voulant pas de stérilisation féminine (ligature des trompes) malgré leur multiparité,
- les femmes présentant une contre-indication relative aux œstroprogestatifs,
- les femmes qui ne peuvent pas utiliser de contraceptifs contenant des œstrogènes,
- les femmes allaitantes.

❖ **Contre-indications :**

La prudence s'impose en cas : [31]

- d'hypersensibilité à l'un des composants,
- d'hépatopathie,
- d'hémorragie vaginale inexplicée,
- de cardiopathie ou d'antécédent de coronaropathie,

- d'accidents thromboemboliques,
- de troubles de l'hémostase.

❖ **Avantages :**

L'efficacité des implants est excellente avec un indice de Pearl égal à 99 années/femme. Ils sont faciles d'utilisation, sans gêne et respecte la fertilité (absence de risque infectieux pelvien). C'est une méthode pratique qui n'agit pas sur la libido avec une protection continue, durant 5 ans pour les implants NORPLANT® et 3ans pour IMPLANON®. Après retrait de ces implants, une fertilité normale est rapidement retrouvée [32].

❖ **Inconvénients :**

Les saignements irréguliers surtout pendant les six premiers mois constituent l'effet secondaire indésirable principal de cette méthode. Ils sont responsables de l'arrêt de cette contraception chez 10% des utilisatrices pendant la première année. La pose et surtout le retrait des capsules sont parfois difficiles et nécessitent un apprentissage.

❖ **Posologie :**

Le moment d'insertion de ces implants dépend de la contraception antérieure et des circonstances. La durée d'utilisation maximale de ces implants est de 5ans pour les implants NORPLANT® et 3ans pour l'IMPLANON® [8].

Toutefois, si nécessaire, le retrait peut être réalisé à tout moment (désir de grossesse, effet indésirable). L'insertion est réalisée sous anesthésie locale en consultation, par un praticien familiarisé avec les techniques d'insertion et de retrait. Elle se fait au plus tard 7 jours après le début des règles, dans le post-partum ou après un avortement. Elle se pratique dans le bras non-dominant, dans

le sillon entre le biceps et le triceps, 6 à 8cm au-dessus du coude, en sous-cutanée [8].

II.1.2.4- Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) aux progestatifs

Avec environ 108 millions d'utilisatrices dans le monde, les DIU sont la première méthode de contraception réversible suivis par la pilule puis par le préservatif masculin [8].

❖ Définition et Classification

- Dispositif intra-utérin à la progestérone (**DIU/P**) : PROGESTASERT®

Le DIU/P est constitué de copolymère d'EVA. Il a la forme d'un T et contient dans sa partie verticale un réservoir de 38mg de progestérone naturelle dispersée dans une huile de silicone additionnée de sulfate de baryum [8].



Source : www.kugener.com

Figure 10 : Photo du PROGESTASERT®

- Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (**DIU/LNG**) : MIRENA®

Le DIU/LNG est constitué d'un support plastique en forme de T et d'un réservoir cylindrique situé autour de la tige verticale, composé d'un mélange homogène de LNG et de polyméthylsiloxane, contenant 52 mg de LNG au total [33].



Source : www.integrityleadsolutions.com

Figure 11 : Photo du MIRENA®

❖ **Mécanisme d'action :**

L'effet contraceptif des DIU repose principalement sur une atrophie endométriale et une modification du mucus cervical [34].

❖ **Indications [35]**

- Maladie de Wilson,
- Hypersensibilité au cuivre,
- Anémie,
- Ménorragies,
- Dysménorrhée,
- Ménopause,

❖ **Contre-indications [36]**

- Grossesse connue ou soupçonnée,

- Infection pelvienne ou maladie sexuellement transmissible,
- Avortement septique,
- Fibromes hémorragiques,
- Cavité utérine malformée ou déformée,
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre,
- Maladies trophoblastiques malignes,
- Nulliparité.

❖ **Avantages :**

Les DIU aux progestatifs présentent comme avantages : (18)

- la diminution des dysménorrhées,
- la diminution du volume des règles jusqu'à disparition complète des menstruations après un an d'usage chez 20% des femmes,
- la discrétion,
- la compatibilité avec l'allaitement.

❖ **Inconvénients :** Ils sont les suivants : [8]

- la pose obligatoire par un personnel qualifié,
- la possibilité de perforation de l'utérus,
- les spotting pendant les premiers mois,

- les irrégularités menstruelles,
- la possibilité de formation de kystes fonctionnels ovariens,
- la courte durée d'efficacité (18 mois pour le DIU/P : PROGESTASERT®).

❖ **Posologie :**

Les DIU aux progestatifs doivent être insérés durant les sept premiers jours du cycle ou à l'arrêt d'un autre contraceptif [35].

II.2- Les méthodes mécaniques

On distingue : les préservatifs, le diaphragme et la cape cervicale.

Ils agissent en faisant obstacle aux spermatozoïdes qui ne peuvent alors pas pénétrer dans le tractus génital féminin. A ces méthodes, on peut ajouter l'application de spermicides qui peuvent être utilisés seuls ou en combinaison avec un diaphragme ou un préservatif [35 ; 38].

II.2.1- Les préservatifs

Le Préservatif masculin

C'est la seule méthode à la fois efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées. Il s'agit d'une fine enveloppe, le plus souvent en latex, à appliquer sur le pénis en érection avant le rapport sexuel [39].

Il agit comme une barrière entre le sperme et les organes génitaux féminins, il empêche également les micro-organismes pathogènes de pénétrer dans le vagin ou le pénis. Si l'utilisation est optimale, l'efficacité contraceptive peut atteindre

près de 99% [39]. Il est facilement accessible et ne nécessite pas de prescription ni de supervision médicale. Le préservatif masculin présente néanmoins quelques inconvénients : il nécessite une pose correcte avant tout rapport sexuel avec une possibilité de rupture si l'utilisation est incorrecte. Il doit être changé à chaque rapport sexuel, son utilisation avec les spermicides ou les allergies au latex peuvent causer une irritation pouvant faciliter la transmission d'une IST [40].



Sources : www.alloecouteado.org

Figure 12 : Photo d'un préservatif masculin (condom)

Le Préservatif féminin

C'est une fine gaine souple constituée d'un anneau à chaque extrémité. Il s'insère dans le vagin. L'anneau placé à l'extrémité fermée du préservatif s'adapte autour du col de l'utérus tandis que l'anneau placé à l'extrémité ouverte recouvre les organes génitaux externes [35].



Figure 13 : Photo d'un préservatif féminin (FEMIDON®) [35]

Il est commercialisé sous plusieurs noms dont le plus connu est le FEMIDON®. Son efficacité contraceptive semble être similaire à celle du préservatif masculin [26]. Contrôlé par la femme, plus confortable pour l'homme, il confère une meilleure protection (recouvre les parties génitales internes et externes). Plus résistant (résistance du polyuréthane > de 40% à celle du latex), il ne présente pas d'effets secondaires apparents, ni de réactions allergiques [41]. Les inconvénients du préservatif féminin seraient une planification des rapports sexuels et la nécessité d'une pose correcte avant tout rapport sexuel [40].

II.2.2- Les Diaphragmes

Les diaphragmes actuels, qui sont des préservatifs féminins empêchant les spermatozoïdes de franchir le col utérin, sont des disques souples en fin latex bombés en coupole, dont la circonférence est bordée par un ressort métallique plat ou spiralé gainé du même latex [8].



Source : www.macontraception.fr

Figure 14 : Photo d'un diaphragme

L'adjonction de spermicide au diaphragme est obligatoire. Le diaphragme se place en diagonale le long du vagin [26].

II.2.3- Les Capes cervicales

La cape cervicale est un petit capuchon en latex ou en silicone avec un bord ferme mais flexible sur la partie ouverte. Elle est introduite dans le vagin et coiffe le col de l'utérus [26].



Source : www.femcap.fr

Figure 15 : Photo d'une cape cervicale

La cape peut être posée quelques heures avant le coït et ne sera enlevée que 6 à 8h après. Son efficacité est inférieure à celle du diaphragme [42].

II.3- Les méthodes naturelles

Selon l’OMS, les méthodes naturelles de planification familiale sont des méthodes fondées sur l’identification des jours où la femme est féconde [26].

Ce sont des méthodes beaucoup moins efficaces que la contraception hormonale et sont réservées uniquement aux femmes qui ont une bonne connaissance de leur cycle menstruel, maîtrisant bien la méthode choisie et acceptant ou pouvant médicalement s’exposer à un risque de grossesse. Elles n’ont par contre aucune contre-indication. Hormis l’abstinence absolue, aucune d’entre-elles n’offre une protection vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles [43].

II.3.1- La méthode dite du coït interrompu (retrait)

C’est l’une des méthodes les plus anciennes. Pendant le coït, l’homme se retire du vagin avant l’éjaculation. Ainsi, le sperme n’est pas en contact avec le vagin, et aucun spermatozoïde ne peut parvenir jusqu’à l’ovule. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse. Cette technique est peu efficace très astreignante et source de difficultés conjugales [39 ; 43].

II.3.2- Les méthodes de l’abstinence périodique

L’abstinence périodique dépend de l’aptitude du couple à déterminer avec exactitude la phase fertile du cycle menstruel et de s’abstenir de tout rapport sexuel pendant cette période. Elles sont aussi connues comme techniques prévisionnelles ou d’auto-observation [16].

II.3.2.1- La méthode du calendrier ou rythme (Ogino-Knaus)

Cette méthode a été mise au point par un Japonais (Ogino) et un Autrichien (Knaus). Son emploi correct implique des calculs numériques basés sur la durée des cycles précédents pour prédire le premier et le dernier jour de la phase fertile des cycles à venir [16].

II.3.2.2- La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température d'une femme augmente de 0,2° à 0,5° C et reste la même jusqu'aux règles suivantes [44]. La femme doit prendre sa température de la même façon, oralement, rectalement ou vaginalement, *chaque matin* à la même heure, avant de se lever [44].

II.3.2.3- La méthode Billings

La méthode Billings, du nom du couple australien qui a proposé cette méthode, consiste à observer le changement qualitatif du mucus vaginal au moment de l'ovulation. La femme doit examiner entre le pouce et l'index la consistance et l'élasticité de la glaire [38].

II.3.2.4- La méthode sympto-thermique

Il s'agit d'une méthode combinée qui associe la prise de la température, l'examen de la qualité de la glaire et les symptômes associés à l'ovulation (douleurs, tensions mammaires, saignements) [8]. Cette combinaison a pour objectif, l'augmentation de la fiabilité de la méthode [13 ; 26].

II.3.2.5- La méthode des jours fixes (MJF) et du collier

C'est une méthode contraceptive simple et efficace, basée sur la connaissance de la fécondité. Les femmes ayant des cycles menstruels qui durent de 26 à 32 jours

peuvent utiliser la MJF pour prévenir la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés du 8^{ème} au 19^{ème} jour de leur cycle menstruel.

La méthode du collier rend plus facile l'utilisation de la MJF. Le collier de perles de couleur peut aider une femme à suivre les jours de son cycle, à savoir les jours où elle est féconde du 8^{ème} au 19^{ème} jour, ainsi que la durée de ses cycles pour être sûre qu'elle se situe entre 26 et 32 jours [40].

II.3.3- La méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

La MAMA consiste à utiliser l'allaitement au sein comme méthode temporaire de contraception. Elle requiert le respect de trois critères : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement, elle nourrit son enfant exclusivement au sein et le bébé a moins de 6 mois [43].

II.4- La méthode chirurgicale (stérilisation)

La stérilisation est une méthode limitant de manière définitive la procréation c'est en cela qu'elle se distingue fondamentalement des méthodes de contraception [8]. On distingue : la stérilisation féminine ou ligature des trompes (stérilisation tubaire) et la stérilisation masculine ou vasectomie. Elles sont considérées comme irréversibles et ne sont accessibles qu'aux personnes majeures [45 ; 46].

CHAPITRE III : DONNEES SCIENTIFIQUES VALIDEES CONCERNANT LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

I- DEFINITION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la contraception d'urgence ou contraception post coïtale se définit comme les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non ou mal protégé pour prévenir la survenue d'une grossesse » [47].

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage ; elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les contraceptifs modernes. Elle peut agir à différents stades du cycle féminin, mais le mode d'action des différentes molécules disponibles n'est pas précisément établi [48].

II- HISTORIQUE DE LA CU

En 1998, la contraception d'urgence voit le jour en France, avec la méthode de YUZPE (apparue au début des années 80), qui décrit l'utilisation de comprimés œstroprogestatifs. Elle consiste en l'administration de 100µg d'éthinylestradiol et de 500µg de lévonorgestrel, à renouveler 12h après la première prise. Cette méthode a été reléguée en deuxième intention car ces comprimés nécessitaient une prescription médicale et possédaient des contre-indications liées à la présence de fortes doses d'éthinylestradiol [8].

En mai 1999, en France, a été commercialisé un progestatif seul, le lévonorgestrel dans la spécialité NORLEVO®. Cette spécialité contenait deux comprimés de 0,75mg : le premier comprimé devait être pris dès que possible dans les 72h suivant le rapport sexuel non ou mal protégé et le deuxième

comprimé devait être pris 12 à 24h après le premier [8]. Ces deux comprimés sont désormais remplacés par un seul comprimé de 1,5mg à administrer en une seule prise. On peut obtenir le lévonorgestrel sans ordonnance.

En octobre 2009, une nouvelle spécialité a vu le jour en France et en Europe : EllaOne® dont la molécule est l'ulipristal acétate dosée à 30mg. On parle de « pilule du surlendemain » car c'est un contraceptif d'urgence qui peut être utilisé jusqu'à cinq (5) jours après le rapport sexuel non ou mal protégé. Ce médicament est soumis à prescription médicale et est inscrit sur la liste I [49].

Enfin, un médecin peut procéder à l'insertion d'un DIU-Cu dans les cinq jours. C'est le moyen de contraception d'urgence le plus efficace, avec un taux d'échec de 0,2 à 1,1% [50]. Mais cette méthode nécessite une consultation médicale, engendre un acte invasif et est déconseillée chez les femmes nullipares ayant des comportements sexuels à risque d'infection. Elle reste de ce fait moins accessible [49].

III- LES DIFFERENTS TYPES DE CU DISPONIBLES

Il existe quatre types de contraception d'urgence actuellement disponibles : trois sont hormonales (NORLEVO®, ELLAONE® et le schéma de YUZPE), et la quatrième est mécanique (DIU-Cu).

III.1- Le Lévonorgestrel

Le lévonorgestrel est aujourd'hui le médicament de référence dans la contraception d'urgence. Au Sénégal, on le retrouve dans quatre spécialités : NORLEVO® 1,5mg des laboratoires HRA-Pharma, LEVO-BD® 1,5mg des laboratoires BDA-Pharma, SECUFEM® des laboratoires ELEA et NORVEL-72® des laboratoires MEDNEXT-Pharma.



Source : www.filsantejeunes.com

Figure 16 : Photo d'une pilule NORLEVO®

❖ Indication

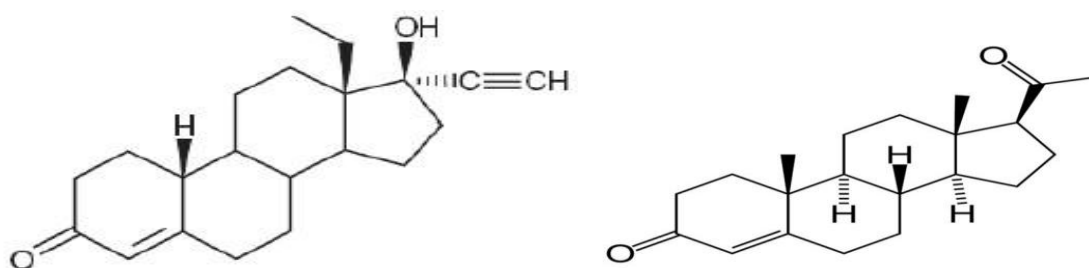
Le lévonorgestrel est indiqué dans la contraception d'urgence dans un délai de 72h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive [51 ; 52].

❖ Posologie et Mode d'administration

Le LEVO-BD®, le NORLEVO® et le SECUFEM® sont présentés par boîte d'un seul comprimé à prendre par voie orale, en une prise. Par contre, le NORVEL-72® se présente par boîte de deux comprimés ; un comprimé à prendre le plus tôt possible et le deuxième, 12 à 24h après la première prise. Il s'agit là d'un « bombardement » d'hormones dans l'organisme féminin, du fait du caractère massif de ce dosage, jusqu'à 50 fois plus qu'une contraception classique par progestatif micro-dosé (0,03mg de lévonorgestrel dans chaque comprimé de MICROVAL®).

L'utilisation du lévonorgestrel ne contre-indique pas la poursuite d'une contraception hormonale régulière. En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du comprimé, il est recommandé de reprendre immédiatement un autre comprimé. On peut prendre cette contraception d'urgence à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles [53 ; 54].

❖ Structure chimique



Source : www.rxlist.com

Figure 17 : Structures chimiques du lévonorgestrel (à gauche) et de la progestérone (à droite)

Le lévonorgestrel est un progestatif de synthèse de structure chimique proche de celle de la progestérone.

❖ Mécanisme d'action

Le mode d'action exact du lévonorgestrel est inconnu. A la dose recommandée, le lévonorgestrel semble agir principalement en inhibant l'ovulation et la fécondation si le rapport sexuel a eu lieu pendant la phase précédant l'ovulation, période où le risque de fécondation est le plus élevé. Il pourrait également induire des modifications de l'endomètre qui empêchent l'implantation. En

revanche, il est inefficace dès lors que le processus d'implantation a commencé [53 ; 54].

❖ **Propriétés pharmacocinétiques**

La biodisponibilité du lévonorgestrel est voisine de 100% de la dose administrée. Le lévonorgestrel se lie à l'albumine sérique et à la Sex Hormon Binding Globulin (SHBG).

Environ 1,5% seulement de la concentration sérique totale du médicament est présente sous forme de stéroïde libre, et 65% est liée spécifiquement à la SHBG.

Après administration orale de 1,5 mg de NORLEVO®, la demi-vie plasmatique du médicament est estimée à 43heures.

Le lévonorgestrel est éliminé sous forme de métabolites, en proportions à peu près égales dans les urines et les fèces. La biotransformation suit les voies de la métabolisation des stéroïdes, le lévonorgestrel est hydroxylé au niveau du foie et les métabolites sont éliminés sous forme glucoronoconjuguée. Aucun métabolite pharmacologiquement actif n'est connu [53 ; 54].

❖ **Précautions d'emploi**

Tout d'abord, la contraception d'urgence n'est pas aussi efficace que les méthodes contraceptives régulières conventionnelles : elle doit rester occasionnelle et ne doit être prise qu'en cas d'urgence. De plus, elle ne protège pas des maladies sexuellement transmissibles. Elle ne permet pas non plus d'éviter une grossesse si la date du rapport non protégé est incertaine, ou s'il y a eu plusieurs rapports.

Habituellement, après la prise de lévonorgestrel, les règles sont normales en abondance et surviennent à la date prévue. Toutefois, s'il y a retard de règles (de plus de cinq jours) ou saignements anormaux, il faut écarter la possibilité de grossesse à l'aide d'un test de grossesse. Si une grossesse survient après la prise de lévonorgestrel, il est possible qu'elle soit ectopique. C'est pour cette raison que le lévonorgestrel est déconseillé lors d'antécédents de salpingite ou de grossesse extra-utérine. De plus, la prise de lévonorgestrel est déconseillée en cas d'atteinte hépatique sévère, de maladie de CROHN (malabsorption du LNG) et de facteurs de risque thromboemboliques [53 ; 54].

❖ Interactions

La prise de médicaments inducteurs hépatiques va accélérer le métabolisme du lévonorgestrel. Ce dernier sera alors éliminé plus rapidement : son efficacité est susceptible d'être diminuée. Il faut donc éviter la prise simultanée de lévonorgestrel avec : les anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), la rifabutine, la rifampicine, la griséofulvine, le ritonavir, et le millepertuis (*Hypericum Perforatum*) [53 ; 54].

❖ Grossesse et Allaitement

Ce médicament ne peut interrompre une grossesse en cours. Le lévonorgestrel est excrété dans le lait maternel. Il est donc recommandé d'allaiter juste avant de prendre le comprimé de lévonorgestrel et de ne pas allaiter pendant au moins huit heures. Un retour rapide à la fertilité est probable après la prise de contraception d'urgence. De ce fait, une contraception hormonale régulière doit être poursuivie ou initiée dès que possible afin de prévenir la survenue ultérieure d'une grossesse [53 ; 54].

❖ **Effets indésirables :** Voici les effets indésirables rapportés après la prise de NORLEVO® [53 ; 54] :

Très fréquents (>1/10) : nausées, douleur abdominale basse, métrorragie, céphalée, fatigue, tension mammaire, retard de règles de plus de 7 jours, vertiges.

Fréquents (>1/100) : diarrhée, vomissement, saignement irrégulier et spotting.

Très rares (<1/1000) : hypersensibilité cutanée (rash, urticaire, prurit, œdème de la face).

❖ **Contre-indications**

Il n'y a pas de contre-indication particulière, si ce n'est l'hypersensibilité au lévonorgestrel ou aux excipients [53 ; 54].

III.2- L'ulipristal acétate (UPA): EllaOne®

EllaOne® est le tout dernier médicament sur le marché utilisé dans la contraception d'urgence. Il est commercialisé par les laboratoires HRA-Pharma (France).



Source : Laboratoires HRA-Pharma

Figure 18 : Photo d'une pilule EllaOne®

❖ Indication

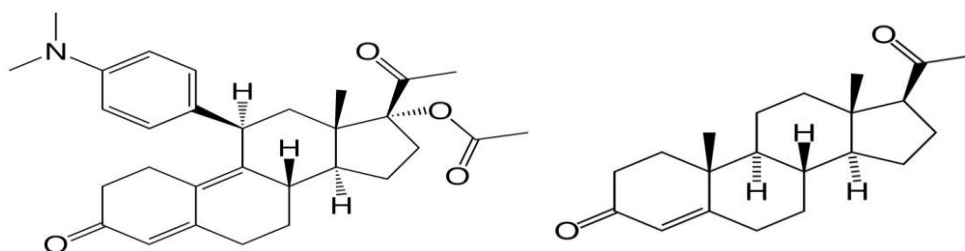
Le principe actif d'EllaOne® est l'ulipristal acétate (UPA), dosé à 30mg ; c'est le premier modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone ayant obtenu l'AMM dans la contraception d'urgence dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non ou mal protégé. EllaOne® est inscrite sur la liste I, elle est donc soumise à prescription médicale [55 ; 56].

❖ Posologie et Mode d'administration

Le comprimé d'EllaOne® est à prendre en une seule fois, par voie orale le plus tôt possible, et au plus tard dans les **120heures** (5 jours) suivant le rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. Il peut être pris au cours ou en dehors des repas et peut être utilisé à n'importe quel moment du cycle menstruel. En cas de vomissement dans les trois heures suivant la prise d'EllaOne®, un autre comprimé doit être pris. Une grossesse doit être exclue avant d'administrer ce médicament [55].

❖ Structure chimique

L'ulipristal acétate est un stéroïde synthétique dérivé de la progestérone.



Source : www.rxlist.com

Figure 19 : Structures chimiques de l'ulipristal acétate (à gauche) et de la progestérone (à droite)

❖ Mécanisme d'action

L'ulipristal acétate est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone. Ce qui signifie qu'après absorption, cette molécule va se lier avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone. Il permet ainsi de retarder l'ovulation s'il est administré jusqu'à un stade proche de l'ovulation. Des données pharmacodynamiques montrent que, même s'il est pris immédiatement avant la date d'ovulation prévue, l'ulipristal acétate est capable de retarder la rupture folliculaire chez certaines femmes [55 ; 56].

❖ Propriétés pharmacocinétiques

Après administration orale d'une dose unique de 30mg, l'ulipristal acétate est rapidement absorbé. Le pic de concentration plasmatique est de 176 ± 89 ng/ml et est atteint approximativement 1 heure après l'ingestion. L'ulipristal acétate est en grande partie lié aux protéines plasmatiques (>98%), notamment à l'albumine, la glycoprotéine acide et la lipoprotéine de haute densité (HDL). L'ulipristal acétate est largement métabolisé en métabolites mono-déméthylés, didéméthylés et hydroxylés. Le métabolite mono-déméthylé possède une activité pharmacologique [55].

❖ Précautions d'emploi

Comme cela a été dit précédemment concernant le lévonorgestrel, la contraception d'urgence n'est pas aussi efficace que les méthodes contraceptives régulières conventionnelles : elle doit rester occasionnelle et ne doit être prise « qu'en cas d'urgence ».

Il doit toujours être conseillé aux femmes d'adopter une méthode de contraception régulière. De plus, elle ne protège pas des maladies sexuellement

transmissibles (MST). Elle ne permet pas non plus d'éviter une grossesse si la date du rapport non protégé est incertaine, ou s'il y a eu plusieurs rapports.

L'utilisation d'EllaOne® n'est pas recommandée en cas :

- d'insuffisance hépatique ou rénale, du fait du manque d'études,
- d'âge inférieur à 18 ans, du fait du manque d'études,
- d'utilisation simultanée d'une contraception d'urgence à base de lévonorgestrel,
- d'utilisation répétée au cours d'un même cycle menstruel,
- d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral,
- d'intolérance au galactose, de déficit en lactase, de syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (présence de lactose monohydraté).

L'utilisation d'EllaOne® est susceptible de réduire l'effet d'une contraception hormonale régulière. Par conséquent, après une contraception d'urgence, il est recommandé, d'utiliser une méthode de contraception barrière fiable jusqu'au début des règles suivantes.

Après la prise d'EllaOne®, les règles peuvent parfois survenir quelques jours avant ou après la date prévue.

Dès lors qu'il y a un doute sur l'éventualité d'une grossesse, il faut faire un test de grossesse. Si une grossesse survient après un traitement par EllaOne®, la possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être envisagée [55].

❖ Interactions

La prise de médicaments inducteurs du CYP3A4 va accélérer le métabolisme de l'ulipristal acétate. Ce dernier sera alors éliminé plus rapidement : son efficacité est susceptible d'être diminuée.

Il faut donc éviter la prise simultanée d'EllaOne® avec : la rifampicine, les anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital), et le millepertuis (*Hypericum Perforatum*) [55].

Par contre, le ritonavir est un inhibiteur du Cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) mais il peut aussi avoir un effet inducteur sur le celui-ci quand il est utilisé pendant une période de temps plus longue. L'utilisation concomitante du ritonavir et de l'ulipristal acétate n'est donc pas recommandée [55].

Pour terminer, comme l'ulipristal acétate se lie aux récepteurs de la progestérone avec une forte affinité, il peut interférer avec l'action des médicaments qui contiennent un progestatif et ainsi, diminuer leur efficacité. Il s'agit des contraceptifs hormonaux combinés, les contraceptifs par progestatif seul ; ainsi que l'utilisation concomitante de l'ulipristal acétate et d'une contraception d'urgence par le lévonorgestrel [55].

❖ Grossesse et Allaitement

EllaOne® est contre-indiqué lors d'une grossesse existante ou suspectée. L'ulipristal acétate est un composé lipophile donc il sera distribué dans le lait maternel [55].

❖ Effets indésirables

La tolérance d'EllaOne® a été évaluée chez 4718 femmes au cours du programme de développement clinique [55]. Lors des essais cliniques, le médicament est administré selon les recommandations de l'AMM, c'est-à-dire que les essais sont réalisés et analysés pour une seule utilisation. Dans la « vraie » vie, les effets indésirables peuvent être majorés lors d'utilisation répétée de ce médicament.

Les effets indésirables qui reviennent le plus fréquemment dans les différentes études (études de phase III) sont : céphalées, nausées, douleurs abdominales et pelviennes, dysménorrhée, fatigue et vertiges.

D'autres effets indésirables fréquents ($>1/100$ à $<1/10$) ont été rapportés : troubles de l'humeur, vomissements, myalgies, douleurs dorsales et sensibilité des seins [55 ; 56].

On peut souligner que les effets indésirables induits par l'UPA sont sensiblement comparables à ceux observés pour le lévonorgestrel.

❖ Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indication particulière, si ce n'est l'hypersensibilité à l'ulipristal acétate ou aux excipients et en cas de grossesse [55].

III.4- Le Dispositif Intra-Utérin au Cuivre (DIU-Cu)

❖ Indication

Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu), appelé également « stérilet », est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, avec un taux d'échec de 0,2 à 1,1% [50]. Elle reste la méthode la moins utilisée du fait du caractère

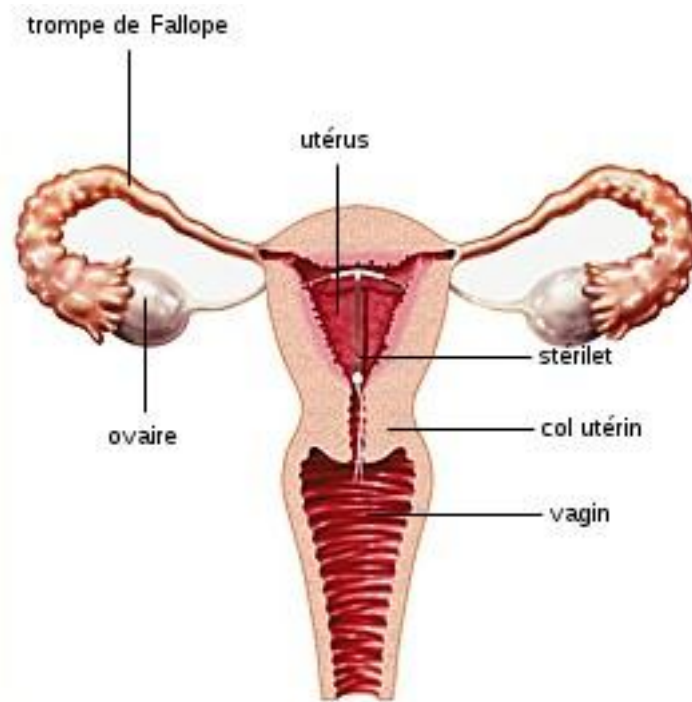
invasif de la pose, de la difficulté à obtenir rapidement un rendez-vous chez un professionnel, et surtout car c'est une méthode qui reste méconnue de la population. Il peut être posé jusqu'à cinq jours après le rapport à risque et jusqu'à cinq jours au plus tard après la date présumée de l'ovulation. Le DIU-Cu n'est délivré que sur ordonnance.

L'avantage de cette contraception d'urgence est qu'elle devient une contraception au long cours dès le moment de la pose **[33]**.

Le DIU ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Le DIU peut être proposé à toutes les femmes, même aux nullipares, dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risques ont été écartées.

Il existe des risques d'expulsion chez les nullipares, des risques d'IST dues au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire **[57]**.



Source : Larousse médical

Figure 20 : Schéma d'un DIU placé dans l'utérus

❖ Description

Le DIU au cuivre va être inséré dans la cavité utérine par un médecin ou une sage-femme.

C'est un petit dispositif très léger (environ 400mg), en plastique radio-opaque, à bras latéraux flexibles (en forme de T), autour duquel s'enroule un fil de cuivre [33].



Source : www.24matins.fr

Figure 21 : Photo d'un DIU au cuivre

La surface de cuivre est de 375 ou 380mm en fonction des dispositifs. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et son retrait.

Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine.

Une fois inséré, la durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10ans selon les dispositifs [57].

❖ **Mécanisme d'action**

Le mode d'action principal du DIU au cuivre est lié à l'effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes. Cela est à l'origine d'une altération des spermatozoïdes et de l'ovule, qui entraîne alors une inhibition de la fécondation.

Le DIU agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche secondairement l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé [57].

❖ Effets indésirables

On peut retrouver différents types d'effets indésirables : [57]

- ceux liés à l'insertion : douleurs, contractions utérines, saignements,
- des risques d'expulsion spontanée ; ce risque est de 5 à 10% dans les cinq ans, et récidivant dans 30% des cas [33],
- des risques de perforation utérine,
- fréquemment, des modifications du cycle menstruel : ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles,
- plus rarement, des risques de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine.

Chez les nullipares, l'insertion est parfois douloureuse et les expulsions spontanées un peu plus fréquentes [33].

❖ Contre-indications

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU-Cu définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont : [57]

- grossesse;
- accouchement récent (entre 48h et 4 semaines après un accouchement) ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;

- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l'endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif, maladie de Wilson ;
- risque accru d'IST (multi-partenariat).

❖ **Précautions d'emploi [57]**

Avant la pose, il faut écarter toute infection par *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea*, en présence de facteurs de risque infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST). Il faut également écarter le risque de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine.

La pose doit être précédée d'un examen gynécologique afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et si possible une hystérométrie, afin d'évaluer la hauteur de l'utérus.

Il est nécessaire de réaliser l'insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses.

L'administration d'une antibioprophylaxie en relation avec la pose d'un DIU-Cu n'est pas recommandée. En revanche, l'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare.

Les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis une fois par an. L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU-Cu est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne.

❖ **Les différents types de DIU-Cu**

Les différents types de DIU au cuivre disponibles au Sénégal sont : **[58]**

- Copper T – 220 ;
- Nova T ;
- Tcu-380 A ;
- Multiload 375 ;
- Gravigarde.

Il faut noter que le cuivre Tcu-380 A est le seul type du DIU disponible au niveau des structures de santé au Sénégal, cependant il est possible de trouver le Gravigarde et le Nova T, qui sont vendus en pharmacie. Seul le Multiload 375 est adapté chez les nullipares.

Les prestataires de services, notamment les médecins, sages-femmes et infirmiers d'état sont autorisés, après une formation adéquate, à offrir le DIU [58].

III.4-La méthode de YUZPE ou contraception d'urgence par œstroprogestatif

Cette méthode consiste à prendre deux pilules combinées contenant 50µg d'éthinylestradiol (EE) et 250µg de lévonorgestrel dès que possible (au plus tard 72 heures après le rapport non protégé) et à renouveler cette prise 12 heures plus tard [8].

Il n'existe plus de spécialité spécifique à la contraception d'urgence, mais il est possible d'utiliser des spécialités commercialisées en tant que contraceptif régulier.

Le **tableau I** regroupe les possibilités avec les pilules disponibles au Sénégal :

Tableau I : Méthode de YUZPE à l'aide des pilules sur le marché

SPECIALITES	Nombres de Comprimés à H0	Nombres de Comprimés à H+12 heures
STEDIRIL®	2 comprimés	2 comprimés
MINIDRIL®	4 comprimés	4 comprimés
ADEPAL®	4 comprimés blancs ou 3 comprimés rouges	4 comprimés blancs ou 3 comprimés rouges
TRINORDIOL®	4 comprimés jaunes	4 comprimés jaunes

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 [8 ; 14].

Cette méthode est peu utilisée car elle comporte plusieurs inconvénients : une moins bonne efficacité, une moins bonne tolérance et une plus grande complexité que la contraception par le lévonorgestrel seul.

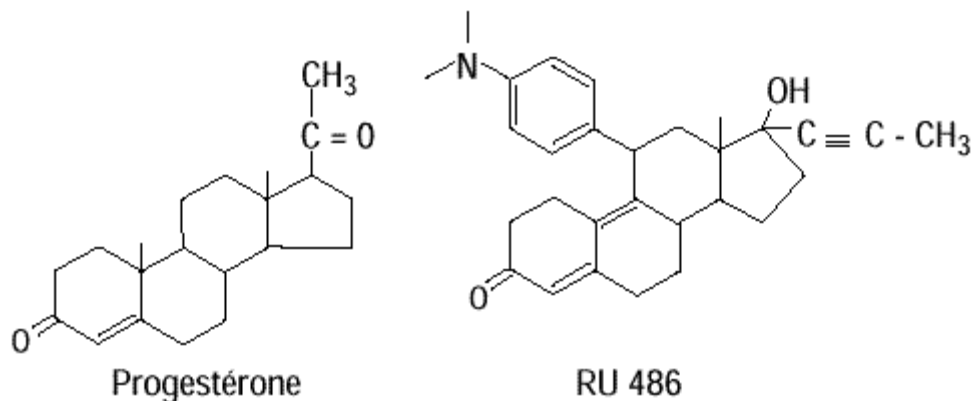
IV- LES PERSPECTIVES EN CONTRACEPTION D'URGENCE

Les méthodes actuellement disponibles pour la contraception d'urgence sont le lévonorgestrel seul, l'ulipristal acétate, le DIU au cuivre et le schéma de YUZPE.

Sachant que la progestérone joue un rôle important dans la mise en route d'une grossesse, on utilise actuellement une anti progestérone, la mifépristone (RU 486) pour la contraception d'urgence [8 ; 16].

En France, la mifépristone (MIFEGYNE® 600mg), est utilisée à des fins d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

La RU 486 possède une structure moléculaire très proche de celle des hormones stéroïdes et se fixe avec une grande affinité sur les récepteurs à la progestérone.



Source : www.rxlist.com

Figure 22 : Structures chimiques de la progestérone (à gauche) et de la RU 486 ou mifépristone (à droite)

Elle a alors un véritable effet anti progestérone et agit en particulier sur l'utérus gravide en entraînant un ramollissement du col, une augmentation de la contractilité du muscle utérin et favorise le décollement de l'embryon [49].

Une dose unique de **10mg** prise dans les 5 jours suivant le rapport potentiellement fécondant est efficace jusqu'à 85% et a une très bonne tolérance [59].

Par ailleurs, au Sénégal, la RU 486 n'est pas commercialisée.

D'autres substances, comme la gestrinone, qui sert au traitement de l'endométriose, sont évaluées dans l'intention d'accroître l'efficacité de cette approche (8).

D'autres anti-progestérones sont à l'étude dans cette indication.

V- LA DELIVRANCE DE LA CU A L'OFFICINE

Comme tous les autres médicaments contraceptifs, le pharmacien peut délivrer la contraception d'urgence prescrite sur une ordonnance rédigée par un médecin ou une sage-femme. Par contre, le NORLEVO®, le LEVO-BD®, le NORVEL-72® et le SECUFEM® (spécialités sur le marché) sont des médicaments non soumis à la réglementation des substances vénéneuses, donc non soumis à prescription.

La contraception d'urgence hormonale à base de lévonorgestrel est une exception au cadre légal entourant la délivrance de contraceptifs, puisqu'elle est la seule à être en vente sans prescription. Il s'agit là d'un paradoxe lorsque l'on sait que ce produit est jusqu'à 50 fois plus dosé qu'une pilule contraceptive inscrite sur la liste I des substances vénéneuses. L'inscription sur cette liste signifie que le produit peut présenter un danger pour la santé ou bien que son activité ou ses effets indésirables nécessitent une surveillance médicale. Le principe d'exonération n'est donc pas appliqué (Articles L.5132-1 et L.5132-6 du code de la santé publique).

En France, lorsque la cliente est une mineure, la délivrance de la CU est encadrée par la loi. Elle se fait de façon anonyme et gratuite. L'article D5134-1 du code de la santé publique précise les conditions de cette délivrance [60].

En ce qui concerne EllaOne® et le DIU au cuivre, la prescription est obligatoire.

VI- Place de la CU dans le programme national de planification familiale (PNPF)

Au Sénégal, une véritable politique de planification familiale a été instaurée dès 1981. Elle a eu pour objectif d'atteindre un équilibre entre l'accroissement de la

population et le développement socio-économique. Il a été ainsi initié le Programme National de Planification Familiale (PNPF). Ce programme, depuis sa mise en place en 1991, n'a cessé de se développer sous la houlette du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Ce ministère coordonne toutes les activités de planification familiale et assure la promotion des services de santé maternelle et infantile [61]. Déjà en 1998, la contraception d'urgence a été introduite dans le curriculum de formation des prestataires de services. En 2000, elle fut mentionnée pour la première fois dans les Politiques, Normes et Protocoles (PNP). Ces PNP mentionnaient que les contraceptifs oraux combinés, les pilules progestatives et le DIU pouvaient être utilisés comme méthodes dans le cadre d'une CU [6].

En 2005, le PREGNON® fut introduit comme la première méthode spécifique de CU dans les PNP. L'introduction du PREGNON® avec l'appui du Fonds des Nations-Unis pour la Population (UNFPA) dans les points de prestation de service du secteur public, a permis de renforcer l'accessibilité de la CU dans le système national de santé. Au niveau du secteur privé, certains grossistes répartiteurs dont la PRODIPHARMA ont assurés depuis 2005 la distribution et la promotion du NORLEVO®.

En 2009, une étude réalisée auprès des pharmacies privées, a révélé que les officines privées demeuraient la principale source d'approvisionnement en produits de CU et a mis en évidence la nécessité d'harmoniser les procédures d'offre de CU au niveau du secteur privé [5]. En 2010, la Division de la santé de la reproduction, avec l'appui de Population Council, a procédé à l'évaluation du processus d'intégration de la CU dans le système national de santé, dans le cadre du forum national sur la CU. Ce forum avait révélé que la CU souffrait d'un problème réel de promotion dans le système national de santé, ceci malgré les efforts consentis.

En effet, il a été noté :

- ☐ Une méconnaissance généralisée du produit au niveau des populations;
- ☐ La persistance des rumeurs autour de la CU qui s'explique par la spécificité et par la sensibilité du produit;
- ☐ Une faible prise en compte de la CU dans l'offre de service de routine, notamment lors du counseling initial et dans les campagnes d'Information, Education et Communication sur la Planification Familiale (IEC/PF);
- ☐ Bien que les officines privées soient la principale source d'approvisionnement des utilisateurs de CU, les prestataires de services au niveau des pharmacies privées avaient besoin d'une mise à jour sur les nouveaux protocoles d'offre de CU.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL PERSONNEL

CHAPITRE I : METHODOLOGIE GENERALE

I- OBJECTIFS

Notre étude avait pour objectifs :

- D'évaluer les connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence,
- D'identifier leurs attitudes, opinions et pratiques en matière de dispensation de ce médicament dans les officines de pharmacie privée de la région de Kaolack.

II- CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans 47 officines de pharmacie privée installées dans la région de Kaolack.

Présentation générale de la région de Kaolack :

La région de Kaolack est localisée entre 14°30 mn et 16°30 mn de longitude ouest et 13°30 mn et 14°30 mn de latitude nord. Elle s'étend sur une superficie de 5 357 km², soit environ 2,8% du territoire national. Elle se situe ainsi entre la zone sahélienne sud et la zone soudanienne nord en constituant avec les régions de Kaffrine, Fatick et Diourbel le cœur du bassin arachidier [62].

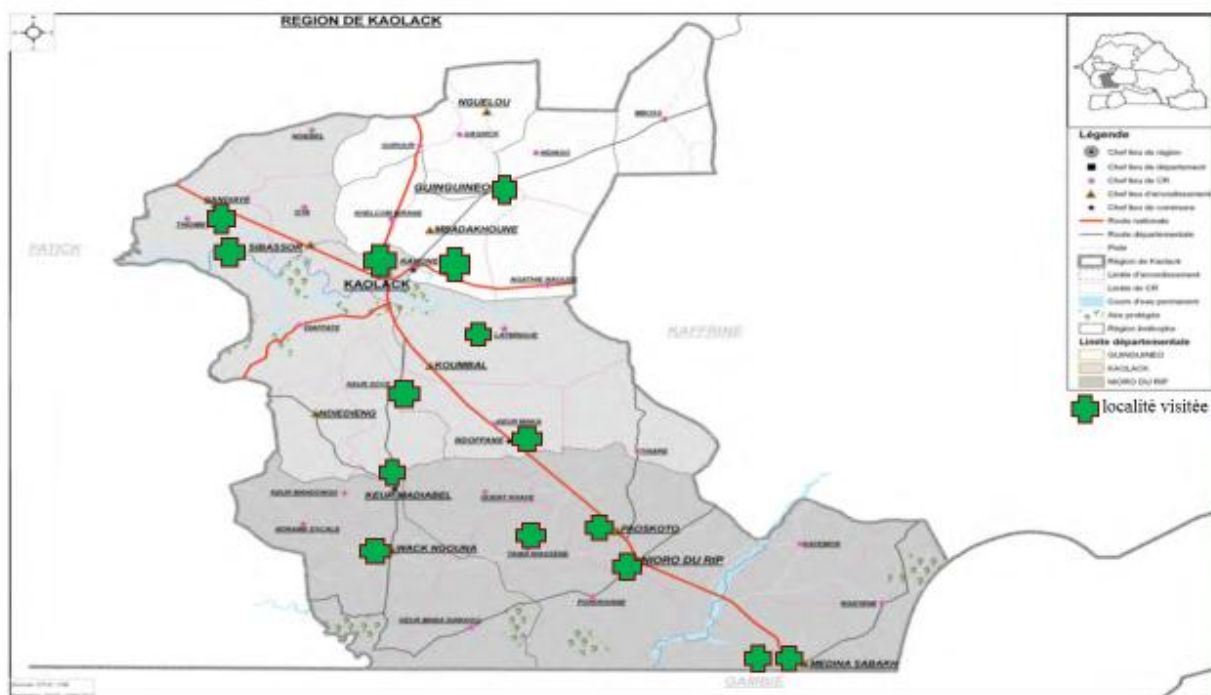


Figure 23 : Carte administrative de la région de Kaolack [62]

La région de Kaolack compte :

- 3 départements
- 10 communes
- 8 arrondissements
- 31 communautés rurales

La population de la région de Kaolack est de 960 875 habitants en 2013 (ANSD/RGPHAE 2013). Elle est ainsi la quatrième région la plus peuplée du pays après celles de Dakar, Thiès et Diourbel. Elle a aussi l'une des plus fortes concentrations humaines avec une densité moyenne de 179 habitants/km². La répartition spatiale de la population n'est pas uniforme : le département de Kaolack a une densité de 212 habitants/km², le département de Nioro compte 306 habitants/km² et celui de Guinguiné 61 habitants/ km² [63].

Les femmes représentent 50,6% de la population totale en 2013 contre 49,4% pour les hommes.

La structure de la population régionale révèle un caractère très jeune (plus de 60%).

La principale religion pratiquée dans la région est l'islam avec plus de 95% de la population, suivi du christianisme qui regroupe 4% et l'animisme 1%.

C'est une population essentiellement rurale avec 64,5% de la population totale de la région ; ce qui explique l'importance du secteur primaire, particulièrement de l'agriculture [63].

La région compte un (01) hôpital régional (type 2), quatre (04) districts sanitaires, quatre (04) centres de santé et soixante-dix-huit (78) postes de santé. Quant au secteur privé, il occupe une place non négligeable dans le dispositif sanitaire de la région avec dix (10) cabinets médicaux, sept (07) cliniques médicales, quatre (04) dispensaires privés catholiques et 53 officines privées [64].

En outre, la formation initiale et continue du personnel paramédical est assurée par le Centre Régional de Formation en Santé (CRFS).

En dehors des postes de santé, la région est loin d'atteindre les Normes de l'OMS en ce qui concerne l'hôpital et les centres de santé. Cependant, la couverture moyenne en cases de santé cache une inégale répartition en faveur du département de Nioro [64]. En effet, le district sanitaire de Nioro compte 107 cases de santé alors que ceux de Kaolack, Ndoffane et Guinguinéo ont respectivement 30, 62 et 50 cases de santé [64].

III- METHODOLOGIE

III.1- TYPE D'ETUDE

Notre étude est de type quantitatif et descriptif qui s'était déroulée auprès de 47 officines de pharmacie privée de la région de Kaolack.

III.2- SITE

Pour le département de Kaolack, l'enquête a concerné quarante-deux (42) pharmacies privées dont trente-huit (38) étaient dans la commune de Kaolack. Pour les départements de Nioro et Guinguinéo, l'étude avait intéressé respectivement trois (3) et deux (2) officines de pharmacie.

III.3- ECHANTILLONNAGE

Notre étude a porté sur un échantillon de **105** prestataires de pharmacie. Nous avons eu à administrer deux, trois voire quatre questionnaires aux prestataires d'une même officine.

III.4- POPULATION

La population visée par notre étude était les prestataires exerçant dans les officines de pharmacie privée retenues comme site d'étude.

III.5- CRITERES D'INCLUSION

Nous avons inclus dans notre étude :

- les pharmaciens responsables d'officines,
- les assistants de pharmacie,
- les vendeurs et préparateurs en pharmacie,
- les stagiaires dans les pharmacies.

III.6- CRITERES DE NON-INCLUSION

Tout Prestataire refusant de participer à l'étude.

III.7- RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été collectées par un étudiant en année de thèse de pharmacie. Nous avons utilisé un questionnaire anonyme à administration directe et auto-administration (**voir annexe**), standardisé et écrit en français, destiné aux prestataires dans les officines de pharmacie privée de la région de Kaolack.

Ce modèle de questionnaire comprend les rubriques suivantes :

- Coordonnées de la structure (nom de l'officine privée, adresse physique, téléphone),
- Caractères socio-démographiques de l'enquêté (âge, sexe, situation matrimoniale, religion, profession, nombre d'année d'exercice de la pharmacie),
- Connaissances de la contraception d'urgence,
- Connaissances des possibles effets indésirables,
- Connaissances des contre-indications,
- Connaissances des interactions médicamenteuses,
- Attitudes par rapport à la contraception d'urgence,
- et les Sources d'informations et services.

Le questionnaire utilisé est une version adaptée de questionnaire qui a été utilisé dans d'autres études sur la contraception d'urgence dans des pays comme la Jamaïque ou la Thaïlande par exemple dans l'étude réalisée par **RATANAJAMIT C. et al.** en 2002 [65], entre autres.

Le questionnaire a été administré par interview auprès des prestataires ou par auto-administration.

III.8- DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Tout d'abord, nous avons sollicité la liste de toutes les officines de pharmacie privée installées dans la région de Kaolack auprès de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).

Des rencontres individuelles et programmées ont été réalisées. Avant le début de chaque interview, nous avons expliqué les objectifs de notre étude tout en insistant sur la confidentialité des données de l'enquête. Il s'agissait d'entretiens individuels après consentement du répondant.

La plupart des interviews s'était déroulée dans la salle de vente de la structure, au niveau du comptoir, lorsqu'il n'y avait pas de clients. Par contre, certaines s'étaient déroulées dans le bureau du pharmacien responsable ou à l'intérieur de la pharmacie.

Cependant, certains répondants n'étaient pas disponibles à répondre au questionnaire lors de notre présence dans la structure. Ainsi, le questionnaire a été laissé sur place et rempli directement par le répondant.

Nous repassons quelques jours plus tard pour le récupérer.

III.9- PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée sur trois périodes, du 03 au 14 décembre 2015 et du 08 au 13 février 2016 en ce qui concerne la commune de Kaolack et environs, et du 28 mars au 02 avril 2016 pour les départements de Guinguiné et Nioro.

III.10- SAISIE ET ANALYSES DES DONNEES

L'ensemble des questionnaires remplis qui ont été collectés, a été saisi par une seule personne.

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- SPSS 20.0, logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données,
- Excel 2013 : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux,
- Word 2013 : traitement de texte pour la saisie.

Pour les données qualitatives nous avons calculé les fréquences et les pourcentages alors que pour les données quantitatives, les moyennes ont été estimées.

III.11- DIFFICULTES RENCONTREES

Cette étude a nécessité la mobilisation de nombreux moyens financiers et humains. Il s'agit entre autres :

- des moyens de déplacement dans les différentes structures de pharmacie. Ceci a nécessité la location d'une moto « Jakarta » pour pouvoir gagner plus de temps. Certaines localités étaient éloignées et la route pour s'y rendre n'était très souvent pas en parfait état,
- de la confection de fiches d'enquête saisies à l'ordinateur (environ 130 fiches),
- du traitement informatisé des données.

Dans certaines structures, les prestataires n'étaient pas disponibles au moment de notre passage et nous étions obligés de repasser une autre fois. Quelques questionnaires n'ont pas pu être récupérés car perdus.

Dans la ville de Kaolack, toutes les pharmacies étaient fermées entre 13h et 15h, du lundi au vendredi. Le samedi, elles étaient ouvertes que la matinée. Seules quelques quatre ou cinq pharmacies assuraient la garde pendant ces heures de pause et le week-end. Ainsi, l'administration du questionnaire n'était pas possible car les prestataires de garde étaient très occupés.

CHAPITRE II : RESULTATS

Notre étude s'est déroulée auprès de 47 officines de pharmacie privées de la région de Kaolack. Près de 130 questionnaires ont été élaborés pour la collecte des données auprès des prestataires. Seuls **105** questionnaires correctement remplis ont été retenus pour l'analyse.

I- Caractéristiques socio-démographiques

Les prestataires étaient âgés entre 21 et 58ans avec une moyenne de **35ans**. Les tranches d'âges les plus représentées étaient celles de 31-40ans (**41%**) et 21-30ans (**35,2%**).

**Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de
notre étude**

VARIABLES	EFFECTIFS	FREQUENCE(%)
Âge		
21-30ans	37	35,2%
31-40ans	43	41,0%
41-50ans	21	20,0%
>50ans	4	3,8%
Sexe		
Homme	50	47,6%
Femme	55	52,4%
Situation matrimoniale		
Marié	75	71,4%
Célibataire	30	28,6%
Religion		
Musulmane	103	98,1%
Chrétienne	2	1,9%
Expérience professionnelle		
<1an	3	2,9%
1-6ans	60	57,1%
7-14ans	30	28,6%
>14ans	12	11,4%
Statut		
Pharmacien titulaire	18	17,1%
Pharmacien-assistant	5	4,8%
Etudiant en pharmacie	1	1,0%
Préparateur	1	1,0%
Vendeur	80	76,2%

Le **tableau II** montre que le sexe ratio était dominé par les femmes. Lors de l'enquête **52,4%** des prestataires rencontrés étaient des femmes.

Dans cette étude il faut constater que dans la région de Kaolack, les prestataires étaient principalement constitués de jeunes. La moyenne d'âge de l'échantillon a été de **35ans** ; l'âge minimum a été de **21ans** ; et le plus âgé des prestataires rencontrés avait **58ans**.

Il faut noter aussi que **76,2%** des prestataires enquêtés étaient âgés de moins de **40ans**. Les pharmaciens titulaires ont constitué le groupe le plus âgé avec une moyenne d'âge de **41ans** contre **34ans** chez les vendeurs et **27ans** chez les pharmaciens-assistants qui étaient les plus jeunes.

La majorité des prestataires interrogés soit **71,4%**, était mariée.

A l'image de la population sénégalaise, **98,1%** de notre échantillon était de religion musulmane contre **1,9%** de religion chrétienne.

Lors de l'enquête, les vendeurs en pharmacie ont été les prestataires qui ont le plus répondu aux questions soit **76%** contre **17%** de pharmaciens titulaires. Les pharmaciens-assistants, étudiants en pharmacie et préparateurs en pharmacie ont été les statuts les moins représentés avec respectivement **5%** et **1%**.

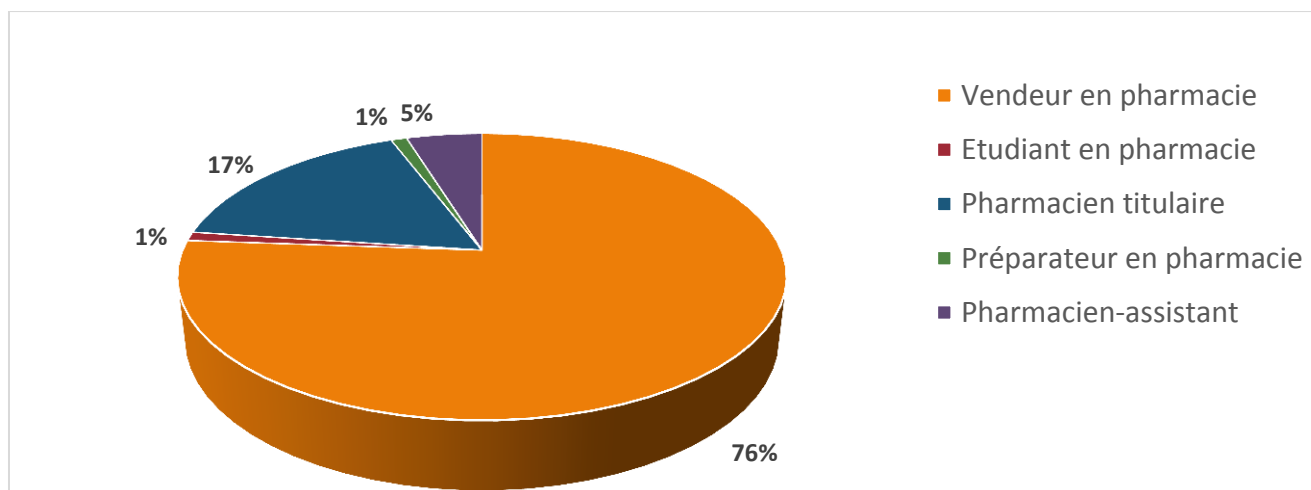


Figure 24 : Répartition de la population d'étude selon le statut

Expérience professionnelle :

La majorité des prestataires enquêtés n'a pas eu une grande expérience professionnelle. En effet **57,1%** de la population d'étude avait une expérience comprise **entre 1 et 6ans**. L'expérience moyenne des prestataires a été de **4ans**. L'expérience minimum a été de **deux mois** et le plus ancien a eu **22ans** d'expérience. Les résultats ont aussi montré que **44,4%** des pharmaciens titulaires ont une expérience de plus de **10ans** et que **46,2%** vendeurs avait une expérience de plus de **5ans**.

II- Connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence

Lors de notre étude, tous les prestataires interrogés ont déclaré avoir entendu parler de la contraception d'urgence. Un taux de **100%** d'entre eux a, au moins une fois, vu la pilule contraceptive d'urgence.

A la question « Pouvez-vous nous donner une définition de la contraception d'urgence ? », plus de la majorité des prestataires interrogés n'ont pas donné de réponse.

II.1- Evaluation des connaissances des différents moyens de CU

La méthode de contraception d'urgence la plus connue des prestataires interrogés est la pilule à base de lévonorgestrel. En effet, **96,2%** des prestataires ne connaissaient que les comprimés à base de lévonorgestrel comme méthode de CU. Seulement **2,9%** des répondants connaissaient le comprimé à base d'ulipristal acétate. Un seul connaissait les comprimés à base d'éthinyl-œstradiol (EE) associé au lévonorgestrel comme moyen de CU. La mifépristone et le DIU au cuivre dans les 5 jours ne sont pas connus des prestataires comme méthode de contraception d'urgence.

Le graphique suivant montre la répartition des prestataires selon les moyens de CU connus.

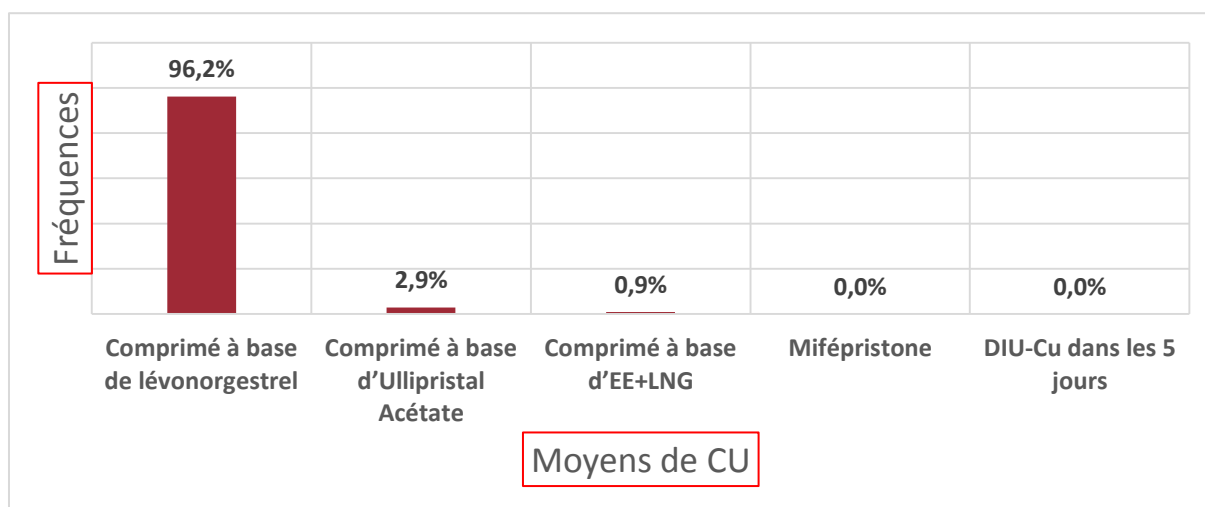


Figure 25 : Répartition des prestataires selon les moyens de CU connus

II.3- Evaluation des connaissances des différents noms de marque de comprimé de CU

Sur l'ensemble des prestataires interrogés, **97,1%** ont cité le Norlévo® comme la seule spécialité dont l'utilisation est approuvée au Sénégal.

En effet, C'est presque la seule spécialité qui est dispensée au client lors d'une demande de CU.

Seuls **trois** prestataires ont cité en plus du Norlévo®, EllaOne® comme spécialité dont l'usage est approuvé au Sénégal. Ces prestataires étaient pharmacien titulaire et étudiant en pharmacie.

Il faut noter que **8,6%** des prestataires ont cité en plus du Norlévo®, le LEVO-BD® comme autre spécialité à base de lévonorgestrel utilisée pour la CU.

Le graphique en secteurs suivant montre la répartition de l'échantillon selon les différents noms de marques de comprimés de CU connus.

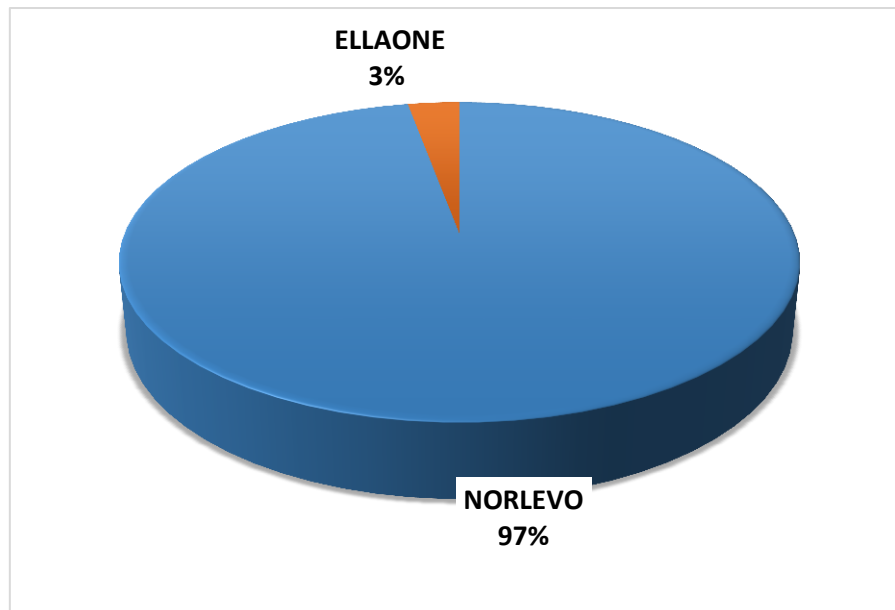


Figure 26 : Répartition des prestataires selon les différents noms de marques de comprimés de CU connus

II.4- Evaluation de la maitrise des prestataires par rapport à la CU

Un ensemble de quatorze affirmations a été soumis aux prestataires pour évaluer leur maitrise de la contraception d'urgence.

Par ailleurs, nous avons pris le soin de bien répondre aux affirmations et autres informations sur la CU et le **tableau III** montre la proportion et le pourcentage des prestataires ayant donné une réponse correcte.

**Tableau III : Proportion de prestataires ayant donné une réponse correcte
aux affirmations sur la CU**

Informations rapportées à propos de la contraception d'urgence (Réponse correcte)	Nombre de réponses correctes	Pourcentage
Pour être efficace le ou les comprimés de CU doit être pris dans les 3 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé. (Vrai)	105	100%
La CU n'est pas efficace si elle prise dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé. (Faux)	3	2,9%
La CU ne peut prévenir une grossesse que dans 50% des cas. (Faux)	23	21,9%
Comparés au comprimé de lévonorgestrel, les autres types de CU (ulipristal acétate, mifépristone, DIU-Cu) sont moins efficaces. (Faux)	9	8,6%
L'usage répété de comprimé de CU peut entraîner une prise de poids et un possible risque pour la santé à long terme. (Vrai)	97	92,4%
La contraception d'urgence est contre-indiquée chez les filles de moins de 15ans. (Faux)	38	36,2%
Les comprimés de CU peuvent être utilisés comme méthodes courantes de contraception et sont même plus efficaces que les méthodes classiques. (Faux)	105	100%
La prise de comprimé de CU est contre-indiquée chez la femme allaitante. (Faux)	53	50,5%
Si une femme déjà enceinte prend la pilule de CU, cela peut entraîner des effets secondaires sur le fœtus. (Faux)	21	20%
La prise de pilule de CU n'augmente pas le risque de cancer. (Vrai)	56	53,3%
Chez une femme déjà enceinte, la prise de comprimé de CU peut entraîner l'avortement dans certains cas. (Faux)	27	25,7%
La prise à long terme de pilule de CU peut entraîner des difficultés de procréation. (Faux)	25	23,8%
Les pilules de CU peuvent dans certains cas protéger également contre les IST. (Faux)	105	100%
Pour être efficace, la pilule de CU doit être utilisée dans les 12 heures qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé. (Faux)	74	70,5%

Ainsi, tous les prestataires interrogés savaient bien que la pilule de CU (à base de lévonorgestrel) n'était plus efficace au-delà de 3 jours et devrait être pris idéalement le plus tôt possible.

Seuls trois (3) prestataires savaient que l'efficacité de la pilule de CU peut aller jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il faut noter que ce sont ces mêmes prestataires qui seuls connaissaient l'ulipristal acétate (EllaOne®) comme moyen de CU et ils avaient tous le statut de pharmacien titulaire.

L'efficacité des pilules contraceptives d'urgence était souvent évoquée lors de la dispensation aux clients. Plus de la majorité des prestataires ont affirmé que la pilule de CU n'était efficace que dans 50% des cas, ce qui est faux. Seuls vingt-trois (23) prestataires interrogés ont donné la bonne réponse.

Les différents moyens de CU sont aussi efficaces les uns que les autres. Presque tous les prestataires interrogés (**91,4%**) ont déclaré que le comprimé à base de lévonorgestrel était plus efficace que les autres moyens de CU (ulipristal acétate, mifépristone, DIU-Cu) du fait qu'ils ne connaissaient pour la plupart que la pilule à base de lévonorgestrel.

L'usage répété voir abusif de la pilule contraceptive d'urgence peut bel et bien entraîner une prise de poids et constitue un risque pour la santé. Dans notre étude, **92,4%** des prestataires interrogés ont bien répondu à cette affirmation.

Lors de notre enquête, seuls **36,2%** des prestataires savaient que la pilule de CU n'était pas contre-indiquée chez les filles de moins de 15ans.

Tous les prestataires interrogés savaient bien que les comprimés de CU ne pouvaient pas être utilisés comme méthode de contraception régulière. Un taux de **100%** d'entre eux, savait que la pilule du lendemain ne devrait être utilisée qu'occasionnellement.

L'allaitement ne constituant pas une contre-indication à la prise de la pilule de CU ; seuls **50,5%** des prestataires ont donné une réponse correcte à cette affirmation.

Le **tableau III** a montré que **80%** de la population d'étude ont déclaré que la prise de pilule contraceptive d'urgence en cas de grossesse pouvait entraîner des effets secondaires sur le fœtus. En effet, aucune étude n'a montré que la pilule du lendemain pourrait avoir un effet sur le fœtus.

Aussi, un peu plus de la moitié des prestataires interrogés soit **53,3%** ont affirmé que la pilule de CU n'augmentait pas le risque de cancer.

Dans notre étude, seul un prestataire sur quatre (**1/4**) connaissait que la pilule de CU ne pouvait pas entraîner un avortement soit **25,7%**. C'est à peu près le même taux de prestataires qui savait que le comprimé de CU ne pouvait pas entraîner des difficultés de procréation soit **23,8%** de la population d'étude.

Tous les prestataires interrogés ont déclaré que la pilule de CU ne protégeait nullement contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Un taux de **70,5%** des prestataires interrogés a déclaré que la pilule contraceptive d'urgence était efficace 12 heures après un rapport sexuel non ou mal protégée. En effet, le délai d'utilisation maximale après un rapport sexuel non ou mal protégé est de 72 heures pour le lévonorgestrel et 120 heures pour l'ulipristal acétate et le DIU-Cu.

III- Evaluation des attitudes des prestataires par rapport à la dispensation de la pilule contraceptive d'urgence

Lors de l'enquête, les prestataires interrogés ont exprimé leurs comportements, opinions et attitudes par rapport à la dispensation de la pilule contraceptive d'urgence. Les informations recueillies sont consignées dans le **tableau IV**.

Tableau IV : Répartition des prestataires selon leurs comportements, opinions et attitudes lors de la dispensation de la pilule de CU

Attitudes des prestataires par rapport à la dispensation de la pilule contraceptive d'urgence	D'accord (%)	Incertain (%)	Pas d'accord (%)
Sans ordonnance, je ne délivre pas de pilule du lendemain	19	2,9	78,1
Les adolescentes ne devraient pas avoir accès à la pilule du lendemain	85,7	1,9	12,4
Je ne délivre pas de pilule du lendemain quand le client est un jeune garçon	95,2	1,0	3,8
Je ne délivre pas de pilule du lendemain aux filles adolescentes	76,2	0	23,8
La pilule du lendemain doit être délivrée uniquement aux femmes victimes de viol	0	1,0	99,0
Je me sens souvent gêné quand un client demande la pilule du lendemain	0	0	100
Je me sens souvent gêné pour donner des conseils sur la prévention de la grossesse, la santé de la reproduction	0	0	100
Je suis souvent gêné quand un client demande des informations sur les méthodes contraceptives	0	0	100
Je suis souvent gêné quand un client demande des informations sur la pilule du lendemain	0	0	100
Il m'arrive souvent de refuser de délivrer la pilule du lendemain à un client	11,4	6,7	81,9
La pilule du lendemain ne doit pas être de vente libre au Sénégal	97,1	1,9	1,0
Je refuse de donner en même temps deux ou trois paquets de pilule du lendemain à un seul client	100	0	0

La contraception d'urgence hormonale à base de lévonorgestrel est une exception au cadre légal entourant la délivrance de contraceptifs, puisqu'elle est la seule à être en vente sans prescription. Ainsi, lors de notre enquête, **78,1%** des prestataires interrogés ont déclaré avoir délivré la pilule du lendemain sans présentation d'une ordonnance contre **19%** qui exigeaient une ordonnance.

Le **tableau IV** a montré que **85,7%** des prestataires interrogés étaient d'accord à ce que l'accès à la pilule du lendemain soit restreint aux adolescentes.

Aussi, **95,2%** des prestataires interrogés ont déclaré ne pas délivrer de pilule du lendemain lorsque le client était un jeune garçon contre **76,2%** lorsque la demande de CU émanait d'une fille adolescente.

La majorité soit **99%** de notre population d'étude désapprouvait le fait que la pilule contraceptive d'urgence ne soit délivrée qu'aux femmes victimes de viol.

Dans notre étude, tous les prestataires interrogés soit **100%** de notre échantillon ont déclaré ne pas sentir aucune gêne lors d'une demande de pilule de CU, de dialogue-conseils sur la prévention contre la grossesse et la santé de la reproduction, ou encore de demandes d'informations sur les méthodes contraceptives ou sur la pilule du lendemain.

Il est à noter également que la majorité soit **81,9%** de notre échantillon, a déclaré ne jamais avoir eu à refuser la délivrance de la pilule du lendemain à un client. La facilité d'accès à la CU a entraîné une augmentation importante de son utilisation. Ainsi, presque tous les prestataires interrogés soit un taux de **97,1%** n'étaient pas d'avis que la pilule contraceptive d'urgence soit de vente libre au Sénégal. Le recours à la CU doit rester exceptionnel. Ainsi, tous les prestataires interrogés soit **100%** de notre échantillon, ont déclaré avoir toujours refusé de donner deux ou trois paquets de pilules de CU à un même client.

IV- Evaluation de la connaissance des prestataires des possibles effets indésirables de la CU

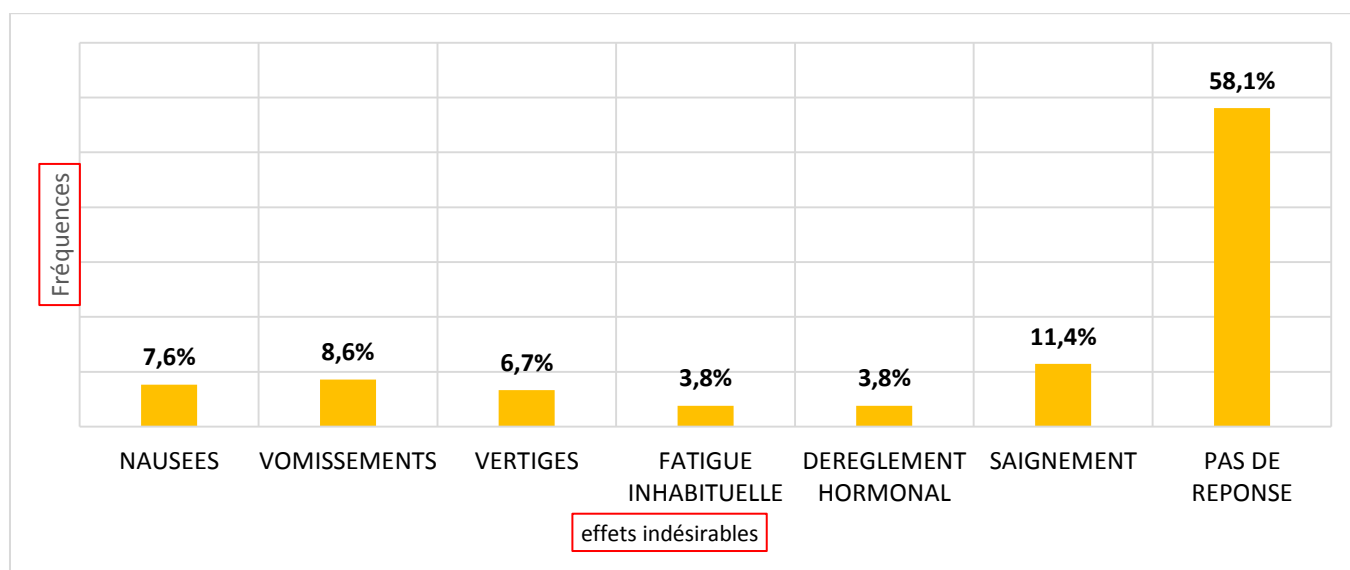


Figure 27 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des possibles effets indésirables de la pilule de CU

La **figure 27** montre que les effets indésirables possibles après une prise de pilule de CU n'étaient pas bien connus des prestataires. En effet, la majorité soit **58,1%** de notre échantillon n'avait pas énuméré de réponse. Par contre, **11,4%** des prestataires interrogés ont cité un saignement comme effet indésirable possible pouvant être entraîné par la pilule de CU et **3,8%** un dérèglement hormonal et une fatigue inhabituelle. Les nausées, vomissements et vertiges ont été énumérés par les prestataires aux taux respectifs de **7,6%**, **8,6%** et **6,7%**.

Le **tableau V** montre les prestataires qui n'ont pas donné de réponse en fonction du statut. En effet, un pharmacien titulaire sur six (**1/6**), deux pharmaciens assistants sur cinq (**2/5**) et sept vendeurs sur dix (**7/10**) ne connaissaient aucun effet indésirable de la CU. Aussi, **33,3%** des pharmaciens titulaires, **40%** des pharmaciens assistants et **13,7%** des vendeurs ont énuméré plus de trois (3) effets secondaires.

Tableau V : Proportions de prestataires qui n'ont pas énuméré d'effet indésirable en fonction du statut

STATUT	N	n	POURCENTAGE
Pharmacien titulaire	18	3	4,9%
Pharmacien assistant	5	2	3,3%
Vendeur	80	56	91,8%
Préparateur	1	0	0%
Etudiant en pharmacie	1	0	0%
TOTAL	105	61	100%

V- Evaluation de la connaissance des prestataires des contre-indications de la CU

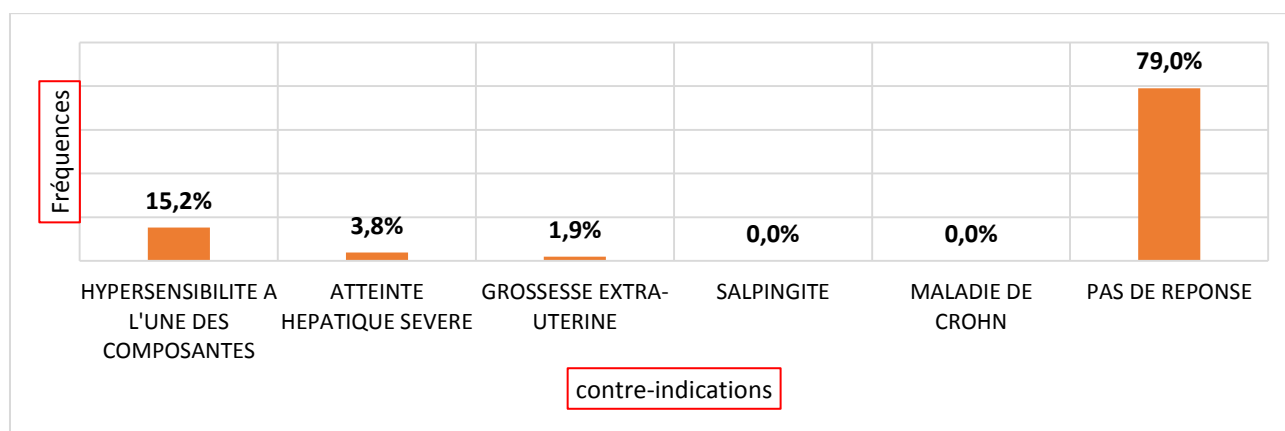


Figure 28 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des diverses contre-indications à l'utilisation de la pilule de CU

Il ressort de notre étude que les différentes contre-indications à l'utilisation de la pilule de CU n'étaient pas bien connues des prestataires interrogés. En effet, le plus grand nombre des prestataires interrogés soit **79,0%** de notre échantillon n'avait énuméré aucune contre-indication à la prise de la pilule contraceptive

d'urgence. Par contre **15,2%** de notre échantillon ont déclaré une hypersensibilité à l'une des composantes comme une des contre-indications de la pilule de CU. L'atteinte hépatique sévère et la grossesse extra-utérine ont été déclarées respectivement par **3,8%** et **1,9%** des prestataires interrogés. La maladie de CROHN et la salpingite n'ont pas été cités par les prestataires comme contre-indications à la prise de la pilule de CU.

Aussi, le **tableau VI** montre que deux pharmaciens sur neuf (**2/9**), deux pharmaciens assistants sur cinq (**2/5**), dix-neuf vendeurs sur vingt (**19/20**) et le préparateur ne connaissaient aucune contre-indication à la prise de la pilule de CU. Parmi les prestataires qui ont énuméré une hypersensibilité à l'une des composantes comme contre-indication à la CU, la moitié soit **50%** a le statut de pharmacien titulaire, **18,7%** celui de pharmacien assistant, **25%** celui de vendeur et **6,3%** celui de préparateur en pharmacie.

Tableau VI : Proportion de prestataires qui n'ont pas énuméré de contre-indication en fonction du statut

STATUT	N	n	POURCENTAGE
Pharmacien titulaire	18	4	4,8%
Pharmacien assistant	5	2	2,4%
Vendeur	80	76	91,6%
Préparateur	1	1	1,2%
Etudiant en pharmacie	1	0	0%
TOTAL	105	83	100%

VI- Evaluation de la connaissance des prestataires des possibles interactions médicamenteuses de la pilule contraceptive d'urgence

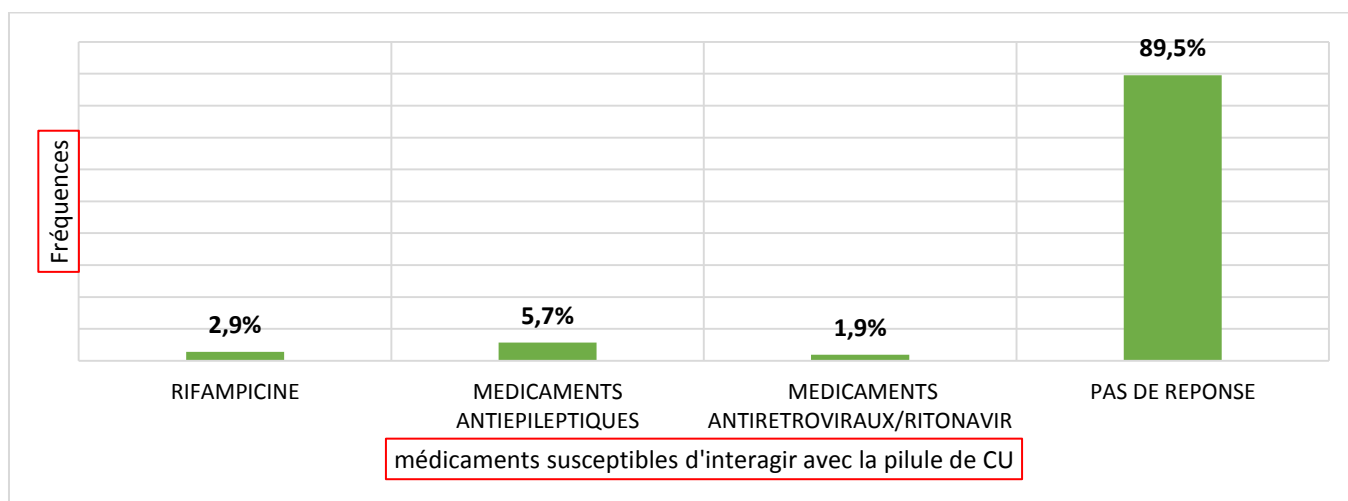


Figure 29 : Répartition des prestataires selon leur connaissance des divers médicaments susceptibles d'interagir avec la pilule de CU

Il est apparu lors de notre enquête que le plus grand nombre de prestataires interrogés n'avait pas énuméré de réponses à cette question, soit **89,5%** de notre échantillon. Seuls **2,9%** des prestataires interrogés ont cité la rifampicine comme médicament pouvant interagir avec le comprimé de CU contre **5,7%** qui ont cité les médicaments antiépileptiques et **1,9%** les médicaments antirétroviraux tel que le ritonavir.

Le **tableau VII** montre les proportions de prestataires qui n'ont pas donné de réponse en fonction du statut. En effet, la moitié des pharmaciens titulaires soit neuf pharmaciens sur dix-huit (**9/18**), trois pharmaciens assistants sur cinq (**3/5**), tous les vendeurs et le préparateur n'ont pas énuméré de réponse concernant les médicaments pouvant interagir avec le comprimé de CU. Six (**6**) prestataires ont énuméré les médicaments antiépileptiques comme pouvant interagir avec le comprimé de CU dont cinq (**5**) pharmaciens titulaires et un (**1**) pharmacien assistant.

Tableau VII : Proportion de prestataires qui n'ont pas donné de réponse sur les interactions avec la CU en fonction du statut

STATUT	N	n	POURCENTAGE
Pharmacien titulaire	18	9	9,6%
Pharmacien assistant	5	3	3,2%
Vendeur	80	80	85,2%
Préparateur	1	1	1,0%
Etudiant en pharmacie	1	1	1,0%
TOTAL	105	94	100%

VII- Evaluation des sources d'informations et services des prestataires par rapport à la contraception d'urgence

Lors de notre enquête, la majorité soit **66,7%** des prestataires interrogés, avait déclaré avoir reçu une formation sur les méthodes contraceptives. Par contre, seuls **7%** de l'échantillon avait été formé sur la contraception d'urgence et ils ont tous le statut de pharmacien titulaire.

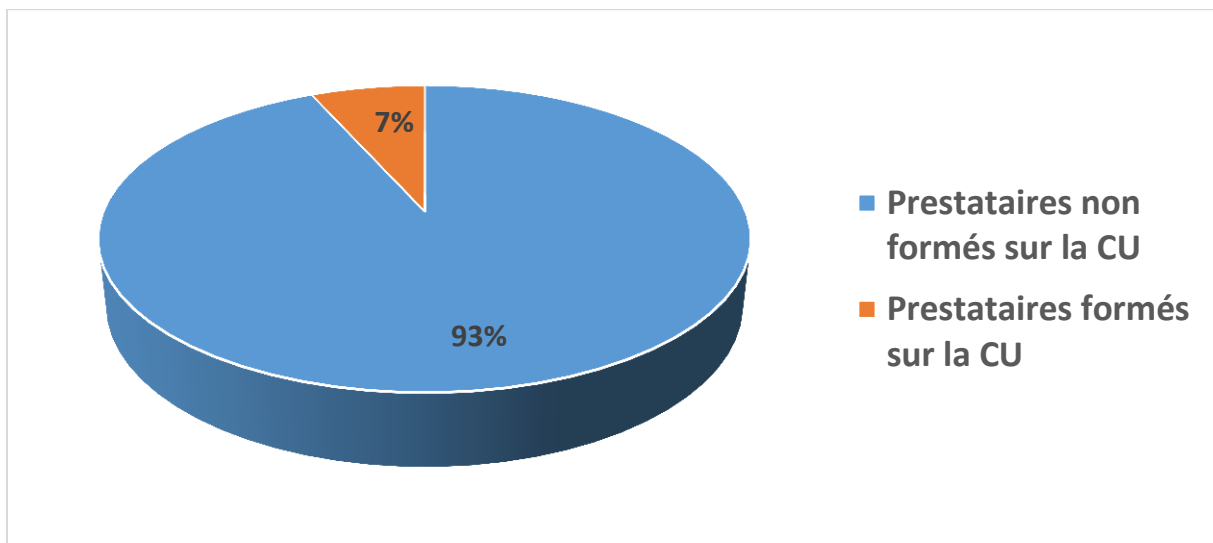


Figure 30 : Répartition des prestataires selon qu'ils aient été formés ou non sur la CU

Les demandes de conseils sur les méthodes contraceptives y compris la contraception d'urgence sont fréquentes en officine. Presque tous les prestataires interrogés soit **99%** de l'échantillon ont déclaré avoir été déjà sollicité pour un conseil sur les méthodes contraceptives y compris la CU. Par contre, tous les prestataires interrogés (**100%**) ont déclaré avoir lu au moins une fois la notice lors d'une demande de conseil.

Le personnel officinal n'est le plus souvent pas très disponible pour des demandes d'informations et conseils. Cependant, la majorité soit **80%** de notre

échantillon a déclaré accorder le temps nécessaire à un client qui voudrait des informations sur la santé de la reproduction et les méthodes contraceptives. Et **4,8%** ont déclaré accorder en général moins de 10 minutes à ce client.

Les officines de pharmacie sont généralement le premier recours des populations pour une demande de conseil-santé. Ainsi, la majeure partie des prestataires interrogés soit **96,2%** de notre échantillon, affirmait que l'officine de pharmacie est un endroit idéal pour délivrer des informations sur les méthodes contraceptives et la santé de la reproduction en général.

Lors de notre étude, tous les prestataires interrogés disposaient d'une principale source d'information sur les méthodes contraceptives. En effet, la majorité soit **63,8%** de notre échantillon a déclaré « visiteurs médicaux » comme principale source d'information. Il ressort également de l'étude que **8,6%** et **5,7%** de l'échantillon avaient respectivement « médias » et « internet » comme principale source d'information. Le reste du groupe soit **21,9%** avait « autres » comme principale source d'information. Cette dernière était, le plus souvent, leurs documents personnels, les interventions du pharmacien responsable ou encore la notice.

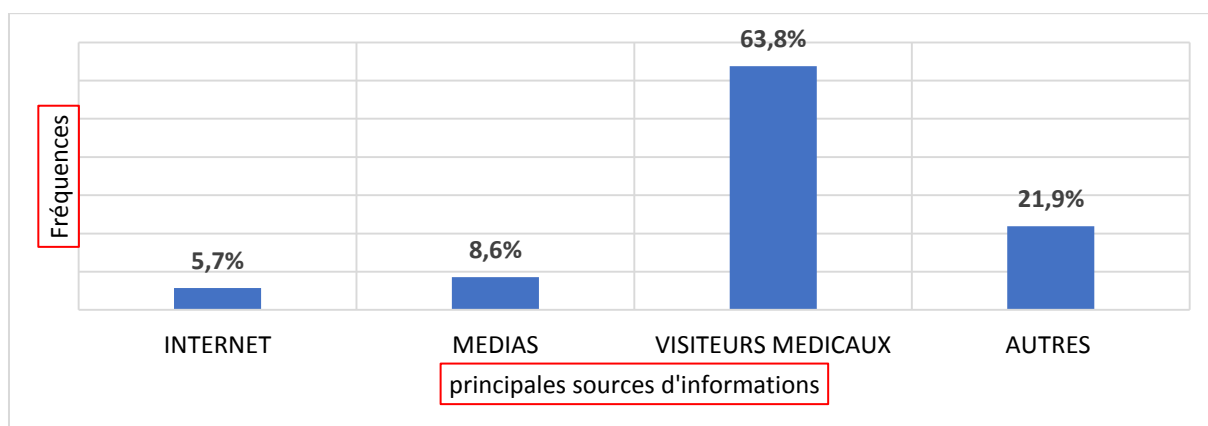


Figure 31 : Répartition des prestataires selon leur principale source d'information sur les méthodes contraceptives

Le **tableau VIII** montre les prestataires qui ont déclaré visiteurs médicaux comme principale source d'information sur les méthodes contraceptives en fonction du statut. En effet, un pharmacien titulaire sur neuf (**1/9**), deux pharmaciens assistants sur cinq (**2/5**), trente-et-un vendeurs sur quarante (**31/40**) et un (**1**) préparateur en pharmacie ont déclaré que le visiteur médical était leur principale source d'information sur les méthodes contraceptives.

Tableau VIII : Proportions de prestataires qui ont déclaré visiteur médical comme principale source d'information en fonction du statut

STATUT	N	n	POURCENTAGE
Pharmacien titulaire	18	2	3,0%
Pharmacien assistant	5	2	3,0%
Vendeur	80	62	92,5%
Préparateur	1	1	1,5%
Etudiant en pharmacie	1	0	0%
TOTAL	105	67	100%

CHAPITRE III : DISCUSSION

Les prestataires de pharmacie privée peuvent jouer un rôle essentiel dans la politique de promotion de la planification familiale. En effet, dans un certain nombre de cas, ils seront les premiers interlocuteurs auxquels une candidate à la contraception demandera un conseil.

Par ailleurs, le niveau de connaissance des prestataires sur la contraception d'urgence est une problématique qui mérite d'être étudiée pour avoir une meilleure prise en charge des besoins en matière de contraception.

L'étude que nous avons menée a permis d'évaluer les connaissances des prestataires sur la CU, de recueillir leurs attitudes et opinions et d'identifier leurs pratiques en matière de dispensation de ce médicament afin d'évaluer la qualité de l'offre.

I- Caractéristiques sociodémographiques

Dans les officines de pharmacie privée de la région de Kaolack, plus de la moitié des prestataires rencontrés soit **52,4%**, était de sexe féminin ; celles-ci étaient plus présentes dans les pharmacies et donc disposées à répondre aux questionnaires.

Les prestataires d'âge supérieur à 50 ans étaient plus rares au niveau des officines et c'était la tranche d'âge active située entre 21 et 40 ans qui occupait en masse les pharmacies visitées. La moyenne d'âge des prestataires a été de **35ans**. Les prestataires de la région étaient généralement mariés. En effet, à l'intérieur du pays, les charges familiales (logement, nourriture, scolarisation des enfants, etc.) ne sont pas élevées par rapport en ville. De ce fait, les gens ont plus tendance à se marier dès qu'ils ont une certaine stabilité financière.

A l'image de la population sénégalaise, presque tous les prestataires interrogés soit **98,1%** étaient de confession musulmane.

Lors de nos visites dans les officines, les pharmaciens titulaires étaient souvent absents de la pharmacie. Ils ont représenté **17,1%** de notre échantillon. Ils ne prenaient pas d'assistant en général, ce qui expliquerait un faible pourcentage d'assistants (**4,8%**) rencontrés au cours de notre étude. A titre de comparaison, ce sont les pharmaciens-assistants qui sont les plus présents dans les officines de la région de Dakar [66]. L'emploi d'étudiants de façon habituelle (en dehors des stages) ne semble pas très fréquent dans les officines de la région. En effet, seule une officine enquêtée emploie un étudiant en fin de formation de façon habituelle.

Dans la région de Kaolack, les vendeurs en pharmacie étaient plus présents soit **76,2%** de notre échantillon. Du fait de l'éloignement, le recrutement d'un vendeur semble être plus facile et moins coûteux qu'un pharmacien-assistant. Dans la plupart du temps, ce sont les vendeurs qui recevaient les clients désirant un conseil sur la contraception y compris la CU.

Au Sénégal peu d'études se sont intéressées sur la contraception d'urgence. Ceci fait qu'il y a un manque notoire de données pour pouvoir comparer la situation actuelle aux années précédentes. Cependant l'étude réalisée en 2009 par *Population Council* [5] montre que les caractéristiques socio-démographiques n'ont pas beaucoup changé. Le pourcentage de prestataires-homme est légèrement plus élevé que celui des femmes en fonction de la région (**68,4%** en 2009 contre **63,2%** à Dakar et **47,6%** dans notre étude). La moyenne d'âge a baissé : elle était de 41ans en 2009 contre 33ans dans la région de Dakar [66] et 35ans dans notre étude à Kaolack.

L'expérience professionnelle est faible. En effet, la grande majorité des prestataires interrogés avait moins de six (6) années d'expérience. Cette faible expérience est due en partie au fait que la plupart des officines se sont installées récemment. Par ailleurs, la grande majorité des officines visitées étaient installées dans la commune de Kaolack.

II- Connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport sexuel non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de pilule ou la déchirure d'un préservatif) [48].

Lors de notre enquête, tous les prestataires interrogés ont déclaré connaître la contraception d'urgence. Elle est surtout connue sous l'appellation de pilule du lendemain.

Par contre, la grande majorité n'a pas donné une définition de la contraception d'urgence. La plupart n'était pas en mesure de donner une définition de la CU mais énumérait ses indications principales et délai d'utilisation.

Comme dans d'autres études [5], la connaissance des prestataires se rapporte au Norlevo®, **96,2%** des prestataires interrogés ne connaissaient que la pilule à base de lévonorgestrel du fait de sa facile manipulation (maîtrise des indications et posologie). Le Norlevo® et le Levo-BD®, spécialités à base de lévonorgestrel, sont les plus connus et les plus présentes dans les officines visitées à cause des visiteurs médicaux faisant la promotion de ces produits dans les officines et résidant dans la région. Par ailleurs, d'autres spécialités à base de lévonorgestrel ont également été citées par les prestataires dont le Secufem® et le Norvel-72®.

L'ulipristal acétate (EllaOne®) n'est pratiquement pas connu des prestataires de la région. Seuls **2,9%** des prestataires ont déclaré connaître EllaOne® et un seul connaissait les comprimés à base d'éthinyl-œstradiol (EE) associé au lévonorgestrel (LNG) comme un moyen de CU. EllaOne® n'est disponible dans aucune des officines visitées. Et les prestataires qui le connaissait ne l'ont jamais dispensé sous prétexte qu'il était cher et qu'ils n'ont jamais reçu ni de prescription ni de cas de conseil ou demande. A titre de comparaison, **27,4%** des

prestataires de la région de Dakar connaissaient EllaOne® contre **22,1%** pour la méthode de YUZPE (combinaison EE et LNG). En effet, la faible connaissance de cette méthode pourrait s'expliquer par le fait qu'elle est de plus en plus abandonnée et n'est donc plus enseignée.

La méconnaissance de EllaOne® est accentuée par le fait qu'elle n'était pas disponible dans les officines de la région à cause de son prix (5.040F CFA en prix publique) et donc non accessible à la majorité des clients. Cependant, EllaOne® reste plus connue à l'international qu'ici au Sénégal. En France par exemple il est remboursable à **65%** si prescription, par l'assurance maladie [48]. Et durant l'année 2009, en France, 32 346 boîtes d'EllaOne® ont été vendus à l'officine et à l'hôpital [48].

Ses résultats montrent qu'au Sénégal, les prestataires doivent renforcer leur capacité et se mettre à niveau en ce qui concerne les nouvelles méthodes de CU.

Aucun prestataire interrogé ne connaissait ni la mifépristone ni le DIU-Cu dans les 5 jours comme moyen de CU. Ceci est due au fait que la mifépristone n'est pas commercialisée au Sénégal donc difficile d'accès et que le DIU-Cu n'est pas disponible dans les officines de pharmacie privée. En plus, le DIU-Cu n'est délivré que sur prescription médicale.

Le ministère de la santé continue d'assurer la promotion de la CU dans les programmes de planification familiale au Sénégal. Pour mieux améliorer l'offre de cette contraception et son accessibilité, le lévonorgestrel dosé à **0,75mg** a été introduit dans la liste des médicaments essentiels [67].

Toutefois, il faut noter que la connaissance des prestataires sur la CU est très limitée.

Les résultats de notre étude ont montré une grande méconnaissance des prestataires interrogés des contre-indications et interactions médicamenteuses de

la pilule du lendemain. Cependant, quelques possibles effets indésirables ont été cités par les prestataires surtout les saignements (**11,4%** de notre échantillon).

Cette insuffisance constatée au cours de notre étude pourrait s'expliquer par une brève revue de la notice ou des brochures d'informations lors du premier contact avec la pilule de CU. En effet, les prestataires n'étaient pas motivés à répondre aux questions sur l'évaluation des connaissances. Et ils ne voyaient pas la nécessité de s'informer davantage sur ces nouveaux produits qui sont beaucoup utilisés par les populations.

Notre étude a permis également d'évaluer la maîtrise des prestataires par rapport à la CU en leur soumettant un ensemble de quatorze affirmations sur l'efficacité, le délai d'utilisation maximal, les précautions d'emploi, entre autres.

Il résulte de l'enquête que les prestataires de pharmacie privée, en général, maîtrisaient bien la CU. En effet, tous les prestataires interrogés savaient que les comprimés à base de lévonorgestrel devaient être pris dans les **72heures** après un rapport sexuel non ou mal protégé. Un taux de **29,5%** des prestataires avait déclaré que la pilule de CU n'était efficace que dans les **12heures** après un rapport à risque. En effet, l'efficacité du traitement est d'autant plus grande que le comprimé est pris rapidement : si possible dans les 12heures après le rapport sexuel non protégé, et dans les 72heures au plus tard. Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, spermicide, cape cervicale) jusqu'au retour des règles suivantes.

En plus, lors des études cliniques, NORLEVO® a prévenu la survenue de 85% des grossesses. L'efficacité semble diminuée en fonction du temps écoulé depuis le rapport non protégé (95% à 24h, 85% entre 24 et 48h et à 58% entre 48 et 72h). L'efficacité après 72h n'est pas connue [54].

Cette maîtrise du délai d'utilisation maximal de la pilule à base de lévonorgestrel pourrait s'expliquer par le fait que souvent les fabricants mettaient les indications et la posologie du produit sur le conditionnement. De ce fait, le prestataire n'aura pas à consulter la notice intérieure pour s'informer et conseiller efficacement le produit.

Par contre, il ressort de nos résultats que l'efficacité dans les **5 jours** de la pilule de CU n'est pas connue des prestataires interrogés, en rapport sans doute avec la méconnaissance de l'ulipristal acétate (EllaOne®). Seuls trois (3) prestataires ont cité EllaOne® comme moyen de CU (deux pharmaciens et un assistant). Par ailleurs, exercer dans la capitale permettrait de mieux connaître certaines spécialités, de mieux se familiariser avec certains types de médicaments. En effet, **27,4%** des prestataires de Dakar connaissaient EllaOne® [66].

Dans notre étude, trois prestataires (**2,9%**) savaient l'efficacité jusqu'à 120 heures de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) contre **34,7%** lors de l'enquête de Dakar [66].

D'autres études ont également révélé la grande méconnaissance des professionnels de santé vis-à-vis du délai maximal d'utilisation d'une méthode de CU qui peut aller jusqu'à 5 jours (EllaOne® et DIU-Cu) après un rapport sexuel non ou mal protégé. Dans l'étude réalisée par **MANE et al.** [68], le résultat est comparable à celui de Dakar [66]; seuls **34%** des prestataires savaient que l'utilisation d'une PCU pouvait se faire dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel à risque. Les résultats issus de l'étude de **WHELAN et al.** en 2013 [69], au Canada, sont légèrement supérieurs (**39,2%** des prestataires interrogés). L'étude de *Population Council* en 2009 [5], au Sénégal, avait également montré que la grande majorité des prestataires ne savait pas que le délai d'efficacité d'une PCU pouvait aller jusqu'à 5 jours. Cet état de fait pourrait s'expliquer par le manque de formation des prestataires et plus particulièrement le personnel-vendeur qui le plus souvent n'a pas une formation

médicale solide. Ceci montre que des efforts doivent être faits dans ce sens. Il est établi que les pharmacies privées étaient le point de vente principal pour l'accès à la CU [5]. Les prestataires-vendeurs sont les plus présents et les plus accessibles dans les officines et la majorité exerce sans aucun diplôme en santé. En effet, la plupart des pharmaciens recrute leurs employés et les forme par la suite. Par ailleurs, promouvoir la formation des prestataires en pharmacie va beaucoup contribuer à améliorer la qualité de la dispensation de la PCU. C'est dans ce sens qu'un guide pour les pilules de contraception d'urgence a été élaboré pour introduire et développer l'offre des pilules de CU dans les pays en voie de développement [70].

Il apparaît dans nos résultats, une faible connaissance de l'efficacité des différents moyens de CU. Seuls **8,6%** des prestataires interrogés ont déclaré que le lévonorgestrel, comparé aux autres types de CU, n'était pas plus efficace. Plusieurs études dont celle réalisée par **Anna GLASSIER et al. [71]**, ont montré que l'ulipristal acétate est plus efficace que le lévonorgestrel surtout au-delà de 72 heures. Les résultats de deux essais indépendants randomisés contrôlés (HRA2914-507 et HRA2914-513 des laboratoires HRA-Pharma) ont également montré que l'efficacité de l'ulipristal acétate n'était pas inférieure à celle du lévonorgestrel chez des femmes qui se sont présentées pour une contraception d'urgence entre 0 et 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec de la méthode contraceptive. Quand les données des deux essais ont été réunies au moyen d'une méta analyse, le risque d'une grossesse avec l'ulipristal acétate était réduit de façon significative par rapport au lévonorgestrel. A aucun moment, n'est abordé le moment du cycle des femmes incluses dans les essais. D'autres essais fournissent des données sur l'efficacité d'EllaOne® jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé. Dans une étude prospective non comparative (HRA2914-509) qui a recruté des femmes qui s'étaient présentées pour une contraception d'urgence et avaient été traitées

par ulipristal acétate entre 48 et 120h après un rapport sexuel non protégé, un taux de grossesses de 2,1% a été observé [55 ; 56].

La non-commercialisation de la mifépristone et la rareté du DIU-Cu et de l'EllaOne® dans les pharmacies font que les prestataires ont une connaissance limitée sur l'efficacité de ces produits.

En plus des effets indésirables habituels, un usage répété de la PCU pourrait entraîner, à long terme, une prise de poids et un possible risque pour la santé. La majorité des prestataires soit un taux de **92,4%** a déclaré la même chose. En effet, une étude réalisée en Espagne en 2011 [72] a montré qu'une utilisation de la pilule de CU comme moyen de contraception régulière peut entraîner des risques de fausse couche et de prise de poids. Des risques de fausses couches ont été rencontrés dans **10,3%** des cas dans l'étude réalisée par **Zhang et al. [73]**.

Aussi, les données sur les effets indésirables, issues des essais cliniques, pourraient être majorées si les utilisatrices utilisent la contraception d'urgence plusieurs fois dans un court intervalle. Cependant, les risques induits par un recours répété à la contraception d'urgence ne sont pas connus, par exemple dans le même mois, ou plusieurs mois de suite [55 ; 56]. Par contre, les PCU utilisées normalement ne présentent aucun risque pour la santé. Aussi, tous les prestataires avaient déclaré que les comprimés de CU ne pouvaient jamais être utilisés comme méthode courante de contraception et ne protégeaient nullement contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois le lévonorgestrel ou l'ulipristal acétate au cours d'un même cycle en raison du taux élevé d'hormone et la possibilité de perturbations du cycle. Il est important d'insister sur le choix d'une contraception à long terme. De plus, il ne protège pas des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Les premiers essais sur la contraception d'urgence avaient été réalisés sur une fille de 13ans. En effet, des chercheurs avaient administré une forte dose d'œstrogène à une fille qui était victime d'un viol [72].

Dans notre étude, un prestataire sur trois (**1/3**) a déclaré que la contraception d'urgence n'est pas contre-indiquée chez les filles de moins de quinze ans. La plupart affirmait dès qu'une fille est active sexuellement, elle devient une utilisatrice potentielle de la pilule du lendemain. Par ailleurs, les données cliniques concernant les femmes de moins de quinze ans sont très limitées [51 ; 52].

D'après les résultats de l'enquête, **50,5%** des prestataires interrogés ont déclaré que la pilule de CU n'était pas contre-indiquée en cas d'allaitement. En effet, le lévonorgestrel et l'ulipristal acétate sont excrétés dans le lait maternel. Environ 0,1% de la dose maternelle peut être transmise à l'enfant par le lait [53 ; 54]. L'effet sur l'enfant allaité n'a pas été étudié donc, un risque pour ce dernier ne peut être exclu. Il est donc recommandé d'allaiter juste avant de prendre le comprimé de lévonorgestrel et de ne pas allaiter pendant au moins huit heures. Aussi, il faut déconseiller l'allaitement pendant une semaine après une prise d'ulipristal acétate. Pendant cette période, il est recommandé de tirer et de jeter le lait maternel afin de stimuler la lactation. Par contre, dans le Vidal, il est mentionné qu'après une prise d'EllaOne®, l'allaitement n'est pas recommandé pendant au moins 36 heures.

Les résultats montrent également que les prestataires interrogés ne disposaient pas de données actuelles sur les moyens de CU. De ce fait ils avaient une faible maîtrise de la contraception d'urgence. En effet, **80%** des prestataires ont déclaré qu'une pilule de CU peut entraîner des effets secondaires sur le fœtus contre **74,3%** qui pensaient qu'elle peut entraîner l'avortement dans certains cas.

Le lévonorgestrel ne peut interrompre une grossesse en cours. En cas de poursuite de la grossesse, des données épidémiologiques limitées n'ont pas mis en évidence des effets secondaires sur le fœtus, il n'existe cependant aucune donnée clinique sur les conséquences potentielles en cas de prise de doses supérieures à 1,5mg de lévonorgestrel.

Pour l'ulipristal acétate, les données de toxicité sur la reproduction sont insuffisantes en raison de l'absence de données pharmacocinétiques humaines et animales. La sécurité pour un embryon humain est inconnue. Chez l'animal, à des doses suffisamment faibles pour maintenir la gestation, aucun potentiel tératogène n'a été observé. Du fait du manque d'études, EllaOne® est contre-indiqué lors d'une grossesse existante ou suspectée.

Par ailleurs, selon les laboratoires HRA-pharma (France), EllaOne® est soumis à un plan de gestion des risques au niveau communautaire, ce qui permettra de connaître les risques à plus long terme.

Le fait de placer EllaOne® comme « médicament sous surveillance » permet d'optimiser l'information des patients, de faire appel à leur vigilance et de les inciter à déclarer les effets indésirables.

Il est ressorti de notre enquête que seuls **23,8%** des prestataires interrogés ont déclaré que la prise à long terme de pilule de CU n'entraînait pas de difficultés de procréation. En effet, un retour rapide à la fertilité est probable après la prise de contraception d'urgence. De ce fait, une contraception hormonale régulière doit être poursuivie ou initiée dès que possible afin de prévenir la survenue ultérieure d'une grossesse.

La question des risques de survenue de cancer sous pilule est parfois abordée par les patientes au comptoir. L'expérience clinique ne révèle aucun lien entre la survenue de cancer chez les humains et la prise de lévonorgestrel.

Des études de carcinogénicité (chez le rat et la souris) ont démontré que l'ulipristal acétate n'était pas cancérigène [55]. Par ailleurs, un peu plus de la moitié soit **53,3%** des prestataires interrogés ont déclaré que la prise de pilule de CU n'augmentait pas le risque de cancer.

Certains cancers sont hormono-dépendants, c'est à dire qu'il existe des récepteurs aux hormones sexuelles dans les tissus cancéreux. Ces hormones sexuelles joueraient un rôle de facteur de croissance [8]. Les données de la littérature rapportent un effet bénéfique des progestatifs (niveau de preuve 2) : [26] sur la survenue du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal. Certaines études démontrent une augmentation du risque de cancer du sein, d'autres aucune augmentation [8].

III- Attitudes des prestataires sur la contraception d'urgence

Lors de notre étude, nous avons eu à relever les comportements, opinions et attitudes des prestataires de pharmacie vis-à-vis de la contraception d'urgence.

En effet, la plupart des prestataires interrogés soit **78,1%** ont déclaré ne pas exiger une ordonnance pour délivrer la pilule du lendemain. Dans une étude de 2009 [5], **41%** des prestataires délivraient la pilule de CU sans ordonnance. Par contre, comparé aux autres pays, le résultat est encore faible. Au Canada, par exemple, **93,6%** des prestataires délivrent la pilule de CU sans ordonnance.

Par souci d'assurer la meilleure efficacité possible à cette formule de rattrapage et pour tenter d'éviter le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), les autorités ont aménagé un circuit simple et facile d'accès à la pilule du lendemain. On peut ainsi obtenir la délivrance de la contraception d'urgence dans les pharmacies ou au sein des établissements publics de santé (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, centres de planification et d'éducation familiale, etc.).

Par ailleurs, la France fut le premier pays à avoir autorisé l'accès sans ordonnance à la « pilule du lendemain ». Depuis mai 1999, le Norlevo® peut être délivré en pharmacie sans prescription médicale obligatoire.

Contrairement au principe majeur du droit pharmaceutique, le monopole pharmaceutique, il y a pour la contraception d'urgence une dérogation, une entorse au cadre juridique établi. C'est la seule dérogation et elle est particulièrement paradoxale.

Par contre, EllaOne® et le DIU-Cu ne sont pas concernés par cette dérogation. Ainsi, les prestataires exigeaient une ordonnance pour ces produits.

D'après les résultats de l'enquête, la majorité des prestataires interrogés soit **85,7%**, estimait que la pilule du lendemain ne devrait pas être accessible aux adolescentes contre **95,2%** aux jeunes garçons. En effet, plusieurs études ont montré que la délivrance de la pilule de CU est souvent refusée aux adolescents. Selon une étude réalisée au Sénégal auprès des pharmacies privées : *« ce sont les adolescent(e)s qui font parfois l'objet de stigmatisation, voire de rejet même si la plupart des prestataires des officines déclarent leur offrir une prise en charge adéquate »* [5]. Les adolescents représentent la majorité de la population sénégalaise et ils sont souvent vulnérables ou victimes de violences sexuelles. Ils ne devraient en aucun cas être privés de la pilule du lendemain.

En France, par exemple, les politiques mises en place vont toutes dans le même sens : faciliter le plus possible l'accès de la contraception d'urgence aux mineures. En effet, la délivrance des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence est gratuite aux jeunes filles qui se déclarent « oralement » mineures. Cette dispensation se fait directement et de façon anonyme [51]. Le pharmacien n'est pas en droit de lui demander une carte d'identité attestant son âge. Le pharmacien adresse ensuite à la caisse d'assurance maladie une facture établie sur une feuille de soins ne comportant

pas le nom de la personne et sur laquelle est collée la vignette de la boîte délivrée [51].

Il apparaît également dans notre étude que tous les prestataires interrogés ont signalé être très à l'aise face à une demande de CU ou pour donner des conseils sur la prévention des grossesses non désirées ou encore donner des informations sur les méthodes contraceptives y compris la pilule du lendemain ; ce comportement témoigne en réalité de leur professionnalisme et de la tenue du devoir de conseil et ceci était valable quelle que soit l'ancienneté des rapports qu'ils avaient avec le client.

Presque tous les prestataires n'étaient pas d'accord que la pilule de CU soit uniquement délivrée aux femmes victimes de viols. Ils ont jugé que le besoin de CU pouvait être ressenti par toutes les catégories de femmes.

Rares étaient les prestataires interrogés qui ont eu à refuser la délivrance de la CU à un client (11,4% de notre échantillon). Les raisons avancées par les prestataires étaient que la personne s'était déjà présentée pour une pilule de CU ou qu'ils suspectaient un mésusage du produit. Par contre tous les prestataires interrogés ont déclaré refuser systématiquement de délivrer deux ou trois paquets de pilule de CU à un même client.

Enfin, 97,1% des prestataires interrogés ont souhaité que la pilule de CU ne soit pas de vente libre au Sénégal. En effet, ils ont estimé que l'accès facilité à ces produits pourrait entraîner leur banalisation. En plus, les risques liés à une fréquence d'utilisation trop importante de ces produits ne sont toujours pas connus.

IV-Sources d'informations et services des prestataires par rapport à la contraception d'urgence

Il résulte de l'enquête que les prestataires des pharmacies privées de la région de Kaolack soit 66,7% étaient formés sur les méthodes contraceptives. Tandis que

7% seulement étaient formés sur la contraception d'urgence. Ces derniers avaient signalé que cette formation s'était faite lors d'un enseignement postuniversitaire (EPU) sur la contraception organisé par *Intrahealth*. Dans certains cas, cette formation avait été assurée par des visiteurs médicaux.

Au cours de l'étude, tous les prestataires interrogés aimeraient être formés sur la contraception hormonale après s'être rendu compte de leurs insuffisances dans ce domaine. Ils souhaitaient pour la plupart comme supports didactiques des brochures, revues ou livres et certains préféraient des EPU ou séminaires de 3 à 4 jours avec des documents à l'appui au niveau de leurs localités.

Vu le rôle de conseil des prestataires auprès des clients, il nous semble important que le personnel soit bien formé, de sorte qu'il ne se limite pas à la vente afin d'obtenir une amélioration de la communication interpersonnelle entre l'officine et les clients. D'autant plus que la grande majorité des prestataires interrogés ont affirmé avoir déjà reçu des demandes de conseils sur les méthodes contraceptives y compris la CU et que l'officine de pharmacie est un endroit idéal pour délivrer ces conseils.

Cependant, **4,8%** des prestataires déploraient le manque de temps pour prodiguer des conseils sur la santé de la reproduction et les méthodes contraceptives. Ceux-là accordaient, en général, moins de dix (10) minutes à un client qui se présentait pour ce genre de conseils. Par ailleurs, la majorité soit **80%** de notre échantillon, a déclaré accorder le temps nécessaire parce que tenus par le devoir de conseils envers les clients.

Les résultats ont également montré que plus de la moitié des prestataires de pharmacie interrogés (**63,8%**) s'informait principalement des visiteurs médicaux sur les méthodes de contraception. En effet, les visiteurs médicaux jouent un rôle essentiel dans la vulgarisation de l'information lors de leur passage dans les

officines. La plupart du temps, le visiteur médical est la seule source d'information que le prestataire-vendeur a à sa portée.

Les prestataires ont déclaré aller rarement sur internet ou vers les médias. Par contre, **21,9%** des prestataires s'informaient généralement par le biais de la mise à la disposition du personnel officinal, par le pharmacien responsable, de documents sur la contraception ou à travers la notice ou encore des documents personnels.

CONCLUSION

La contraception d'urgence (CU), pratiquée depuis plus de 30 ans à travers le monde, est une méthode contraceptive exceptionnelle. Elle permet d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé. C'est la seule méthode contraceptive utilisable immédiatement après qu'un rapport sexuel non protégé a lieu. Parce qu'elle est très différente de toute autre méthode de l'éventail des produits contraceptifs, et parce qu'elle est efficace pour prévenir les grossesses chez les femmes qui l'utilisent, que l'accès à la CU est une partie importante des stratégies globales de planification familiale. Notamment dans un contexte où l'ampleur des grossesses non désirées, les violences et abus sexuels et leurs conséquences (avortements à risque, infanticides) interpellent de plus en plus l'attention voire la responsabilité des autorités publiques et l'ensemble des acteurs de la société.

L'introduction officielle de la contraception d'urgence dans le système national remonte à moins de dix ans (en 2005 dans les Normes et Critères Nationaux), et son histoire est largement tributaire de l'histoire de la planification familiale (PF) caractérisée par une faible utilisation des méthodes modernes en rapport sans doute avec la faible implication des pharmaciens et par l'ampleur des pesanteurs socio-culturelles d'où une prévalence contraceptive relativement faible. Cependant on observe ces dernières années une utilisation abusive de la pilule contraceptive d'urgence surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes en âge de procréer.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier les connaissances des prestataires des pharmacies privées sur la contraception d'urgence et les pratiques en matière de dispensation de ce médicament dans les officines de la région de Kaolack avec comme objectifs spécifiques :

- L'évaluation des connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence,

- L'identification de leurs attitudes, opinions et pratiques en matière de dispensation de ce médicament.

Il ressort de notre étude que le sexe ratio était dominé par les femmes. Lors de l'enquête **52,4%** des prestataires rencontrés étaient des femmes. Il faut constater que dans la région de Kaolack, les prestataires étaient principalement constitués de jeunes. La moyenne d'âge de l'échantillon a été de **35ans**.

Lors de l'enquête, les vendeurs en pharmacie ont été les prestataires qui ont le plus répondu aux questions soit **76%** contre **17%** de pharmaciens titulaires. Les pharmaciens-assistants, étudiants en pharmacie et préparateurs en pharmacie ont été les statuts les moins représentés avec respectivement **5%** et **1%**.

Au cours de l'évaluation des connaissances, tous les prestataires interrogés ont déclaré connaître la CU.

Par rapport aux différents moyens de CU disponibles, la pilule à base lévonorgestrel à travers la spécialité NORLEVO® reste la plus connue des prestataires. En effet, **96,2%** des prestataires ne connaissaient que les comprimés à base de lévonorgestrel comme méthode de CU. Seulement **2,9%** des répondants connaissaient le comprimé à base d'ulipristal acétate. Un seul connaissait les comprimés à base d'éthinyl-œstradiol (EE) associé au lévonorgestrel et aucun ne connaissait ni la mifépristone ni le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu) dans les 5 jours comme méthode de contraception d'urgence.

Sur l'ensemble des prestataires interrogés, **97,1%** ont cité le NORLEVO® comme la seule spécialité dont l'utilisation est approuvée au Sénégal. Seuls **8,6%** des prestataires ont cité en plus du NORLEVO®, le LEVO-BD® comme autre spécialité à base de lévonorgestrel utilisée pour la CU.

Le comprimé à base d'ulipristal acétate (EllaOne®) quant à lui n'était connu que par trois prestataires (deux pharmaciens titulaires et un étudiant en pharmacie). Par contre, tous les prestataires interrogés savaient bien que la pilule de CU à base de lévonorgestrel n'était plus efficace au-delà de 3 jours et devrait être prise idéalement le plus tôt possible. Seuls les prestataires qui avaient cité EllaOne® comme moyen de CU, connaissaient son efficacité jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non ou mal protégé.

Presque tous les prestataires interrogés (**91,4%**) ont déclaré que le comprimé à base de lévonorgestrel était plus efficace que les autres moyens de CU (ulipristal acétate, mifépristone, DIU-Cu) du fait qu'ils ne connaissaient pour la plupart que le NORLEVO®.

Lors de l'étude, **92,4%** des prestataires interrogés ont déclaré que la pilule de CU peut entraîner une prise de poids et constitue un risque pour la santé. Par contre seuls **36,2%** des prestataires savaient que la pilule de CU n'était pas contre-indiquée chez les filles de moins de 15ans. Un taux de **23,8%** des prestataires interrogés a déclaré que le comprimé de CU ne pouvait pas entraîner des difficultés de procréation contre **25,7%** qui ont affirmé que la pilule de CU ne pouvait pas entraîner un avortement. Par ailleurs, **53,3%** des prestataires ont affirmé que la pilule de CU n'augmentait pas le risque de cancer.

Tous les prestataires interrogés savaient que les comprimés de CU ne pouvaient pas être utilisés comme méthode de contraception régulière et qu'ils ne protégeaient pas contre les IST. Un taux de **50,5%** des prestataires ont affirmé que l'allaitement est compatible avec la prise de CU. Par contre **80%** de la population d'étude ont déclaré que la prise de pilule contraceptive d'urgence en cas de grossesse pouvait entraîner des effets secondaires sur le fœtus et **70,5%**

des prestataires interrogés ont déclaré que la pilule de CU était toujours efficace 12h après un rapport sexuel non ou mal protégé.

Il a été constaté au cours de l'étude une très faible connaissance des prestataires des effets indésirables, des contre-indications et des interactions médicamenteuses de la pilule de CU. En effet, la majorité des prestataires n'avait pas énuméré de réponses dans ces rubriques-là.

Les attitudes des prestataires enquêtés par rapport à la dispensation de la CU étaient variées. Ainsi, **78,1%** des prestataires ont déclaré avoir délivré la pilule du lendemain sans ordonnance contre **19%** qui exigeaient une ordonnance.

Un taux de **85,7%** des prestataires interrogés étaient d'accord à ce que l'accès à la pilule du lendemain soit restreint aux adolescentes contre **95,2%** lorsque le client était un jeune garçon. La majorité soit **99%** des prestataires désapprouvait le fait que la pilule contraceptive d'urgence ne soit délivrée qu'aux femmes victimes de viol.

Tous les prestataires interrogés ont déclaré ne pas sentir de gêne lorsqu'un client demandait la pilule de CU ou des conseils sur la prévention contre la grossesse et la santé de la reproduction, ou encore des informations sur les méthodes contraceptives y compris la contraception d'urgence. La majeure partie des prestataires interrogés soit **96,2%** de notre échantillon, affirmait que l'officine de pharmacie est un endroit idéal pour délivrer des informations sur les méthodes contraceptives et la santé de la reproduction en général. Par ailleurs, la majorité des prestataires s'informait principalement sur les méthodes contraceptives à travers les visiteurs médicaux.

Le recours à la CU doit rester exceptionnel. Ainsi, un taux de **97,1%** des prestataires n'étaient pas d'avis que la pilule du lendemain soit de vente libre au Sénégal.

A travers la contraception d'urgence, les pharmaciens sont au centre du dispositif de prévention des grossesses non désirées. Les officines de pharmacie privée au Sénégal offrent une couverture géographique plus complète et plus dense qu'aucune autre structure sanitaire ou sociale, notamment en milieu rural.

Ainsi, au terme de cette étude, pour la majorité des prestataires, le questionnaire a été jugé utile et instructif et des souhaits de renouvellement d'étude de ce genre, sous-tendus par d'autres thèmes d'actualité ont été formulés ; ils désiraient être formés sur les méthodes contraceptives particulièrement sur la contraception d'urgence et avoir des supports didactiques.

En définitive, il serait indispensable d'assurer une formation continue auprès des pharmaciens d'officine privée, de former également les vendeurs des officines car afin qu'ils puissent jouer leur véritable rôle de conseillers auprès des populations.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. SONFIELD A.**
« Working to eliminate the world's unmet need for contraception »
Guttmacher Policy Review, 2006 Winter, 9(1) : 10-13.
- 2. USAID**
« Long-Acting and Permanent Methods of Contraception: Meeting Clients' Needs (Issue brief) »
Washington, D.C., Août 2006.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadi070.pdf
- 3. ANSD**
Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011 - Rapport final.
Février 2012, -482p.
- 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**
Global Health Observatory Country Views, Senegal Statistics Summary (2002 - present).
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SEN?lang=en>
- 5. DIOP N. J., MANE B., FAYE O., NIAN C., THIAW T., SANO COLY A., MBOW F. B., NIAN FAYE Y.**
Enquête sur la Contraception d'Urgence (CU) au niveau des pharmacies.
Ministère de la Santé et de la Prévention, Population Council/ECafrique.
Septembre 2009, -19p.
- 6. MANE B., RAMARAO S., BRADY M., MBOW F. B., THIAM A.**
« Attitudes, Croyances et Pratiques des Leaders d'Opinion Clés (LOC) et des Prestataires sur la Contraception d'Urgence (CU) au Sénégal »
Population Council.
Document de synthèse.
Avril 2012, -32p.
http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2012RH_ECReportSenegal_fr.pdf
- 7. VAN DE GRAAFF KENT M., WARD RHEES R.**
Anatomie et physiologie humaines
Paris : EdiSciences, 2002.-p. 172-177. (Mini Schaum's)
- 8. SERFATY D.**
Contraception.-2ème éd.
Paris : Masson, 2002.-436p. (Abrégés)

9. DENIS-POUXVIEL C., RICHARD D.

La reproduction humaine.

Paris : Nathan, 1996, -p. 14-32 (Collection Sciences 128)

10. DORVAULT et Coll.

La contraception.-27^{ème} éd.

Paris : Dorvault officine, 1987, -p. 1089-1103.

11. HERVET E., BARRAT J.

Contraception.

Paris : Stérilité et Contraception, 1968, -p. 253-261.

12. LOPES P., MENSIER A.

Contraception : méthodes, contre-indications, surveillance.

Paris : La revue du praticien, 2000, 50(4) : 451-460.

13. COURTIEU C., MARES P.

« Contraception : méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance, risques »

Paris, Revue du Praticien, 1992, 42 (17) : 2223-2234.

14. SERFATY D. et Coll.

La contraception.

Paris : Doins Editeurs, 1986.-770p.

15. MARCHECHAUD M.

« Contraception orale.»

Paris, Revue du Praticien, 1998, 12 (43) : 27-42.

16. SERFATY D.

Contraception.

Paris : Masson, 1998.-364p. (Abrégés)

17. COHEN Y., JACQUOT C.

Pharmacologie.-5^{ème} éd.

Médicaments de la reproduction et Contraceptifs oraux.

Paris : Masson, 2001,-p. 393-409. (Abrégés)

18. GRAESSLIN O., QUEREUX C.

« Mise au point sur la contraception »

Reims : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Octobre 2005, 34 (6) : 529-556.

19. ROZENBAUM H.

Les œstrogènes.

Paris : Phase 5, 2001.-143p.

20. BELAISCH J., HOMMAIS-LOUFRANI B.

« Contraception orale : évolution des concepts depuis 30 ans »

Paris : Contraception, Fertilité, Sexualité, 1987, 15 (11).

21. QUEREUX C., GABRIEL R.

Bénéfices non-contraceptifs de la contraception orale.

EM-Consulte - Gynécologie-Obstétrique et fertilité, Décembre 2003, 31 (12) : 1047-51.

22. JAMIN C.

« Contraception macro-progestative : avantages »

Paris : Contraception, Fertilité, Sexualité, Février 1993, 21(2):123-8

23. SCHENCKERY J.

Contraception orale.

Paris : Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, Octobre 1993, n°2046.

24. MEGRET G.

Contraception orale et risque veineux

Paris : Gazelle médicale, 1993, tome 100, n°57.

25. LONCHAMBON P., PLAT P.

Contraception de l'adolescence : biologie, physiologie de la puberté et physiopathologie éventuelle de la contraception au cours de la formation.

Paris : Médecine infantile, Maloine, 1982, n°5.

26. AFSSAPS, ANAES et INPES

Services des recommandations professionnelles de l'ANAES,
Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes
contraceptives chez la femme.

Paris, Décembre 2004, 47p.

http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf

27. BOMME MAIRE M.

Contraception orale.

Paris : Tempo médical, 1989, n°330.

28. VANSINTEJAN G., ARGOTAN N.

Planification familiale : manuel technique pour professionnels de la santé.

New-York : Downstate medical center, 1986.

29. ANNAJAR H.

Contraception par l'implant NORPLANT® : Etude à propos de 250 cas à
Agadir.

Thèse méd., Casablanca, 1998, n°260.

30. SIVIN I., MOO-YOUNG A.

Recent developments in contraceptive implants at the population council.

Contraception, 2002, 65 (4) ,269-72.

31. GIRAUD J.-R., ROTTEN D., BREMOND A., POULAIN P.

Gynécologie : Connaissances et pratiques

Paris : Masson, 2002, 480p. (Abrégés)

**32. KONE B., LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M., OUEDRAOGO A.,
BONANE B., TOURE B., DAO B., SANOU J.**

Contraception par les implants sous-cutanés au lévonorgestrel : expérience
africaine du Burkina Faso.

Médecine d'Afrique Noire, 1999, 46 (3) : 136-139.

33. SERFATY D.

Les dispositifs intra-utérins.

Paris : La lettre du gynécologue, 2000.

34. BERLEX CANADA Inc.

Mirena® : dispositif intra-utérin libérant jusqu'à 20µg de lévonorgestrel par jour (52mg au total) : progestatif.

Monographie du Mirena®, Pointe-Claire, Berlex Canada, 22 décembre 2005, 44p.

35. SARR C.C.T.

Prestations de services de contraception à l'institut d'hygiène sociale de Dakar : Bilan de 10 années d'activités (Janvier 2000 à Décembre 2009).

Thèse méd., Dakar, 2013, n°114.

36. GAFFEN A., COLEMAN G.

Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena®) et perforation de l'utérus.

Bulletin canadien des effets indésirables, vol. 16, n°1, Janvier 2006.

37. GUEYE M.

La planification familiale au niveau du district sanitaire de Bambey : Bilan et perspectives.

Thèse méd., Dakar, 1994, n°6.

38. ABBARA A.

Contraception locale : Les méthodes contraceptives locales.

20 juillet 2003, consulté le 13 janvier 2016 à 12h27.

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/images/contraception_locale.html

39. SIDIBE A.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception.

Thèse méd., Bamako, 2006.

<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M301.pdf>

40. TRAORE J.-M.

Connaissance et utilisation de la contraception au Centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako chez 188 patientes colligées.

Thèse méd., Bamako, 2010.

41. OMS, The Johns Hopkins University : School of Public Health (Center for Communication programs), USAID

Genève (OMS), Baltimore (JHU), Washington, D.C. (USAID) Planification familiale : Manuel à l'intention des prestataires de services de santé du monde entier.

2011.-388p.

<https://www.fphandbook.org/sites/default/files/fr001-fullhandbook.pdf>

42. Association Mieux Prescrire

Dispositifs intra-utérins : une alternative à la contraception hormonale orale.

Paris, Revue Prescrire, 2009, 29 : 113-119.

43. GARAY E.

Evaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux sur les différentes méthodes contraceptives et leur mode d'utilisation.

Thèse méd., Rouen, 2012.

44. OMS, The Johns Hopkins University : School of Public Health (Center for Communication programs), USAID

Genève (OMS), Baltimore (JHU), Washington, D.C. (USAID)

Eléments de la technologie de la contraception : manuel à l'intention du personnel clinique.

Octobre 2000.-324p.

45. BUREAU A.

« Nouvelles contraceptions »

Paris, Revue du Praticien, 2008, 22 (798) : 28-30.

46. INPES, Ministère des affaires sociales et de la santé

« Choisir sa contraception. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », consulté le 24 avril 2016 à 10h47.

<http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

47. OMS

« Contraception d'urgence »

Centre des Média, Aide-Mémoire N° 244 Juillet 2012, Genève

www.who.int/mediacentre/Factsheets/Fs_244/en/, consulté le 9 mai 2016 à 11H02.

48. HAS

Note de cadrage : Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence.
Recommandations en santé publique.

Novembre 2011,-34p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf

49. VINCENT-ROHFRITSCH A., PERNIN E., CHABBERT-BUFFET N.

« Nouveautés en contraception »

Paris, La Revue Sage-Femme, 2012, 11 : 150-157

50. Association Française pour la Contraception (A.F.C.)

« LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN : 180 millions de femmes dans le monde portent un DIU (stérilet) », consulté le 9 mai à 12h22.

<http://www.contraceptions.org/contraceptions/dispositif-intra-uterin-tab>

51. HAS

Avis de transparence Norlevo® 1,5mg, comprimé.

8 juillet 2009.

52. HAS

Avis de transparence Lévonorgestrel Biogaran® 1500µg, comprimé.

28 mars 2012.

53. ANSM

Résumé des caractéristiques du produit : Lévonorgestrel Biogaran® 1500µg, comprimé.

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=65357943&typedoc=R&ref=R0156981.htm>

54. ANSM

Résumé des caractéristiques du produit : Norlevo® 1,5mg, comprimé.

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60812935&typedoc=R&ref=R0256455.htm>

55. ANSM

Résumé des caractéristiques du produit : EllaOne® 30mg, comprimé.

http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf

56. HAS

Avis de transparence EllaOne® 30mg, comprimé.

13 janvier 2010.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf

57. HAS

« Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » Document de synthèse.

Mars 2013,- 54p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

58. NGER R., REYNOLDS H. W.

« Étude de l'évaluation de la baisse de l'utilisation du DIU au Sénégal »

USAID, Division de la Santé de la Reproduction (DSR) et Family Health International (FHI), septembre 2004.-55p.

59. MOY L.

« IVG médicamenteuse : la pilule abortive »

Doctissimo Santé, consulté le 16 mai 2016 à 13h51.

http://www.doctissimo.fr/html/sante/mag_2000/mag0707/sa_1918_ru486.htm

60. HAS

« Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance »

Recommandations en santé publique.

Paris, Avril 2013, -127p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf

61. GUEYE S.

Evolution des constantes biochimiques de la femme sous contraception hormonale.

Thèse pharm., Dakar, 2001, n°1.

62. ANSD, SRSD-Kaolack

Situation Economique et Sociale régionale-2013.

Avril 2015,-11p.

<http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/0-presentation-Kaolack2013.pdf>

63. ANSD, SRSD-Kaolack

Situation Economique et Sociale régionale-2013.

Avril 2015,-5p.

<http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/1-demographie-Kaolack2013.pdf>

64. ANSD, SRSD-Kaolack

Situation Economique et Sociale régionale-2013.

Avril 2015,-23p.

<http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/14-sante-Kaolack2013.pdf>

65. RATANAJAMIT C., CHONGSUVIVATWONG V., GEATER A.F. et al.

A randomized controlled educational intervention on emergency contraception among drugstore personnel in southern Thailand; Journal of the American Medical Women's Association; 2002, Fall 57(4): 196-199, 207 PubMed.

www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/12405236

66. DIAW G.

Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des pharmacies privées sur la contraception d'urgence : enquête dans la région de Dakar.

Thèse pharm., Dakar, 2016, n°175.

67. Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la Pharmacie et des Laboratoires

Liste nationale des médicaments et produits essentiels du Sénégal.

2008, Dakar Sénégal.

68. MANE B., BRADY M., RAMARAO S. et al.

Emergency contraception in Senegal : Challenges and opportunities, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2015, 20:1, 64-73, DOI: 10.3109/13625187.2014.951995

69. WHELAN A. M., DONALD B., HURST L. and E.

Nova Scotia pharmacists' knowledge of, experiences with and perception of factors interfering with their ability to provide emergency contraceptive pill consultations, International Journal of Pharmacy Practice, 2013, 21, pp 314-321

70. HOSSAIN, SHARIF M.I. et al.

« Guide pour les Pilules de Contraception d'Urgence (PCU) : Introduire et développer l'offre des pilules de contraception d'urgence dans les pays en voie de développement » Guide de FRONTIERS, Washington DC : Population Council, 2009

The Population Council, Inc.

71. GLASIER A., CAMERON S. T., FINE P. M. F. and al.

Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. The Lancet, Vol 375, February 13, 2010, pp 555-562

72. CARVAJAL A., SAINZ M., VELASCO V. et al.

« Emergency contraceptive pill safety profile. Comparison of the results of a follow up study to those coming from spontaneous reporting » Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2015, 24: 93-97; Published online 18 November 2014 in Wiley Online Library (wileyonlilelibrary.com) DOI: 10.1002/pds3725

73. ZHANG L., CHEN J., WANG Y. et al.

Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure : a prospective cohort study. Hum Reprod, 2009; 24:1605-11

ANNEXES

ETUDE SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE DANS LES OFFICINES PRIVEES DE LA REGION DE KAOLACK

Bonjour Monsieur (Madame), je m'appelle Cheikh Oumar DIA. Etudiant en Pharmacie en année de thèse à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Dakar. Je travaille avec l'équipe du Professeur Serigne Omar SARR et nous menons actuellement une étude sur la contraception d'urgence dans les officines privées de la région de Kaolack. L'objectif de ce travail de recherche est d'évaluer les connaissances des prestataires sur la contraception d'urgence et d'identifier les pratiques en matière de dispensation de ce médicament dans les officines. Pour ce faire nous avons choisi au hasard une liste d'officines privées où nous allons collecter des informations relatives à l'étude. Votre disponibilité ainsi que les données collectées contribueront grandement à aider le Ministère de la Santé à mieux définir sa politique et ses stratégies en faveur de la santé de la reproduction au Sénégal.

Si vous êtes disponible, je voudrais vous poser des questions sur la contraception d'urgence. Le questionnaire est anonyme et confidentiel, en aucun cas les informations fournies ne seront divulguées ou utilisées à d'autres fins que celles de notre travail de thèse. Le questionnaire n'est pas long et son administration dure en moyenne 15 mn.

Voulez-vous participer à cette étude ? (Si oui, continuer l'enquête, si non arrêter ici.)

☐ Oui ☐ Non

COORDONNEES DE LA STRUCTURE

Nom de l'officine privée

Adresse physique

Téléphone

Caractéristiques sociodémographiques

1- Quel est votre âge actuel ?

2-Sexe

☐ Homme ☐ Femme

3- Quelles est votre situation matrimoniale ?

☐ Marie(e) ☐ Célibataire

4- Quelle est votre religion ?

☐ Musulmane ☐ Catholique ☐ Autre

5- Quelle est votre Profession ?

☐ Pharmacien ☐ Pharmacien assistant

☐ Préparateur ☐ Vendeur ☐ Autre (Préciser) _____

6- Combien d'années d'exercice de la profession comptabilisez-vous ?

Connaissance de la contraception d'urgence

7-Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence ?

OUI

NON

8-Pouvez-vous donner une définition de la contraception d'urgence ?

9-Pouvez-vous nous citer les différentes méthodes de contraception d'urgence que vous connaissez ?

- ☐ Comprime a base de Lovenorgestrol
- ☐ Comprime a base de Ethynil Oestradiol+Lovenorgestrol
- ☐ Acetate Ulipristal
- ☐ Mifepristone
- ☐ DIU dans les 5jrs suivants une relation sexuelle non protegee

10-Pouvez-vous nous citer le ou les noms de marques de comprimés de CU dont l'utilisation est actuellement approuvée au Sénégal ?

- ☐ NORLEVO
- ☐ ELLAONE

Je vais vous citer une liste d'informations que les gens rapportent à propos de la contraception d'urgence et vous allez me dire si ces affirmations sont vraies ou fausses.	Cochez ici	
11-Pour être efficace le ou les comprimés de CU doit (vent) être pris dans les 3 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
12-La CU n'est pas efficace si elle est prise dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
13-La CU ne peut prévenir une grossesse que dans 50% des cas.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
14-Comparés au comprimé de lévonorgestrel, les autres types de contraception (ulipristal acétate, mifépristone) sont moins efficaces.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
15-L'usage répété de comprimés de CU peut entraîner une prise de poids et un possible risque pour la santé à long terme.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
16-La CU est contre-indiquée chez les filles de moins de 15 ans	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
17-Les comprimés de CU peuvent être utilisés comme méthodes courantes de contraception et sont même plus efficaces que les méthodes classiques.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
18- La prise de comprimé de contraception d'urgence est contre-indiquée chez la femme allaitante.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
19-Si une femme déjà enceinte prend la pilule de CU, cela peut entraîner des effets secondaires sur le fœtus.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
20-La prise de pilule de CU n'augmente pas le risque de cancer.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
21-Chez une femme déjà enceinte, la prise de comprimé de CU peut entraîner l'avortement dans certains cas.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
22-La prise à long terme de pilule de CU peut entraîner des difficultés de procréation.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
23-Les pilules de CU peuvent dans certains cas protéger également contre les IST.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
24-Pour être efficace, la pilule de CU doit être utilisée dans les 12 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé.	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux

Connaissance de possibles effets indésirables

24-Pouvez-vous nous citer les possibles effets indésirables que la prise de CU peut entraîner ?

(Cocher uniquement les cases correspondantes aux réponses fournies par le prestataire)

- ☐ Nausees ☐ Vomissements ☐ Vertiges ☐ Fatigue inhabituelle
☐ Dereglement hormonal ☐ Saignement

Connaissance des Contre-indications

25-Pouvez-vous nous citer les possibles Contre-indications de la prise de CU ?

(Cocher uniquement les cases correspondantes aux réponses fournies par le prestataire)

- ☐ Hypersensibilite a l'une des composante ☐ Salpingite
☐ Grossesse extra uterine ☐ Atteinte hepatique severe
☐ Maladie de Crohn

Connaissance des interactions médicamenteuses

26-Pouvez-vous nous citer les principaux médicaments susceptibles d'interagir avec les comprimés de CU et réduire leurs effets thérapeutiques.

- ☐ Rifampicine
☐ Antiretroviraux comme Ritonavir
☐ Medicament antiepileptique e.g Carbamazepine

Attitudes par rapport à la contraception d'urgence	D'accord	Incertain	Pas d'accord
27-Sans ordonnance, je ne délivre pas de pilule du lendemain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28-Les adolescentes ne devraient pas avoir accès à la pilule du lendemain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-Je ne délivre pas de pilule du lendemain quand le client est un jeune garçon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-Je ne délivre pas de pilule du lendemain aux filles adolescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-La pilule du lendemain doit être délivrée uniquement aux femmes victimes de viol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-Je me sens souvent gêné quand un client demande la pilule du lendemain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-Je me sens souvent gêné pour donner des conseils sur la prévention contre la grossesse, la santé de la reproduction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-Je suis souvent gêné quand un client demande des informations sur les méthodes contraceptives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-Je suis souvent gêné quand un client demande des informations la pilule du lendemain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-Il m'arrive souvent de refuser de délivrer la pilule du lendemain à un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-La pilule de contraception d'urgence ne doit pas être de vente libre au Sénégal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-Je refuse de donner en même temps deux ou trois paquets de pilules du lendemain à un seul client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sources d'informations et services

39-Avez-vous déjà reçu une formation sur les méthodes contraceptives ?

☐ Oui

☐ Non

40-Avez-vous déjà reçu une formation sur la contraception d'urgence ?

☐ Oui ☐ Non

41-Vous arrive-t-il de recevoir des demandes de conseils sur les méthodes contraceptives y compris la CU ?

☐ Oui ☐ Non

42-Vous arrive-t-il de lire la notice quand un client demande des conseils?

☐ Oui ☐ Non

43-En moyenne combien de temps accordez-vous à un client qui vous demande des informations sur la santé de la reproduction et les méthodes contraceptives ?

44-Pensez-vous que l'officine est un endroit idéal pour délivrer des informations sur les méthodes contraceptives et la santé de la reproduction en général ?

☐ Oui ☐ Non

45-Quelle est votre principale source d'information sur les méthodes contraceptives ?

☐ Media(Teles,radio, journaux.....

☐ Internet

☐ Visiteurs medicales

☐ Autres (preciser_____)

FIN DE L'INTERVIEW.

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à mes questions.

Permettez-moi de vous rappeler que toutes les informations fournies sont confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude.

Cheikh Oumar DIA

Contacts : kawodia@yahoo.fr

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes Condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président du jury

Vu :

Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par
délégation

Le Doyen

EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DES PHARMACIES PRIVEES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE : ENQUETE DANS LA REGION DE KAOLACK

DIA Cheikh Oumar, Thèse de Pharmacie, Dakar, 2016 N° 206

RESUME

La contraception d'urgence (CU) est un moyen de contraception qui permet d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé.

C'est une méthode contraceptive d'exception qui semblerait être utilisée de manière abusive comme une méthode régulière ce qui augmenterait son taux de prévalence, et jusque-là peu d'études se sont intéressées à la CU.

Sa dispensation dans les pharmacies privées constitue une problématique car beaucoup de prestataires ne maîtrisent pas cette méthode particulière de contraception.

C'est dans ce contexte que les objectifs de notre étude étaient d'évaluer les connaissances des prestataires des pharmacies privées et d'identifier leurs attitudes et pratiques en matière de dispensation de ce médicament.

Une enquête réalisée dans la région de Kaolack au niveau de **47** officines de pharmacie privée nous a permis de recueillir les données suivantes. L'étude a porté sur un échantillon de **105** prestataires et les vendeurs en pharmacie ont été les prestataires qui ont le plus répondu aux questions soit **76%** contre **17%** de pharmaciens titulaires.

Les résultats ont montré que le Norlevo® est la pilule contraceptive d'urgence (PCU) la plus connue (**96,2%**) et la plus délivrée par les prestataires. L'EllaOne® (ulipristal acétate) n'est pas bien connu des prestataires, **trois** d'entre eux seulement ont déclaré connaître cette pilule contraceptive d'urgence (PCU). Dans cette étude également, la majorité des prestataires ne connaissait ni les effets indésirables ni les contre-indications des PCU. Beaucoup d'entre eux n'ont pas reçu de formation sur les méthodes contraceptives et s'informaient principalement auprès des visiteurs médicaux.

En définitive, nous retiendrons que la connaissance des prestataires sur la CU est très limitée. Ainsi pour une dispensation de qualité de la PCU, il est indispensable d'assurer une formation continue auprès des prestataires des pharmacies privées.

Mots clés : contraception d'urgence, grossesse non désirée, rapport sexuel non ou mal protégé, pilule contraceptive d'urgence, pharmacies privées, prestataires.

DIA Cheikh Oumar

Dakar, Sénégal

kawodia@yahoo.fr