



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE
2021

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 29 Octobre 2021, sur un sujet dédié à :

La contraception, ou une révolution pharmaceutique au service du développement des pays du Sud par le biais de la planification familiale : cas de quatre pays d'Afrique de l'Ouest.

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Naomi DICK

né(e) le 17 Janvier 1993

Membres du Jury

Président : Pr. Nathalie Thilly, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Pharmacien

Juges : Dr. Ndeye Coumba Ndiaye, Maître de conférences des Universités
Dr. Prisca Lucas, Cheffe de Projets Cliniques et Recherche Senior
Dr. Ségolène Okoko, Pharmacien

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

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

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

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

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

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent au Dr Ndeye Coumba Ndiaye, non seulement pour avoir accepté d'être ma Directrice de thèse mais surtout pour avoir été tout au long de mon parcours à la faculté, une guide, un soutien et un exemple au travers de sa rigueur dans le travail, son éthique, sa probité et sa détermination en tout temps. Vous resterez pour moi une inspiration tout au long de ma carrière !

Je voudrais ensuite remercier :

- ❖ Mr Mady Kaba, mon très cher époux, qui m'aide à gagner confiance en moi un peu plus chaque jour qui passe, me pousse à croire en la qualité de mon travail et qui m'a tant encouragée durant la rédaction de ce manuscrit.
- ❖ Ma famille et en particulier mon grand-père, Mr Jacques Martin Okombi, qui a contribué à me donner le goût de l'école depuis ma plus tendre enfance ;
- ❖ Ma fratrie, qui m'a toujours poussée à me dépasser pour donner l'exemple et en particulier ma grande sœur Mme Vanessa Dick qui sait toujours trouver les mots justes pour remotiver les troupes ;
- ❖ Mr Guillaume Cuny pour son soutien sans faille tout au long de mes études à Nancy puis à Paris ;
- ❖ Pr Nathalie Thilly pour avoir accepté d'être ma Présidente de jury ;
- ❖ Dr Prisca Lucas et Dr Ségolène Okoko pour avoir accepté de faire partie de mon jury, pour votre amitié et votre intérêt pour la thématique de la Santé Publique en Afrique.

Ensuite, je continuerais en remerciant la France, mon premier pays, ma très chère patrie qui m'a donné la possibilité de m'élever socialement via les études supérieures et aussi la Côte d'Ivoire, mon deuxième pays, qui me donne aujourd'hui la possibilité de briser un certain plafond de verre en exerçant des responsabilités avec un potentiel impact direct sur la vie de milliers de femmes.

Enfin, je finirais en rendant gloire à Dieu, puisse-t-Il continuer à me donner le discernement pour exercer mes choix en conformité avec le chemin de vie qu'Il a tracé pour moi.

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Rétrospective sur la contraception et potentiels apports de la planification familiale dans les pays en voie de développement.....	2
1.	Petit historique de la contraception ; une révolution pharmaceutique au service des populations	2
2.	Apports de la planification familiale dans les pays en voie de développement	5
a)	La planification familiale comme levier de la capture du dividende démographique.	5
b)	Impact en termes de santé publique.....	8
c)	Impact en termes d'autonomisation de la femme	13
3.	Divers acteurs composent l'écosystème de la planification familiale	16
a)	A l'échelle internationale	16
i.	Les Nations Unies ou organisations multilatérales	16
ii.	Les coalitions internationales	18
iii.	Les organisations non gouvernementales internationales.....	19
iv.	Les bailleurs de fonds	20
b)	A l'échelle régionale de l'Afrique de l'Ouest et des pays.....	21
c)	Quelle place pour l'industrie pharmaceutique ?	23
III.	Une vaste gamme de méthodes contraceptives.....	25
1.	Rappels sur la physiologie de la procréation.....	25
2.	Une classification des méthodes contraceptives sujette à débat.....	26
3.	Une efficacité variable suivant la méthode et son utilisation.....	28
4.	Catalogue UNFPA des produits contraceptifs	31
5.	Méthodes contraceptives naturelles.....	31
a)	Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité.....	33
i.	La méthode Billings	33
ii.	La méthode de la température basale du corps	34
iii.	La méthode des deux jours (Two-Day Method®).....	35
iv.	La méthode Ogino-Knaus	36
v.	La méthode des jours fixes	36
vi.	La méthode symptothermique	37
b)	Le retrait.....	37
c)	La méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée.....	38
6.	Méthodes contraceptives modernes barrières.....	40
a)	Préservatifs	40
i.	<i>Préservatifs masculins</i>	40
ii.	<i>Préservatifs féminins</i>	42

b)	Diaphragmes, capes cervicales et spermicides	44
c)	Contraception permanente	46
i.	Stérilisation féminine	46
ii.	<i>Stérilisation masculine</i>	48
d)	Dispositif intra-utérin au cuivre	50
7.	Méthodes contraceptives modernes hormonales	53
a)	Méthodes hormonales oestroprogestatives	54
i.	La pilule contraceptive combinée	55
ii.	Injectables mensuels	59
iii.	Patchs contraceptifs combinés	62
iv.	Anneau vaginal combiné	64
b)	Méthodes hormonales à progestatifs seuls :	65
i.	Pilule progestative	66
ii.	Injectables progestatifs	68
iii.	Implant contraceptif	71
iv.	Dispositif intra-utérin hormonal	73
IV.	Comparaison de l'utilisation de l'outil « planification familiale » dans 4 pays du Partenariat de Ouagadougou	77
1.	Profil sanitaire du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Sénégal en regard de la Planification Familiale :	77
a)	Des économies de la santé en deçà des attentes	77
b)	Des systèmes de santé pyramidaux	78
c)	Analyse de la situation en regard de la planification familiale dans chacun des quatre pays	80
i.	Burkina Faso	80
ii.	Côte d'Ivoire	82
iii.	Guinée	83
iv.	Sénégal	85
2.	Les principales barrières d'accès à une méthode de contraception moderne dans les 4 pays étudiés	86
3.	Analyse de l'utilisation de l'outil « Planification Familiale » au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal	90
a)	Perspectives d'évolution du TPCm au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal	90
b)	Analyse des stratégies mises en place pour faire progresser le TPCm au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal : points forts, points faibles et recommandations	92
i.	Burkina Faso	92
ii.	Côte d'Ivoire	93
iii.	Guinée	93

iv. Sénégal.....	94
V. Conclusion	95

Tableau 1: Pouvoir décisionnel des femmes dans 8 pays du Partenariat de Ouagadougou ⁽⁴²⁾	15
Tableau 2: Indice de PEARL des principales méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 ...	29
Tableau 3: Efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptives naturelles selon l'OMS 2011.....	32
Tableau 4: Exemples de spécialités de COEP	56
Tableau 5: Exemples de spécialités de CIC	60
Tableau 6: Exemples de spécialités de COP	66
Tableau 7: Les spécialités d'injectables progestatifs.....	69
Tableau 8: Exemples de spécialités d'implants contraceptifs.....	71
Tableau 9: Eléments d'organisation du système de santé du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Sénégal pertinent en regard de la PF. ⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾	79

Figure 1: La transition démographique (Kartable).....	6
Figure 2: La Planification Familiale au cœur d'une boucle vertueuse pour l'émancipation de la femme. (réalisation personnelle).....	16
Figure 3: Les acteurs de la PF à différents niveaux d'intervention (réalisation personnelle)..	22
Figure 4: Pyramide sanitaire du Sénégal, 2016. ⁽¹¹⁰⁾	80
Figure 5: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 au Burkina Faso ⁽¹¹²⁾	81
Figure 6: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 en Côte d'Ivoire ⁽¹¹⁵⁾	82
Figure 7: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 en Guinée ⁽¹¹⁷⁾	84
Figure 8: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 au Sénégal ⁽¹¹⁸⁾	85
Figure 9: Exemples d'obstacles spécifiques pouvant jaloner le parcours d'une adolescente ou jeune fille cherchant à avoir accès à une méthode contraceptive moderne au BF, en CI, en Guinée ou au Sénégal (réalisation personnelle).	89
Figure 10: Adéquation entre les besoins, la demande et l'offre en PF (réalisation personnelle)	90

Abréviations et acronymes

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ATM : Access To Medicine index (Indice d'accès aux médicaments)

BMGF : Bill and Melinda Gates Foundation (Fondation Bill et Melinda Gates)

CIC : Contraceptifs Injectables Combinés

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

COEP : Contraceptifs Oraux Oestroprogestatifs

COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs

DCI : Dénomination Commune Internationale

DD : Dividende Démographique

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DNSFN : Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

DSF : Direction de la Santé de la Famille

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

DSSR : Droits et Santé Sexuelle et Reproductive

ECS : Education Complète à la Sexualité

EDS : Enquête Démographique de Santé

EE : EthinylEstradiol

EP : OestroProgestatif

FSH : Follicle Stimulating Hormone (Hormone folliculo-stimulante)

IP : Indice de Pearl

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormone (Hormone Lutéinisante)

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

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

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

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PANB-PF : Plan d'Actions National Budgétisé de la Planification Familiale

PCU : Pilule Contraceptive d'Urgence

PF : Planification Familiale

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

PO : Partenariat de Ouagadougou

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RNB : Revenu National Brut

R-U : Royaume-Uni

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

TBC : Température Basale du Corps

TPC : Taux de Prévalence Contraceptive

TPCm : Taux de Prévalence Contraceptive moderne

UNFPA : United Nation Population Fund (Fonds des Nations unies pour la population)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

Il semblerait que depuis la nuit des temps, l'Homme cherche à avoir un certain contrôle sur sa reproduction. Au fil des siècles, les moyens anticonceptionnels se sont affinés, grâce notamment à la recherche et développement des industries pharmaceutiques et aujourd'hui, la contraception fait partie intégrante des stratégies de planification familiale (PF). Les pays occidentaux ont pu capitaliser sur la PF pour achever leur transition démographique et par la suite, la contraception a été un formidable vecteur d'émancipation de la femme.

Nous montrerons dans un premier temps que de nos jours, dans les pays du Sud et notamment en Afrique de l'Ouest, la PF constitue une opportunité considérable de développement sur plusieurs aspects que sont la capture du dividende démographique (DD), la réduction de la mortalité maternelle et l'autonomisation de la femme ; tout ceci, piloté par différents intervenants de la Santé Publique mondiale constituant l'écosystème de la PF internationale.

Dans un second temps nous évoquerons l'importance du choix libre et éclairé qui peut s'exercer en partie grâce à la large gamme de méthodes contraceptives disponible, dont nous ferons la description, avec comme parti pris une classification en méthodes contraceptives naturelles et méthodes contraceptives modernes.

Enfin, cela nous mènera à voir de façon concrète comment quatre pays de l'Afrique de l'Ouest, nommément le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal, capitalisent sur l'outil « Planification Familiale » pour accélérer leur développement au profit du bien-être de leur population.

II. Rétrospective sur la contraception et potentiels apports de la planification familiale dans les pays en voie de développement

1. Petit historique de la contraception ; une révolution pharmaceutique au service des populations

D'aussi longtemps qu'il nous est possible d'en avoir des traces, les femmes et plus globalement les Hommes, ont toujours cherché à avoir un certain contrôle sur leur fécondité. Ceci, aussi bien dans une optique de procréation que pour, au contraire, jouir d'une sexualité sans la potentielle conséquence d'une naissance.

Mythes ou faits ayant réellement eu cours, on relate que dès 1600 ans avant Jésus-Christ, les femmes mésopotamiennes introduisaient des pierres dans leur vagin afin d'éviter les grossesses ⁽¹⁾. En Egypte, des écrits datant de 2000 ans avant Jésus-Christ relatent l'utilisation de pommades à base d'excréments de crocodiles et de pâte de levain appliquées dans le vagin en guise de spermicides ⁽²⁾. Des douches vaginales à base de citron, de vinaigre et d'huile étaient pratiquées dans l'Antiquité aussitôt le rapport sexuel terminé. Toutes les anciennes civilisations avaient en fait recours à des pratiques plus ou moins hasardeuses et plus ou moins interdites afin de réguler les naissances. Il est également important de souligner que jusqu'à l'avènement de l'ère chrétienne, il n'y avait guère véritablement de distinction entre la notion de contraception et d'avortement dont on essaye aujourd'hui de mieux faire la différence. En effet, la plupart des méthodes de contraception interviennent en amont de la fécondation ayant ainsi un rôle de prévention, lorsque l'avortement lui, intervient après la formation de l'embryon entraînant de fait des questions relatives à la notion du « vivant ».

Une des méthodes de contraception dont on retrouve des traces en Asie depuis près de 4000 ans avant Jésus-Christ et qui a toujours cours aujourd'hui, probablement car elle ne nécessite aucun dispositif mécanique ou même chimique, est le retrait ou encore *coitus interruptus* ⁽³⁾. Cette méthode consiste à ce que l'homme retire son pénis du vagin de la femme juste avant l'éjaculation de sorte à éloigner le sperme de la vulve. Ceci sous-entend que dès la fin de la Préhistoire, les Hommes avaient des connaissances sur la reproduction humaine et notamment sur le potentiel rôle de l'éjaculat masculin. Au Moyen-Age, on pensait que l'utérus de la femme aspirait le sperme, aussi en combinaison du retrait, celle-ci était encouragée à bloquer sa respiration. En cas d'échec du retrait à temps, la femme s'adonnait à une série d'acrobaties qui peuvent aujourd'hui prêter à sourire, comme des sautillements en avant et en arrière pour évacuer le sperme ⁽⁴⁾. A noter qu'à cette époque, la natalité, notamment du fait de la mortalité infantile élevée, était fortement encouragée. Aussi, les méthodes

anticonceptionnelles étaient essentiellement utilisées dans des relations extra-conjugales, ce qui a participé à leur stigmatisation en particulier par l'Eglise qui voyait d'un très mauvais œil qu'on puisse découpler le rapport sexuel de la procréation pour en faire un acte poursuivant uniquement le plaisir ⁽⁴⁾.

Dans les années 1200 avant Jésus-Christ, il semblerait que des hommes égyptiens utilisaient des gaines pour recouvrir leur sexe lors des rapports sexuels comme en témoigne des bas-reliefs dans le sanctuaire de Karnak ⁽⁵⁾. On peut cependant raisonnablement douter de l'utilisation de ces gaines en tant que méthode contraceptive qui auraient eu plus la vocation de servir à des fins rituelles. C'est véritablement au 10^{ème} siècle en Asie, qu'on rapporte les premières utilisations de ce qui peut être aujourd'hui considéré comme « l'ancêtre » du préservatif ⁽⁶⁾. Ceux-ci étaient composés de papier de soie huilée en Chine et d'écailles de tortue au Japon. La période de la Renaissance voit le célèbre anatomiste italien Gabriele Fallopio, proposer un fourreau de lin trempé dans une décoction d'herbes astringentes porté sur le sexe masculin, essentiellement pour lutter contre le mal qui courrait à cette époque, à savoir la syphilis ⁽⁵⁾. Plus tard, au 17^{ème} siècle les préservatifs étaient composés de boyaux d'animaux fabriqués par les bouchers. Il faut attendre l'année 1839 pour voir l'invention du premier préservatif en caoutchouc par l'américain Charles Goodyear, grâce au procédé de la vulcanisation ⁽⁶⁾. La flambée du VIH/SIDA dans les années 1980 verra l'utilisation du préservatif, désormais en latex, accroître car étant le seul moyen de contraception qui en plus protège contre la plupart des infections sexuellement transmissibles (IST).

Du côté des méthodes contraceptives d'utilisation féminine, le 19^{ème} siècle marque le début d'une succession d'inventions de nouvelles technologies barrières en passant par la cape cervicale en 1830, le pessaire, et le diaphragme en 1889 ⁽⁷⁾. Le pessaire est en quelques sortes l'ancêtre du dispositif intra-utérin (DIU) tel que nous le connaissons aujourd'hui, même s'il a fallu attendre les années 1960 pour qu'il prenne sa forme actuelle en « T ».

Ce n'est qu'au début du 20^{ème} siècle que les connaissances sur le cycle féminin ont été précisées par le célèbre docteur japonais Kyusaku Ogino. Son but était en réalité d'identifier les moments les plus favorables à la conception mais par ricochet, ses méthodes ont été également détournées à des visées anticonceptionnelles. En 1924, la méthode Ogino-Knaus basée sur l'abstinence périodique vit alors le jour mais dans ses débuts, à cause d'une mauvaise utilisation, de nombreux échecs furent constatés entraînant la naissance de bébés surnommés « Ogino » ⁽⁸⁾. La méthode Billings qui repose également sur la préconisation de périodes d'abstinences, cette fois-ci basées sur l'observation de la glaire cervicale, a quant à elle était popularisée en 1971 ⁽⁹⁾.

Bien qu'il y ait eu de nombreuses avancées scientifiques vis-à-vis de la contraception au cours des 19^{ème} et 20^{ème} siècles, des périodes aux poussées natalistes et répressives vis à vis de tous moyens anticonceptionnels se sont succédées. C'est notamment le cas de la période d'entre-deux-guerres en Europe où la natalité était au plus bas. Les instances religieuses, notamment au travers du Pape Pie XI, édictèrent en 1930 l'encyclique « *Casti connubii* » revenant sur le sens authentique du mariage chrétien et condamnant par la même occasion l'utilisation de nombreuses méthodes contraceptives jugées contre-nature ⁽¹⁰⁾. En France, cette encyclique avait été précédée 7 années auparavant par la loi contre la contraception du 27 Mars 1923 qui condamnait toute propagande de la contraception, qu'ils s'agissent de méthodes mécaniques ou naturelles. Celle-ci sera allégée sous pression de l'Ordre national des pharmaciens en 1942 ⁽¹¹⁾. C'est en 1967 au travers de la Loi Neuwirth que la légalisation de la contraception sera enfin entérinée ⁽¹¹⁾.

L'année 1956, marque un véritable tournant dans l'Histoire de la contraception. En effet, c'est cette même année que voit le jour une véritable révolution pharmaceutique : l'invention de la pilule contraceptive par le docteur américain Gregory Pincus. Cette première pilule contraceptive se nommant Enovid®, sera mise sur le marché américain en 1957 avec cependant une autorisation de mise sur la marché (AMM) portant uniquement sur la régularisation du cycle féminin et non pas pour des visées contraceptives ⁽¹²⁾. Cette même pilule contraceptive arrive sur le marché français 10 ans plus tard et vient avec le courant de Mai 68 participer à la libéralisation sexuelle et l'émancipation des femmes.

Plusieurs avancées pharmaceutiques dans le domaine de la contraception ont alors suivi avec l'invention du DIU au cuivre en 1969, le préservatif féminin en 1992, l'implant contraceptif en 1993 et plus récemment au 21^{ème} siècle, le DIU hormonal, les patchs contraceptifs, l'anneau vaginal et pilule dite de 4^{ème} génération.

Actuellement, en termes de développement pharmaceutique, on entend de plus en plus parler de la pilule contraceptive pour hommes. Celle-ci est en effet en cours de développement, entre autres, dans un laboratoire californien. Cependant, les premières phases d'essais ont montré la présence de plusieurs effets indésirables bloquant la suite du développement. Par ailleurs, le Vasalgel®, qui est un hydrogel à injecter dans le canal déférent pour bloquer le passage des spermatozoïdes, est également en cours de développement et semble être prometteur⁽¹³⁾. Toutefois, outre ces avancées scientifiques, il faudra également une évolution des mentalités pour que ces méthodes soient adoptées par une majorité d'hommes de sorte à alléger la charge mentale des femmes vis-à-vis de la contraception, dont la responsabilité incombe encore bien trop souvent à elles seules.

Même si le combat pour les droits à l'accès à la contraception reste toujours d'actualité dans de nombreux pays occidentaux, les principes fondamentaux y sont acquis et différents moyens de contraception sont accessibles aux femmes notamment via les centres de PF en particulier pour les plus jeunes.

Ceci est loin d'être le cas dans nombre de pays en Afrique de l'Ouest, où bien que la disponibilité d'une gamme plus étendue de méthodes contraceptives soit de plus en plus effective notamment pour les populations les plus défavorisées, on note que de nombreux obstacles culturels, religieux et institutionnels restent encore à franchir. Ce n'est en effet que très récemment dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, que des lois ont été promulguées afin d'autoriser officiellement l'usage de la contraception moderne. Toutefois, dans la majeure partie des cas, les décrets d'application se font encore attendre.

2. Apports de la planification familiale dans les pays en voie de développement

a) La planification familiale comme levier de la capture du dividende démographique

La démographie se définit comme l'étude qualitative et quantitative des populations et de leur dynamique via des indicateurs comme la fécondité, la natalité, la mortalité, l'espérance de vie et la migration ⁽¹⁴⁾. Parmi les notions développées dans le champ de la démographie, on retrouve le concept de transition démographique ⁽¹⁵⁾. Il s'agit du mécanisme par lequel une population passe d'un régime démographique où il y a un taux de natalité élevé couplé à un taux de mortalité élevé, à un régime où le taux de natalité et de mortalité sont bas (voir **Figure 1**). La baisse de la mortalité s'explique par les avancées scientifiques, l'éradication de certaines maladies infectieuses et une meilleure alimentation grâce au développement des pays. Dans un second temps, un changement des mentalités s'opère et les couples commencent généralement à avoir moins d'enfants car il n'est alors plus nécessaire d'enfanter beaucoup pour espérer voir sa progéniture survivre ; le taux de natalité baisse alors, amorçant la seconde phase du régime de transition ⁽¹⁶⁾. Tous les pays du monde ont achevé où sont en train de connaître leur transition démographique qui se fait néanmoins à des vitesses différentes selon le niveau socio-économique des pays.

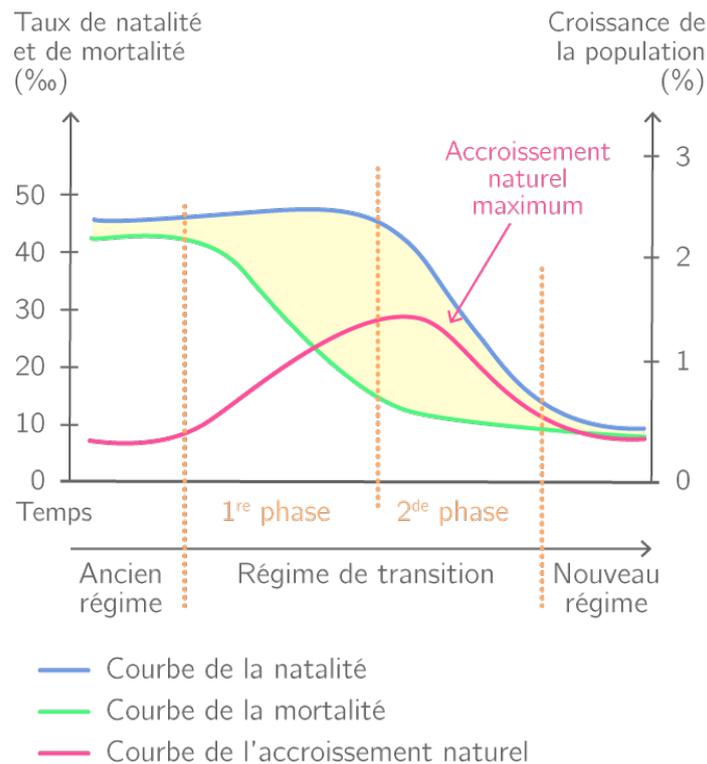


Figure 1: La transition démographique (Kartable)

La transition démographique a été achevée dans la plupart des pays européens durant la première moitié du 20^{ème} siècle et elle est sur le point de se terminer dans la majorité des pays du globe sauf dans les pays du continent africain qui sont au tout début de la phase 1 (régime de transition) avec un début de baisse de la mortalité ⁽¹⁷⁾. Cette baisse de la mortalité en Afrique sub-saharienne a été freinée à cause des nombreux conflits armés qui ont jalonné le continent ces dernières décennies et d'épidémies infectieuses parmi lesquelles le VIH/SIDA. Aujourd'hui, on peut dire que le taux de mortalité en Afrique sub-saharienne a décroché mais pas encore le taux de natalité (situation de nombre de pays occidentaux dans les années 1900), ce qui place l'Afrique dans la première phase de la transition démographique. On estime que l'Afrique aura terminé sa transition démographique entre 2075 et 2100. Le continent comptera alors près de 4 milliards d'habitants contre 1,2 milliard d'habitants en 2021.

Dans tout le processus de la transition démographique, vient se nicher une fenêtre d'opportunité particulière que l'on appelle le DD ⁽¹⁸⁾. Le DD se définit comme une croissance économique accélérée propice au développement des pays, qui est le résultat des changements dans la pyramide des âges de la population suite à la baisse de la fécondité et de la mortalité. Concrètement, la période du DD se situe lorsque la tranche d'âge de la population en âge de travailler est supérieure à la population à charge, c'est-à-dire les moins de 15 ans ainsi que les personnes âgées. Le DD est l'occasion d'augmenter la production de

la population tout en favorisant l'épargne des habitants menant à une amélioration du capital humain et de l'économie des pays. Toutefois, on ne peut tirer parti du DD qu'à condition que des politiques appropriées soient mises en œuvre de sorte à ne pas subir l'explosion démographique des jeunes travailleurs mais bien de l'exploiter. Il faut en effet une bonne gouvernance, un investissement dans la création d'emploi pour les jeunes et un investissement dans le capital humain via notamment de bonnes politiques familiales prônant l'accès à l'éducation en particulier pour les femmes ainsi que le retardement de l'âge du mariage.

L'Afrique a le potentiel démographique et se trouve à la croisée des chemins avec une situation avantageuse lui permettant d'aller vers la capture du DD et d'en tirer tous les avantages économiques. Mais pour ce faire, on comprend qu'il faut accélérer la baisse de la fécondité pour débiter l'explosion démographique des jeunes actifs. En 2011, l'Afrique du Sud était le seul pays d'Afrique sub-saharienne à avoir un faible taux de fécondité de l'ordre de 2,6 enfants par femme. Près de 13 pays dont le Ghana, la Mauritanie et la Sierra Leone en Afrique de l'Ouest avaient une fécondité en baisse de l'ordre de 4,1 enfants par femme, ce qui permet d'ouvrir la fenêtre d'opportunité du DD autour de 2030 lorsque la population jeune s'insérera sur le marché du travail. Pour finir, il est à déplorer qu'en 2011 encore près de 27 pays dont le Bénin, le Burkina Faso, le Tchad, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Libéria, le Mali, le Nigéria, le Niger, le Sénégal et le Togo en Afrique de l'Ouest avaient encore une fécondité élevée de l'ordre de 5,5 enfants par femme, ce qui pour le moment ne permet pas une ouverture d'opportunité vers le DD ⁽¹⁶⁾.

Lorsque l'on parle de baisse de fécondité, l'outil de prédilection pour aller dans cette direction est bien évidemment la PF via la contraception. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désigne la PF comme le moyen permettant au couple d'anticiper et d'atteindre le nombre désiré d'enfants en espaçant et décidant du moment de leur naissance

. L'OMS indique qu'évidemment la PF se réalise grâce à la contraception mais également par le moyen des traitements de l'infertilité pour les couples en ayant besoin ⁽¹⁵⁾.

C'est donc par le biais de la PF, qui doit être soutenue par des investissements, notamment via des programmes d'accès, que l'on peut soutenir la baisse de la fécondité et ainsi ouvrir la fenêtre d'opportunité irréversible et limitée dans le temps que constitue le DD. Les politiques de réduction de la fécondité dans les pays d'Afrique sub-saharienne doivent se concentrer sur, d'une part la génération de la demande et d'autre part, l'offre via une disponibilité d'une large gamme de contraceptifs accessibles même dans les endroits les plus reculés. En effet, les besoins non satisfaits en PF en Afrique noire sont encore trop élevés et seul 1 femme sur 5 mariées et en âge de procréer déclare utiliser une méthode contraceptive ⁽²⁰⁾.

En plus du potentiel impact positif sur l'économie des pays que la PF peut engendrer via la capture du DD, il apparaît que la PF amène un retour sur investissement positif. En effet, il a été démontré que pour chaque dollar additionnel dépensé par les pays à faible et moyen revenus en plus de ce qui se fait actuellement, les pays économiseraient par ailleurs \$3 en coût de soins maternels, néonatales et d'avortement par le simple fait que la contraception réduit les grossesses non désirées ⁽²¹⁾. En 2015, *The Copenhagen Consensus* a passé en revue pour ce qui est du coût-efficacité, les 169 cibles des 17 objectifs de développement durables (ODD) des Nations Unies et en a conclu que la PF arrivait en deuxième position en termes de retour sur investissement ⁽²²⁾.

b) Impact en termes de santé publique

L' *United Nations Population Fund* ou Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) définit la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) comme « *un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, quand et comment.* » ⁽²³⁾. L'OMS liste notamment la santé maternelle et périnatale, les IST, la lutte contre le cancer du col de l'utérus, les mutilations génitales féminines et bien sûr la PF comme partie intégrante de la SSR. D'ailleurs, la PF occupe une place de choix dans le champ de la SSR car elle est susceptible d'avoir une incidence sur les autres thématiques de SSR ⁽²⁴⁾. La PF fait partie intégrante de la cible 3.7 de l'ODD 3 des Nations Unies qui est de « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ». En effet, la cible 3.7 stipule : « *D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux* » ⁽²⁵⁾. Afin de mesurer l'atteinte ou non de la cible 3.7 en 2030, 2 indicateurs ont été retenus à savoir :

1. La proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui ont leur besoin en PF satisfait avec une méthode moderne de contraception ;
2. Le taux de grossesses d'adolescentes (15 à 19 ans) pour 1000 femmes dans le même groupe d'âge.

De façon plus générale, de sorte à pouvoir suivre annuellement les progrès des pays en voie de développement vis-à-vis de la PF, pas moins de 18 indicateurs ont été retenus par FP2020 et sont notamment obtenus lors des recueils annuels des Enquêtes Démographiques de Santé

(EDS) financées par USAID via *The DHS Program* ⁽²⁶⁾ et via le programme *Performance Monitoring for Action* (PMA) ⁽²⁷⁾ soutenu, entre autres, par la fondation Bill and Melinda Gates (BMGF). Les 18 indicateurs en question sont répertoriés dans tableau de Track20 ⁽²⁸⁾ présenté en **Annexe 1**.

Parmi ces 18 indicateurs, le focus doit être fait sur 8 principaux indicateurs qui sont portés à l'attention de tous lors des réunions annuelles internationales et régionales afin de mesurer les progrès accomplis en matière de PF :

- Nombre total d'utilisatrices des méthodes contraceptives modernes :

Il s'agit du décompte total des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ou de leur partenaire qui utilisent une méthode contraceptive moderne une année donnée. Celui-ci est souvent donné en regard de la population de la zone étudiée (à l'échelle d'un pays, d'une région ou même mondialement).

Exemple : en 2020 la Guinée reportait un nombre d'utilisatrices total de 419 000 tandis que la Côte d'Ivoire reportait un nombre d'utilisatrices total de 1 443 000 ⁽²⁹⁾. Leur population respective en 2020 étant de 13 132 792 habitants contre 26 378 275 selon la Banque Mondiale ; la Côte d'Ivoire comptant ainsi presque le double de la population de la Guinée ⁽³⁰⁾.

- Nombre d'utilisatrices additionnelles d'une méthode contraceptive moderne :

Il s'agit du nombre supplémentaire de femmes en âge de procréer ou de leur partenaire qui utilisent une méthode contraceptive moderne de façon générale (mais pas toujours), comparativement à l'année 2012, qui est l'année de lancement de FP2020 qui a de fait marqué un point de départ. Le changement de base de référence peut parfois prêter à confusion et il est important de le préciser lors de chaque relevé ⁽³¹⁾.

Exemple : le Partenariat de Ouagadougou (PO) a défini un certain nombre d'utilisatrices additionnelles attendues pour sa phase dite d'accélération de 2016 à 2020. En 2020 on dénombrait 469 000 utilisatrices additionnelles au Burkina Faso soit un excédent de 80 000 par rapport à ce qui était attendu pendant la phase d'accélération. En revanche, au Niger un déficit de 2000 utilisatrices a été observé puisqu'il était attendu 304 000 utilisatrices additionnelles lors de la phase d'accélération et seulement 302 000 ont pu être dénombrés en 2020 ⁽²⁹⁾.

- Taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) :

Il s'agit probablement de l'indicateur le plus connu dans le domaine de la PF mondiale. Il correspond à la proportion (exprimée en pourcentage) de femmes en âge de procréer ou leur partenaire qui utilisent une méthode moderne de contraception à un temps T. Afin de mieux cerner certaines implications d'ordre culturel, il n'est pas rare de désagréger le TPCm selon l'état matrimonial, c'est-à-dire qu'on l'exprime pour toutes les femmes (TF) mais aussi pour les femmes mariées (FM).

Exemple : au Sénégal en 2020 le TPCm pour toutes les femmes était de 19,8% tandis qu'il était de 27,7% chez les femmes mariées ⁽²⁹⁾.

- Besoins non satisfaits :

Il s'agit du pourcentage de femmes en âge de procréer ou leur partenaire qui souhaitent différer leur prochaine grossesse ou ne souhaitent plus ou pas avoir d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode de contraception moderne. A noter que l'on parle bien de contraception moderne, aussi, les femmes utilisant une méthode dite « traditionnelle » sont considérées comme ayant un besoin non satisfait. Dans les faits, le pourcentage de besoins non satisfaits est très souvent uniquement reporté pour les femmes mariées.

Exemples :

-en 2020 les besoins non satisfaits chez les femmes mariées togolaises étaient de 40,2% tandis qu'ils étaient de 19,7% chez les femmes nigériennes ⁽²⁹⁾ ;

-en 2019, on estimait que près de 218 millions de femmes dans les pays à moyen et faible revenus avaient un besoin non satisfait en méthodes contraceptives modernes ⁽²¹⁾.

- Distribution des méthodes contraceptives :

Il s'agit de la répartition en pourcentage du nombre total d'utilisateurs d'une méthode de PF en fonction de la méthode de contraception choisie. Il n'est pas rare de voir des répartitions également en fonction de l'utilisation de méthodes modernes ou non, ou de méthodes de courtes ou de longue durée d'action. Cette répartition est souvent représentée sous forme de camembert.

Exemple : au Mali en 2018, le top 3 d'utilisation des méthodes contraceptives était le suivant : en première position on retrouvait l'implant contraceptif avec 44% des utilisateurs d'une

méthode de contraception qui y avaient recours, en deuxième position on retrouvait l'injectable contraceptif avec 34% d'utilisation puis la pilule contraceptive avec 12,4% d'utilisation ⁽³³⁾.

- Nombre de grossesses non désirées évitées :

Il s'agit du nombre de grossesses non planifiées qui n'ont pas eu lieu au cours d'une période donnée grâce à l'utilisation d'une méthode moderne de contraception durant cette même période.

Exemple : en 2020 près de 51 000 grossesses non voulues ont été évitées en Mauritanie grâce à l'utilisation de la PF. Ce chiffre est encore plus impressionnant au Burkina Faso où près de 519 000 grossesses non voulues ont pu être évitées en 2020 ⁽²⁹⁾.

- Nombre d'avortement à risque évités :

Il s'agit du nombre d'avortements non médicalisés n'ayant pas eu lieu au cours d'une période donnée grâce à l'utilisation d'une méthode moderne de contraception durant cette même période.

Exemple : en 2020 on estimait à près de 185 000 le nombre d'avortements à risque évités au Burkina Faso ayant potentiellement sauvé un nombre considérable de vies humaines en particulier chez les jeunes femmes et adolescentes ⁽²⁹⁾.

- Nombre de décès maternel évités :

Il s'agit du nombre de décès de mères n'ayant pas eu lieu au cours d'une période donnée grâce à l'utilisation d'une méthode moderne de contraception durant cette même période.

Exemple : en 2020 en Côte d'Ivoire, près de 2100 décès de mère ont été évités grâce à la planification familiale ⁽²⁹⁾.

Ce dernier indicateur est étroitement lié avec un indicateur clé dans le monde de la santé publique mondiale et dans le monde du développement, à savoir la mortalité maternelle. L'OMS définit la mortalité maternelle comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* ». La mortalité maternelle se mesure

en rapportant le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Près de 75% des décès de mères sont dus à 4 causes principales que sont l'hémorragie sévère et les infections après l'accouchement, la prééclampsie et éclampsie durant la grossesse, les complications lors de l'accouchement et les avortements non médicalisés ⁽³²⁾. Ces causes de décès maternels sont favorisées par le fait de ne pas avoir accès aux soins durant la grossesse à cause notamment de la pauvreté, de la distance, du manque d'infrastructures de qualité ou encore de certaines pratiques culturelles. Aussi, on comprend ainsi qu'outre le fait d'être un indicateur phare dans le champ de la santé publique, la mortalité maternelle l'est aussi dans le domaine du développement car elle est révélatrice de disparités entre les pays pauvres et les pays riches. Le ratio de mortalité maternelle était en effet de près de 514 en Afrique subsaharienne en 2017 contre 18 dans les pays membres de l'OCDE ⁽³⁴⁾. La mortalité maternelle est également bien évidemment révélatrice de la condition féminine dans les différents pays du monde.

En 2011, lors de la commission de la population et du développement des Nations Unies, le Professeur Amy Tsui de l'Université Johns Hopkins a déclaré que : « *la planification familiale est à la mortalité maternelle ce que le vaccin est à la mortalité infantile.* » Une étude *Countdown 2015 Europe* est même allée jusqu'à affirmer que la mortalité maternelle diminuerait de 25 à 35% si tous les besoins en PF étaient satisfaits ⁽³⁵⁾. Ceci semble être particulièrement vrai pour les pays du monde les plus défavorisés. En effet, en Afrique subsaharienne en 2010 les femmes avaient près d'une « chance » sur 22, durant leur période de vie féconde, de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement ⁽³⁶⁾. Cela s'explique notamment par la pratique du mariage précoce qui reste encore très courante et qui mène à des grossesses elles aussi précoces. En effet, en Afrique de l'Ouest à l'âge de 18 ans, 37% des filles sont déjà mariées ⁽³⁷⁾. Or, il a été démontré que les femmes qui ont un enfant avant l'âge de 18 ans sont deux fois plus à risques de décéder à cause de complications dues à la grossesse ⁽³⁶⁾. Les femmes qui ont des grossesses rapprochées (c'est-à-dire ne respectant pas un intervalle minimum de 2 ans entre chaque naissance) connaissent également un plus grand risque de mortalité de même que celles qui ont plus de 5 enfants ⁽³⁸⁾. En effet, des grossesses trop rapprochées ne laissent pas l'opportunité au corps de la femme de récupérer des séquelles de la grossesse, ce à quoi vient s'ajouter la charge d'une famille nombreuse. On note également que les grossesses planifiées chez les femmes de plus de 18 ans tendent à favoriser un bon allaitement ce qui a des conséquences positives en termes économique mais surtout sur la santé de l'enfant.

La PF offre la possibilité aux femmes de retarder l'âge de leur première grossesse de sorte à pouvoir être plus mûre aussi bien physiquement que mentalement et elle permet également d'avoir de l'emprise sur l'espacement des naissances par la suite. Ainsi, des données internationales confirment que la mortalité maternelle baisse dans les régions où l'accès aux services de PF s'accroît ⁽³⁹⁾.

Par ailleurs, il faut savoir qu'en Afrique subsaharienne entre 25 et 41% des grossesses non désirées aboutissent à des avortements non médicalisés et ce en particulier chez les adolescentes ⁽³⁶⁾. L'Afrique de l'Ouest connaît le plus haut taux de grossesse d'adolescentes dans le monde avec 115 naissances pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans ⁽⁴⁰⁾. Lorsque l'on sait que les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité font partie des 4 principales causes de décès maternel ⁽³²⁾, on comprend alors d'autant plus l'importance de la PF comme vecteur de baisse de la mortalité maternelle.

Pour rappel, en 2019, on estimait que près de 218 millions de femmes avaient un besoin non satisfait en PF dans les pays à faible et moyen revenus ⁽²¹⁾. Selon la Guttmacher Institute, pourvoir à ce besoin non satisfait reviendrait à éviter près de 76 millions de grossesses non désirées ainsi que près de 26 millions d'avortement non médicalisés ⁽²¹⁾. Cela résulterait à sauver pas moins de 186 000 mères de décès maternels et préserver la vie de 1,7 millions de nouveau-nés ⁽²¹⁾. Un total de 55% de ces vies épargnées seraient celles de femmes et d'enfants en Afrique subsaharienne. L'OMS l'affirme depuis 1984 : les taux élevés de mortalités infantile et maternelle observés dans le pays en voie de développement peuvent être contrés grâce à l'accès à des services de PF de qualité ⁽⁴¹⁾.

c) Impact en termes d'autonomisation de la femme

En plus d'être un élément important de la cible 3.7 de l'ODD 3 des Nations Unies, la PF est également un élément clé de la cible 5.6 de l'ODD 5 qui est de « *Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles* ». En effet, la cible 5.6 stipule : « *D'ici à 2030, assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation* »⁽²⁵⁾. Afin de mesurer l'atteinte ou non de la cible 5.6 en 2030, 2 indicateurs ont été retenus à savoir :

1. La proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui prennent leur propre décision libre et éclairé en regard de leur relations sexuelles, de l'utilisation d'une méthode contraceptive et de soins de santé reproductive ;

2. Le nombre de pays avec des lois et des réglementations qui garantissent aux femmes en âge de procréer (15-49 ans) un accès aux soins de SSR ainsi que de l'information et de l'éducation à ce sujet.

L'UNFPA, qui est l'organe des Nations Unies en charge des questions de SSR, réalise le suivi des indicateurs ci-dessus 5.6.1 et 5.6.2. Au travers de son rapport « *Mon corps m'appartient* »⁽⁴²⁾, l'UNFPA associe trois notions principales en regard de l'autonomie corporelle ; il s'agit du pouvoir décisionnel en matière de santé, de contraception mais aussi de sexualité. Le déni de l'autonomie corporelle prend plusieurs formes allant du mariage forcé, des mutilations génitales féminines, des agressions sexuelles et viols en passant par toutes entraves quant aux décisions concernant la procréation y compris un déni d'accès à une méthode contraceptive. Malheureusement, encore de nos jours, il existe de nombreux facteurs qui empêchent les femmes plus ou moins jeunes de jouir d'une pleine autonomie et de leur intégrité corporelle. Une des causes profondes n'est autre que la discrimination sexiste qui relègue la place de la femme, y compris concernant sa propre vie, au second rôle. Or, on sait qu'une femme qui a le pouvoir de prendre des décisions concernant son corps et ensuite plus enclin à prendre des décisions concernant les autres champs de sa vie⁽⁴²⁾. A contrario, une femme qui ne bénéficie pas d'autonomie corporelle a moins de probabilité d'avoir une prise sur sa santé, son instruction, sa vie domestique et *in fine* son avenir. Il y a une corrélation positive entre le niveau d'éducation d'une femme et son pouvoir décisionnel⁽⁴²⁾. Une étude a montré par ailleurs que plus une jeune femme est éduquée et encapacitée, moins elle a l'intention de faire d'enfants. Dans les 10 pays de l'étude, plus le niveau d'encapacitation des jeunes femmes était élevé, plus le nombre idéal d'enfants qu'elles désiraient baissait. Au Nigeria par exemple, une jeune femme avec un haut niveau d'encapacitation voulait en moyenne 4,7 enfants contre 6,8 enfants pour les jeunes femmes avec le taux d'encapacitation le plus bas⁽⁴³⁾.

En Afrique de l'Ouest, de nombreuses disparités existent entre les pays lorsqu'il s'agit des trois dimensions de l'indicateur 5.6.1 comme le montre le **Tableau 1**. Ces disparités sont essentiellement le fruit de différences culturelles et traditionnelles mais également du niveau socio-éducatif de chaque pays. On note particulièrement le Niger, le Sénégal et le Mali où la proportion de femmes qui ont la capacité de prendre des décisions aussi bien en même temps au niveau de leur santé, de leur choix de contraception que de leurs relations sexuelles est inférieur à 10%.

Tableau 1: Pouvoir décisionnel des femmes dans 8 pays du Partenariat de Ouagadougou⁽⁴²⁾

Pays	Proportion des femmes en âge de procréer qui ont la capacité de prendre leur propre décision :			
	en matière de contraception	en matière de santé	pour refuser des relations sexuelles	pour les trois dimensions de l'indicateur 5.6.1
Bénin	90	55	62	36
Burkina Faso	91	32	62	20
Côte d'Ivoire	82	43	67	25
Guinée	85	61	55	29
Mali	77	22	31	8
Niger	77	21	35	7
Sénégal	85	31	19	7
Togo	84	47	44	30

Lorsque l'on étend l'accès à la PF ainsi qu'à l'éducation pour les jeunes filles celles-ci rentrent en quelques sortes dans un cercle vertueux qui s'auto-renforce et elles en ressortent plus autonomes et épanouies avec une incidence positive sur leur descendance, qu'elles choisissent alors de réduire en termes de nombre d'enfants⁽⁴⁴⁾. Chez les jeunes filles et adolescentes, on sait que bien souvent la maternité qu'elle soit dans le cadre du mariage ou hors mariage, entraîne un abandon des études freinant ainsi le parcours scolaire. L'inclusion de l'Education Complète à la Sexualité (ECS) dans les programmes scolaire permet un plus grand recours à la PF, repoussant ainsi l'échéance de la première grossesse. Ceci permet d'inverser la tendance et de garder les jeunes filles plus longtemps à l'école. Or, il a été démontré qu'en Afrique noire, le revenu moyen d'une femme augmente de près de 14% pour chaque année d'étude réalisée⁽⁴⁵⁾. Lorsque les femmes sont capables de contribuer aux charges du foyer, elles dépensent en général plus que les hommes dans la nourriture, la santé et l'éducation de leurs enfants.

Comme mentionné au préalable, les femmes plus éduquées font moins d'enfants ce qui permet d'avoir des familles moins nombreuses et donc la scolarisation des filles s'en retrouve améliorée. Il est par ailleurs démontré qu'une femme utilisant des services de PF fera des enfants avec un niveau d'éducation plus élevé; il s'agit donc ici d'une boucle positive (voir **Figure 2)**⁽⁴⁶⁾.

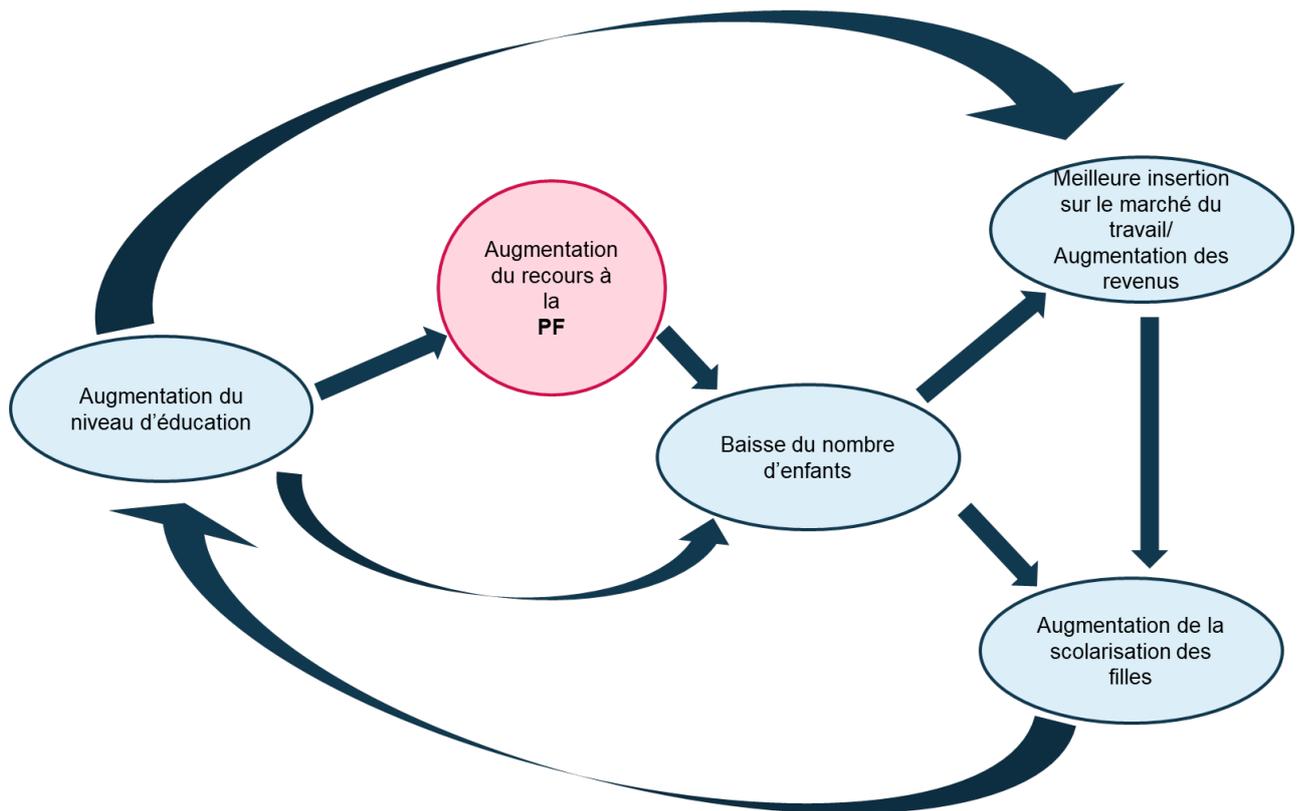


Figure 2: La Planification Familiale au cœur d'une boucle vertueuse pour l'émancipation de la femme. (réalisation personnelle)

3. Divers acteurs composent l'écosystème de la planification familiale

a) A l'échelle internationale

L'écosystème de la PF s'articule autour de plusieurs parties prenantes dont certaines sont présentées dans le listage en **Annexe 2**.

i. Les Nations Unies ou organisations multilatérales

La stratégie de développement de la PF mondiale est premièrement régie par l'agenda à horizon 2030 ⁽⁴⁷⁾ des Nations Unies pour le développement durable, notamment via les ODD 3 et 5. Cet agenda met en priorité les pays à faible et moyen revenus qui connaissent aujourd'hui le plus grand gap en matière de besoins non satisfaits en méthodes contraceptives

modernes. L'organe d'implémentation de l'agenda 2030 en ce qui concerne la SSR et plus particulièrement la PF, n'est autre que l'UNFPA. Son credo est d'œuvrer pour un monde où chaque grossesse est voulue, chaque enfant est en sécurité et chaque jeune voit son potentiel se réaliser. L'UNFPA a son siège à New York et des bureaux régionaux dans les principales régions du monde pour intervenir dans plus de 150 pays à travers le globe. L'UNFPA met en œuvre des programmes pour le renforcement des systèmes de santé avec pour but l'intégration des services de SSR, des programmes d'éducation à la SSR des adolescents et jeunes, des programmes de renforcement des capacités des prestataires de santé en SSR et intervient également au niveau de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs ⁽⁴⁸⁾. Pour ce qui est du renforcement de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs, l'UNFPA a développé un programme particulier qui est l'*UNFPA supplies*. Au travers de ce programme, l'UNFPA finance en partie et fournit des produits de santé reproductive aux pays les plus défavorisés depuis 40 ans. *UNFPA supplies* possède un catalogue de produits contraceptifs pré-qualifiés et présélectionnés proposés à ses partenaires et clients. En 2019, *UNFPA supplies* a reçu près de \$220 millions de financement de la part de 19 bailleurs de fonds (essentiellement des pays au travers de leur organisme de coopération unilatéral, de la BMGF, de la Children's Investment Fund Foundation et de l'Union Européenne) ⁽⁴⁹⁾. Près de 79% de ses fonds ont été utilisés pour acheter des produits contraceptifs pour les pays en voie de développement et près de 5% pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement.

L'autre organe des Nations Unies qui donne le LA en matière de PF, mais cette fois-ci plus sur les aspects médicaux et scientifiques, n'est autre que l'OMS. Outre les recommandations et bonnes pratiques en matière de PF que développent l'OMS et qui sont appliquées mondialement, l'OMS est également chef de file du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine ⁽⁵⁰⁾ (*Human Reproduction Programme*, HRP). Ce programme est constitué d'un consortium regroupant l'UNICEF, l'UNDP, la Banque Mondiale, l'UNFPA et l'OMS.

La Banque mondiale intervient également dans le champ de la PF à travers son programme phare qu'est le *Global Financing Facility for women, Children and Adolescent* (GGF) qui se traduit en français par le mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents. Ce programme intervient dans 36 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dont 10 se trouvent en Afrique de l'Ouest. Le GGF aide les pays à capitaliser sur leurs financements domestiques et extérieurs de sorte à améliorer entre autres la santé reproductive par le biais du renforcement des soins de santé primaires ⁽⁵¹⁾.

ii. Les coalitions internationales

Family Planning 2020 (FP2020) est l'une des organisations phares lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de PF à l'échelle internationale. Il s'agit d'une communauté internationale constituée par les principaux acteurs de la PF et qui s'est donnée pour but de faire progresser la PF à travers le monde. FP2020 est née à l'issue du sommet sur la PF qui a eu lieu en 2012 à Londres ⁽⁵²⁾. Durant ce sommet un engagement a été pris, à savoir se donner les moyens à l'horizon 2020 de permettre à 120 millions de femmes supplémentaires dans 69 pays en voie de développement d'accéder à une méthode de contraception moderne. FP2020, piloté par la Fondation des Nations Unies s'est fait le relais de cet objectif en demandant aux différents pays participants à ce sommet de s'engager solennellement et de façon écrite de sorte à développer ensuite avec chacun d'eux un plan de collaboration. FP2020 met alors tout son réseau de partenaires, d'experts et de donateurs au service des pays de sorte qu'ils puissent implémenter leur plan d'action PF. En 2020, il fut temps de faire le bilan et même si l'objectif initial n'a été atteint que de moitié avec 60 millions d'utilisatrices additionnelles d'une méthode de contraception moderne dans les 69 pays en voie de développement participants, on note que des progrès significatifs ont été accomplis ⁽⁵³⁾. En effet, le nombre d'utilisatrices en Afrique subsaharienne a augmenté de près de 66% depuis 2012 et plus particulièrement, celui en Afrique de l'Ouest et du Centre a doublé depuis 2012 ⁽⁵³⁾. Aujourd'hui, l'organisation est en train de transitionner vers FP2030 en organisant des concertations afin de définir les nouveaux objectifs. Le nouveau partenariat FP2030 sera lancé lors de la prochaine Conférence internationale sur la PF qui a été repoussée de plus d'un an à cause de la crise COVID et qui aura lieu à Pattaya en Thaïlande en novembre 2022.

La *Reproductive Health Supplies Coalition* (RHSC) est un partenariat à l'échelle internationale née en 2004 qui œuvre à ce que les pays en voie de développement puissent avoir accès à des produits de SSR abordables financièrement et de bonne qualité. Cette coalition regroupe des organisations publiques comme les pharmacies nationales d'approvisionnement des pays, des organisations non gouvernementales et également des compagnies privées telles que des industries pharmaceutiques pourvoyeuses en produits contraceptifs. Chaque année, la coalition publie un rapport apportant une analyse du marché de produits des contraceptifs dans les pays en voie de développement ⁽⁵⁵⁾ (total des dépenses, répartition des produits contraceptifs, qui financent, etc.).

iii. Les organisations non gouvernementales internationales

Une multitude d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales, de plus ou moins grande envergure, évoluent dans le champs de la SSR (voir **Annexe 2**). Certaines sont spécialisées dans le champs de la SSR tandis que d'autres interviennent dans ce domaine au même titre que dans d'autre thématique de santé ou du développement. Parmi ces ONG, certaines ont un domaine de concentration particulier. C'est par exemple le cas d'Equipop qui œuvre essentiellement dans le plaidoyer pour les droits en SSR afin que les politiques de santé publique évoluent positivement à cet égard. D'autres ONG ont à cœur de faire du renforcement des systèmes de santé mais aussi du renforcement des capacités des prestataires de santé. C'est par exemple le cas de Jhpiego ou encore de PSI qui implémentent de nombreux programmes de formation pour renforcer les capacités des prestataires de santé vis-à-vis des produits contraceptifs (formation à l'insertion des implants, formation sur le counseling en PF, etc.) mais également en leur proposant des ateliers de clarifications des valeurs afin qu'ils n'aient plus de biais négatif eux-mêmes vis-à-vis de la PF. Certaines autres ONG internationales comme EngenderHealth ont fait de l'égalité entre les sexes leur credo et œuvrent notamment via des projets de changement des comportements à l'amointrissement des normes sociales qui ne sont pas en faveur de la PF. Pour finir, d'autres ONG comme *msh* se donnent comme mission de générer des connaissances et des données probantes afin de guider les politiques de santé publique et d'identifier les bonnes pratiques en PF.

Il n'est pas rare également de voir des ONG ou des initiatives d'ONG se concentrer uniquement sur des franges précises de la population comme par exemple l'initiative TCI d'IntraHealth qui souhaite adresser les problématiques de PF en milieu urbain ou encore d'autres ONG qui ont un focus particuliers sur les jeunes.

Une des ONG internationales les plus connues dans le domaine de la PF est la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) qui a pour objectif de promouvoir mondialement la SSR et d'offrir des prestations de soins de qualité à travers le monde ⁽⁵⁶⁾. IPPF est présente dans 142 pays à faible et moyen revenus par le biais de clinique affiliées auxquelles elle apporte un soutien technique et financier. L'ONG internationale anglaise Marie Stopes International (MSI) est également engagée dans la fourniture de services de PF avec des cliniques présentent dans 37 pays du Sud dont une au Burkina Faso pour l'Afrique de l'Ouest ⁽⁵⁷⁾.

La plupart du temps, les ONG internationales s'organisent de la façon suivante : elles possèdent un siège dans leur pays de création, ont des bureaux régionaux dans le monde et des antennes dans les pays dans lesquels elles interviennent.

iv. Les bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds sont les organismes qui financent les programmes et projets de PF à travers le monde. Bien souvent, ils financent les ONG internationales, les ONG locales, ou alors directement les gouvernements des pays en voie de développement. Ceux-ci sont alors en charge d'implémenter les projets objets de leurs accords et s'inscrivant dans les stratégies des ODD. Parfois, les bailleurs de fonds ont eu même leur organe d'implémentation sur le terrain. C'est par exemple le cas de l'Agence Française pour le Développement (AFD) qui bien souvent emploie Expertise France pour mettre en œuvre ou coordonner avec des ONG locales les projets sur le terrain.

Les bailleurs de fonds sont de différents types. Tout d'abord, certaines agences de l'ONU comme l'UNFPA sont également des bailleurs de fonds et financent de multiples programmes dans leurs pays d'intervention. Ces agences multilatérales comme l'UNFPA participent également en grande partie à l'achat des produits contraceptifs en soutien aux pays en voie de développement.

Ensuite, on retrouve les pays qui soutiennent financièrement l'avancée de la PF via leur agence unilatérale comme l'AFD pour la France ou encore UKAID pour le Royaume Uni. Les fonds sont alloués directement à des programmes ou projets comme c'est le cas du Fond français Muskoka ⁽⁵⁸⁾ pour faire progresser la SSR au Sahel. Mais bien souvent, les fonds des agences unilatérales sont alloués aux agences multilatérales et plus particulièrement à l'UNFPA pour la santé reproductive. Il faut noter que dans le champ de la SSR l'Agence des Etats Unis pour le Développement international (USAID) est très active et possède ses propres programmes dans les pays. Elles financent donc elles même ses programmes et achète directement les produits contraceptifs qui leur sont nécessaires.

En 2019, les pays occidentaux ont financé la PF mondiale à hauteur de près de \$1520.3 millions. Les Etats-Unis sont ceux qui ont le plus donné avec près de \$ 592.5 millions, suivi du Royaume-Uni avec près de \$ 386.5 ⁽⁵⁹⁾.

Dans un troisième temps, les Fondations jouent également le rôle de bailleurs de fonds en SSR. La plus connue de toute étant la BMGF. La BMGF finance des projets pour accroître l'accès aux produits contraceptifs dans les pays du Sud via son département *FP-Maternal, Newborn and Child Health-Nutrition* suivant sa stratégie globale ⁽⁶⁰⁾.

Enfin, les laboratoires pharmaceutiques, qui possèdent dans leur portefeuille des produits contraceptifs, financent des projets de renforcement des capacités en regard de leurs produits mais également de façon plus général des programmes de communication et de sensibilisation à la contraception.

Tout cela étant dit, il faut garder en tête que le monde des donateurs évolue très rapidement et les axes prioritaires peuvent changer sans crier gare ⁽⁶¹⁾. Récemment en avril 2021, *UNFPA Supplies* a perdu près de 85% de son financement venant du Royaume Uni suite à des coupes budgétaires du R-U sur son budget de l'aide internationale. *UNFPA Supplies* devra donc se contenter de 32 millions de dollars au lieu des 221 millions escomptés. On comprend que cela peut avoir un impact direct sur l'achat et la fourniture des produits contraceptifs aux pays en voie de développement. Pour pallier ces incertitudes, les Etats du Sud sont de plus en plus encouragés à mobiliser leurs propres ressources domestiques pour pourvoir à l'achat des produits contraceptifs pour leur pays selon les prévisions issues des Tableau d'Acquisition des Contraceptifs. Depuis quelques années, l'UNFPA a lancé un Fond Incitatif de Contrepartie Double (Flx2) ; pour chaque dollar supplémentaire alloué par les pays du Sud pour l'achat des produits contraceptifs, le Flx2 double la mise ⁽⁶²⁾.

On notera qu'en 2018, dans les 69 pays en voie de développement soutenu par FP2020, la PF a été financée à hauteur de près de \$4.4 milliards. Un total de 48% du financement venait des donateurs internationaux décrits précédemment, 35% venait d'une mobilisation domestique des pays et enfin 17% venait directement du financement des populations elles-mêmes ⁽⁶¹⁾.

b) A l'échelle régionale de l'Afrique de l'Ouest et des pays

La majorité des organisations présentes à l'échelle mondiale le sont aussi à l'échelle régionale et parfois même locale via des relais sur place (voir **Figure 3**). C'est le cas par exemple de la RHSC qui a sa fédération pour la région d'Afrique de l'Ouest au travers du SECONAF. L'ONG IPPF possède un réseau local au travers des différentes cliniques locales qui lui sont affiliées. Très souvent les bureaux régionaux pour l'Afrique de l'Ouest sont situés au Sénégal ou encore en CI. C'est le cas par exemple de l'UNFPA qui a son bureau pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre à Dakar.

Il n'en demeure pas moins que l'acteur clé pour la PF au niveau national n'est autre que l'Etat qui reste souverain quant à sa stratégie PF, la plus souvent détaillée pour 4 à 5 ans dans un Plan d'Actions National Budgétisé de Planification Familiale (PANB-PF). Au niveau stratégique ce sont les ministères de la santé, les ministères de la femme et parfois du plan/développement qui sont en charge des questions de PF. Pour ce qui est de l'organe exécutif, la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest ont une Direction en charge de la santé de la mère et de l'enfant qui rend compte au ministère de la santé du bon déroulé du PANB-PF.

Au côté de le l'Etat, les Organisations de la Sociétés Civiles (OSC) jouent également un rôle prépondérant au niveau national, notamment en regard du plaidoyer pour les droits SSR.

En Afrique de l'Ouest, un acteur capital et quelque peu hybride, car unique en son genre dans toute l'Afrique, occupe une place prépondérante dans l'écosystème PF. Il s'agit du Partenariat de Ouagadougou (PO). Celui-ci a vu le jour en 2011 à l'issue de la Conférence régionale sur la population, le développement et la planification familiale qui a eu lieu au Burkina Faso. En réaction à l'urgence de la situation en regard de la PF dans la sous-région à cette époque, les chefs d'Etat des 9 pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (à savoir le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo) ont décidé d'unir leur force pour faire avancer la cause de la PF dans leur région et pays respectifs. Ceci, en collaboration avec des partenaires techniques et financiers (PTFs) que sont entre autres l'AFD, l'USAID, BMGF et l'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS) ⁽⁶³⁾. Les principales missions du PO sont de coordonner les bailleurs de fonds pour capitaliser les financements dans la région et de maximiser les collaborations entre les différents pays notamment en faisant du partage d'expérience. En 2020, on dénombrait un total de 6,5 millions d'utilisatrices de PF dans les pays du PO. L'objectif du PO est de faire passer ce chiffre à 13 millions d'ici à 2030.

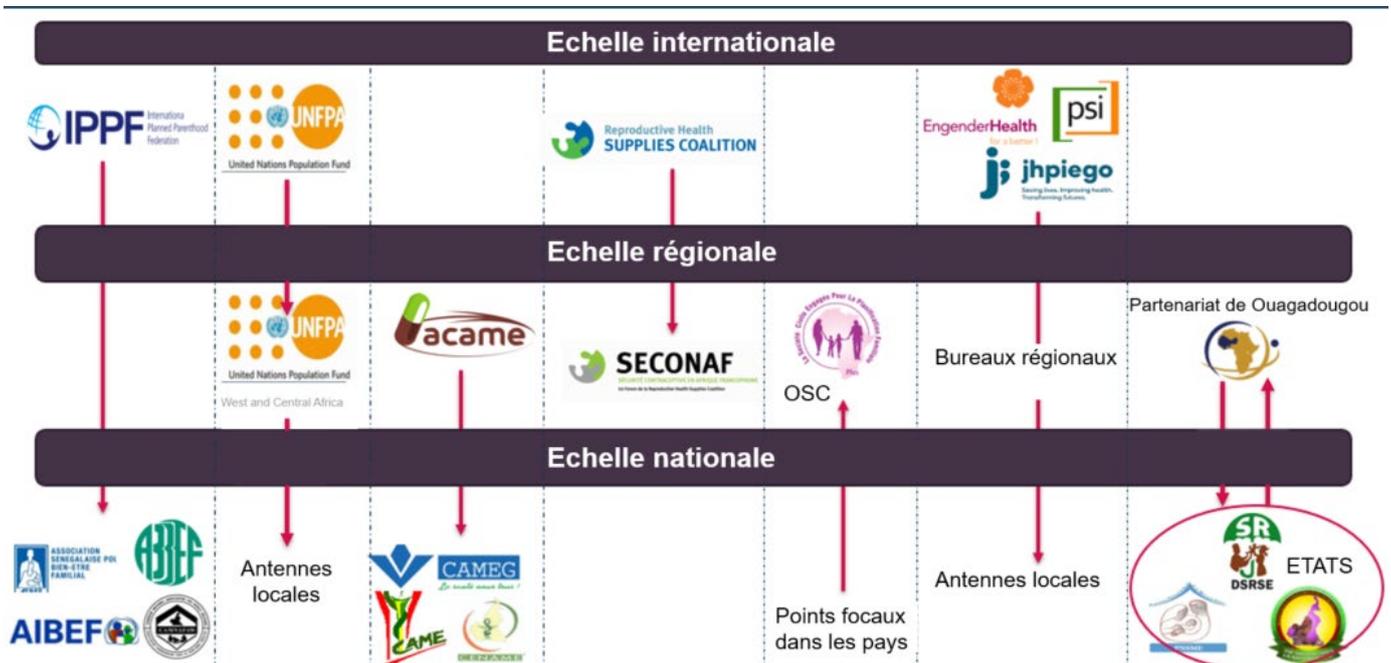


Figure 3: Les acteurs de la PF à différents niveaux d'intervention (réalisation personnelle)

c) Quelle place pour l'industrie pharmaceutique ?

L'industrie pharmaceutique a connu quelques déconvenues ces dernières années, avec notamment une méfiance de plus en plus croissante à son encontre comme on a pu le constater récemment avec la thématique de la réticence vaccinale. Aussi, l'industrie pharmaceutique souhaite reprendre sa place en tant qu'acteur phare de la Santé Publique et non plus être vue comme de simples vendeurs de médicaments mais bien en tant que contributeurs aux ODDs. De plus, pour les laboratoires fournissant des produits contraceptifs, il est important de pouvoir accompagner le patient au-delà du produit en facilitant son parcours de soins.

Depuis 2008, chaque année, la Fondation pour l'accès aux médicaments, financée en grande partie par BMGF, publie son « *Access to Medicine Index* » (ATM). Il s'agit d'un classement qui positionne les industries pharmaceutiques suivant l'accès qu'elles permettent vis-à-vis de leurs médicaments à travers le monde et plus particulièrement dans les pays du Sud. En effet, en 2019 on estimait que 5 milliards d'être-humains avaient accès couramment aux médicaments dont ils avaient besoins mais que ce n'était pas le cas pour près des 2 milliards restants. Ceci en particulier dans les pays à faible et moyen revenu où près de 83% de la population mondiale vit⁽⁶⁴⁾.

La fondation pour l'accès aux médicaments s'attelle chaque année à évaluer les 4 « A » entourant l'accès aux médicaments à savoir : l'« *Availability* » (disponibilité), l'« *Accessibility* » (accessibilité géographique), l'« *Affordability* » (l'accessibilité financière) et l'« *Acceptability* » (l'adhésion). Plus particulièrement, elle a défini 3 grands domaines pour lesquels elle attribue une note à chacun des laboratoires pharmaceutiques. Il s'agit premièrement de la bonne gouvernance pour l'accès : quelles sont les initiatives et politiques que les laboratoires pharmaceutiques mettent en place pour garantir l'accès à leurs médicaments dans les pays en voie de développement ? Ensuite, on cherche à savoir quels sont les axes en termes de recherche et développement des laboratoires et en quoi ils s'intéressent aux problématiques rencontrées dans les pays à moyen et faible revenus. Enfin, la livraison des produits pharmaceutiques des différentes compagnies au travers du monde est étudiée. En 2021, le top 5 du classement était occupé dans l'ordre par : GSK, Novartis AG, Johnson & Johnson, Pfizer Inc et Sanofi⁽⁶⁵⁾. En fonction de leur portefeuille de produits, le travail qu'effectue les compagnies pharmaceutiques pour garantir un accès aux méthodes modernes de contraception est particulièrement étudié tant la Fondation à conscience – tout comme c'est le cas avec les vaccins – du statut particuliers des produits de PF en regard de leur impact potentiel en termes de développement humain.

Pour finir, on connaît également l'industrie pharmaceutique pour son rôle dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments. En effet, les laboratoires pharmaceutiques réinvestissent, selon leur stratégie, une partie plus ou moins importante de leur gain pour étendre leur portefeuille produits. C'est notamment en partie grâce aux industries pharmaceutiques qu'il existe de nos jours une large gamme de produits contraceptifs aux caractéristiques différentes pour s'adapter au mode de vie des potentiels utilisateurs.

L'importance de cette large gamme de méthodes contraceptives est cruciale pour permettre aux utilisateurs d'exercer un choix libre et éclairé et de disposer d'une méthode qui leur convienne.

Le chapitre suivant s'attache à décrire les principales caractéristiques des méthodes contraceptives qui existent aujourd'hui sur le marché qu'elles soient considérées comme modernes ou traditionnelles.

III. Une vaste gamme de méthodes contraceptives

1. Rappels sur la physiologie de la procréation

Lors de la procréation humaine, il se produit la fusion du gamète masculin à savoir le spermatozoïde et du gamète féminin à savoir l'ovocyte, porteurs respectivement de 23 chromosomes. Le résultat de cette fusion est un embryon constitué de 46 chromosomes. Une partie des méthodes contraceptives a pour objectif d'empêcher la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovocyte ; ce sont les méthodes barrières.

En amont de la fusion entre les deux gamètes, ceux-ci ont connu une phase de développement ou gamétogenèse ; respectivement spermatogénèse pour le développement des spermatozoïdes et ovogénèse pour le développement des ovocytes. Une grande partie des méthodes contraceptives hormonales interfèrent sur le cycle féminin décrit ci-dessous.

Le cycle féminin, durant en moyenne 28 jours, se déroule à différents niveaux :

-Cycle gonadotrophique : au niveau de la base du cerveau, l'hypothalamus sécrète l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires que l'on connaît sous l'appellation GnRH. Cette gonadolibérine stimule alors l'hypophyse qui va à son tour sécréter deux hormones gonadotrophines à savoir la FSH pour *Follicle Stimulating Hormone* et la LH pour *Luteinizing Hormone*. La FSH et la LH ont une action sur les ovaires. En effet, en phase folliculaire c'est-à-dire durant les 14 premiers jours du cycle, la FSH stimule la croissance des follicules et la synthèse d'œstradiol. De son côté, la LH va stimuler le corps jaune qui va produire de l'œstradiol et de la progestérone durant la phase lutéale c'est-à-dire les 14 derniers jours du cycle. Le pic de concentration de LH autour du 14^{ème} jour est responsable de l'ovulation.

-Cycle ovarien et ovogénèse : sous l'action de la FSH les ovaires en phase folliculaire produisent de l'œstradiol qui va assurer un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH et LH. La FSH est également responsable de la prolifération des follicules qui sont des cellules sphériques situées à l'extrémité des ovaires et qui contiennent les ovocytes. Vers le 14^{ème} jour du cycle, les fortes quantités d'œstradiol produites par le follicule vont entraîner une décharge brutale de LH. Ce pic de LH va entraîner la rupture du follicule qui va alors expulser l'ovocyte dans l'ovaire ; c'est l'ovulation. Le follicule va alors se transformer en corps jaune et sécréter de l'œstradiol mais surtout de la progestérone sous l'action de la LH. En phase lutéale, les taux élevés de progestérone et d'œstradiol entraînent une réaction négative sur la sécrétion de LH et FSH.

-Cycle endométrien : les hormones ovariennes, c'est-à-dire l'œstradiol et la progestérone, passent dans le sang et ont un effet variable sur la glaire cervicale et l'endomètre suivant la période du cycle. En effet, durant la phase folliculaire les œstrogènes stimulent la production d'une glaire cervicale perméable aux spermatozoïdes tandis que durant la phase lutéale, la progestérone va au contraire rendre la glaire cervicale épaisse et imperméable aux spermatozoïdes. L'endomètre qui est la muqueuse tapissant l'intérieur de l'utérus, va lui aussi connaître des variations sous l'effet des hormones ovariennes. Il subit une première phase dite proliférative ou il va s'épaissir sous l'effet des œstrogènes avec pour objectif de rendre la cavité utérine propre à la nidation d'un embryon. S'ensuit une phase dite sécrétoire durant laquelle, sous l'effet de la progestérone, des glandes sécrétrices vont se mettre en place dans la muqueuse utérine toujours avec pour objectif de favoriser un environnement optimal à la nidation. S'il n'y a pas eu fécondation, la chute de la progestérone induite par la lutéolyse (destruction du corps jaune) va entraîner la désolidarisation de la partie de l'endomètre constitué lors de la phase proliférative, qui va alors s'écouler par la vagin : il s'agit des règles marquant le début d'un nouveau cycle. Le cycle de l'endomètre encore appelé cycle menstruel se superpose sur le cycle ovarien. Aussi, le premier jour des règles correspond donc au premier jour de la phase folliculaire.

2. Une classification des méthodes contraceptives sujette à débat

Plus d'une vingtaine de méthodes de contraception existent. Celles-ci peuvent être classifiées dans différents groupes suivant un certain nombre de caractéristiques. Une des catégorisations des plus connues et des plus utilisées en Santé Publique mondiale, consiste à regrouper d'une part un certain nombre de méthodes sous l'appellation de « méthodes modernes » et d'autre part de regrouper les autres méthodes sous l'appellation de « méthodes naturelles ». Toutefois, même si cette classification est retenue dans la trame de la description ci-dessous, il est important de mentionner que cette segmentation en méthodes *modernes/naturelles* a été remise en cause en 2016 dans un article publié dans la revue *Contraception* par d'éminents spécialistes de la SSR issus de l'UNFPA, l'OMS et l'USAID ⁽⁶⁶⁾. En effet, l'article nous révèle que certaines méthodes telle que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est tantôt considérée comme une méthode moderne par certaines organisations et pays et tantôt considérée comme une méthode traditionnelle pour d'autres organisations et dans d'autres pays. Bien que pouvant apparaître superflue, la classification des méthodes contraceptives revêt en réalité une importance capitale car elle

est partie intégrante des indicateurs qui sont relevés pour mesurer les progrès accomplis en termes de prévalence contraceptive. La mesure des progrès vers les objectifs FP2020 et désormais FP2030, repose par exemple principalement sur la mesure du TPCm. Ces indicateurs influencent par la suite les investissements des bailleurs de fond et par ricochet les possibilités de choix des potentiel(les) utilisateurs/utilisatrices. De plus, il faut considérer un biais qui voudrait que les méthodes dites naturelles soient moins efficaces que les méthodes dites modernes. Or, prisent individuellement ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, la méthode du retrait classifiée comme méthode naturelle, si pratiquée en conformité avec les recommandations, est tout aussi efficace voire plus efficace que le préservatif féminin ⁽⁶⁷⁾. Ce biais de subjectivité a pour conséquence d'entraîner plus d'investissements dans les programmes axés sur les méthodes dites modernes considérées parfois à tort comme plus efficaces, menant à plus de professionnels de santé formés sur les méthodes modernes et donc plus enclins à les proposer à leurs patients. On constate que cela vient mettre à mal la liberté de choix libre et éclairé de chaque utilisateur envers sa méthode contraceptive quand bien même ses préférences pencheraient vers une méthode dite naturelle. Enfin, on remarque qu'un jugement de valeur peut être facilement associé aux termes « moderne » et « naturelle ». Ceci est particulièrement le cas dans certains contextes d'Afrique subsaharienne où l'on observe une méfiance croissante vis-à-vis de la médecine moderne apportée par l'ancien colonisateur au profit d'un retour vers la médecine traditionnelle des ancêtres considérée comme plus naturelle.

En 2019, on estimait qu'à l'échelle mondiale, parmi les 922 millions de femmes en âge de procréer et ou leur partenaire utilisant une méthode contraceptive, près de 91,3% utilisaient une méthode contraceptive moderne tandis que près de 8,7% d'entre eux utilisaient une méthode contraceptive naturelle ⁽⁶⁸⁾.

Au-delà de la dichotomie *méthodes modernes/ méthodes naturelles* on peut retrouver dans la littérature d'autres classifications qui sont souvent dépendantes de l'approche adoptée. En effet, suivant que l'on adopte l'approche du professionnel de santé, de l'utilisateur ou encore de l'administrateur des systèmes de santé on pourra envisager, entre autres, différentes catégorisation des méthodes contraceptives :

- présence d'hormone(s) : oui/non ;
- interruption de l'acte sexuel : oui/non ;
- courte durée d'action /longue durée d'action/ action permanente
- retour à la fertilité après discontinuation : Immédiate/ retardée/ jamais ;
- nécessité d'une intervention chirurgicale : oui/non ;

- contrôlé par la femme/contrôlé par l'homme/ contrôlé par la femme et l'homme ;
- nécessité d'un renforcement en capacité humaine et en matériel : oui/non ;
- discontinuation possible sans intervention médicale : oui/non

3. Une efficacité variable suivant la méthode et son utilisation

La contraception dans son versant scientifique peut se définir comme l'ensemble des méthodes visant à éviter, de manière temporaire ou irréversible, qu'un rapport sexuel puisse mener à une grossesse non-désirée. Cependant on note que l'objectif visé par la contraception peut être atteint de façon variable suivant le niveau d'efficacité de la méthode utilisée.

On a coutume de mesurer l'efficacité d'une méthode contraceptive à l'aide de l'indice de PEARL (IP). Il s'agit d'un outil statistique servant notamment lors des essais cliniques et qui se calcule de la manière suivante ⁽⁶⁹⁾ :

$$\text{(nombre de grossesses accidentelles / nombre total de mois d'exposition)*1200}$$

On obtient alors le nombre de grossesses observés pour 100 femmes ayant utilisées la méthode pour une période d'un an. Une faiblesse inhérente à l'IP, est que celui-ci ne tient pas compte de l'expérience de l'utilisation d'une méthode contraceptive qui augmente son efficacité. On a en effet tendance à observer qu'un nombre plus important de grossesses non désirées surviennent durant la première année d'utilisation d'une méthode contraceptive que durant les années suivantes d'utilisation de cette même méthode.

L'IP nous donne une indication de l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive c'est-à-dire lorsque son utilisation a lieu sous couvert de toutes les indications et précautions d'emploi prévues s'y rattachant. En effet, lorsque l'on parle d'efficacité d'une méthode contraceptive il est courant de distinguer deux contextes. D'une part, celui d'une utilisation de la méthode dite correcte c'est-à-dire avec un respect stricte des précautions d'emploi ; on parle alors d'efficacité théorique apportée par la calcul de l'IP. C'est notamment lors des essais cliniques que l'on peut s'assurer du strict respect des normes d'usage. D'autre part, on a l'efficacité pratique qui se définit comme l'utilisation courante qui est faite des méthodes contraceptives. Il s'agit en fait de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la vie réelle. En fonction des méthodes contraceptives, l'écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique peut être plus ou moins grand. Cet écart semble être proportionnel au degré de liberté qui appartient à

l'utilisateur quant à l'utilisation de la méthode. En effet, dans le cas par exemple d'un DIU qui une fois posé ne requiert pas d'actions supplémentaires de la part de la femme, les possibilités d'influence de l'utilisateur sur l'efficacité restent limitées. Ce n'est pas le cas par exemple avec la pilule contraceptive qui doit être prise tous les jours à heure fixe et dont l'oubli peut avoir des conséquences sur son efficacité.

Un nombre non négligeable des grossesses-non désirées survenant dans le cadre de l'utilisation d'une méthode contraceptive sont en fait imputables à une mauvaise utilisation de cette méthode contraceptives (ex : oubli de prise de pilule).

L'OMS définit des paliers d'efficacité suivant l'IP de la façon suivante :

- Indice de PEARL < 1 : méthode « très efficace » ;
- 1 < Indice de PEARL < 10 : méthode « efficace » ;
- 10 < Indice de PEARL < 25 : méthode « modérément efficace » ;
- Indice de PEARL > 25 : méthode « moins efficace »

Le **Tableau 2** ci-dessous classe les méthodes contraceptives selon leur IP ⁽²⁾, allant des plus efficaces théoriquement au moins efficaces théoriquement. On note que mise à part la MAMA, aucune méthode naturelle n'est considérée comme « très efficace ».

Tableau 2: Indice de PEARL des principales méthodes contraceptives selon l'OMS 2011

Méthode Contraceptive	Indice de PEARL =nombre de grossesses pour 100 femmes pour une année
Implants contraceptifs	0,05
Injectables mensuels = injectables combinés	0,05
Stérilisation masculine	0,1
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2
Injectables progestatifs	0,3

Pilule contraceptive combinée	0,3
Pilules progestatives	0,3
Patch contraceptifs combinés	0,3
Anneau vaginal combiné	0,3
Stérilisation féminine	0,5
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6
Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée	0,9
Méthode symptothermique	1
Préservatif masculin	2
Méthode de Billings	3
Méthode des deux jours	4
Méthode du retrait	4
Méthode des Jours Fixes	5
Préservatif féminin	5
Diaphragmes avec spermicides	6
Capes cervicales	9
Spermicides	18
Méthode de la température basale du corps (TBC)	Non disponible

Méthode Ogino-Knaus	Non disponible
Aucune méthode	85

4. Catalogue UNFPA des produits contraceptifs

Au travers de son programme *UNFPA supplies*, l'UNFPA est le plus important pourvoyeur de méthodes contraceptives à travers le monde et en particulier dans 46 pays en voie de développement majoritairement présents sur le continent africain. D'une part, l'UNFPA finance et distribue directement des produits contraceptifs au travers de ses programmes dans les pays. D'autre part, l'UNFPA met à disposition un catalogue de produits contraceptifs à des prix concurrentiels ⁽⁷⁰⁾. Le catalogue UNFPA de produits contraceptifs comporte plus d'une centaine de références à des prix pré-négociés. L'UNFPA évalue et préqualifie les fournisseurs en fonction de normes reconnues à l'échelle internationale afin de garantir des produits de SSR conformément aux exigences de qualité, d'efficacité et de sécurité.

Les clients de l'UNFPA sont des organisations gouvernementales et non gouvernementales des pays à revenu faible et intermédiaire remplissant un certain nombre de critères. Aussi, les produits référencés dans le catalogue UNFPA sont ceux que l'on retrouve le plus communément dans les circuits publics et les programmes de marketing social dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Ils seront donc cités au fil de la description des méthodes contraceptives ci-dessous.

5. Méthodes contraceptives naturelles

On appelle méthodes contraceptives « naturelles » toute méthode qui pour empêcher la survenue d'une grossesse non-désirée à l'issue d'un rapport sexuel, n'utilise aucun matériel ou produit médical pour influencer sur le système reproductif féminin ou masculin ⁽⁷¹⁾. L'avantage majeur de ces méthodes est qu'elles ne présentent quasiment aucune contre-indication (excepté pour la MAMA) et pas d'effets indésirables. De plus, elles ne demandent pas d'intervention médicale et aucun approvisionnement en produits. Ce sont d'ailleurs ces raisons qui font qu'elles sont particulièrement adoptées en regard de motivations culturelles,

religieuses et/ou traditionnelles. On les nomme de fait méthodes « traditionnelles » dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. En revanche, on peut déplorer leur efficacité relative car très dépendante des précautions d'emploi respectées ou non dans leur pratique. En effet, pour les méthodes contraceptives naturelles l'écart entre l'efficacité théorique et pratique peut être conséquent comme présenté dans le **Tableau 3** ci-dessous ⁽⁶⁷⁾. Aussi, on comprend que les méthodes dites naturelles comportent un risque d'échec contraceptif non négligeable dans leur pratique courante et nécessite donc un accompagnement pédagogique ciblé lorsqu'elles souhaitent être adoptées. L'HAS recommande par exemple de conseiller ces méthodes naturelles uniquement en complément d'une autre méthode dite moderne ⁽⁷²⁾.

Tableau 3: Efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptives naturelles selon l'OMS 2011

Méthode contraceptive	Efficacité théorique	Efficacité en pratique courante	Efficacité théorique- Efficacité pratique
Retrait ou coïte interrompu	96	73	23
Méthode des deux jours	96	86	10
Méthodes des jours fixes	95	88	7
MAMA	99,1	98	1,1
Méthode symptothermique	99	98	1
Méthode Billings	3	Non disponible	
Méthode de TBC	Non disponible	Non disponible	
Méthode Ogino-Gauss	Non disponible	15	

On notera également que les méthodes contraceptives naturelles ne protègent en aucun cas contre les IST.

a) Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Pour ces méthodes on se base sur les connaissances du cycle menstruel et ovarien de la femme en partant du postulat que les périodes fertiles surviennent 5 jours avant et un jour après l'ovulation ⁽⁷³⁾⁽⁷⁴⁾. Le jour de l'ovulation étant bien évidemment inclus. Ces méthodes demandent la coopération du partenaire pour s'abstenir de tout rapport sexuel ou utiliser une méthode barrière pendant la période fertile. On appelle parfois ces méthodes « abstinence périodique » ou encore « planification familiale naturelle ». En générale, il est plus efficace de pratiquer l'abstinence pendant les périodes fertiles que d'utiliser une méthode barrière pendant ces mêmes périodes fertiles ⁽⁷⁵⁾.

Pour ces méthodes basée sur la détermination des périodes de fertilité, au cours d'une année, le taux de grossesses fluctue de 0,4 à 5% à condition que les méthodes soient pratiquées scrupuleusement. Toutefois en pratique courante on constate que ce taux peut s'élever à plus de 8% en France a fortiori si la femme connaît des irrégularités dans son cycle menstruel ⁽⁷¹⁾. Les irrégularités dans le cycle menstruel peuvent être le fait de la période du post-partum, de troubles alimentaires, d'un arrêt d'un contraceptif hormonal, de la période de péri-ménopause, de certains traitements médicamenteux tels que des anxiolytiques ou encore n'être le fait d'aucune de ces raisons.

Un élément étonnant est que le taux de grossesses non désirées durant l'utilisation de méthodes basées sur la connaissance de la fécondité atteint près de 25% selon les chiffres de l'OMS qui trouvent leurs sources essentiellement dans des études en provenance des USA et basées de facto sur une population américaine ⁽⁷¹⁾.

A noter qu'on observe un détournement de l'utilisation des kits de surveillance du taux de LH. Ceux-ci sont vendus en libre accès aussi bien en pharmacie que sur internet et ont pour objectif de repérer la période d'ovulation de la femme pour lui donner plus de chance de concevoir. Ces kits sont également utilisés dans une optique de contraception afin d'éviter les rapports sexuels durant la période fertile. Cependant, à ce jour il n'existe pas de données suffisamment fiable qui nous permettraient de considérer ces kits comme étant des moyens de contraception efficaces.

i. La méthode Billings

La glaire cervicale, que l'on retrouve au niveau du col de l'utérus, est une sécrétion de glycoprotéines ayant pour rôle de fermer hermétiquement le col de l'utérus aux agents

extérieurs. La quantité, la composition ainsi que la consistance de la glaire cervicale évolue au cours du cycle menstruel :

-Durant la phase folliculaire, qui s'étend du premier jour des règles et prend fin au moment de l'ovulation, la glaire cervicale est peu abondante, blanche et épaisse. Elle assure durant cette période une étanchéité du col de l'utérus et empêche le passage aussi bien des bactéries que des spermatozoïdes.

-A l'approche de l'ovulation on observe une augmentation de la quantité de glaire cervicale qui devient plus fluide.

-Le jour de l'ovulation, la texture de la glaire cervicale ressemble à celle d'un blanc d'œuf et elle est filante, élastique et limpide. Son rôle est alors de laisser passer les spermatozoïdes bien formés et vigoureux. Le pH de la glaire cervicale augmente également de sorte à créer un environnement propice à la survie des spermatozoïdes.

-Durant la phase lutéale, qui commence après l'ovulation et dure jusqu'aux prochaines règles, la glaire cervicale s'appauvrit, se dessèche et reprend son pH acide devenant imperméable à la progression des spermatozoïdes.

La méthode Billings, qui est une méthode des trois méthodes basées sur les symptômes parmi les méthodes utilisant les connaissances sur la fécondité, consiste à étudier l'évolution de la glaire cervicale afin de détecter la période fertile pour s'abstenir de tout rapport sexuel ou d'utiliser une méthode barrière pendant celle-ci. Pour se faire, la femme introduit deux doigts dans son vagin chaque soir pour recueillir de la glaire cervicale puis procède à un écartement de celle-ci pour en observer la filance en plus de son apparence globale.

La reprise des rapports sexuels peut se faire à partir du quatrième jour suivant la modification de la consistance de glaire cervicale ⁽⁷⁵⁾. Il faut noter que la méthode Billings peut être compromise par des affections vaginales type mycoses vaginales ou vaginoses bactériennes qui influent sur l'apparence des sécrétions vaginales.

ii. La méthode de la température basale du corps

La méthode de la température basale du corps (TBC) ou encore des températures est la deuxième méthode basée sur les symptômes parmi les méthodes utilisant les connaissances sur la fécondité. Elle se base sur le fait que sous l'effet de la progestérone, le corps de la femme connaît une élévation de sa température au moment de l'ovulation. L'utilisation correcte de cette méthode préconise que la femme prenne sa température tous les jours à la même heure chaque matin au lever à jeun et qu'elle reporte la valeur enregistré

sur un diagramme. Au moment de l'ovulation la femme observe une élévation de sa température de 0,2° à 0,5°.

Le couple doit s'abstenir de tout rapport sexuel non protégé ou utiliser une méthode barrière du 1^{er} jour des règles jusqu'à 3 jours après que la température de la femme se soit élevée. Les rapports sexuels peuvent reprendre dès le 4^{ème} jour après l'observation de l'augmentation de la température et jusqu'aux prochaines règles ⁽⁷⁵⁾. Aussi, cette méthode n'autorise les rapports sexuels qu'en période post-ovulatoire ce qui peut être contraignant pour certains couples et donc favorise un taux d'échec important.

Il est important de noter que toutes affections ou pathologies ayant un impact sur la température basale de la femme est susceptible de compromettre la méthode des températures.

iii. La méthode des deux jours (Two-Day Method®)

La méthode des deux jours présente de nombreuses similitudes avec la méthode Billings en cela qu'elle repose également sur une observation des sécrétions vaginales. La femme vérifie la présence ou non de sécrétions vaginales sur ses sous-vêtements chaque jour dans l'après-midi ou le soir. A partir du moment où elle note la présence de sécrétions elle doit considérer qu'elle est en période féconde ce jour-là et le jour suivant. Le couple doit alors s'abstenir de relations sexuelles ou alors utiliser une méthode barrière le jour où les sécrétions ont été observées et le jour suivant sachant que la vérification de la présence de sécrétions doit continuer chaque jour. Les rapports sexuels peuvent reprendre sans protection à partir du moment où la femme a noté deux jours consécutifs sans sécrétions vaginales ⁽⁷⁵⁾.

La méthode des deux jours repose en fait sur une sorte d'algorithme qui stipule ⁽⁷¹⁾ :

- si la glaire est présente hier ET aujourd'hui : fertilité maximale ;
- si la glaire est présente aujourd'hui OU hier : fertilité ;
- si la glaire n'est pas présente aujourd'hui OU hier : fertilité basse

Il faut noter que tout comme pour la méthode Billings, la méthode des deux jours peut être compromise par des affections vaginales type mycoses vaginales ou vaginoses bactériennes qui influent sur l'apparence des sécrétions vaginales.

En termes d'efficacité une étude ayant porté sur 13 cycles de 450 femmes ⁽⁷⁶⁾ a démontré que le taux de grossesses la première année était de 3,5% lorsque le couple n'avait aucune relation

sexuelle lors des périodes identifiées fertiles, contre 6,3% lorsque le couple continuait d'avoir des relations sexuelles lors des périodes identifiées fertiles en utilisant une autre méthode de contraception. L'OMS estime l'IP de la méthode des deux jours à 4% soit une efficacité théorique de 96% contre une efficacité en pratique de 86% ⁽⁶⁷⁾.

iv. La méthode Ogino-Knaus

La méthode Ogino-Knaus ou encore méthode d'abstinence périodique ou du rythme est une des deux méthodes contraceptives naturelles utilisant le calendrier.

Elle part de deux principaux postulats à savoir :

-l'ovulation se produit vers le 14^{ème} jour pour un cycle de 28 jours ;

-la durée de vie d'un spermatozoïde dans les voies génitales féminines et plus particulièrement dans la glaire cervicale est de trois jours tandis que la durée de vie d'un ovule est d'un jour.

Les rapports sexuels sont alors proscrits du 10^{ème} au 17^{ème} jours pour un cycle d'une durée de 28 jours. Si l'abstinence n'est pas souhaitée par le couple, une méthode barrière devra alors être utilisée. Avant d'appliquer la méthode, la femme devra suivre et noter durant 6 à 12 mois la durée de ses cycles afin de déterminer une moyenne de sa période fertile. Elle retirera alors 18 jours de son cycle le plus court pour avoir le premier jour de fertilité et retirera 11 jours à partir de son cycle le plus long afin d'identifier le jour de fin de la période de fertilité ⁽⁷⁵⁾.

La femme devra être attentive à toutes variations significatives de la durée de son cycle et mettre à jour au fur et à mesure la durée moyenne de son cycle. On comprend donc que cette méthode n'est pas forcément adaptée aux femmes les moins instruites car demandant une certaine maîtrise de calculs basiques.

v. La méthode des jours fixes

La méthode des jours fixes est la seconde méthode contraceptive naturelle se basant directement sur le calendrier. Pour toutes les utilisatrices de la méthode des jours fixes, la période allant du 8^{ème} au 19^{ème} jour est considérée comme la période de fécondité ⁽⁷⁵⁾. Le couple devra alors pratiquer l'abstinence durant cette période ou alors utiliser une méthode contraceptive barrière.

Des aide-mémoires sont souvent utilisés pour l'application de cette méthode. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest le collier du cycle est particulièrement utilisé et vient en remplacement du

calendrier en particulier pour les femmes non instruites. Celui-ci comporte des perles de différentes couleurs en fonction de la période du cycle, chaque perle représentant un jour du cycle. Les perles blanches indiquent en règle générale la période entre le 8^{ème} et le 19^{ème} jour durant laquelle la femme peut tomber enceinte ⁽⁷⁷⁾. Le premier jour des menstrues étant considéré comme le premier jour du cycle, la femme déplace au fil des jours un anneau en caoutchouc sur les perles du collier afin de se repérer temporellement dans les différentes phases de son cycle. Le catalogue UNFPA comporte un collier du cycle fabriqué par Cycle Technologies dénommé CycleBeads® au prix pré-négocié de \$1,50 l'unité ⁽⁷⁰⁾. En 2013, on estimait les utilisatrices de la méthode des jours fixes au travers du CycleBeads® à plus de 2,5 millions mondialement, réparties sur plus de 50 pays ⁽⁷⁸⁾.

Il est important de noter que pour les femmes connaissant des troubles dans leur cycle, il n'est pas évident de déterminer la date d'ovulation qui peut alors survenir de façon variable. Aussi, la méthode des jours fixes n'est recommandée que pour les femmes ayant un cycle menstruel régulier, c'est-à-dire des femmes n'ayant pas connu plus de deux cycles plus courts que 26 jours et plus long que 32 jours au cours d'une année.

En termes d'efficacité, une étude ayant porté sur 13 cycles de 478 femmes ⁽⁷⁹⁾ a démontré que le taux de grossesses la première année était de 4,75% avec une utilisation respectant scrupuleusement les précautions d'emploi de la méthode, contre 11, 96% avec une utilisation courante de la méthode.

vi. La méthode symptothermique

Cette méthode combine la méthode Billings ou la méthode des deux jours avec la méthode de la température basale du corps. La combinaison de deux méthodes naturelles comme celle-ci permet d'accroître l'efficacité contraceptive.

b) Le retrait

La méthode du retrait ou encore du coït interrompu, préconise que l'homme se retire du vagin de la femme avant l'éjaculation lors du rapport sexuel. Le but de cette méthode est donc d'empêcher toute pénétration de spermatozoïdes dans le corps de la femme. Un certain nombre de couples utilisent cette méthode en complément d'autres méthodes naturelles durant les périodes identifiées comme fertiles.

Il s'agit d'une des méthodes les moins efficaces dans son utilisation courante car elle expose à un risque de fécondation en cas de retrait trop tardif. De plus, l'efficacité de cette méthode est très dépendante de l'utilisateur. En effet, l'efficacité théorique de la méthode est de 96% (4 grossesses pour 100 femmes au cours d'une année) tandis que l'efficacité pratique est seulement de 73% (27 grossesses non désirées pour 100 femmes au cours d'une année)⁽⁷²⁾. Il faut noter que ce taux d'efficacité part du principe que la présence des spermatozoïdes dans le liquide pré-éjaculatoire est faible quand bien même une étude portant sur 27 hommes y a retrouvé une quantité non négligeable de spermatozoïdes chez 37% des hommes⁽⁸⁰⁾.

Cependant, il semble être préférable d'utiliser la méthode de retrait que de n'utiliser aucune méthode du tout car en l'absence de méthode contraceptive on note 85 grossesses non désirées pour 100 femmes en une année⁽⁷²⁾. Il est également recommandé d'avertir les couples utilisateurs de la méthode du retrait de l'existence de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) pour pallier un retrait trop tardif.

c) La méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée

La MAMA fait partie des méthodes dont la classification est sujette à débat et elle apparaît d'ailleurs en tant que méthode moderne dans l'Enquête Démographique de Santé (EDS). Toutefois, puisqu'elle rentre dans le canevas de la définition des méthodes naturelles développée dans ce manuscrit, elle est donc présentée ici comme étant une méthode naturelle.

Son principe repose sur le fait que lorsqu'une femme allaite, les cellules lactotropes de son hypophyse sécrètent une hormone appelée prolactine. La prolactine est responsable d'une inhibition de la sécrétion de GnRH par l'hypothalamus, interrompant ainsi les sécrétions de LH et FSH elles-mêmes responsables de l'ovulation. On observe donc une absence d'ovulation chez la femme durant la période d'allaitement⁽⁷⁷⁾.

C'est en 1988, lors de la conférence de consensus de Bellagio, que la MAMA a été définie et reconnue officiellement comme méthode de contraception⁽⁸¹⁾. Les experts présents lors de la conférence ont concédé une efficacité de près de 98% à la MAMA à condition que les 3 critères suivants soient réunis :

- l'utilisation de la méthode se situe dans une période de maximum 6 mois après la naissance de l'enfant ;
- la femme doit être en période d'aménorrhée c'est-à-dire qu'elle n'a pas encore connu son retour de couches ;

- la femme doit pratiquer un allaitement exclusif et complet ou quasiment complet, c'est-à-dire avec un intervalle de maximum 6h entre chaque tétées.

Si ces trois critères ne sont pas respectés, l'efficacité de la MAMA régresse, en particulier s'il y a eu reprise de l'activité menstruelle de la femme.

L'OMS recommande l'allaitement au sein exclusif jusqu'aux 6 mois du nourrisson ⁽⁸²⁾, car cela confère une protection à la mère tout en représentant l'aliment idéal pour l'enfant. Si l'on ajoute à cela le fait que la MAMA n'a ni de coût direct que ce soit pour la PF que pour l'alimentation de l'enfant, on comprend qu'elle soit particulièrement encouragée dans les pays dits en voie de développement. Il est à noter que la MAMA repose sur un allaitement au sein. En effet, à ce jour, aucune étude n'a démontré que tirer son lait à le même effet contraceptif que l'allaitement directement au sein ⁽⁸³⁾.

La MAMA n'entraîne aucun effets secondaires, cependant des contre-indications à son utilisation existent :

-pathologies infectieuses actives dont le Virus de L'immunodéficience Humaine (VIH) et la tuberculose pour éviter une transmission mère-enfant au travers du lait maternel ;

-prise de médicaments non compatible avec l'allaitement ;

-malformations buccales du nouveau-né ou prématurité nécessitant des soins néonataux intenses.

Le prestataire de santé prodiguant des conseils en planification familiale se devra de déconstruire certaines conceptions erronées entourant la MAMA :

-les femmes peuvent utiliser la MAMA quelle que soit leur corpulence ;

-il n'y a pas d'alimentation particulière autre que celle compatible avec l'allaitement à adopter ⁽⁷⁵⁾.

Lorsque la femme ne satisfait plus à un ou plusieurs critères de la MAMA il est essentiel de la rediriger vers une autre méthode de contraception afin de la prévenir de toute grossesse non-désirée. La transition devrait se faire un peu avant les 6 mois de l'enfant ; cela permet d'être raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte lui permettant de commencer la nouvelle méthode sans faire un test de grossesse préalablement. Si l'enfant à moins de 6 mois et/ou si la femme souhaite continuer d'allaiter, dans le cas où une méthode contraceptive hormonale serait choisie, celle-ci devrait être uniquement progestative.

6. Méthodes contraceptives modernes barrières

On appelle méthode contraceptive barrière, toute méthode qui utilise une barrière mécanique ou chimique pour empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans la filière génitale de la femme afin d'atteindre l'ovule et de le féconder ⁽⁷¹⁾. Il n'y a donc pas d'effets en amont avec par exemple blocage de l'ovulation.

a) Préservatifs

Le préservatif est le seul moyen de contraception qui assure une protection contre la majorité des IST en plus de la protection contre les grossesses non-désirées ; on parle de bénéfice non-contraceptif. Bien souvent l'appellation préservatif est directement associée au préservatif masculin bien qu'il existe également un préservatif féminin ⁽⁷⁷⁾.

Outre sa classification en tant que méthode barrière mécanique, le préservatif est souvent décrit comme une contraception à courte durée d'action. Les méthodes à courte durée d'action représentent mondialement près de 46,1% des méthodes utilisées contre 45,2% pour les méthodes permanentes et à longue durée d'action ⁽⁶⁸⁾.

i. Préservatifs masculins

Avec près de 189 millions d'utilisateurs à l'échelle mondiale en 2019, le préservatif masculin est la deuxième méthode contraceptive la plus utilisée au monde. Le préservatif masculin est également le moyen de contraception le plus apprécié des 15-19 ans et constitue très souvent la première méthode contraceptive utilisée au début de la vie sexuelle des individus ⁽⁶⁸⁾. On note également que l'usage du préservatif masculin parmi les utilisateurs d'une méthode de contraception décline d'un peu moins de la moitié chez les femmes mariées/ en union avec près de 18% d'utilisateurs contre près de 33% d'utilisateurs chez les femmes non mariées/non en union ⁽⁶⁸⁾.

Le préservatif masculin se présente comme une enveloppe en caoutchouc mince plus communément appelé latex, fabriqué pour recouvrir le sexe masculin en érection. Bien que le latex soit le plus couramment utilisé pour la fabrication des préservatifs masculin, on peut également en trouver sur le marché en polyuréthane, en polysoprène, en silicone ou encore en peau d'agneau. Il en existe une multitude de sortes avec ou sans réservoir, présentant des variations de taille, de lubrification, de couleur et de texture plus ou moins ludiques. Ils sont

vendus en pharmacie mais également en vente libre aussi bien en grandes surfaces que dans des boutiques de quartiers ou encore via des distributeurs automatiques. Ils revêtent de nombreuses dénominations et noms de marque et sont proposés à des prix variés mais restant accessibles y compris pour les plus jeunes. Ils sont également distribués gratuitement dans de nombreux centres. Tous ces éléments, en particulier leur accessibilité financière, leur aspect pouvant être ludique et la possibilité de s'en procurer sans passer par un professionnel de santé peuvent expliquer l'attrait des plus jeunes à leur égard.

Leur principe d'action est simple puisqu'ils agissent en tant que barrière empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin au moment de l'éjaculation. Par ailleurs, ils assurent également une protection barrière contre la majorité des transmissions des organismes pathogènes du pénis vers la muqueuse vaginale et vice-versa. Ceci, aussi bien concernant la majeure partie des micro-organismes se transmettant par écoulement (VIH, gonorrhée, chlamydia) que la majeure partie de ceux se transmettant par contact (herpès). En cas d'utilisation correcte, le préservatif masculin réduit de 80-95% une transmission du VIH qui aurait pu avoir lieu en son absence⁽⁷⁵⁾. Le préservatif masculin est la méthode barrière offrant la plus forte efficacité théorique⁽⁶⁷⁾. Toutefois, il fait partie des méthodes contraceptives pour lesquelles la disparité entre l'efficacité théorique et l'efficacité courante est la plus grande. En effet, on note que lors d'une utilisation correcte du préservatif, le nombre de grossesses non désirées en une année est de 2 pour 100 femmes utilisatrices contre 15 grossesses enregistrées pour 100 femmes en pratique courante toujours sur une durée d'un an⁽⁷⁵⁾. De fait, la HAS préconise de recommander le préservatif masculin en cas d'absence de partenaire stable ou comme méthode ponctuelle pour pallier un manque d'accessibilité ou un défaut d'observance d'une méthode hormonale par exemple⁽⁷²⁾.

Avantages et inconvénients du préservatifs masculin :

Du côté des avantages on note :

- une double protection : à la fois contre les IST et contre les grossesses non désirées ;
- un retour à la fertilité immédiat ;
- aucun effet secondaire rapporté hormis quelques cas extrêmement rares d'allergies graves chez des personnes connaissant une sensibilité au latex. Il existe toutefois des préservatifs masculins en plastique (polysoprène) tout à fait compatibles chez les personnes sensibles au latex ;
- un possible retardement de l'éjaculation chez les hommes précoces ;
- une utilisation ne nécessitant pas de visite obligatoire chez le prestataire de santé.

Du côté des inconvénients on note :

- l'interruption du rapport sexuel ;
- une potentielle diminution des sensations sexuelles pour certains hommes ;
- une contre-indication des préservatifs masculins en latex lorsque la femme est sous traitement par ovules d'une infection vaginale par (Econazole ou Miconazole) ; ceux-ci sont en effet susceptibles d'endommager le caoutchouc du préservatif.

Le préservatif masculin dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA propose dans son catalogue de contraceptifs pas moins de 33 références de préservatifs masculins achetés auprès de fournisseurs présélectionnés. Ils sont proposés dans des boîtes de 100 ou 144 unités dont les prix varient de \$3.25 à \$4.77.

Les préservatifs masculins y sont classés suivant plusieurs catégories ⁽⁸⁴⁾ :

- préservatifs standards 49 et 53mm ;
- préservatifs avec senteur, goût, couleur ;
- préservatifs « condomize » ;
- préservatifs avec texture ;
- préservatifs spéciaux incluant d'autres tailles (56 et 58mm).

ii. Préservatifs féminins

Le préservatif féminin est probablement une des méthodes contraceptives les moins connues et les moins utilisées tant il est difficile de trouver des données fiables sur son utilisation. Il s'agit d'une gaine souple de forme oblongue, le plus souvent en polyuréthane ou en nitrile, constituée d'un anneau flexible fermé à l'extrémité censée recouvrir le col de l'utérus et de l'autre côté un anneau flexible ouvert qui doit dépasser au niveau de l'orifice vulvaire après la pose. Le préservatif féminin est commercialisé sous différentes marques, toutefois en nombre réduit comparativement au préservatif masculin. On les retrouve essentiellement dans les pharmacies et les centres de PF. Il contient le plus souvent un lubrifiant siliconé sur sa partie interne. Lorsqu'il est bien posé, le préservatif féminin tapisse l'intégralité du vagin constituant ainsi un fourreau pour le sexe de l'homme qui empêche que le sperme ne soit en contact du vagin et donc remonte dans les voies génitales féminines après éjaculation; on comprend donc qu'il s'agit d'une méthode barrière. Tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin protège également contre la transmission de la plupart des IST entre les

deux partenaires. Toujours tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin est à usage unique et doit donc être retiré précautionneusement après chaque rapport. L'efficacité du préservatif féminin dépend en grande partie de son utilisation d'autant plus qu'il peut demander une certaine expérience pour assurer une bonne pose et un bon retrait. Si le préservatif féminin est utilisé correctement lors de chaque rapport sexuel pendant un an, 95 femmes sur 100 ne tomberont pas enceinte ⁽⁶⁷⁾. En revanche, lorsque l'on observe son utilisation en pratique courante pendant un an, on note que seules 79 femmes sur 100 ne tomberont pas enceinte ⁽⁶⁷⁾. Il y a donc un écart non négligeable entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique.

Avantages et inconvénients du préservatif féminin :

Du côté des avantages on note :

- une double protection : à la fois contre des IST et contre les grossesses non désirées ;
- un retour à la fertilité immédiat ;
- aucun effet secondaire ;
- une possibilité de mettre en place le préservatif féminin avant le rapport ;
- par rapport au préservatif masculin, le préservatif féminin aurait une consistance plus souple et humidifiée qui donnerait une sensation plus naturelle ⁽⁷⁵⁾ ;
- une utilisation ne nécessitant pas de visite obligatoire chez le prestataire de santé.

Du côté des inconvénients on note :

- une potentielle interruption du rapport sexuel si la femme n'a pas anticipé la mise en place du préservatif féminin ;
- un aspect, une taille et la présence de l'anneau externe pouvant être jugés peu attrayants.

Le préservatif féminin dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA propose dans son catalogue de contraceptifs 17 références de préservatifs féminins achetés auprès de fournisseurs présélectionnés. Ils sont proposés soit dans des boîtes de 100 unités avec des prix variant de \$31 à \$51 ou dans des boîtes de 1000 unités avec des prix variant de \$300 à \$500.

Les préservatifs féminins y sont classés suivant plusieurs catégories ⁽⁸⁵⁾ :

- préservatifs féminins standards ;
- préservatifs féminins avec couleur et senteur ;
- préservatifs féminins « condomize ».

b) Diaphragmes, capes cervicales et spermicides

Il est difficile de connaître les tendances mondiales d'utilisation des diaphragmes et capes cervicales car ils sont souvent classés dans « Autres » lors des différentes études. On note toutefois qu'en 2019 parmi les 922 millions de femmes en âge de procréer et ou leur partenaire utilisant une méthode contraceptive, cette catégorie « Autres » représentait 2% des utilisateurs soit près de 15 millions de personnes ⁽⁶⁸⁾. Le catalogue UNFPA ne propose pas de diaphragmes, capes cervicales et spermicides à ses clients et partenaires ce qui limite fortement leur présence dans le système de santé publique des pays en voie de développement. On les retrouve donc essentiellement dans le secteur privé à savoir les pharmacies. Cependant, l'absence de connaissance à leur égard des populations en limite la demande.

Le diaphragme est une sorte de dôme souple en silicone dont le rebord contient un anneau flexible permettant de le garder en place. Il se positionne sur le cul de sac vaginal postérieur, c'est-à-dire contre le col de l'utérus. Il agit en tant que barrière physique en couvrant le col de l'utérus ce qui bloque l'avancée des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines. Il existe plusieurs tailles de diaphragme qui sont le plus souvent proposées en fonction du statut nullipare ou pas de la femme utilisatrice et en fonction de l'évaluation du professionnel de santé. Les tailles les plus utilisées sont 70/75mm ⁽⁷¹⁾. Il faut attendre un minimum de 6 heures après le rapport sexuel pour retirer le diaphragme sans dépasser un temps maximal de 24h.

Tout comme le diaphragme, la cape cervicale agit en tant que barrière physique entre le col de l'utérus et les spermatozoïdes pour les empêcher de progresser dans les voies génitales féminines. Il s'agit d'une coupole en silicone placée au fond du vagin et qui est maintenue par effet ventouse. Plusieurs tailles existent à savoir 22mm, 26mm et 30 mm qui sont proposées en fonction du statut nullipare ou non de la femme après évaluation par un professionnel de santé. La cape cervicale doit être retiré entre 6h et 48 heures après le rapport sexuel.

Le diaphragme et la cape cervicale peuvent être posés au moment du rapport sexuel mais également en anticipation jusqu'à deux heures en amont. Ils peuvent être utilisés plusieurs fois sans retrait après leur pose moyennant une nouvelle application de spermicides entre

chaque rapport. Après leur utilisation ils doivent être lavés au savon puis séchés avant d'être conservés dans un endroit propre et sec jusqu'à nouvelle utilisation ⁽⁷⁷⁾.

En vue d'accroître l'efficacité de ces deux barrières physiques que sont le diaphragme et la cape cervicale, il est conseillé de toujours les utiliser en association avec une barrière chimique que sont les spermicides. La plupart des spermicides sont des gels de cellulose qui grâce à leur pH acide tuent et/ou ralentissent les spermatozoïdes, les empêchant ainsi d'atteindre l'ovule. Ils ne sont en aucun cas des microbicides et de fait n'ont pas d'action contre la transmission des IST. Dans un premier temps, la substance active qui est en général le benzalkonium, un agent surfactant tensio-actif, entraîne la destruction du flagelle du spermatozoïde. Dans un deuxième temps, la tête du spermatozoïde éclate à cause du pH acide environnant conféré par les spermicides. Les spermicides possèdent également un caractère de barrière mécanique grâce à leur consistance épaisse. Les spermicides peuvent aussi se présenter sous forme de films fondants, crèmes, mousses et éponges. Seuls les formes crème et gel apportent une protection immédiate pour une durée maximale de 10h. Ils sont à appliquer tout au fond du vagin et également, si la forme le permet, à même les diaphragmes et capes cervicales avant insertion. L'utilisation des spermicides seuls en tant que méthode contraceptive n'est pas conseillé car considérée comme l'une des méthodes contraceptives les moins efficaces ⁽⁷⁵⁾.

Dans le cas d'une utilisation couplée avec des spermicides, le taux de grossesse théorique des femmes utilisant un diaphragme sur une année est de 6% tandis qu'il est de 16% en pratique courante ⁽⁶⁷⁾. Pour ce qui est de la cape cervicale, on note que le statut de parité de la femme influe sur l'efficacité de la méthode. En effet, toujours lorsque couplée avec des spermicides, pour une femme nullipare l'efficacité théorique sur un an est de 91% et l'efficacité en pratique courante est de 84%. Pour une femme multipare, l'efficacité théorique est de 74% et celle en pratique courante est de 68% ⁽⁶⁷⁾. On constate donc que le diaphragme a une meilleure efficacité que la cape cervicale. De plus, cette dernière présenterait plus de difficulté d'insertion et surtout de retrait à cause de son effet ventouse ⁽⁸⁶⁾. Toutefois, la cape cervicale est associée à moins d'infections urinaires que le diaphragme ce qui peut lui conférer une certaine préférence de la part des femmes utilisant une méthode barrière physique par rapport au diaphragme malgré son efficacité moindre.

Avantages et inconvénients des diaphragmes, capes cervicales et spermicides:

Du côté des avantages on note :

- une potentielle augmentation de la lubrification vaginale grâce aux spermicides ;

- un retour à la fertilité immédiat ;
- une possibilité de mettre en place le diaphragme ou la cape cervicale avant le rapport.

Du côté des inconvénients on note :

- une potentielle interruption du rapport sexuel si la femme n'a pas anticipé la mise en place du diaphragme ou de la cape cervicale ;
- demande une expérience d'utilisation avant de pouvoir maîtriser l'insertion et le retrait ;
- un examen pelvien par un professionnel de santé est sine qua non pour déterminer la taille du diaphragme ou de la cape cervicale à utiliser ;
- une association à des risques d'infections urinaires aussi bien pour le diaphragme que pour la cape cervicale.

c) Contraception permanente

La HAS définit la stérilisation, qu'elle soit féminine ou masculine, comme la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines » ⁽⁷²⁾ . Cette stérilisation a vocation à être irréversible, d'où l'importance de s'assurer du consentement libre et éclairé du patient avant toute intervention chirurgicale. Dans le cas où un couple est d'accord pour recourir à une méthode de contraception permanente et envisage aussi bien la stérilisation féminine que la stérilisation masculine, la stérilisation masculine devra être privilégiée car celle-ci, en plus d'être moins chère, est plus simple, comporte moins de risques et est moins douloureuse que la stérilisation féminine.

i. Stérilisation féminine

Aussi étonnant que cela puisse paraître lorsque l'on adopte un œil occidental, la stérilisation féminine est la méthode de contraception la plus utilisée au monde. En effet, avec près de 219 millions de femmes ayant eu recours à cette méthode de contraception permanente en 2019, soit un total d'environ 23,7% sur l'ensemble des utilisateurs d'une méthode de PF, elle arrive en tête de la classification mondiale. Ceci s'explique notamment par le fait qu'il s'agisse d'une pratique courante et hautement démocratisée dans la région du monde la plus peuplée, à savoir l'Asie. L'Inde enregistre par exemple près de 29% de ses

utilisateurs de PF s'étant tournés vers la stérilisation féminine ⁽⁶⁸⁾. Il est également intéressant de noter que la stérilisation féminine est mondialement deux fois plus utilisée chez les femmes mariées ou en union que chez les femmes non mariées/non en union ⁽⁶⁸⁾.

La stérilisation féminine consiste à supprimer la perméabilité des trompes utérines encore appelées trompes de Fallope, par lesquelles les spermatozoïdes migrent vers les ovaires afin de féconder l'ovule. Les trompes de Fallope sont soit obturées, soit sectionnées ou encore ligaturées ⁽⁷⁷⁾.

Différentes techniques chirurgicales permettent d'aborder plusieurs voies d'abord, il s'agit de :

-la coelioscopie;

-la laparoscopie;

-la pélycoscopie encore appelée culdoscopie ou coelioscopie endo-utérine. Cette dernière technique chirurgicale permet d'arriver aux trompes de Fallope via le vagin et l'utérus. Elle requiert un dispositif nommé « Essure » qui au vue de son coût élevé et de sa complexité d'utilisation requérant des chirurgiens spécialement formés, n'est pas disponible dans les pays en voies de développement.

Dans les pays à faible ressources les deux approches chirurgicales les plus couramment utilisées sont les suivantes:

-la minilaparotomie : le chirurgien réalise une petite incision de 2 à 5 cm au-dessus du pubis. Après avoir inséré un élévateur utérin il fait ressortir les deux trompes de Fallope au niveau de l'incision et choisi soit de les nouer, de les sectionner ou de les obturer à l'aide de pinces ou d'anneaux ⁽⁷⁵⁾ ;

-la laparotomie : le chirurgien réalise une incision d'environ 1 cm en dessous du nombril et y insère un laparoscope qui est un long tube fin muni d'une caméra. Une fois qu'il a trouvé les deux trompes de Fallope, il fait passer un instrument à l'intérieur du laparoscope pour venir les obturer soit avec des pinces ou des anneaux ou alors par électro-coagulation (10).

Dans les pays du Sud on préconise d'utiliser une anesthésie locale aussi bien pour la laparotomie que pour la minilaparotomie. En effet, l'anesthésie générale serait plus risquée que les deux procédures en elles-mêmes ⁽⁷⁵⁾. De plus, le fait d'utiliser l'anesthésie locale permet à un certain nombre de centres de santé non équipés pour pratiquer des anesthésies générales, de proposer la stérilisation féminine.

La stérilisation féminine fait partie des méthodes contraceptives présentant la même efficacité théorique et courante. En effet, celle-ci est de 99,5% dans les deux cas ce qui s'explique par le fait qu'il n'y a pas de fluctuation d'efficacité en fonction de l'utilisation de la personne

concernée. Il ne semble pas il y avoir de différence d'efficacité en fonction des techniques chirurgicales choisies ou de la voie d'abord empruntée ⁽⁸⁷⁾.

Critères de recevabilité de la stérilisation féminine ⁽⁸⁸⁾ :

L'OMS stipule qu'il n'existe pas de raisons médicales particulières empêchant formellement une femme de se faire stériliser. En revanche, certains états transitoires ou des circonstances temporaires comme des maladies inflammatoires pelviennes en cours ou la période du post-partum peuvent obliger à repousser l'intervention.

Avantages et inconvénients de la stérilisation féminine :

En termes d'avantage on note :

- un effet protecteur de la ligature tubaire par rapport à la survenue des cancers des ovaires ⁽⁸⁹⁾;
- une diminution du risque de grossesses ectopiques. Le taux de grossesses ectopiques en un an chez les femmes ayant eu une stérilisation est de 0,0006% contre 0,0065% chez les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive ⁽⁹⁰⁾ ;
- une efficacité théorique et pratique similaire ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception après l'intervention.

En termes d'inconvénients on note :

- un acte chirurgicale obligatoire ;
- des potentielles complications à court termes plus ou moins importantes dues aux techniques chirurgicales (hématomes, infections des cicatrices, infections des voies génitales hautes, douleurs postopératoires) ;
- une non-réversibilité de la méthode ;
- une nécessité d'une formation adéquate du personnel de santé et d'infrastructures et de matériel adaptés, ce qui peut être un défi dans certaines régions du monde.

ii. Stérilisation masculine

La stérilisation masculine concerne mondialement environ 16 millions d'adeptes soit 2% du total des utilisateurs d'une méthode contraceptive en 2019 ⁽⁶⁸⁾. Il est à noter qu'avec la

méthode Ogino-Knaus, la stérilisation masculine fait partie des seules méthodes contraceptives ayant connu un déclin quant à leur recours ces dernières années. En effet, on notait à l'échelle mondiale près de 43 millions d'hommes ayant subi une stérilisation masculine en 1994 contre 16 millions en 2019 et ce malgré l'augmentation de la population mondiale ⁽⁶⁸⁾.

Il existe actuellement une seule technique de stérilisation masculine qui est la vasectomie encore appelée ligature des déférents. Celle-ci consiste à bloquer les canaux déférents qui véhiculent les spermatozoïdes depuis les testicules lors de l'éjaculation ⁽⁷⁷⁾. A l'issue d'un délai de 74 jours après l'intervention, correspondant à la spermatogenèse, on ne doit plus retrouver de spermatozoïdes dans le liquide spermatique lors de l'éjaculation. On parle alors d'azoospermie post-vasectomie, c'est à dire l'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat, qui rend de fait impossible la fécondation de l'ovule.

La vasectomie peut être opérée suivant deux abords à savoir par voie transcutanée ou par abord scrotal. Dans les deux cas, elle sera divisée en deux principales étapes ⁽⁹⁰⁾ :

-on procède dans un premier temps à une extériorisation et une isolation des canaux déférents. Une incision est nécessaire par abord scrotal alors qu'elle ne l'est pas par voie transcutanée.

-dans un second temps, il s'agit de procéder à l'occlusion des canaux déférents soit par excision puis ligature, soit par cautérisation thermique ou électrique ou soit grâce à une occlusion mécanique à l'aide de pinces.

L'efficacité théorique de la vasectomie est supérieure à l'efficacité théorique de la stérilisation féminine puisqu'elles sont respectivement de 99,9% contre 99,5% ⁽⁸⁷⁾. L'efficacité en pratique courante de la vasectomie est de 99,85%. Le très faible taux d'échec de la vasectomie peut s'expliquer par un défaut lors de l'intervention et est donc souvent imputable au chirurgien ayant opéré. Il peut s'agir d'une section incomplète des canaux déférents ou d'une reperméabilisation post-opératoire par formation de micro-canaux entre les deux extrémités sectionnées. Tout comme pour la stérilisation féminine, il ne semble pas il y avoir de différence d'efficacité en fonction des techniques chirurgicales choisies ou de la voie d'abord empruntée. En plus de la mesure de l'efficacité par l'IP, on peut également évaluer l'efficacité de la vasectomie en effectuant un spermogramme de sorte à vérifier l'azoospermie post-vasectomie ⁽⁹¹⁾. Une des difficultés à faire adopter la vasectomie en tant que moyen de contraception réside en tous les mythes qui entourent cette pratique. En effet, de nombreuses fausses croyances sont associées à la vasectomie comme par exemple le fait qu'elle pourrait rendre les hommes impuissants ou viendrait en opposition à leur virilité. Un élément reste cependant certain ; c'est que la contraception chirurgicale masculine a pour vocation d'être permanente ; il faut donc s'assurer d'avoir le consentement libre et éclairé de tous les patients avant l'intervention.

Critères de recevabilité de la stérilisation masculine ⁽⁸⁸⁾ :

L'OMS stipule qu'il n'existe pas de raisons médicales particulières empêchant formellement un homme de se faire stériliser. En revanche, certains états transitoires ou des circonstances temporaires comme des infections locales ou la présence de masses intra-scrotales peuvent obliger à repousser l'intervention.

Avantages et inconvénients de la stérilisation masculine :

En termes d'avantage on note :

- une des meilleures efficacité théorique contraceptive juste derrière l'implant contraceptif ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception après l'intervention ;

En termes d'inconvénients on note :

- un acte chirurgicale obligatoire ;
- des potentielles complications à court termes plus ou moins importantes dues aux techniques chirurgicales (hématomes, infections des cicatrices, infections des voies génitales hautes, douleurs scrotales postopératoires) ;
- une quasi non-réversibilité de la méthode ;
- une nécessité d'une formation adéquate du personnel de santé et d'infrastructures et de matériel adaptés, ce qui peut être un défi dans certaines régions du monde.

d) Dispositif intra-utérin au cuivre

Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est aussi connu sous le nom de DIU non hormonal ou stérilet au cuivre. Toutefois, les prestataires de services de PF en Afrique de l'Ouest ont banni de leur vocabulaire le mot « stérilet » afin d'éviter tout amalgame avec la notion de stérilité. En effet, le mythe qui voudrait que les DIU rendent les femmes utilisatrices stériles a encore bien malheureusement la dent dure dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Cette fausse croyance vient s'ajouter à celle qui proclame que les DIU peuvent se déplacer dans le corps de la femme pour atteindre par exemple le cœur ou le cerveau. Ces fausses croyances autour des DIU viennent en grande partie expliquer pourquoi leur utilisation peine à prendre

de l'ampleur en Afrique de l'Ouest, avec une prévalence d'utilisation de moins de 5% comparativement à d'autres régions du monde comme l'Europe ou encore l'Asie du Sud où la prévalence d'utilisation se situe entre 20 et 30% ⁽⁶⁸⁾. Il est difficile d'avoir des chiffres d'utilisation isolés concernant le DIU au cuivre car les chiffres communiqués dans les différentes études mondiales se rapportent principalement à tous les types de DIU, c'est-à-dire DIU hormonal et DIU au cuivre. Ce que l'on peut dire c'est que les DIU, classés en tant que méthode contraceptive réversible à longue durée d'action, compte près de 159 millions d'utilisateurs dans le monde ⁽⁶⁸⁾.

Le DIU au cuivre est défini comme étant une méthode barrière chimique car il agit principalement en provoquant un changement de l'environnement utérin, le rendant impropre à la nidation ⁽⁷⁷⁾. Le DIU provoque en effet, une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre empêchant ainsi une implantation éventuelle d'un ovule qui aurait été fécondé ⁽⁹²⁾. Cependant, on note également que le cuivre libéré par le DIU a aussi un effet cytotoxique sur les gamètes à l'origine d'une altération de la motilité des spermatozoïdes ; on empêche donc également la survenue de la fécondation de l'ovule en amont même d'une éventuelle nidation ⁽⁹³⁾. Le DIU au cuivre ne confère aucune protection contre les IST.

Un DIU au cuivre est composé d'un support en plastique radio opaque en forme de T avec des bras latéraux flexibles, autour duquel vient s'enrouler un fil de cuivre, principe actif du mécanisme. En fonction des différents DIU, la surface total de cuivre est de 375 ou 380mm². A l'extrémité du T sont attachés un ou des fils en nylon qui doivent dépasser du col de l'utérus dans le vagin. Ces fils en nylon permettent d'une part de contrôler la présence du dispositif en temps opportun aussi bien par la femme elle-même que par un professionnel de santé et d'autre part de faciliter son retrait une fois le moment venu. Deux tailles de DIU peuvent être proposés aux femmes. Tout d'abord, il y a la taille standard (32mm de large*32mm de long) recommandée pour les femmes dont la hauteur de la cavité utérine est supérieure à 7cm. Lorsque que la hauteur de la cavité utérine est inférieure à 7cm, on préconise alors une taille « *short* » (28mm de large*29mm de long). Une dizaine de spécialités existent allant du Gynelle 375® au Mona Lisa Cu380A® ⁽⁷²⁾. Toutefois, on notera qu'en Afrique de l'Ouest on retrouve presque exclusivement dans le circuit public le TCuA380 car c'est celui qui figure dans le catalogue UNFPA.

L'insertion du DIU à proprement parler doit être précédé d'un examen gynécologique permettant d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus. La pose du DIU au cuivre se fait au cours de la première partie du cycle, l'idéal étant le jour suivant le dernier jour des règles. Une visite médicale de suivi doit avoir lieu entre 1 mois et 3 mois après l'insertion afin de vérifier que le DIU est bien toléré, qu'il n'est pas expulsé et qu'il n'y a pas d'inflammation pelvienne ⁽⁷⁵⁾. Aussi bien la pose que le retrait du DIU doivent être opérés par des

professionnels de santé qualifiés, avec le matériel médical approprié et dans des conditions d'asepsie ce qui peut parfois faire défaut dans les endroits les plus reculés dans les pays du Sud ⁽⁷⁵⁾.

En termes d'efficacité, le DIU au cuivre se classe juste après la stérilisation féminine avec une efficacité théorique de 99,4% et une efficacité pratique de 99,2%. Autrement dit, le pourcentage de grossesses non voulues lors de la première année d'utilisation est de 0,6% en utilisation correcte et de 0,8% en utilisation courante ⁽⁶⁷⁾. La différence observée ici entre l'efficacité théorique et pratique est principalement inhérente aux pratiques des professionnels de santé responsables de l'insertion du DIU et non pas du fait des utilisateurs comme bien plus souvent le cas avec d'autres méthodes contraceptives.

Bien que les études aient montré que le TCU-380A est efficace pendant 12 ans, son utilisation reste pour le moment préconisée pour 10 ans et l'on conseille à la femme de le retirer au bout de cette période ⁽⁷⁵⁾.

Il est à noter que le DIU au cuivre est également indiqué en tant que méthode contraceptive d'urgence en rattrapage d'un rapport sexuel non protégé ou à la suite d'un incident avec une autre méthode. Sa pose doit alors intervenir dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque ⁽⁹³⁾.

Critères de recevabilité médicale du dispositif intra-utérin au cuivre ⁽⁸⁸⁾ :

L'OMS indique que les DIU au cuivre peuvent être proposés à toutes les femmes quelle que soit leur parité dès lors que les contre-indications à la pose sont écartées. En période du post-partum, la pose du DIU doit intervenir entre 48h et 4 semaines après l'accouchement ; on parle alors de contraception intra-utérine du post-partum.

Parmi les contre indications absolues à la pose d'un DIU on note :

- une grossesse en cours ;
- un cancer du col de l'utérus, de l'endomètre ou des ovaires ;
- une hypersensibilité au cuivre ;
- une IST en cours ;
- une maladie inflammatoire pelvienne en cours.

Avantages et inconvénients du dispositif intra-utérin au cuivre :

En termes d'avantages on note :

- une protection à long terme contre les grossesses non-désirées allant jusqu'au 12 ans ;

- une option de contraception moderne non hormonale pour les femmes ne souhaitant pas utiliser d'hormones ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception une fois le dispositif installé, aussi bien en termes d'observance que du coût ;
- une possible utilisation en tant que contraception d'urgence si mise en place dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque ;

En termes d'inconvénients on note :

- des changements au niveau des saignements menstruels avec possibilité de saignements prolongés ou abondants et davantage de douleurs pendant les saignements menstruels. Ces changements s'atténuent généralement quelques mois après la pose du DIU au cuivre ⁽⁷⁵⁾ ;
- des douleurs utérines survenant à court terme après la pose, en générale plus élevées chez la femme nullipare.
- une nécessité d'une intervention médicale aussi bien pour la pose que pour le retrait.

Le dispositif intra-utérin au cuivre dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA propose 3 références de dispositif intra-utérin au cuivre pré-qualifiés à ses clients et partenaires, au prix de \$0,435. Ils sont de type TCu380 car ils possèdent une surface totale de cuivre de 380mm². Ceux-ci ne peuvent être commandés en dessous de 500 unités. Les fournisseurs de l'UNFPA sont Pregna International Ltd, SMB Pharma et Corporate channels et India private Ltd. Chaque pièce est emballée avec son tube et sa tige d'insertion dans une pochette en polymère et traitée par stérilisation finale.

7. Méthodes contraceptives modernes hormonales

En fonction des hormones de synthèses utilisées et de leur dosage, le mécanisme d'action des méthodes contraceptives hormonales repose principalement sur 3 éléments, décrit parfois comme le « triple verrou » ⁽⁹⁴⁾ :

- Absence d'ovulation par une action anti-gonadotrope qui inhibe la libération de la FSH (*Follicle-stimulating hormone*) et de la LH (*Luteinizing Hormone*). Ceci se joue au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire, chef d'orchestre de la gamétogenèse

féminine. Autrement dit, on inhibe la croissance folliculaire ce qui a pour conséquence une absence d'ovulation.

- Changement des caractéristiques du revêtement endométrial par une atrophie de l'endomètre. La résultante étant un endomètre qui devient peu apte à une nidation de l'embryon en cas de fécondation.
- Changement des caractéristiques de la glaire cervicale avec essentiellement un épaissement de celle-ci. La résultante étant une perméabilité diminuée de la glaire cervicale empêchant les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule à féconder via la filière génitale de la femme.

Parmi les méthodes contraceptives hormonales, on distingue d'une part les méthodes combinant un œstrogène synthétique ou naturel et un progestatif, dénommées les oestroprogestatifs et d'autre part, les méthodes composées uniquement de progestatifs seuls en tant que substance active ⁽⁹⁵⁾. A noter que c'est essentiellement le progestatif qui a un effet sur la modification de la glaire cervicale et de l'endomètre dans le triple verrou décrit précédemment.

a) Méthodes hormonales oestroprogestatives

Les oestroprogestatifs se composent :

D'une part d'un œstrogène ⁽⁹⁶⁾ :

-d'éthinyl-estradiol qui est un estrogène synthétique dérivé du 17 β -estradiol dont le dosage varie de 15 à 50 μ g en fonction de la nature minidosée ou normodosée de la méthode en question ;

-ou alors d'estradiol qui est l'œstrogène naturellement présent chez la femme ;

D'autre part d'un progestatif :

- dérivé de la 19-nortestostérone. Un total de 3 générations existent pour ce type de progestatif ⁽⁹⁶⁾ :

- 1^{ère} génération obtenue à partir de la molécule de testostérone : noréthistérone et lynestrénol ;

- 2^{ème} génération appartenant au groupe des gonanes dont la biodisponibilité de 100% permet une réduction du dosage : lévonorgestrel et norgestrel ;
- 3^{ème} génération ayant une très forte affinité pour les récepteurs de la progestérone et moins pour les récepteurs des androgènes : désogestrel, gestodène et norgestimate.

La 1^{ère} génération est celle présentant le plus d'effets secondaires androgéniques tandis que la 3^{ème} génération démontre un effet androgénique moindre.

-dérivé de la 17 OH-progestérone : ils ont un effet anti-androgénique et bien que les spécialités contenant ces principes actifs aient un effet contraceptif, il faut rappeler que leur AMM concerne uniquement les traitements de l'acné. C'est le cas de l'acétate de cyprotérone que l'on retrouve dans la spécialité Diane 35®⁽⁹⁷⁾ qui a connu un retrait du marché puis une réintroduction à la suite de mésusages hors AMM en tant que contraceptif.

-dérivé de la 17 α -spironolactone : ils présentent un effet anti-minéralocorticoïdes permettant de contrer les prises de poids. On peut donner comme exemple la drospirénone que certains considère comme un progestatif de 4^{ème} génération.

Les oestroprogestatifs fonctionnent en instaurant le triple verrou. A noter que c'est essentiellement le progestatif qui a un effet sur la modification de la glaire cervicale et de l'endomètre tandis que l'œstrogène, par rétrocontrôle négatif sur l'axe gonadotrope, va lui agir en inhibant l'ovulation⁽⁹⁶⁾. Toutefois, on note que les progestatifs de 3^{ème} génération et 4^{ème} génération agissent eux aussi en bloquant l'ovulation mais dans une moindre mesure.

i. La pilule contraceptive combinée

On parle de contraceptifs oraux oestroprogestatifs (COEP) ou encore de contraceptifs oraux combinés (COC) car ils contiennent une combinaison d'un œstrogène et d'un progestatif sous forme galénique d'une pilule que la femme doit prendre chaque jour *per os* à heure fixe⁽⁷⁵⁾.

Les chiffres mondiaux de Santé Publique concernant l'utilisation de la pilule contraceptive ne font pas la distinction entre COEP et contraceptifs oraux progestatifs (COP). La pilule contraceptive fait partie des méthodes contraceptives dite à courte-durée d'action qui compte pour 46,1% des utilisateurs d'une méthode de contraception dans le monde⁽⁶⁸⁾. Avec près de 151 millions d'utilisatrices dans le monde en 2019, la pilule contraceptive se classait parmi les quatre méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde et comptait pour près de 16% des utilisateurs d'une méthode de PF⁽⁶⁸⁾. Il est intéressant de noter que l'utilisation

mondiale de la pilule contraceptive n'a cessé d'augmenter en passant de 97 millions d'utilisateurs en 1994 à 151 millions en 2019 ⁽⁶⁸⁾. Un autre fait marquant, est que la pilule contraceptive est beaucoup plus choisie chez les utilisateurs d'une méthode de PF non mariés/ non en union (26% d'entre eux choisissent la pilule contraceptive) comparativement aux utilisateurs d'une méthode de PF mariés/en union (15% d'entre eux choisissent la pilule contraceptive) ⁽⁶⁸⁾. Cela s'explique par le fait que les utilisateurs d'une méthode de PF qui sont mariés/ en union, ont plus tendance à se tourner vers les méthodes contraceptives à longue durée d'action.

Les COEP avec un dosage en éthynyl estradiol à 50µg sont dites normodosées tandis que celles dont la concentration en éthynyl-estradiol varie entre 15 et 40µg sont dites minidosées ⁽⁹⁴⁾. En fonction du type de progestatif en combinaison dans la pilule, on parlera de pilule de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} génération, abrégée respectivement C1G, C2G, C3G, C4G.

Le dosage en éthynyl-estradiol peut être fixé tout au long de la plaquette ; on parle alors de pilule monophasique. On parle de COEP biphasique lorsqu'il y a 2 paliers de variations du dosage en éthynyl-estradiol et triphasique lorsqu'il y a 3 phases de dosages. En introduisant ces différentes phases de dosage en éthynyl-estradiol, on essaye de mimer les fluctuations de concentrations physiologiques en œstrogène lors d'un cycle féminin naturel ⁽⁹⁴⁾.

Les COEP peuvent également différer selon le régime de prise qui leur est associé. On parle de régime de prise discontinue lorsque la plaquette de la pilule comporte 21 pilules actives et qu'il faut marquer une période de pause de 7 jours avant d'entamer la plaquette suivante. On parle de régime de prise continue lorsque la plaquette comporte 28 pilules avec deux possibilités : 21 pilules actives+ 7 pilules placebo ou alors 24 pilules actives+ 4 pilules placebo ⁽⁹⁸⁾. Des règles artificielles apparaissent en général à l'entame de la nouvelle plaquette et sont la conséquence de l'absence d'apport en hormone soit pendant la période de pause entre les deux plaquettes, soit pendant la prise des pilules placebo.

Le **Tableau 4** ci-dessous présente quelques spécialités de COEP en fonction de leur génération, de leur association en substances actives et du nombre de leur phases.

Tableau 4: Exemples de spécialités de COEP

DCI	Dosage Progestatif/ EthinylEstradiol	Génération	Spécialité
Monophasique			
Norgestriénone/ Ethinylestradiol	2mg/ 0,05mg	C1G	Planor® (retiré du marché)
Lévonorgestrel/	0,15mg/ 0,03mg	C2G	Minidril®

Ethinylestradiol			
Désogestrel/ Ethinylestradiol	0,15mg/ 0,03mg	C3G	Varnoline®
Drospirénone/ Ethinylestradiol	3mg/0,03mg	C4G	Jasmine®
Nomégestrol/ Estradiol	2,5mg/ 1,5mg	C4G	Zoely®
Biphasique			
Noréthistérone/ Ethinylestradiol	Phase 1 : 0,75 mg /0,03mg Phase 2 : 1mg/ 0,04mg	C1G	Miniphase® (retiré du marché)
Levonorgestrel/ Ethinylestradiol	Phase 1 : 0,15/0,03mg Phase 2 : 0,20mg/0,04mg	C2G	Adepal®
Triphasique			
Noréthistérone/ Ethinylestradiol	Phase 1 : 0,50mg/0,035mg Phase 2 : 0,750mg/0,035mg Phase 3 : 1mg/0,035mg	C1G	Triella®
Levonorgestrel/ Ethinylestradiol	Phase 1 : 0,05mg/0,03mg Phase 2 : 0,075mg/0,04mg Phase 3 : 0,125mg/0,03mg	C2G	Daily®
Norgestimate/ Ethinylestradiol	Phase 1 : 0,18mg/0,035mg Phase 2 : 0,215mg/0,035mg Phase 3 : 0,250mg/0,035mg	C3G	Triafemi®
Séquentielle			
DiénoGEST/ Estradiol	Phase 1 : 0 mg/3mg Phase 2 : 2mg/2mg Phase 3 : 2mg/3mg Phase 4 : 0mg/1mg	C4G	Qlairal®

Tels qu'utilisés couramment, on observe environ 8 grossesses durant la première année pour 100 femmes sous COC, l'efficacité en pratique courante est donc de 92%. Si la femme se conforme strictement aux modalités d'utilisation des COC, notamment en respectant une heure de prise fixe et en n'omettant jamais la prise de la pilule, on observe alors moins de 1 grossesse (0,3%) pour 100 femmes lors de leur première année sous COC : l'efficacité théorique est donc de 99, 7%⁽⁶⁷⁾. Le différentiel entre efficacité théorique et efficacité en

pratique courante est ici directement dû aux pratiques de l'utilisatrice et est donc fortement personne-dépendant.

Critères de recevabilité médicale des contraceptifs oraux combinés ⁽⁸⁸⁾ :

Tous les COC, en particulier les C3G contenant du gestodène ou désogestrel, augmentent le risque d'événements thromboemboliques veineux et artériel ⁽⁷²⁾, c'est-à-dire entre autres la formation de caillots sanguins dans les veines profondes ou dans les poumons pouvant conduire à une embolie pulmonaire. C'est pourquoi, il est essentiel avant toute prescription de vérifier que la femme n'a pas d'antécédents ou de facteurs de risques de thrombose comme par exemple la consommation de tabac ou encore l'obésité.

Les principales contre-indications absolues à la prise de COC sont les suivantes :

- antécédents personnels de prédisposition héréditaire aux événements thromboemboliques artériels ou veineux;
- hypertension artérielle non contrôlée ;
- troubles du métabolisme lipidique ;
- affections vasculaires, cardiaques, cérébrales ou oculaires ;
- diabète compliqué d'angiopathie et/ou diabète déséquilibré ;
- tumeur maligne hormonodépendante ;
- affections hépatiques sévères.

Avantages et inconvénients des contraceptifs oraux combinés :

En termes d'avantages on note :

- une régularisation du cycle pour les femmes qui connaissaient des troubles dans le rythme de leur cycle menstruel ;
- diminution de l'abondance des saignements menstruels, des douleurs menstruelles, ainsi que du syndrome prémenstruel ;
- diminution des symptômes de l'endométriose ;
- facteur de protection après 12 mois d'utilisation et perdurant pendant près de 15 ans contre le cancer des ovaires et le cancer de l'endomètre ⁽⁹⁸⁾ ;
- un retour rapide à la fertilité ;

-pas d'interruption de l'acte sexuel ;

En termes d'inconvénients on note :

-une nécessité d'observance journalière au risque d'amoinrir l'efficacité de la méthode ;

-des effets secondaires variables en fréquence suivant les femmes (survenue ou exacerbation de migraines, troubles de la libido, acné, mastodynies, hirsutisme) ⁽⁷²⁾ ;

-un risque relatif de survenue de cancer du sein de 1,24 chez les femmes sous COC ⁽⁷²⁾. Toutefois, ces données sont encore sujettes à débat dans la communauté scientifique du fait d'un potentiel biais de dépistage car les femmes sous pilule bénéficient généralement d'un meilleur suivi gynécologique que les femmes qui ne sont pas sous pilule.

Les contraceptifs oraux combinés dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

Seuls des COEP de 2^{ème} et 3^{ème} génération sont proposés dans le catalogue UNFPA, on retrouve en effet :

-Désogestrel 15µg + EthinylEstradiol 0,03mg en continu (28 pilules) ou discontinu (21 pilules). Il s'agit d'un CO3G pour lequel l'UNFPA a choisi des produits pré-qualifiés OMS et a présélectionné plusieurs fournisseurs dont des fabricants de génériques comme Exeltis et MSD pour Marlevon 28 et 21 et Blue Lady®. Les prix varient de \$0,99 à \$1,57 par plaquette et un nombre minimale de 500 cycles demandés sont exigés pour pouvoir passer commande.

-Levonorgestrel 0,15mg + EthinylEstradiol 0,03mg en continu (28 pilules) ou discontinu (21 pilules). Il s'agit d'un CO2G pour lequel l'UNFPA a choisi des produits pré-qualifiés OMS et a présélectionnés Exeltis et d'autres fournisseurs pour des produits génériques et Bayer pour Microgynon® et enfin Mylan pour Zinnia ®. Les prix varient autour de \$0,66 par plaquette et un minimum de 500 cycles demandés sont exigés pour pouvoir passer commande.

ii. Injectables mensuels

Il n'est pas possible de donner des chiffres d'utilisation mondiale spécifiques aux injectables mensuels car ceux-ci sont contenus sans distinction dans la catégorie « injectables » des études statistiques. En revanche, ce que l'on peut dire de façon plus générale sur les injectables contraceptifs, c'est qu'ils connaissent une utilisation croissante dans le monde notamment grâce à leur essor dans les pays en voie de développement et plus

particulièrement en Afrique subsaharienne avec l'introduction de l'auto-injectable (voir chapitre injectables progestatifs). A l'échelle mondiale en 2019, on comptait près de 74 millions d'utilisateurs d'injectables contraceptifs soit près de 8% du total des personnes ayant recours à des services de PF ⁽⁶⁸⁾ dans le monde. Avec près de 57 millions d'utilisateurs supplémentaires mondialement depuis 1994, l'injectable contraceptif est la méthode moderne contraceptive ayant connu le plus de nouveau adeptes juste derrière le préservatif masculin ⁽⁶⁸⁾. Force est de constater qu'avec près de 20 à 30% de prévalence d'utilisation des injectables contraceptifs en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est contre moins de 5% en Amérique du Nord et en Europe, l'injectable contraceptif demeure avant tout une méthode contraceptive des pays du Sud. Il ne faudrait pas se tourner uniquement sur des considérations financières pour expliquer cet état de fait ; en effet, pour une contraception mensuelle il revient moins cher d'utiliser un COEP par exemple. L'explication pourrait être plus d'ordre culturel, car dans les pays où l'utilisation d'une méthode contraceptive est encore taboue avec parfois un veto du mari, l'injectable contraceptif demeure une des seules méthodes que la femme peut choisir en toute discrétion à l'insu de son mari. C'est d'ailleurs ce qui pourrait expliquer que contrairement aux autres méthodes contraceptives de courte durée d'action qui sont beaucoup utilisées par les femmes non mariées/non en union, l'injectable contraceptif connaît la même proportion (8%) d'utilisation chez les femmes non mariées/non en union que chez les femmes mariées/ en union ⁽⁶⁸⁾.

Les injectables mensuels, à l'instar des COEP, sont une méthode contraceptive contenant deux hormones à savoir un œstrogène et un progestatif ; on les nomme également contraceptifs injectables combinés (CIC). Tout comme les COEP, les CIC agissent en instaurant le triple verrou en fonction du dosages en hormones. Il existe deux combinaisons hormonales dont des spécialités sont présentées dans le **Tableau 5** ci-dessous ⁽⁹⁸⁾.

Tableau 5: Exemples de spécialités de CIC

DCI	Dosage Progestatif/ Estradiol	Exemples de Spécialité
Acétate de médroxyprogestérone (MPA)/ estradiol cypionate	25mg/5mg	Cyclofem® Ciclofeminia® Cyclo-Provera® Feminena® Lunella® Lunelle® Novafem®
Enanthate de noréthistérone (NET-EN) / Estradiol valérate	50 mg/5mg	Mesigyna® Norigynon®

L'administration de l'injection doit se faire chaque mois par un professionnel de santé qualifié à l'aide du matériel adéquat, à savoir une seringue et une aiguille jetable autobloquantes provenant d'un emballage hermétiquement fermé pour s'assurer des conditions d'asepsie. Selon le choix de la femme, l'injection peut se faire dans le muscle ventro-grand fessier, dans le muscle deltoïde ou encore dans le muscle grand-fessier. La première injection doit être effectuée après vérification pour être raisonnablement certain que la femme demandeuse n'est pas enceinte ⁽⁷⁵⁾.

Pour ce qui est de l'efficacité des CIC, tels qu'utilisés couramment on a un IP égal à 3 contre un IP se chiffrant à 0,05 avec une utilisation strictement correcte ⁽⁶⁷⁾. L'élément principal qui entraîne un différentiel entre l'efficacité théorique et pratique de la méthode injectable contraceptive, est la capacité ou non de la femme à se présenter dans son centre de santé à temps pour recevoir son injection.

Critères de recevabilité médicale des contraceptifs oraux combinés ⁽⁸⁸⁾ :

Les contre-indications se rattachant aux CIC sont en grande partie les mêmes que ceux des COC. En revanche des études sont en cours car il semblerait que du fait du non-passage des CIC par le foie, ceux-ci auraient moins d'effets sur la tension artérielle et sur le métabolisme des lipides que les COC .

Avantages et inconvénients des injectables mensuels :

En termes d'avantages on note :

- une méthode discrète et confidentielle permettant à la femme de s'affranchir de l'aval de son mari ou de sa communauté si besoin est ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception pendant un mois une fois l'injection réalisée ;
- pas d'effet de premier passage hépatique ;
- une non-interférence sur l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- un retour tardif à la fécondité comparativement à d'autres méthodes contraceptives. En effet, une femme devra attendre en moyenne 5 mois après sa dernière injection pour tomber enceinte ⁽⁷⁵⁾ ;

- une nécessité de se rendre mensuellement à son centre de santé pour recevoir son injection ;
- des changements au niveau des saignements menstruels surtout lors des premiers mois d'utilisation avec de potentiels saignements en dehors des règles « spotting », des saignements prolongés ou alors une diminution des saignements allant jusqu'à l'aménorrhée ;
- des effets secondaires pour la plupart équivalents à ceux que l'on peut rencontrer sous COEP (maux de tête, prise de poids, seins endoloris, troubles de la libido etc.).

Les injectables mensuels dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA ne propose qu'un seul injectable oestroprogestatif à ses clients et partenaires. Il s'agit du Norigynon® (Noréthistérone Enanthate 50mg + estradiol valérate 5mg/ 1ml solution huileuse) commercialisé par le laboratoire pharmaceutique Bayer. Le prix UNFPA est de \$2.45 par pièce avec une commande minimale de 100 unités.

iii. Patchs contraceptifs combinés

Il n'y a pas de chiffres précis concernant l'utilisation des patchs contraceptifs car ceux-ci sont classés dans la catégorie « Autres » lors des études statistiques d'utilisation des contraceptifs.

Bien qu'étant un oestroprogestatif, le principal mécanisme d'action du patch contraceptif n'en demeure pas moins l'inhibition de l'ovulation par un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les deux autres éléments du triple verrou, à savoir une modification de l'endomètre le rendant impropre à la nidation ainsi qu'une modification de la glaire cervicale, sont également présents mais à des degrés moindre ⁽⁷²⁾. A noter qu'il n'existe pas à ce jour de patch à progestatif seul et le seul patch combiné actuellement sur le marché est l'Evra®. Il s'agit d'un patch à l'apparence d'un pansement que l'on accole sur la peau et qui par voie transdermique va faire passer quotidiennement dans le corps de la femme en continue 20ug d'Ethinylestradiol et 150µg de norelgestromines qui est un progestatif de 3^{ème} génération ⁽⁹⁹⁾. Le patch se change hebdomadairement et une pause d'une semaine doit être respectée toutes les 3 semaines pour permettre la survenue des menstrues. Une fois posé, il ne se retire qu'après une semaine et se porte donc nuit et jour ⁽⁹⁶⁾. Il faut éviter de placer le patch sur les seins, en dehors de cela, le patch peut être positionné sur les hanches, les fesses, les cuisses ou encore les épaules ⁽⁷⁵⁾. Il faudra de préférence privilégier une partie glabre du corps.

Pour ce qui est de l'efficacité, l'IP est de 0,3 lorsque les conditions strictes d'utilisation sont respectées. L'IP n'est plus que de 8 dans les conditions normales d'utilisation à cause notamment des décollements du patch qui peuvent survenir au cours de son usage ⁽⁶⁷⁾ .

Critères de recevabilité médicale des patchs contraceptifs combinés ⁽⁸⁸⁾ :

Le risque de survenue d'événements thromboemboliques chez les femmes utilisatrices du patch contraceptif combiné est similaire à celui des femmes utilisatrices de COEP et plus particulièrement de C3G et C4G. Aussi, les mêmes contre-indications relatives aux COEP ont également cours pour les patchs contraceptifs.

Par ailleurs, on note que l'efficacité du patch contraceptif peut être diminuée chez les femmes ayant un poids égal ou supérieur à 90kg.

Avantages et inconvénients des patchs contraceptifs :

En termes d'avantages on note :

- des risques d'oublis diminués par rapport aux COC dont la prise est quotidienne ;
- une non-interférence sur l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- un aspect pouvant être jugé peu esthétique ;
- des changements dans les saignements qui peuvent être irréguliers les premiers mois d'utilisation puis plus légers et plus réguliers ;
- des effets secondaires pour la plupart équivalents à ceux que l'on peut rencontrer sous COEP (maux de tête, prise de poids, seins endoloris, troubles de la libido etc.) ;
- possibles réactions cutanées locales (près de 20% des utilisatrices) lors du premier cycle d'utilisation mais qui diminuent largement dès le troisième cycle d'utilisation ;
- un coût plus élevé par mois que la majorité des autres méthodes contraceptives.

Les patchs contraceptifs combinés dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

Le catalogue UNFPA ne propose pas de patchs contraceptifs.

iv. Anneau vaginal combiné

Il n'y a pas de chiffres précis concernant l'utilisation des anneaux vaginaux contraceptifs combinés car ceux-ci sont classés dans la catégorie « Autres » lors des études statistiques d'utilisation des contraceptifs. A ce jour, un seul anneau vaginal contraceptif combiné est disponible sur le marché sous la dénomination Nuvaring®. Il s'agit d'un anneau souple d'environ 54 mm de diamètre et 4 mm d'épaisseur qui s'insère au fond du vagin et va libérer quotidiennement en continue 15µg d'Ethinylestradiol et 120µg d'étonogestrel qui pour rappel fait partie des progestatifs de 3^{ème} génération ⁽¹⁰⁰⁾. Un seul anneau doit être utilisé par cycle féminin. En effet, une fois posé, l'anneau doit être conservé sans interruption au fond du vagin de la femme durant 3 semaines consécutives puis une pause d'une semaine doit être observée durant laquelle la femme aura ses menstrues. Tout comme le patch contraceptif combiné, le mécanisme d'action contraceptif de l'anneau vaginal combiné repose essentiellement sur l'inhibition de l'ovulation bien qu'un effet sur l'endomètre et la glaire cervical puisse également être observé.

Pour ce qui est de l'efficacité, l'IP est de 0,3 lorsque les conditions strictes d'utilisation sont respectées. L'IP n'est plus que de 8 dans les conditions normales d'utilisation notamment à cause du retard que peut prendre la femme à replacer un nouvel anneau après les 7 jours de pause ⁽⁶⁷⁾.

Critères de recevabilité médicale des patches contraceptifs combinés ⁽⁸⁸⁾ :

En plus de toutes les contre-indications similaires à celle des COC, l'anneau vaginal combiné ne devra pas être utilisé :

- en période de post-partum ;
- en cas de prolapsus ;
- en cas de constipation sévère.

Avantages et inconvénients des anneaux vaginaux combinés:

En termes d'avantages on note :

- des risques d'oublis diminués par rapport aux COC dont la prise est quotidienne ;
- pas de premier passage hépatique ;
- une non-interférence sur l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- une certaine dextérité à acquérir pour la pose ;
- des changements dans les saignements qui peuvent être irréguliers les premiers mois d'utilisation puis plus légers et plus réguliers ;
- des effets secondaires pour la plupart équivalents à ceux que l'on peut rencontrer sous COEP avec cependant une fréquence moindre (maux de tête, prise de poids, seins endoloris, troubles de la libido etc.) ;
- des pertes vaginales plus abondantes surtout lors du premier cycle d'utilisation ;
- un coût plus élevé par mois que la majorité des autres méthodes contraceptives ;
- l'anneau doit obligatoirement être utilisé dans les 4 mois après acquisition et même moins dans certains pays du Sud car il ne se conserve pas bien avec la chaleur.

Les anneaux vaginaux combinés dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

Le catalogue UNFPA ne propose pas d'anneau vaginal combiné.

b) Méthodes hormonales à progestatifs seuls :

Pour rappel comme décrit plus haut, il existe plusieurs types de progestatifs avec des effets secondaires plus ou moins importants et que l'on classe suivant quatre générations. Le mécanisme d'action contraceptif des progestatif porte essentiellement sur les deux aspects utérin du triple verrou(endomètre et glaire cervicale). Toutefois, on note que les progestatifs de 3^{ème} génération et 4^{ème} génération peuvent également avoir une activité anti-gonadotrope plus ou moins complète entraînant une inhibition de l'ovulation ⁽⁹⁶⁾ .

On distingue les microprogestatifs et les macroprogestatifs. Seuls les microprogestatifs ont l'AMM pour être utilisés en tant que méthode contraceptive. Les macroprogestatifs eux servent dans le traitement de l'insuffisance lutéale ou pour des pathologies mammaires bénignes ⁽⁹⁶⁾.

Les méthodes contraceptives à progestatives seuls sont prescrites lorsque la femme connaît des contre-indications aux méthodes oestroprogestatives. En effet, contrairement aux méthodes oestroprogestatives, les méthodes uniquement progestatives n'entraînent pas de risques supplémentaires d'événements thromboemboliques veineux. Aussi, les contraceptifs à progestatifs seuls peuvent être utilisés chez les femmes avec des antécédents de

thrombose, ou présentant des facteurs de risques personnels ou familiaux ⁽⁸⁸⁾. On déconseillera toutefois la prise d'une méthode contraceptive à progestatif seul en cas d'événement thromboembolique en cours.

i. Pilule progestative

On parle de contraceptifs oraux à progestatifs seuls (COP) car ils ne contiennent qu'une seule substance active entraînant l'effet contraceptif, à savoir un progestatif sous forme galénique d'une pilule que la femme doit prendre chaque jour per os à heure fixe ⁽⁷⁵⁾.

Les chiffres mondiaux de Santé Publique concernant l'utilisation de la pilule contraceptive ne font pas la distinction entre COEP et contraceptifs oraux progestatifs (COP). La pilule contraceptive fait partie des méthodes contraceptives dite à courte-durée d'action qui compte pour 46,1% des utilisateurs d'une méthode de contraception dans le monde ⁽⁶⁸⁾.

Pour rappel, seuls les microprogestatifs ont l'AMM pour être utilisés en tant que contraceptifs. C'est notamment pour cela que l'on désigne très souvent la pilule contraceptive à progestatif seul « micropilule ». Elle vient très souvent en seconde ligne de prescription pour les femmes qui ont des contre-indications à la prise de la pilule oestroprogestative. A l'exception de Cerazette® qui peut être prise jusqu'à 12h en retard, les autres micropilules doivent impérativement être prises à heure fixe sans dépasser 3h de décalage. Le **Tableau 6** ci-dessous donnent quelques exemples de COP.

Tableau 6: Exemples de spécialités de COP

DCI	Dosage Progestatif	Exemples de Spécialité
Désogestrel (3 ^{ème} génération)	0,075mg	Cerazette®
Lévonorgestrel (2 ^{ème} génération)	0,030mg	Microlut ®
Lynestrérol (1 ^{ère} génération)	0,5mg	Exulton®
Norethindrone (1 ^{ère} génération)	0,35mg	Micronor®

L'efficacité des COP est équivalente à celle des COEP. En effet, tels qu'utilisés couramment, on observe environ 8 grossesses durant la première année pour 100 femmes sous COP, l'efficacité en pratique courante est donc de 92%. Si la femme se conforme strictement aux modalités d'utilisation des COP, notamment en respectant une heure de prise fixe et en n'omettant jamais la prise de la pilule, on observe alors moins de 1 grossesse (0,3%) pour 100 femmes lors de leur première année sous COP : l'efficacité théorique est donc de 99,7%

⁽⁶⁷⁾. Le différentiel entre efficacité théorique et efficacité en pratique courante est ici directement dû aux pratiques de l'utilisatrice et est donc fortement personne-dépendant.

Critères de recevabilité médicale des contraceptifs oraux à progestatifs seuls ⁽⁸⁸⁾ :

Les contre-indications absolues à la prise d'un COP sont les suivantes :

- événements thromboemboliques évolutifs ;
- cancer du sein ou antécédent de cancer du sein, cancer de l'endomètre, carcinome hépatique.

Avantages et inconvénients des contraceptifs oraux à progestatifs seuls :

En termes d'avantages on note :

- une possibilité d'utilisation par les femmes pour lesquelles les estrogènes sont contre-indiqués ;
- une possibilité de prise pendant l'allaitement sans affecter le lait maternel ;
- non-interruption de l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- une nécessité d'observance journalière au risque d'amoindrir l'efficacité de la méthode ;
- un changement des modes de saignement allant d'une augmentation de la fréquence des saignements à une aménorrhée ;
- des effets indésirables variés en fréquence suivant les femmes (maux de tête, seins endoloris, douleurs abdominales).

Les contraceptifs oraux progestatifs dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾

- Levonorgestrel 0,03mg : soit le Microlut® par Bayer au prix de \$0,90 le pack contenant 3 plaquettes avec un minimum de commande de 240 cycle ou soit Famy POP® un générique au prix de \$0,90 le pack de 3 plaquettes.
- Lynestrérol 0,5mg, Exulton® au prix de \$1,68 le pack de 3 avec un minimum de commande de 512 cycles.
- Norethindrone 0,35mg au prix de \$2,13 le pack de 3 avec minimum d'achat de 144 cycles.

Au-delà de la micropilule, un autre type de pilule contient uniquement un progestatif seul en tant que substance active contraceptive ; il s'agit de la pilule contraceptive d'urgence (PCU). Celle-ci est encore appelée contraception post-coïtale ou plus communément dans le langage courant « la pilule du lendemain ». La plus connue de toute est le Norlevo® qui contient 1,5mg de Levonorgestrel et qui est à prendre en une seule prise le plus précocement après le rapport sexuel à risque ⁽⁷⁰⁾. Elle aide à prévenir les grossesses non désirées si elle est prise dans un délai de 5 jours après le rapport sexuel à risque. Son efficacité diminue à mesure que l'on s'éloigne dans le temps du rapport sexuel à risque. La prise de la PCU est susceptible d'entraîner des saignements irréguliers pendant un à deux jours et peut dé-régler le cycle de la femme avec une apparition des règles plus tôt ou plus tard que prévu.

Comme son nom l'indique, la PCU ne saurait être considérée comme une méthode de contraception régulière et son utilisation doit rester occasionnelle. Elle ne permet pas également d'interrompre une grossesse en cours. Malheureusement, dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, du fait des barrières d'accès à une méthode de contraception moderne continue pour les jeunes, de nombreuses adolescentes utilisent la PCU comme leur méthode de contraception régulière et peuvent en faire usage plusieurs fois chaque mois. Différents programmes utilisent l'achat d'une PCU par les adolescentes comme point d'entrée pour les guider vers une méthode de contraception à plus long-terme.

ii. Injectables progestatifs

Il n'est pas possible de donner des chiffres d'utilisation mondiale spécifiques aux injectables progestatifs car ceux-ci sont contenus sans distinction dans la catégorie « injectables » des études statistiques. En revanche, ce que l'on peut dire de façon plus générale sur les injectables contraceptifs c'est qu'ils connaissent une utilisation croissante dans le monde notamment grâce à leur essor dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Afrique subsaharienne avec l'introduction de l'auto-injectable SayanaPress®.

Les injectables progestatif ne contiennent qu'un progestatif en tant que substance active contraceptive ; il s'agit soit de la Depo médroxyprogestérone acétate (DMPA) ou soit du Enanthate de noréthistérone (NET-EN). L'effet contraceptif comme pour les autres méthodes à progestatifs seuls est essentiellement lié à une modification de la glaire cervicale et de l'endomètre même si on note également un effet anti-ovulation avec les progestatifs de 3^{ème} génération ⁽⁷²⁾. Comme ils ne contiennent pas d'œstrogènes, les injectables contraceptifs peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent et celles pour qui une contraception

oestroprogestatif est contre-indiquée. Tout comme avec l'injectable mensuel la femme doit se rendre à son centre de santé pour recevoir son injection dans les conditions adéquates. Pour le DMPA elle devra se rendre dans son centre tous les 3 mois et pour le NET-EN tous les 2 mois ⁽⁷⁵⁾. Une révolution est toutefois en marche avec le SayanaPress® commercialisé par Pfizer. En effet, celui-ci contient 104mg de DMPA dans un dispositif permettant à la femme de pratiquer une auto-injection après seulement une courte formation avec son prestataire de santé. De nombreux programmes de renforcement des capacités implémentés par Jhpiego sous financement de l'USAID ont cours en ce moment afin de faire de l'auto-injection une réalité dans les pays en Afrique de l'Ouest. Le but est ici de permettre aux femmes d'avoir une totale emprise sur leur contraception et participe de fait à leur émancipation. Le **Tableau 7** ci-dessous présente un résumé des différents injectables progestatif disponibles sur le marché.

Tableau 7: Les spécialités d'injectables progestatifs

DCI	Dosage Progestatif	Exemples de Spécialité
Depo médroxyprogestérone acétate (DMPA)	150mg 104mg	Depo Provera® Sayana-Press®
Enanthate de noréthistérone (NET-EN) /	200mg	Noristerat®

On note que l'efficacité des injectables progestatifs dépend en grande partie de la régularité des injections. En utilisation courante, durant la première année, près de 3 femmes sur 100 auront une grossesse non-désirée. Ce chiffre passe en dessous de 1 avec 0,3 femmes susceptibles de contracter une grossesse non désirée la première année avec une utilisation correcte ⁽⁶⁷⁾ .

Critères de recevabilité médicale des injectables progestatifs ⁽⁸⁸⁾ :

Les principales contre-indications absolues à l'utilisation d'un injectable progestatif sont les suivantes :

- ostéoporose ;
- événements thromboemboliques évolutifs ;
- cancer du sein ou antécédent de cancer du sein, cancer de l'endomètre, carcinome hépatique ;
- diabète.

Avantages et inconvénients des injectables progestatifs :

En termes d'avantages on note :

- une possibilité d'utilisation par les femmes pour lesquelles les estrogènes sont contre-indiqués ;
- une méthode discrète et confidentielle permettant à la femme de s'affranchir de l'aval de son mari ou de sa communauté si besoin est, en particulier avec l'auto-injection ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception pendant 2 à 3 mois une fois l'injection réalisée ;
- pas d'effet de premier passage hépatique ;
- non-interruption de l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- un retour tardif à la fécondité comparativement à d'autres méthodes contraceptives. En effet, le retour à la fertilité peut être différé de 3 à 12 mois après l'arrêt d'injectables progestatifs ⁽⁷⁵⁾ ;
- une nécessité de se rendre mensuellement à son centre de santé pour recevoir son injection (sauf avec l'auto-injectable) ;
- des changements au niveau des saignements menstruels surtout lors des premiers mois d'utilisation avec de potentiels saignements en dehors des règles « spotting », des saignements prolongés ou alors une diminution des saignements allant jusqu'à l'aménorrhée. Ces modifications sont encore plus présentes avec l'utilisation des injectables progestatifs comparativement aux injectables combinés ;
- une prise de poids progressive très courante (de l'ordre de 1 à 2 kg par année d'utilisation) et d'autres effets indésirables plus ou moins présents en fréquence en fonction des femmes (maux de tête, seins endoloris, douleurs abdominales, etc.).

Les injectables progestatifs dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾

L'UNFPA propose à ses clients et partenaires les trois injectables progestatifs présents sur le marché à savoir :

- Médroxyprogestérone acétate (DMPA) 150mg/ml en injection intramusculaire dénommé Depo Provera® et fourni par le laboratoire pharmaceutique américain Pfizer. Il est proposé par l'UNFPA au prix de \$0.80 l'unité avec un minimum de commande 10 000 unités ;

-Médroxyprogestérone acétate (DMPA) 104mg/0,65ml en auto-injection sous-cutanée dénommé Sayana Press® et fourni par le laboratoire pharmaceutique américain Pfizer. Il est proposé par l'UNFPA au prix de \$0.85 l'unité avec un minimum de commande 6600 doses;

- Enanthate de noréthistérone 200mg en injection intramusculaire dénommé Noristerat® et fourni par le laboratoire allemand Bayer. Il est proposé par l'UNFPA au prix de \$1.15 l'unité avec un minimum de commande de 11 000 doses.

iii. *Implant contraceptif*

L'implant contraceptif, qui est une méthode contraceptive à longue durée d'action, fait partie mondialement des méthodes contraceptives modernes les moins utilisées avec seulement 2% des utilisateurs de services de PF qui se sont tournés vers cette méthode en 2019 ⁽⁶⁸⁾. Ceci peut s'expliquer par différents éléments, notamment la nécessité d'avoir du personnel de santé formé aussi bien pour l'insertion que pour le retrait mais aussi par toutes les idées reçues existant autour de l'implant. Par exemple en Afrique de l'Ouest la fausse croyance que l'implant serait susceptible de se perdre dans le corps de la femme freine son adoption. Toutefois, on note une progression de l'utilisation de l'implant au cours de ces dernières années puisque nous sommes passés de 2 millions d'utilisatrices mondialement en 1994 à 23 millions en 2019 ⁽⁶⁸⁾. Les implants sont des petits bâtonnets souples de quelques centimètres de longs qui renferment un progestatif. Après leur insertion sous la peau de l'intérieur du bras de la femme, ils vont libérer quotidiennement en continue une dose soit d'étonogestrel soit de lévonorgestrel suivant le modèle d'implant choisi. L'effet contraceptif est obtenu grâce à un épaissement de la glaire cervicale et une interférence sur le processus d'ovulation ⁽⁷²⁾. Suivant le modèle choisi, la protection contre les grossesses non désirées sera de 3 à 5 ans. L'implant doit obligatoirement être posé et retiré dans des conditions d'asepsie stricte par des professionnels de santé formés ⁽⁷⁵⁾. La pose de l'implant est réalisée sous anesthésie locale et dure une quinzaine de minutes. Le **Tableau 8** ci-dessous présente les différentes spécialités d'implants contraceptifs présents sur le marché.

Tableau 8: Exemples de spécialités d'implants contraceptifs

DCI	Dosage Progestatif	Exemples de Spécialité
Etonogestrel (3 ^{ème} génération)	68mg (1 bâtonnet)	Implanon® Nexplanon ®
	75mg*2	Jadelle®

Levonorgestrel (2 ^{ème} génération)	(2 bâtonnets)	Levoplant® Sino-Implant®
----------------------------------------------	---------------	-----------------------------

En termes d'efficacité, avec un IP à 0,05, l'implant contraceptif est considéré comme la méthode contraceptive moderne la plus efficace qui existe. De plus, elle ne connaît pas de différence entre efficacité théorique et efficacité courante étant donné que si l'insertion est bien réalisée, l'utilisatrice n'a plus de questions d'observance à respecter ⁽⁶⁷⁾.

Critères de recevabilité médicale des implants contraceptifs ⁽⁸⁸⁾ :

Les contre-indications à l'utilisation de l'implant contraceptif sont les suivantes :

- événements thromboemboliques évolutifs ;
- tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels, tumeurs du foie ;
- affection hépatique sévère.

Au-delà de ces contre-indications, il faut relever que pour les implants conférant une protection jusqu'à 5 ans, à partir de la troisième année d'utilisation, l'efficacité peut être réduite chez les femmes en surpoids. Par ailleurs, à l'instar de toutes les autres méthodes contraceptives à progestatifs seuls, il est conseillé d'attendre 6 semaines de post-partum avant de débiter la méthode.

Avantages et inconvénients des implants contraceptifs :

En termes d'avantages on note :

- une possibilité d'utilisation par les femmes pour lesquelles les estrogènes sont contre-indiqués ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception pendant 3 à 5 ans une fois l'injection réalisée ;
- un retour de la fécondité quasi immédiat après le retrait ;
- non-interruption de l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- nécessité d'une intervention médicale aussi bien pour l'insertion que pour le retrait de l'implant ;

-ne convient pas aux femmes ne supportant pas l'idée d'avoir un « corps étranger » dans leur organisme ;

-des effets indésirables plus ou moins fréquents en fonction des femmes (maux de tête, prise de poids progressive, seins endoloris, etc.) ;

-des changements dans le mode de saignement qui cependant diminuent après la première année d'utilisation.

L'implant contraceptif dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA propose à ses clients et partenaires les deux types d'implants contraceptifs présents sur le marché à savoir :

-Levonorgestrel 75mg*2 : Jadelle® par Bayer au prix de \$8,50, minimum de 100 par commande/ Levoplant® par DKT au prix de \$8,50 avec une commande minimum de 500 unités

-Etonogestrel 68mg : Implanon nxt® par MSD au prix de \$8,50 avec un minimum par commande de 720 unités.

iv. Dispositif intra-utérin hormonal

Le dispositif intra-utérin hormonal est sujet aux mêmes fausses croyances que le DIU au cuivre notamment à cause de son autre appellation de « stérilet » qui tend à être banni du vocabulaire des prestataires de santé en Afrique de l'Ouest. Il est difficile d'avoir des chiffres d'utilisation isolés concernant le DIU hormonal car ceux qui communiqués dans les différentes études mondiales se rapportent principalement à tous les types de DIU, c'est-à-dire DIU hormonal et DIU au cuivre. Pour rappel, ce que l'on peut dire c'est que les DIU, classés en tant que méthode contraceptive réversible à longue durée d'action, compte près de 159 millions d'utilisateurs dans le monde ⁽⁶⁸⁾.

On fait souvent référence au DIU hormonal avec la dénomination DIU-LNG (LNG pour Lévonorgestrel) car la seule hormone agissant en tant que substance active du DIU est le lévonorgestrel qui est un progestatif de 2^{ème} génération ⁽⁷²⁾. Le DIU-LNG est constitué d'une armature en plastique en forme de T que l'on place à l'intérieur de l'utérus de la femme. La spécialité de référence du DIU hormonal est le Mirena® à partir duquel plusieurs génériques ont été développés. Le DIU Mirena® contient 52mg de lévonorgestrel dont 20µg sont libérés

quotidiennement dans le corps de la femme ⁽¹⁰²⁾. L'effet contraceptif est obtenu par épaissement de la glaire cervicale ainsi que par une modification de l'endomètre.

L'insertion du DIU à proprement parler doit être précédé d'un examen gynécologique permettant d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus. La pose du DIU-LNG se fait au cours de la première partie du cycle ; son insertion étant plus facile pendant les règles. On s'assure au préalable que la femme demandeuse n'est pas enceinte. Une visite médicale de suivi doit avoir lieu entre 1 mois et 3 mois après l'insertion afin de vérifier que le DIU est bien toléré, qu'il n'est pas expulsé et qu'il n'y a pas d'inflammation pelvienne ⁽⁷⁵⁾.

En termes d'efficacité, le DIU au lévonorgestrel se classe juste après l'implant et la vasectomie avec une efficacité théorique et en pratique courante de l'ordre de 99,98%. Autrement dit, le pourcentage de grossesses non voulues lors de la première année après la pose est d'à peine 0,2% ⁽⁶⁷⁾.

Il est à noter que le DIU-LNG possède également une indication pour les cas de ménorragies fonctionnelles ⁽⁷²⁾.

Critères de recevabilité médicale du dispositif intra-utérin hormonal ⁽⁸⁸⁾ :

Un délai de 6 semaines minimum doit être respecté en post-partum avant l'insertion du DIU-LNG.

Les principales contre-indications absolues à la pose du DIU-LNG sont les suivantes :

- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- infection génitale basse ;
- tumeurs sensibles aux progestatifs ;
- affection hépatique ou tumeur hépatique.

Avantages et inconvénients du dispositif intra-utérin hormonal :

En termes d'avantages on note :

- une protection à long terme contre les grossesses non-désirées allant jusqu'au 12 ans ;
- une décharge mentale vis-à-vis de la contraception une fois le dispositif installé, aussi bien en termes d'observance que du coût ;
- une possibilité d'utilisation par les femmes pour lesquelles les estrogènes sont contre-indiqués ;

- un retour de la fécondité quasi immédiat après le retrait ;
- non-interruption de l'acte sexuel.

En termes d'inconvénients on note :

- nécessité d'une intervention médicale aussi bien pour l'insertion que pour le retrait du dispositif intra-utérin ;
- ne convient pas aux femmes ne supportant pas l'idée d'avoir un « corps étranger » dans leur organisme ;
- des effets indésirables plus ou moins fréquents en fonction des femmes (maux de tête, prise de poids progressive, seins endoloris, etc.) ;
- des douleurs utérines survenant à court terme après la pose, en générale plus élevées chez la femme nullipare ;
- des changements au niveau des saignements menstruels avec possibilité de saignements prolongés ou abondants et davantage de douleurs pendant les saignements menstruels. Ces changements s'atténuent généralement quelques mois après la pose du DIU hormonal ⁽⁷⁵⁾.

Le dispositif intra-utérin hormonal dans le catalogue UNFPA ⁽⁷⁰⁾ :

L'UNFPA propose à ses clients et partenaires le seul type de DIU hormonal à savoir le Levonorgestrel 52mg :

- soit Mirena® par Bayer au prix de \$10,90 avec un minimum de commande de 210 unités ;
- soit Avibela® par Pregna International Ltd au même prix de \$10,90 avec un minimum de commande de 120 unités.

Ces deux produits ont été très récemment introduit dans le catalogue UNFPA (en 2021) afin de permettre aux femmes dans les pays en voie de développement d'accéder à une plus grande variété de méthodes contraceptives afin de maximiser leur choix libre et éclairé. Pour indication, le dispositif intra-utérin Mirena® est vendu au prix public de 97,35€ TTC en France.

Jusqu'alors dans les pays du Sud, le DIU hormonal était uniquement disponible dans le circuit privé ou alors à quelques exceptions près dans le circuit publique et quelques programmes grâce à des donations de LNG-DIU par l'International Contraceptive Access (ICA) Foundation.

Nous avons pu passer en revue une bonne partie des méthodes contraceptives présentes sur le marché et qui ont révolutionné au fil des ans la planification familiale. L'écosystème international œuvrant dans la PF s'efforce de mettre à disposition un maximum de ces méthodes à disposition des populations des pays les plus défavorisés. La disponibilité des produits contraceptifs est en effet *sine qua non* pour leur appropriation et l'adoption de services de PF par les populations. Un célèbre adage est très souvent répété par les PTF de la PF à savoir « *Pas de produits, pas de programme* ». Toutefois, la disponibilité des produits contraceptifs n'est pas la seule barrière à lever pour permettre un accès aux services de PF. C'est notamment ce que nous allons voir dans le chapitre suivant au travers de la comparaison de l'utilisation de l'outil « Planification familiale » dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest.

IV. Comparaison de l'utilisation de l'outil « planification familiale » dans 4 pays du Partenariat de Ouagadougou

1. Profil sanitaire du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Sénégal en regard de la Planification Familiale :

a) Des économies de la santé en deçà des attentes

Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal sont 4 pays de l'Afrique de l'Ouest possédant pour certains des frontières communes. En 2020, le nombre d'habitants relevés par pays était le suivant ⁽¹⁰³⁾ :

- Burkina Faso : 20 903 278 habitants dont 50% de femmes ;
- Côte d'Ivoire : 26 378 275 habitants dont 49,6 % de femmes ;
- Guinée : 13 132 792 habitants dont 51,6% de femmes ;
- Sénégal : 16 743 930 habitants dont 51,2% de femmes.

Avec un Revenu National Brut (RNB) en 2020 par habitant respectivement de \$790 pour le Burkina Faso et \$1,020 pour la Guinée, ces deux pays sont classés en tant que pays à faibles revenus ⁽¹⁰⁴⁾. La Côte d'Ivoire et le Sénégal qui ont respectivement des RNB par habitant de \$2280 et \$1480 sont quant à eux considérés comme des pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieur ⁽¹⁰⁴⁾. A noter toutefois que les 4 pays sont communément dénommés « pays en voie de développement » sans distinction.

Malgré un engagement pris en 2001, entre autres, par les 4 pays lors du sommet de l'Union Africaine à Abuja de consacrer 15% du budget national à la santé, on constatait encore en 2018 les chiffres suivants ⁽¹⁰⁵⁾:

- Burkina Faso : 5,63% du Produit Intérieur Brut consacré à la santé;
- Côte d'Ivoire : 4,19% du Produit Intérieur Brut consacré à la santé ;
- Guinée : 3,93% du Produit Intérieur Brut consacré à la santé ;
- Sénégal : 3,98% du Produit Intérieur Brut consacré à la santé .

Si l'on rapporte ces chiffres aux dépenses de santé de l'Etat par habitant on avait en 2018 respectivement pour le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal ⁽¹⁰⁶⁾ : \$40.25,

\$71.88, \$38.32, \$58.90. Toujours selon le même ordre, l'aide extérieure par tête en 2018 était la suivante selon les pays ⁽¹⁰⁶⁾: \$6.11, \$8.86, \$3.79, \$8.08. On remarque que l'aide extérieure via les financements notamment des coopérations multilatérales n'est pas forcément proportionnelle aux besoins mais est plus tributaire de la gouvernance des pays et de leur capacité à instaurer la confiance pour attirer les financements : la Guinée a par ailleurs encore beaucoup de mal à instaurer cette confiance notamment à cause de problèmes de corruption.

b) Des systèmes de santé pyramidaux

La plupart des systèmes de santé des pays de l'Afrique de l'Ouest fonctionnent sur le même modèle, à savoir une pyramide à trois étages comprenant du sommet à la base : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Ces 3 niveaux s'organisent en fonction du découpage sanitaires des pays en régions et districts sanitaires. Cette pyramide est elle-même divisée sur sa longueur en deux autres triangles puisqu'elle couvre deux aspects que sont d'une part le volet administratif et d'autre part, le volet de l'offre de soins.

Le niveau central est celui où sont élaborées les politiques et stratégies de Santé Publique à l'échelle du pays. Pour le versant administratif, il se compose bien entendu du cabinet des ministères de la santé des pays ainsi que par les différentes directions nationales qui lui sont rattachées et les services nationaux comme par exemple la Pharmacie National d'approvisionnement des pays. Pour ce qui est de la question de la SSR et plus particulièrement de la PF ce sont les Directions qui ont trait à la santé de la mère et de l'enfant qui sont chargées de mettre en œuvre et de rendre compte de l'implémentation du Plan National d'Actions Budgétisé de la Planification Familiale (PANB-PF). Sur le versant de l'offre de soins on retrouve les établissements publics nationaux avec essentiellement les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (voir **Tableau 9**).

Le niveau intermédiaire est indexé à l'organisation des régions sanitaires des pays. Sur le volet administratif, il se compose des directions régionales avec à leur tête des directeurs régionaux (DR) sanitaires. Ils ont la responsabilité de la coordination, de la supervision mais également de la collaboration technique entre les différentes structures sanitaires et services régionaux et font les remontées d'information au niveau central. Sur le versant de l'offre de soins, on retrouve les établissements publics régionaux avec essentiellement les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) (voir **Tableau 9**).

Le niveau périphérique est indexé à l'organisation des districts sanitaires des pays. Sur le volet administratif, on considère le niveau périphérique comme la zone opérationnelle du système

de santé sous la supervision de directeurs de districts (DD) sanitaires. Sur le plan de l'offre de soins, chaque district sanitaire propose des structures de Santé Publique de premier recours sensé comblé les besoins en santé de façon holistique (promotion de la santé, prévention, curatif) (voir **Tableau 9**).

Tableau 9: Eléments d'organisation du système de santé du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Sénégal pertinent en regard de la PF. ⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾

	Volet administratif	Volet offre de soins
Niveau Central		
Burkina Faso	-Ministère de la Santé -Direction de la Santé de la Famille (DSF)	-6 Centres Hospitaliers Universitaires(CHU)
Côte d'Ivoire	-Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) -Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)	Etablissements Sanitaires de Deuxième Niveau de Référence (ESDR)
Guinée	-Ministère de la Santé -Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN)	-3 hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen, Kipé)
Sénégal	-Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) -Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)	-15 Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 3
Niveau Intermédiaire		
Burkina Faso	-13 régions sanitaires	-9 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
Côte d'Ivoire	-33 régions sanitaires	Etablissements sanitaires de Premier niveau de Référence (ESPR) : -Centre hospitaliers régionaux (CHR)
Guinée	-8 régions sanitaires	-7 hôpitaux régionaux
Sénégal	-14 régions sanitaires	-14 Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 2
Niveau Périphérique		
Burkina Faso	-75 districts sanitaires	-46 Centres Médical avec Antennes chirurgicale (CMA) -71 Centres médicaux (CM) -2041 Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)
Côte d'Ivoire	-112 districts sanitaires	3157 Etablissements sanitaires de Premier Contact (ESPC) : -Centres de Santé Ruraux (CSR) -Centres de Santé Urbains (CSU) -Formation Sanitaire Urbaines (FSU)
Guinée	-38 préfectures (ou districts sanitaires)	-410 Centre de santé (CS) -960 Postes de Santé (PS) -45 Centres Médical Communal (CMC)
Sénégal	-77 districts sanitaires	-10 Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 1 -99 Centres de santé publiques -1478 Postes de santé publiques -2130 cases de santé

La **Figure 4** ci-dessous présente l'organisation de la pyramide sanitaire du Sénégal dont on retrouve l'équivalent, sous réserve notamment de modifications de terminologies, dans les 3 autres pays étudiés.



Figure 4: Pyramide sanitaire du Sénégal, 2016.⁽¹¹⁰⁾

c) Analyse de la situation en regard de la planification familiale dans chacun des quatre pays

i. Burkina Faso

Le Burkina Faso comptait en 2020 près de 1 350 000 femmes utilisatrices d'une méthode de contraception moderne, ayant contribué à pas moins de 1200 décès maternels évités ⁽¹¹²⁾, sachant que le taux de mortalité maternel était de 320 pour 100 000 naissances vivantes selon les dernières données de 2017 ⁽¹¹³⁾. Le Burkina Faso est parmi les 4 pays étudiés celui qui a connu la plus grande progression en termes d'utilisatrices de PF moderne depuis 2012 avec un saut de plus de 11% passant de 16,5% de TPCm TF en 2012 à près de 27,6% de TPCm TF en 2020 (voir **Figure 5**). A vrai dire, le Burkina Faso se démarque des autres pays de la sous-région par sa farouche volonté politique de faire avancer la cause de la PF nationalement ; ce n'est pas pour rien que la plus grande coalition de la région ouest

africaine en regard de la PF se nomme « Partenariat de Ouagadougou ». Le Burkina Faso a particulièrement conscience des potentiels apports de la PF notamment pour l'économie du pays et a même créé au niveau étatique un secrétariat technique à l'accélération du DD.

En 2018, le Burkina Faso avait dépensé près de \$2,426,213 en ressources domestiques dans la PF et ce chiffre augmente depuis lors d'année en année ⁽¹¹⁴⁾. Les besoins non satisfaits en contraception moderne chez les femmes mariées sont quant à eux passés de 27,7% en 2012 à 25,1% en 2020.

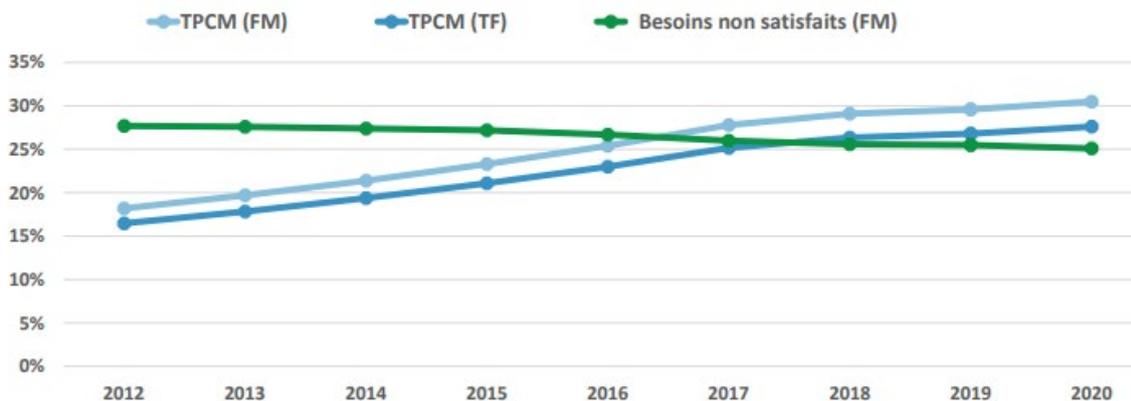


Figure 5: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 au Burkina Faso ⁽¹¹²⁾.

Par ailleurs, le Burkina Faso présente des taux de disponibilité des méthodes modernes de contraception plutôt satisfaisants. En 2018, on dénombrait à un temps T près de 98,4% de Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) offrant au moins 3 méthodes de contraception moderne ⁽¹¹²⁾.

En 2020, les 5 premières méthodes modernes les plus utilisées étaient par ordre décroissant ⁽¹¹²⁾:

1. L'implant contraceptif avec 46,4% d'utilisateurs ;
2. L'injectable contraceptif avec 26% d'utilisateurs ;
3. Le préservatif masculin avec 12,4% d'utilisateurs ;
4. Pilules contraceptives avec 9,4% d'utilisateurs ;
5. Dispositif Intra-utérin avec 4,6% d'utilisateurs.

On constate qu'avec près de 77% d'utilisateurs, ce sont de loin les méthodes à longue durée d'action qui rencontrent le plus de succès de la part des utilisateurs de PF au Burkina Faso. Cela témoigne d'une certaine pérennité dans les actions qui ont été menées en regard de la PF dans le pays (notamment au niveau des formations des prestataires de santé et de la

sensibilisation) et d'une confiance grandissante de la population vis-à-vis de la contraception moderne.

ii. Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire comptait en 2020 près de 1 443 000 femmes utilisatrices d'une méthode de contraception moderne, ayant contribué à pas moins de 2100 décès maternels évités ⁽¹¹⁵⁾, sachant que le taux de mortalité maternel était de 614 pour 100 000 naissances vivantes selon les dernières données de 2017 ⁽¹¹³⁾. On peut dès lors s'étonner de ce chiffre qui demeure le plus élevé des 4 pays étudiés alors que la Côte d'Ivoire arrive pourtant en tête lorsqu'il s'agit des économies de ces pays. Depuis 2012, la Côte d'Ivoire a connu une progression de 9% de son TPCM TF passant de 13,5% en 2012 pour arriver à 22,5% en 2021 (voir **Figure 6**). Cette progression n'est pas négligeable mais étant donné le niveau économique de la Côte d'Ivoire par rapport aux trois autres pays étudiés et à l'argent déboursé pour la PF dans le pays, on pourrait s'attendre à plus. En effet, par exemple au titre de l'année 2017, la Côte d'Ivoire avait dépensé près de \$34,801,185 en ressources domestiques dans la PF ⁽¹¹⁴⁾.

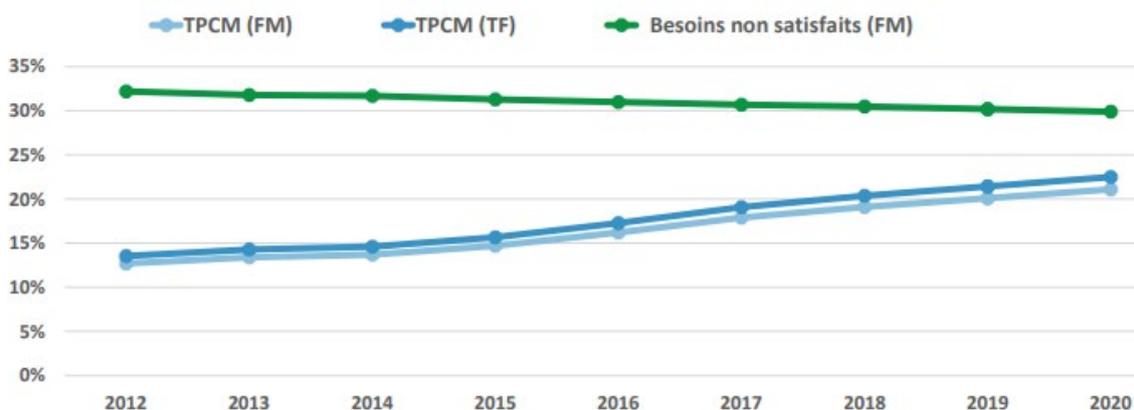


Figure 6: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 en Côte d'Ivoire ⁽¹¹⁵⁾.

En 2016, les 5 premières méthodes modernes les plus utilisées étaient par ordre décroissant ⁽¹¹⁵⁾:

1. La pilule contraceptive avec 39,3% d'utilisateurs ;
2. L'injectable contraceptif avec 28,2% d'utilisateurs ;
3. Le préservatif masculin avec 19,7% d'utilisateurs ;
4. L'implant contraceptif avec 6,2% d'utilisateurs ;
5. La MAMA avec 2,7% d'utilisateurs.

Le DIU ne comptait que 0,5% d'adeptes en 2016.

Ces chiffres de la répartition de l'utilisation des méthodes modernes de contraception en Côte d'Ivoire datent de 2016 et il n'y a pas pour le moment de chiffres plus récents disponibles. On peut toutefois supposer que l'injectable contraceptif est de plus en plus utilisé notamment du fait de la campagne d'introduction du Sayana Press® auto-injectable dans le pays depuis quelques années. Néanmoins ce qui frappe à la lecture des chiffres de 2016 est la grande place que font les utilisateurs de PF moderne en Côte d'Ivoire aux méthodes à courte durée d'action. En effet, on voit que la pilule contraceptive avec 39,3% d'utilisateurs et le préservatif masculin avec près de 19,7% occupent respectivement la première et troisième position du classement totalisant près de 59% des utilisateurs de PF moderne. Plusieurs interprétations peuvent émaner de ce constat, notamment un manque de sensibilisation des populations par rapport aux méthodes à longue durée d'action ou encore un manque de formation des prestataires de santé ne permettant pas de proposer les méthodes à longue durée d'action. On peut également avancer la potentielle place du secteur privé dans la fourniture des méthodes contraceptives qui serait plus importante que dans les 3 autres pays étudiés. En effet, on sait qu'en Afrique de l'Ouest les préservatifs masculins et la pilule contraceptive sont majoritairement distribués via les officines de pharmacie et ce, respectivement à 61% et 52% ⁽¹¹⁶⁾.

On note également la très faible utilisation du DIU qui est également une méthode à longue durée d'action. Ceci pourrait s'expliquer en partie par des normes sociales qui ne sont pas en faveur de l'introduction de corps étrangers dans l'intimité de la femme, ce qui est particulièrement le cas chez les Akans qui est le groupe ethnique majoritaire de la Côte d'Ivoire.

Cela reste toutefois des hypothèses qui gagneraient à être vérifiées. Par ailleurs, il n'y a pas de chiffres récents communiqués par rapport à la disponibilité des méthodes contraceptives au travers du pays dans les établissements sanitaires publiques, ce qui laisse le champ ouvert à d'autres interprétations.

iii. Guinée

La Guinée comptait en 2020 près de 419 000 femmes utilisatrices d'une méthode de contraception moderne, ayant contribué à pas moins de 550 décès maternels évités ⁽¹¹⁷⁾, sachant que le taux de mortalité maternel était de 576 pour 100 000 naissances vivantes selon les dernières données de 2017 ⁽¹¹³⁾. La Guinée a gagné 7,4% d'utilisateurs d'une méthode de contraception moderne passant de 5,6% en 2012 à 13% en 2020 (voir **Figure 7**). Etant donné ce taux de prévalence relativement faible en matière d'utilisation d'une méthode de

contraception moderne chez les femmes en âge de procréer en Guinée (seule la Mauritanie a un TPCm TF inférieur à 12,4% parmi les 9 pays du partenariat de Ouagadougou) on peut s'interroger sur le taux de besoins non satisfaits exprimé à 23,1% en 2020 chez les femmes mariées qui est lui aussi relativement faible. En effet, lorsque l'on voit que le TPCm TF est bas, on devrait s'attendre à avoir un taux de besoins non satisfaits élevé (qui correspond en réalité à la demande de la population plus qu'à des besoins objectifs en termes de Santé Publique). Or, ici ce n'est pas le cas, traduisant de fait qu'il y a un travail conséquent de génération de la demande à réaliser en Guinée via notamment de l'information et de la sensibilisation des populations vis à vis des méthodes de contraception moderne. Cela se confirme lorsque l'on additionne le pourcentage de femmes mariées en 2020 exprimant un besoin non satisfait en méthodes modernes et celles qui exprimaient avoir des besoins satisfaits en méthodes modernes qui est de 34,4% : le total était de 57,5% alors qu'il varie de 71,2% à 79,9% dans les 3 autres pays étudiés. Quid alors en Guinée, de ces 42,5% de femmes mariées en 2020 en regard de leurs besoins en matière de PF ? Malheureusement, en 2017, le montant des ressources domestiques de la Guinée pour la PF n'était que de \$1,411,725 (montant le plus bas des 4 pays étudiés) et le pays peine à attirer les financements des donateurs internationaux malgré les besoins criants ⁽¹¹⁴⁾.

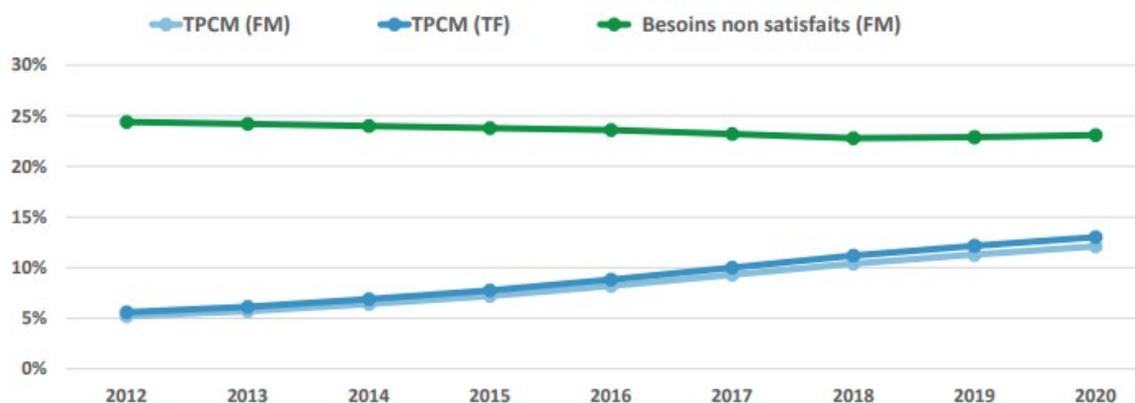


Figure 7: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 en Guinée⁽¹¹⁷⁾.

En 2018, les 5 premières méthodes modernes les plus utilisées étaient par ordre décroissant ⁽¹¹⁷⁾:

1. La MAMA avec 24,6% d'utilisateurs ;
2. L'implant contraceptif avec 19,3% d'utilisateurs ;
3. L'injectable contraceptif avec 18,4% d'utilisateurs ;
4. La pilule contraceptive avec 16,7% d'utilisateurs ;

5. Le préservatif masculin avec 12,3% d'utilisateurs.

Ce que l'on remarque immédiatement à la lecture de ces chiffres datant de 2018 c'est que l'on retrouve en première position la MAMA, qui comme développé dans la partie II de cet écrit, n'est pas toujours considérée comme une méthode moderne de contraception mais bien souvent plutôt comme une méthode dite « naturelle ». Il s'agit par ailleurs d'une des méthodes les plus adoptées lorsqu'il est question de concilier traditions et religions avec la contraception.

iv. Sénégal

Le Sénégal comptait en 2020 près de 817 000 femmes utilisatrices d'une méthode de contraception moderne, ayant contribué à pas moins de 700 décès maternels évités ⁽¹¹⁸⁾, sachant que le taux de mortalité maternel était de 315 pour 100 000 naissances vivantes selon les dernières données de 2017 ⁽¹¹³⁾. Pour ce qui est de son TPCM TF, le Sénégal est passé de 10,3% en 2012 à 19,8% en 2020 soit une progression de l'ordre de 19,8% (voir **Figure 8**). Néanmoins, ce qui frappe à la lecture de la **Figure 8**, n'est autre que le différentiel entre le TPCM TF et le TPCM FM qui est beaucoup plus marqué que dans les 3 autres pays étudiés. L'hypothèse est à vérifier, mais cela trouve probablement sa source au niveau de certaines normes sociales qui sont très marquées au Sénégal et qui voudraient par exemple que le sujet de la contraception soit une thématique réservée uniquement aux femmes mariées.

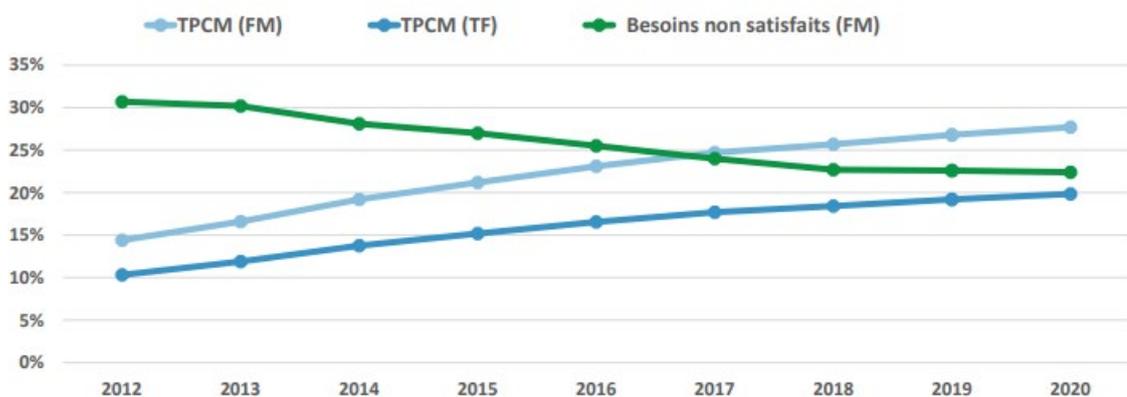


Figure 8: Taux de Prévalence Contraceptive moderne et besoins non satisfaits en contraception moderne de 2012 à 2020 au Sénégal ⁽¹¹⁸⁾.

En 2016, la PF au Sénégal avait été financée à hauteur de \$12.5 millions, avec 62% de ressources internationales (\$7.8 millions), 28% de ressources domestiques (\$3.5 millions), 9% de financement direct par la population et 0,6% d'autres financements. On constate selon les derniers chiffres disponibles que déjà en 2017, le financement domestique du Sénégal pour la PF avait augmenté puisque passé à près de \$4,093,198 F ⁽¹¹⁴⁾.

En 2018, les 5 premières méthodes modernes les plus utilisées étaient par ordre décroissant ⁽¹¹⁸⁾:

1. L'implant contraceptif avec 35,4% d'utilisateurs ;
2. L'injectable avec 32,6% d'utilisateurs ;
3. La pilule contraceptive avec 14,9% d'utilisateurs ;
4. Le DIU avec 8,8% d'utilisateurs ;
5. Le préservatif masculin avec 5 % d'utilisateurs.

Il est probable qu'en 2021 l'injectable contraceptif soit passé en pôle position après l'introduction du Sayana Press® en auto-injectable qui a fait grand bruit au Sénégal.

Au Sénégal, le secteur sanitaire public est très présent dans la fourniture des méthodes modernes de contraception puisque l'on note que près de 86% des utilisateurs de PF s'approvisionnent dans les centres et postes publics de santé contre seulement 12% dans le secteur privé ⁽¹¹⁶⁾. Cela est notamment permis par une bonne disponibilité des méthodes de contraception moderne dans le secteur public : une enquête UNFPA menée en 2018 a démontré que près de 96% des structures sanitaires du niveau périphérique disposaient d'au moins 3 méthodes modernes de contraception au temps T de l'étude ⁽¹¹⁸⁾.

2. Les principales barrières d'accès à une méthode de contraception moderne dans les 4 pays étudiés

Lorsque l'on parle d'accès aux méthodes modernes de contraception dans les pays en voie de développement plusieurs obstacles systémiques peuvent venir en tête aux experts opérant dans le domaine. En Afrique de l'Ouest et plus particulièrement dans les 4 pays étudiés, les barrières qui freinent l'accès à la PF moderne sont, entre autres et à des degrés variables, les suivantes :

- Un manque d'informations fiables :

La prévention et la promotion de la santé ne peuvent se faire sans communiquer un socle d'informations fiables et médicalement éprouvées. Pour qu'une femme puisse faire un choix libre et éclairé en regard de sa méthode contraceptive, elle doit avant tout disposer d'un minimum de connaissances sur les différentes possibilités qui s'offrent à elles. Or, on constate que bien trop souvent et en particulier dans les milieux ruraux reculés, un certain nombre de femmes ne connaissent même pas l'existence de la PF. Pire encore, de nombreuses fausses informations entourent encore certaines méthodes contraceptives modernes allant du fait que

le DIU anciennement dénommé stérilet rendrait stérile ou encore que l'implant contraceptif pourrait migrer jusqu'au cerveau. Pour lutter contre cet écueil, on préconise des campagnes de masse encourageant les comportements reproductifs sains et déconstruisant les fausses informations autour de la PF ⁽¹¹⁹⁾. Ces campagnes utilisent de plus en plus les technologies numériques et sont véhiculées via les réseaux sociaux. Toutefois, elles ne doivent en aucun cas laisser à la marge les populations les plus pauvres et les moins instruites notamment celles ne sachant pas lire.

- Des normes sociales non en faveur de la PF :

La PF qui s'inclut pleinement dans la SSR est de fait sujette à différents tabous et selon les sociétés et traditions il peut être difficile d'aborder directement la question. De nombreux préceptes ou traditions plus ou moins tacites freinent l'adoption d'une méthode moderne de contraception. Pour citer quelques exemples il peut s'agir d'interprétations des différentes religions disant que la contraception est interdite car seul Dieu peut décider de donner des enfants ou non à une femme. Certaines normes sociales valorisent les familles nombreuses en prônant le fait qu'un enfant est toujours une bénédiction et qu'il sera plus tard en grandissant le garant d'une certaine contribution financière à la retraite de ses parents; les femmes sont alors encouragées à faire le plus d'enfants possible et le plus tôt après l'entrée dans le mariage. Il ne s'agit pas ici ni de faire du relativisme culturel ni de vouloir à tout prix faire adopter la PF aux populations mais simplement de leur exposer les bienfaits économiques, sociaux et en termes de santé que la PF peut leur apporter à l'échelle communautaire et individuelle en déconstruisant certaines idées reçues. Des programmes de changement social et comportemental ont cours dans la sous-région. La plupart s'appuient sur des groupes d'engagement communautaire notamment des leaders religieux qu'ils forment pour en faire des champions de la PF pour ensuite faire le relais auprès de leur communauté ⁽¹¹⁹⁾. Toutefois, les changements sur ce volet ne peuvent être observés que sur du moyen ou du long terme.

- Des infrastructures sanitaires inadéquates :

Deux aspects peuvent être ici décrits. Le premier concerne tout simplement le manque d'infrastructures sanitaires à une distance raisonnable permettant aux populations d'accéder à une méthode moderne de contraception. Le deuxième aspect concerne lui des infrastructures sanitaires qui ne disposent pas du matériel, de l'équipement ou de la disposition adéquate pour proposer des méthodes modernes de contraception à leurs patients. Pour contrer ces obstacles, des programmes de renforcement des systèmes de santé sont mis en œuvre dans la sous-région et utilisent notamment des prestations de services mobiles itinérants ⁽¹¹⁹⁾.

- Une non-disponibilité des produits :

Les ruptures de stocks en produits contraceptifs, en particulier dans les milieux ruraux reculés, sont monnaie courante et participent malheureusement à la discontinuation de l'adoption des méthodes contraceptives modernes. Des programmes de renforcement de la chaîne d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre participent à réduire cet écueil dans les 4 pays étudiés.

- Des prestataires de santé non formés :

Certaines méthodes contraceptives modernes demandent une technicité pour être à même d'être proposées aux patients. C'est le cas par exemple de l'implant contraceptif ou du DIU qui nécessitent une pose et un retrait par des prestataires de santé dûment formés. Cela étant dit, il est d'abord *sine qua non* que les prestataires de santé maîtrisent eux-mêmes l'ensemble de l'éventail des méthodes contraceptives proposées afin de pouvoir dispenser des conseils sur la PF de qualité et non biaisés. Des programmes de renforcement des capacités via notamment des formations continues constituent le fer de lance dans la sous-région pour lutter contre la pénurie de prestataires de santé qualifiés en matière de PF ⁽¹¹⁹⁾.

- Un manque d'accessibilité financière :

Parfois, tous les obstacles mentionnés précédemment sont franchis et survient alors le problème de l'accessibilité financière. Cela arrive quand bien qu'ayant la volonté d'adopter une méthode de contraception moderne et bien qu'ayant à portée une infrastructure sanitaire adéquate et offrant la méthode choisie, la femme se retrouve à devoir faire un arbitrage entre l'achat ou le renouvellement de sa méthode et le provisionnement d'autres éléments essentiels à son quotidien. Si l'arbitrage se fait par rapport à des produits de première nécessité notamment en matière d'alimentation, en général on assiste à un renoncement de l'achat de la méthode contraceptive. Pour pallier cela, des programmes de marketing social existent dans les 4 pays étudiés (exemple en CI : Agence Ivoirienne de Marketing Social-AIMAS) et proposent des services de PF à des prix sociaux ⁽¹¹⁹⁾.

- Un environnement politique non favorable :

Il s'agit ici dans un premier temps de toutes les politiques qui garantissent un accès équitable à la PF moderne pour les populations des 4 pays étudiés. Ceux-ci ont tous ratifiés en 2005 le protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en 2005, dit « protocole de Maputo » ⁽¹²⁰⁾. Celui-ci stipule en son sein dans l'article 14 que « 1. Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent : a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité; b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; c) le libre choix des méthodes de contraception ; f) le droit à

l'éducation sur la planification familiale. » Des programmes de plaidoyer menés en particulier par les acteurs de la société civile s'attellent à faire respecter les engagements pris par les Etats en les poussant notamment à édicter des décrets d'application lorsque les lois SSR existent. Dans un second temps, il s'agit de galvaniser l'engagement politique pour la PF afin qu'elle soit vue comme une priorité pour les pays et que des ressources domestiques suffisantes lui soient allouées.

Tous les obstacles décrits ci-dessus sont particulièrement à mettre en regard d'une population des plus vulnérable, à savoir les adolescents et jeunes qui en payent le plus lourd tribut (voir **Figure 9**). Pour rappel, l'Afrique de l'Ouest est la zone dans le monde qui voit le plus de grossesses d'adolescentes. Plus particulièrement, dans les 4 pays étudiés les taux de natalité chez les adolescentes pour 1000 femmes de 15 à 19 ans sont respectivement les suivants pour le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal : 124, 124, 120 et 68 ⁽¹¹²⁾⁽¹¹⁵⁾⁽¹¹⁷⁾⁽¹¹⁸⁾. Bien que non épargné par le phénomène, on remarque que le Sénégal se détache du lot. Ceci est probablement le fait d'une structure familiale toujours très présente dans les mœurs et grâce/ou à cause de normes sociales encore très strictes entourant la virginité féminine jusqu'au mariage.

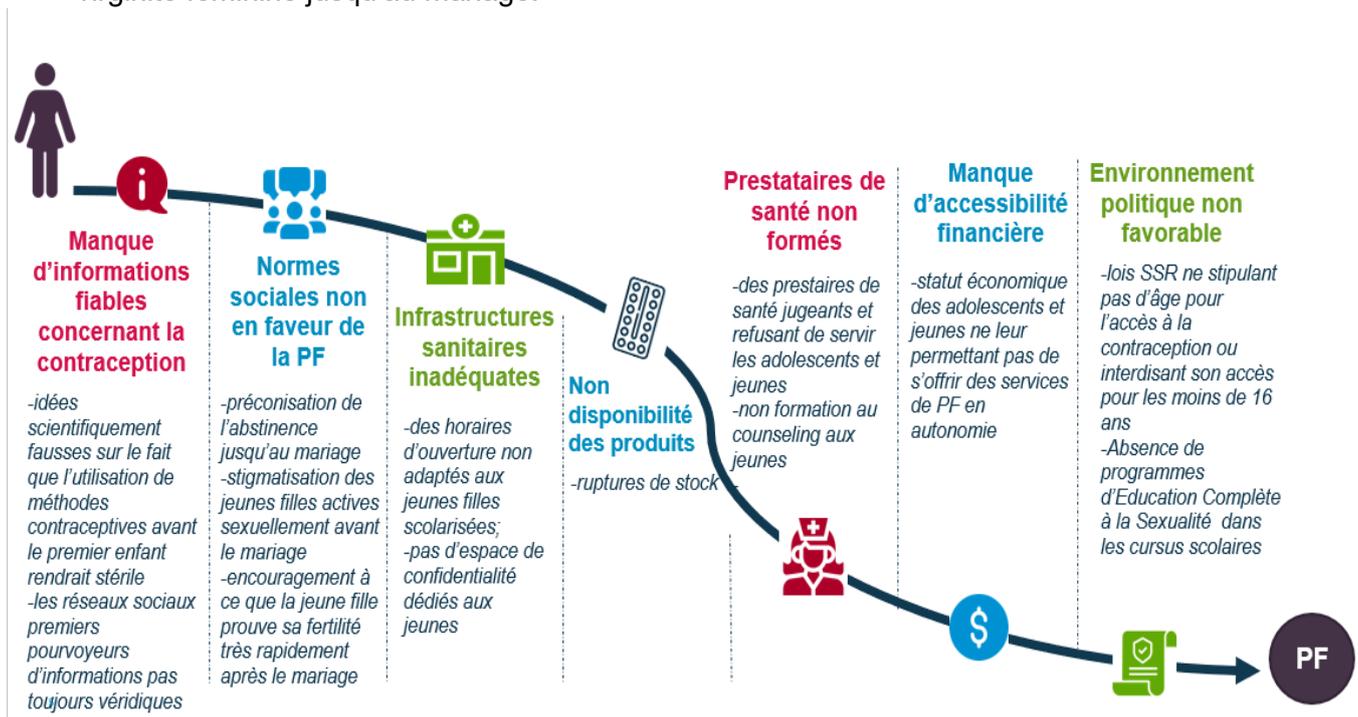


Figure 9: Exemples d'obstacles spécifiques pouvant jalonner le parcours d'une adolescente ou jeune fille cherchant à avoir accès à une méthode contraceptive moderne au BF, en CI, en Guinée ou au Sénégal (réalisation personnelle).

3. Analyse de l'utilisation de l'outil «Planification Familiale » au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal.

a) Perspectives d'évolution du TPCm au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal

Dans tous les pays qui ont voulu faire adhérer leur population à la PF moderne, on a observé que la progression du TPCm suivait une courbe en S qui se caractérise par 3 étapes (121) :

-étape 1 : le TPCm est inférieur à 15% et est considéré comme bas, la croissance est alors lente et on observe peu de changement ;

-étape 2 :le TPCm est considéré comme modéré lorsqu'il varie entre 15% et 40% ; il y a alors la possibilité d'une croissance rapide ;

-étape 3 : le TPCm au-dessus de 40% est considéré comme élevé et on observe alors un ralentissement de la croissance suivi d'une phase de plateau de stabilisation.

Chacun des 4 pays étudiés se situe dans une de ces trois phases et c'est à partir de cela, prenant en compte leurs points faibles et leur points forts en regard de la PF, qu'il est possible de proposer des lignes directrices prioritaires d'action et d'édicter des recommandations.

Une des notions clé en Santé Publique est le concept de l'adéquation entre l'offre de soins, la demande exprimée par la population et les besoins en santé réels existants.

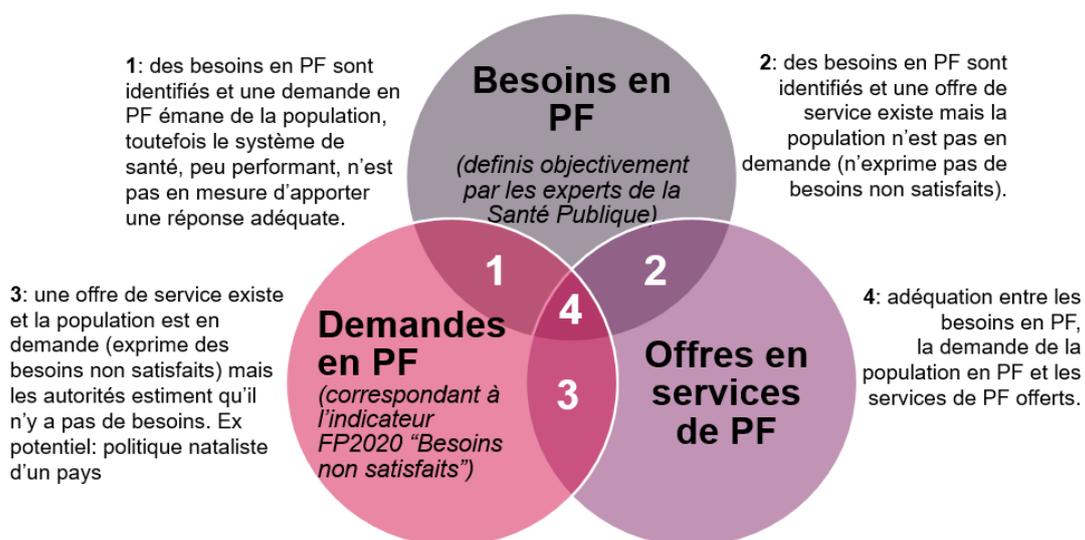


Figure 10: Adéquation entre les besoins, la demande et l'offre en PF (réalisation personnelle)

Ce concept peut être appliqué à la PF (voir **Figure 10**) et suivant l'étape de la courbe en S où se trouvent les pays, ceux-ci sont susceptibles de se situer dans des zones d'intersection différentes du schéma.

Parmi les 4 pays étudiés, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal se situent dans la phase 2 de la courbe en S de progression du TPCm. En termes de perspectives on peut donc s'attendre à une augmentation rapide durant les prochaines années de leur TPCm pour atteindre les 40%. On peut analyser cet état de fait en supposant qu'un travail de génération de la demande, bien que devant être poursuivi, a bien été réalisé, ce qui a amené la population à changer sa mentalité vis-à-vis de la PF et d'être aujourd'hui en demande de service de PF. Relativement à la **Figure 10**, nous nous situons donc à l'intersection 1 pour tendre vers l'intersection 4 et il s'agit maintenant de répondre à la demande des populations en ce qui concerne l'indicateur des besoins non satisfaits avec des offres de services PF en adéquation. En termes de recommandations, il s'agirait donc à ce stade pour ces trois pays de se concentrer à lever toutes les barrières d'accès relatives à la qualité et fourniture des services de PF et ainsi combler petit à petit les taux de besoins non satisfaits. Un travail de génération de la demande doit toutefois être poursuivi de sorte à ce que les totaux des besoins non satisfaits plus les besoins satisfaits s'approchent de 100% ; ces totaux sont pour le moment respectivement de 79,9% pour le Burkina Faso ⁽¹¹²⁾, 71,2% pour la Côte d'Ivoire ⁽¹¹⁵⁾ et 77,6% pour le Sénégal ⁽¹¹⁸⁾.

L'analyse du cas du Sénégal mérite toutefois un approfondissement. En effet, le TPCm est actuellement de 19,8% au Sénégal avec un taux de besoins non satisfaits de l'ordre de 22,4% ⁽¹¹⁸⁾. Néanmoins, le chiffre intéressant qui devrait attirer notre attention est celui du taux de besoins satisfaits exprimés. En effet, celui-ci est plutôt élevé car il atteint 55,2% ⁽¹¹⁸⁾. Parmi les 3 pays se trouvant dans l'étape 2 de la courbe en S, le Sénégal est celui ayant le TPCm le plus bas et pourtant c'est également celui qui possède le taux de besoins satisfaits le plus haut. On peut donc nuancer les perspectives de croissance rapide du TPCm pour le Sénégal ou tout du moins supposer que le plateau sera atteint plus rapidement avec un TPCm plus bas que le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire.

Le cas de la Guinée est à mettre à part des 3 autres pays étudiés. En effet, il est le seul des pays à l'étude dont le TPCm inférieur à 15% ⁽¹¹⁷⁾ le place dans l'étape 1 de la courbe en S. A ce stade, les mentalités en regard de la PF n'ont pas encore suffisamment évolué pour générer une demande et les souhaits en termes de taux de natalité restent encore très élevés. Relativement à la **Figure 10**, on se situerait à l'intersection 2. La principale recommandation serait donc que la Guinée priorise la levée de toutes les barrières qui concernent les normes

sociales non en faveur de la PF par un engagement communautaire fort et des campagnes de masse de sensibilisation à la PF afin de booster la génération de la demande.

b) Analyse des stratégies mises en place pour faire progresser le TPCm au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal : points forts, points faibles et recommandations.

Tous les 4 à 5 ans, les quatre pays étudiés développent, avec le support technique du PO, leur PANB-PF. Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal sont en cours de finalisation de la rédaction de leur nouveau PANB-PF qui couvrira plusieurs années à partir de 2021 tandis que celui de la Guinée est toujours en application puisqu'il couvre la période 2019-2023. Ces politiques de Santé Publique identifient les axes stratégiques prioritaires en regard de la PF pour contrer les principales barrières d'accès décrites précédemment, définissent les programmes et actions nécessaires pour atteindre les objectifs des axes stratégiques tout en y adjoignant un budget estimatif. Il est intéressant d'analyser les différents PANB-PF des pays qui très souvent nous permettent de mettre en exergue les points forts et points faibles des pays quant à leur stratégie pour faire progresser le TPCm au sein de leur population.

i. Burkina Faso

L'étude du plus récent PANB-PF du Burkina Faso nous permet de mettre en évidence les points forts et points faibles du pays en regard de la PF ⁽¹²²⁾. Tout d'abord, on peut affirmer que l'atout principal du Burkina Faso est de démontrer une très forte volonté politique se traduisant par des investissements croissants dans le domaine de la PF depuis plusieurs années. Ensuite, depuis juillet 2020, le Burkina Faso a instauré la gratuité de la PF à l'échelle nationale pour toutes les femmes en âge de procréer. Enfin, depuis maintenant 3 ans, le Burkina Faso a mis en place une politique de délégation des tâches pour un accès aux services de PF à travers tout le pays et sert en ce sens d'exemple pour les autres pays du PO.

Du côté des points faibles, on notera principalement une situation économique globale du pays qui n'est pas propice à stimuler la progression de la PF qui rappelons le, peut insuffler une dynamique positive, mais s'inscrit également dans un cercle vertueux émanant d'un environnement socio-économique plus global. Par ailleurs, malgré l'existence d'une loi sur la santé de la reproduction dans le pays depuis juin 2002, seuls des décrets d'application pourront permettre sa mise en place effective sur le terrain.

ii. Côte d'Ivoire

L'étude du plus récent PANB-PF de la Côte d'Ivoire nous permet de mettre en évidence les points forts et points faibles du pays en regard de la PF ⁽¹²³⁾.

Malgré des résultats qui pourraient être plus probants en termes de progression de son TPCm, la Côte d'Ivoire a comme principale point fort qu'elle réussit encore à attirer les fonds et mobiliser l'écosystème PF international en son sein. Elle devrait tout faire pour maximiser cette dynamique qui pourrait s'amoinrir du fait notamment de la concurrence pour l'allocation des fonds notamment de la part du Burkina Faso et de la Guinée où les besoins sont, en particulier pour ce dernier pays, plus que criants. On note aussi en termes de points forts, que la Côte d'Ivoire met en place, au travers de son ministère de la femme, des programmes d'autonomisation de la femme à travers tout le pays qui laissent l'occasion d'y inclure la thématique de la PF.

Un des gros blocages au niveau du pays concerne l'absence d'une loi SSR alors même que les premières discussions concernant les lois de la santé de la reproduction dans la sous-région ont débuté en Côte d'Ivoire en 1999. Tant que cette loi SSR n'aura pas vu le jour, de nombreux blocages continueront à exister au niveau institutionnel.

Une autre grande problématique qui devra être contrée, est l'absence de centralisation des données sanitaires de l'intérieur du pays et l'opacité sur les données en regard de la PF de manière plus spécifique. Il est en effet difficile de comprendre pourquoi certaines données (par exemple la répartition du choix des méthodes contraceptives modernes) datent de 2016 pour la Côte d'Ivoire alors qu'elles sont disponibles pour les 3 autres pays étudiés pour 2020.

Il ne semble pas non plus exister à ce jour de cartographie claire mentionnant le nombre de centres de santé primaires. Une des priorités de la Côte d'Ivoire devrait être d'établir une cartographie claire des centres de santé publics primaires au travers du pays et des différentes interventions PF implémentées dans le pays par les PTF de sorte à savoir en temps réel qui fait quoi et au passage de booster la santé communautaire. L'orientation des priorités stratégiques ne pourra se faire sans cela et une partie de l'argent déversé en Côte d'Ivoire dans la PF continuera d'être non profitable.

iii. Guinée

L'étude du plus récent PANB-PF de la Guinée nous permet de mettre en évidence les points forts et points faibles du pays en regard de la PF ⁽¹²⁴⁾.

Il a été démontré que la Guinée est parmi les 4 pays étudiés celui qui a le plus de besoins en matière d'accès à des méthodes de contraception moderne. Un point positif réside dans le fait que ces besoins sont identifiés et des données relativement récentes sont disponibles permettant d'orienter les politiques de Santé Publique en regard de la PF.

Toutefois, la PF s'inscrivant de plein pied dans son environnement, celle-ci souffre forcément de la situation plus globale du pays. Ainsi, la faiblesse du système de santé guinéen, les conditions des femmes notamment vis-à-vis des mutilations génitales féminines et de leur accès à la scolarisation couplés à une pauvreté écrasante ne permettent pas pour l'heure de capitaliser pleinement sur la PF.

S'ajoute à cela une instabilité politique et un degré de corruption tel qu'il est devenu difficile d'insuffler aux partenaires la confiance pour s'engager pour la cause de la PF dans le pays. Loin d'être laissé pour compte par l'écosystème international de la PF, il faut néanmoins reconnaître que les PTF en charge de l'implémentation des programmes sur le terrain sont très peu nombreux au sein du pays comparativement aux trois autres pays étudiés.

iv. Sénégal

L'étude du plus récent PANB-PF de la Guinée nous permet de mettre en évidence les points forts et points faibles du pays en regard de la PF ⁽¹²⁵⁾.

Le Sénégal possède plusieurs points positifs à son actif qui pourront lui donner l'occasion de capitaliser sur la PF. Tout d'abord, il faut remarquer que le Sénégal se démarque des 3 autres pays et en particulier de la CI et de la Guinée par le soin et la rigueur qui sont mis en œuvre pour fournir des données sanitaires claires, complètes et régulièrement mises à jour incluant des données sur la PF. Cela permet d'orienter de façon efficiente les politiques de Santé Publique et d'allouer les fonds de la PF sur les domaines jugés prioritaires.

Le Sénégal possède également un vaste et solide réseau de santé communautaire où les leaders religieux et les Badjenu Gox (marraines de quartier) sont notamment engagés, permettant un relais des politiques en matière de PF même dans les endroits les plus reculés du pays.

Cependant, force est de constater que de nombreuses normes sociales freinant l'adoption de la PF moderne sont toujours très solidement ancrées dans le pays et même parfois renforcées par le gouvernement qui semble-t-il fait montre à certain égard d'un décalage avec l'évolution des mentalités en particulier concernant les jeunes et adolescents.

V. Conclusion

Le fort potentiel de la PF pour l'atteinte d'objectifs de développement dans les pays du Sud a été mis en avant notamment en tant que levier pour la capture du dividende démographique, en tant que facteur d'émancipation de la femme et vecteur d'une meilleure santé de la mère et de l'enfant. La PF passe par les traitements de l'infertilité des couples qui en ont besoin mais également par les différents moyens de contraception qui furent le fruit de nombreuses périodes de recherche et de développement au fil des siècles. Ces périodes d'essais-erreurs nous ont permis aujourd'hui de disposer d'une large gamme de méthodes contraceptives dont la classification prête encore à débat de nos jours.

Cela étant dit, tout individu peuplant la terre n'a pas la même possibilité d'accéder à une méthode de contraception moderne en exerçant un choix libre et éclairé. De nombreux partenariats s'inscrivant dans la stratégie des ODDs des Nations Unies ont vu le jour, soutenus par de grands bailleurs de fond tels que BMGF, afin de contrer ces disparités pour que chaque grossesse dans les pays en voie de développement puisse être le résultat d'un choix et non subie. Parmi les différents acteurs de l'écosystème de la PF, l'industrie pharmaceutique tente de marquer son empreinte et de redéfinir son rôle pour que celui-ci ne soit plus uniquement cantonné à celui de fournisseur de produits contraceptifs. Néanmoins, ce sont véritablement les pays souverains qui ont les cartes en main et doivent se saisir des opportunités offertes par la PF pour leur propre développement. Et ce que l'on constate au travers de l'analyse de l'utilisation de l'outil PF dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest que sont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal est qu'il ne s'agit pas simplement, bien que *sine qua non*, de disposer des produits contraceptifs pour optimiser l'outil PF. En effet, au-delà de la disponibilité des produits, plusieurs autres composantes essentielles et parfois intriquées sont nécessaires pour maximiser les effets de la PF sur le développement. On constate que là où l'on s'attendrait à ce que la Côte d'Ivoire du fait de son économie plus florissante connaisse les meilleurs résultats, c'est en fait le Burkina Faso qui en démontrant une meilleure gouvernance voit des résultats beaucoup plus probants vis à vis de la progression de son TPCm. Les pays doivent donc démontrer une volonté politique forte pour faire avancer la cause de la PF, se traduisant par un accroissement des ressources domestiques dévolues à la PF, des initiatives de génération de la demande au niveau communautaire, des politiques de Santé Publique favorables à l'accès à la PF moderne et un renforcement de leur système de santé et des capacités du personnel de santé afin d'offrir des services de PF de qualité. Tout ceci devant se faire en bonne intelligence avec la population mais également avec les acteurs internationaux de la PF qui restent pour le moment encore les principaux pourvoyeurs de fonds de la PF.

Références

- (1) John M. Riddle. **Contraception and abortion from the ancient world to the renaissance**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992.
- (2) Legras B. **Hommes et femmes d'Égypte (IV^{ème} siècle avant notre ère-IV^{ème} siècle de notre ère) : droit, histoire, anthropologie**. Paris : Armand Colin, 2010.
- (3) Quevauvilliers J., Somogyi A., Fingerhut A. – **Dictionnaire médical** – Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007, 1516 p., p.202.
- (4) Jacquart D., Thomasset C. **Sexualité et Savoir Médical Au Moyen Âge**. Paris. 1985.
- (5) Khan , Saheel M, Seshadri S. et al. **The story of the condom n°1** . New Delhi. Indian Journal of Urology 29. 2013.
- (6) Fontanel B., Wolfrohm D. **Petite histoire du préservatif**. Paris. Editions Stock. 2009.
- (7) SOGC NEWS (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada). **Tales of contraception : the truth, the « hole » truth, and nothing but the truth –** [Online]. Available on : <http://sogc.org/fr/newsletter/septembre-2013/histoires-decontraception->
- (8) Martine Chosson. **Repères sur la contraception**. Dossier : Histoire C. Echo de l'ANCIC. 10 avril 2013.
- (9) Odeblad E. **La découverte des différents types de glaire cervicale et la Méthode de l'Ovulation Billings**. Université de Umea. 1994.
- (10) Noonan J. T. **Contraception: a history of its treatment by the catholic theologians and canonists**. Cambridge : Harvard University Press. 2012. 581p.
- (11) Cova A. **Féminismes et néo-malthusianismes sous la III^{ème} République : « La liberté de la maternité »**. Paris. L'Harmattan, 2011, 293 p.
- (12) Food and Drug Administration. **FDA's approval of the first oral contraceptive, Enovid**. [Online]. Available on : [FDA's Approval of the First Oral Contraceptive, Enovid](#). Consulté le 19 août 2021.
- (13) Biron. **De la nouveauté dans les contraceptifs pour hommes**. 18 juin 2021. [En ligne]. Disponible sur : [La science cherche un nouveau contraceptif masculin | Biron](#).
- (14) Wikipédia. **Démographie**. Mise à jour le 4 septembre 2021. [En ligne]. Disponible sur : [Démographie — Wikipédia \(wikipedia.org\)](#)

- (15) World Health Organization. Department of reproductive health and research. **Principles of Population and Demography**. Training course in sexual and reproductive health research. Geneva; 2016
- (16) Advance Family Planning. **Creating and capitalizing on the demographic dividend for Africa**. 2013.
- (17) Clemens, M. **Africa's Child Health Miracle: The Biggest, Best Story in Development**. **Global Development: Views from the Center**. Center for Global Development. 2012. [Online]. Available on: <http://blogs.cgdev.org/globaldevelopment/>
- (18) Gribble, J. Bremner, J. **The Challenge of Attaining the Demographic Dividend**. Population Reference Bureau. September 2012.
- (19) Bongaarts, J. **The Role of Family Planning Programmes in Contemporary Fertility Transitions**. **The continuing Demographic Transition**. Oxford: Clarendon Press. 1997.
- (20) UNFPA. **Capter le dividende démographique :Autonomiser les femmes et capitaliser sur la jeunesse**. **Dossier de presse**. 2019.
- (21) Sully EA et al., **Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019**. New York. Guttmacher Institute. 2020. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-upinvesting-in-sexual-reproductive-health-2019>.
- (22) Bjorn Lomborg. The Copenhagen Consensus. **The Nobel laureates guide to the smartest targets for the world**. Paperback. 2015. 154p.
- (23) UNFPA. Santé Sexuelle et Reproductive. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [Santé sexuelle et reproductive | Fonds des Nations Unies pour la population \(unfpa.org\)](https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive). Consulté le 28 aout 2021.
- (24) OMS. Santé Sexuelle et Reproductive. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [OMS | Organisation mondiale de la Santé \(who.int\)](https://www.who.int/fr/actualites/actualites/20210801-sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive). Consulté le 28 aout 2021.
- (25) Nations Unies. **Transformer notre monde : le Programme de développement à l'horizon 2030**. Résolution adoptée par l'Assemblée Générale le 25 Septembre 2015. 2015. [En ligne]. Disponible sur : [United Nations Official Document](https://www.un.org/fr/development/dpd/2015)
- (26) USAID. **The Demographic and Health Surveys**. 2021 [Online]. Available on: [The DHS Program - Quality information to plan, monitor and improve population, health, and nutrition programs](https://www.dhs.gov/quality).
- (27) Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health. **A propos de PMA**. 2021. [En ligne]. Disponible sur: [À propos de | PMA Data](https://www.gates.org/fr/actualites/actualites/20210801-a-propos-de-pma).
- (28) Track20. **FP2020 core indicators**. 2021. [Online]. Available on: <http://www.track20.org/pages/data/indicators>. Consulted: August 2021.

- (29) Partenariat de Ouagadougou. **9^{ème} réunion annuelle**. Rapport. 2020.
- (30) World Bank. Population, total. Côte d'Ivoire, Guinea. 2021. [Online]. Available on : [Population, total - Cote d'Ivoire, Guinea | Data \(worldbank.org\)](#)
- (31) Dasgupta A, Weinberger M, Bellows M. **“New Users” Are Confusing Our Counting: Reaching Consensus on How to Measure “Additional Users” of Family Planning**. Global Health: Science and Practice March 2017, 5(1):6-14.
- (32) Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. **Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis**. Lancet Global Health. 2014;2(6).
- (33) Track 20. **Mali. Indicateurs principaux 1-9 de FP2020**. 2020. Fiche d'information.
- (34) Banque mondiale. **Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes) - Sub-Saharan Africa, OECD members**. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [Ratio de décès maternel \(estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes\) - Sub-Saharan Africa, OECD members | Data \(banquemondiale.org\)](#)
- (35) Countdown 2015 Europe. **La planification familiale sauve des vies et améliore la santé**. Fact sheet. 2012.
- (36) Population Reference Bureau. **La planification familiale améliore la vie et la santé des pauvres en zone urbaine et économise l'argent. 2010**. [En ligne]. Disponible sur : [La planification familiale améliore la vie et la santé des pauvres en zone urbaine et économise de l'argent | PRB](#). Consulté en aout 2021.
- (37) UNFPA. **Rapport sur les adolescents et les jeunes :Afrique de l'Ouest et du Centre**. 2018.
- (38) Population Reference Bureau. International Programs. **Family planning saves lives**. Integration. 1992 Dec;(34):18-25. PMID: 12317826.
- (39) Westhoff C, Rosenfield A. **The impact of family planning on women's health**. Curr Opin Obstet Gynecol. 1993 Dec;5(6):793-7. PMID: 8286692
- (40) UNICEF. **Les filles adolescents en Afrique de l'Ouest et du Centre**. Fiche de données. 2020.
- (41) World Health Organization. **Health and family planning**. In Point Fact. 1984;(23):1-4. PMID: 12266985
- (42) UNFPA. **Mon corps m'appartient : revendiquer le droit à l'autonomie et à l'autodétermination**. 2021
- (43) Kerry L ;D MacQuarrie. USAID. **Young Women's empowerment and fertility intentions**. An analysis from the DHS Program.2021. [Online]. Available on: [AB20.pdf \(dhsprogram.com\)](#)

- (44) OASIS. Berkeley University of California. **A fulcrum for the future: Leveraging girls' education and family planning development and security in the Sahel.** 2021.
- (45) Montenegro, C., and Patrinos, H. **Comparable estimates of returns to schooling around the world. 2014.** *World Bank Group – Education Global Practice Group*, Policy Research Working Paper 7020.
- (46) Psaki, S. WHO. **Does getting pregnant cause girls to drop out of school? Devex Global Views Blog.** [Online]. Available on: www.devex.com/news/does-getting-pregnant-cause-girls-to-drop-out-of-school-85810. Consulted in august 2021.
- (47) United Nations. **Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development.** Data Booklet.2019
- (48) UNFPA. **Plan Stratégique du FNUAP pour 2018-2021.** Conseil d'administration du programme des Nations Unies pour le développement. 2017. New York.
- (49) UNFPA. **Supplies annual reports.** 2019
- (50) WHO. About Human Reproduction Programme. [Online]. Available on: [WHO | About HRP](http://WHO>About HRP). Consulted August 2021.
- (51) GFF. A propos du GFF. [En ligne]. Disponible sur : [À propos du GFF | Global Financing Facility](#). Consulté en aout 2021.
- (52) FP2020. **Qu'est-ce que le FP2020 ?** [En ligne]. Disponible sur : [À propos de nous | Family Planning 2020](#). Consulté en aout 2021.
- (53) FP2020. **The arc of progress 2019-2020.** 2021
- (54) RHSC. A propose de nous. [En ligne]. Disponible sur : [À propos de nous - Reproductive Health Supplies Coalition \(rhsupplies.org\)](#). Consulté en aout 2021.
- (55) RHSC. **Family planning market report.** December 2020.
- (56) IPPF. **2016-2022 Strategic framework.** 2016.
- (57) Marie Stopes International (MSI). Where we work. [Online]. Available on: [Where we work | MSI Reproductive Choices \(msichoices.org\)](http://Where we work | MSI Reproductive Choices (msichoices.org)). Consulté en aout 2021.
- (58) Le Fonds Français Muskoka. **Planification Familiale.** [En ligne]. Disponible sur : [Planification familiale | Fonds Francais Muskoka \(ffmuskoka.org\)](http://Planification familiale | Fonds Francais Muskoka (ffmuskoka.org)). Consulté en Aout 2021.
- (59) FP2020. Donor government bilateral disbursements for Family planning, 2012-2019.. 2021. [Online]. Available on: [Finance | Progress Report 2020 \(familyplanning2020.org\)](http://Finance | Progress Report 2020 (familyplanning2020.org)). Consulted August 2021.
- (60) BMGF. **Family Planning ;an overview of our strategy.** March 2021.

- (61) Pharos Global Health advisors. **Transitions in Family Planning: Challenge, risks and opportunities associated with upcoming declines in donor health aid to middle-income countries.** 2019.
- (62) **UNFPA.** Fond incitatif de contrepartie double. **2020.** Note de concept.
- (63) Partenariat de Ouagadougou (PO). **Qui sommes-nous ?** [En ligne]. Disponible sur : [Partenariat de Ouagadougou - Planification familiale \(partenariatouaga.org\)](http://partenariatouaga.org). Consulté en Aout 2021.
- (64) Access to medicine foundation. **Are pharmaceutical companies making progress when it comes to global health?** May 2019. [Online]. Available on: [s23694en.pdf \(digicollections.net\)](https://digicollections.net/s23694en.pdf)
- (65) Access to medicine foundation. **Access to medicine index 2021.** 2021. [Online]. Available on: [613f5fb390319 Access to Medicine Index 2021.pdf \(accesstomedicinefoundation.org\)](https://613f5fb390319.Access.to.Medicine.Index.2021.pdf). Consulted August 2021.
- (66) Festin MPR, Kiarie J, Solo J, et al. **Moving towards the goals of FP 2020—classifying contraceptives.** Contraception 2016 ; 94–289.
- (67) World Health Organization. **Family planning: fact sheet no 351** [updated 2020 June]. Geneva: WHO; 2015 [Onligne] Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>. Accessed 18 July 2021.
- (68) United Nations, Department of economic and Social Affairs, Population Division. **Contraceptive use by method.** 2019. Data booklet (ST/ESA/SER.A/435).
- (69) Henry Louis. **Essai de calcul de l'efficacité de la contraception.** In : Population, 23^{ème} année, n°2, 1968.265-278.
- (70) United Nation Population Fund (UNFPA). **UNFPA Product Catalogue_Reproductive Health supplies_Contraceptives.** 2021. [Online]. Availbale : [Products - UnfpaProcurement](https://products-unfpa.com). Accessed 8 August 2021.
- (71) Hassoun D. **Méthodes de contraception naturelles et méthodes barrières.** RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 46 2018 873–832.
- (72) Haute Autorité de Santé. **Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles.** Document de synthèse. Mars 2013. Mise à jour Novembre 2017.
- (73) Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. **Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation — Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby.** N Engl J Med 1995 ; 333.21–1517
- (74) Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. **The timing of the « fertile window » in the menstrual cycle : day specific estimates from a prospective study.**BMJ 2000 ; 321 62–1259.

- (75) World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. **Family Planning: A Global Handbook for Providers** (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.
- (76) Arevalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I. **Efficacy of a new TwoDay method of family planning**. *Fertil Steril* 2004 ; 82. 92–885.
- (77) Kristen Vogelsong. Mario Festin. WOH Department of Reproductive Health and Research. **Updates on Contraceptive Technology part 2**. Training Course in Sexual and Reproductive Health Research. Geneva. 2016. [Online]. Available on : [Updates on contraceptive technology. Part 2 - Kirsten Vogelsong, Mario Festin \(gfmer.ch\)](http://www.gfmer.ch/Updates%20on%20contraceptive%20technology%20Part%20-%20Kirsten%20Vogelsong,%20Mario%20Festin).
- (78) Coalition pour les produits de santé de la reproduction. **Caucus sur les technologies de santé reproductive, nouvelles et sous-utilisées. CycleBeads®**. Document de synthèse. Mai 2013.
- (79) Arevalo M, Jennings V, Sinai I. **Efficacy of the new method of family planning : the standard days method**. *Contraception* 2002 ; 65. 8–333.
- (80) Killick R, Leary C, Russell T, Guthrie K. **Sperm content of preejaculatory fluid**. *Hum Fertil* 2011 ; 14 :48–52.
- (81) Family Health International. **Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method**. *Lancet* 1988 ; 8621. 5–1204.
- (82) Organisation Mondiale de la Santé. **Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant**. Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé. 16 avril 2002.
- (83) Valdes V, Labbok MH, Pugin E, et al. **The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women**. *Contraception* 2000. 62. 9–217.
- (84) United Nation Population Fund (UNFPA). **Male Condoms Reference Guide**. 2021. [Online]. Available : [9a25463f-eed1-4877-8cb1-2c367576854c \(unfpaprocedurement.org\)](https://www.unfpa.org/publications/male-condoms-reference-guide). Accessed 14 August 2021.
- (85) United Nation Population Fund (UNFPA). **Female Condoms Reference Guide**. 2021. [Online]. Available : [2a7badef-a368-4b43-ac5b-e28f6dd6a339 \(unfpaprocedurement.org\)](https://www.unfpa.org/publications/female-condoms-reference-guide) Accessed 14 August 2021.
- (86) Black A, et al. **Canadian contraception consensus. Chapter 5 Barrier Methods**. *J Obstet Gynaecol Can* 2015. 37 (11) : S12–24.
- (87) Lawrie TA, Nardin JM, Kulier R, Boulvain M. **Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 2:CD003034.

- (88) Organisation Mondiale de la Santé. **Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives** – 5e éd. Genève. OMS ; 2015
- (89) Cibula D, Widschwendter M, Majek O, Dusek L. **Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis**. Hum Reprod Update 2011;17(1):55-67.
- (90) Haute Autorité de Santé. **Évaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
- (91) American Urological Association, Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecqhue M, Marmar JL, et al. **Vasectomy AUA guideline**. Washington: AUA; 2012. Available on: <https://www.auanet.org/content/media/vasectomy.pdf>
- (92) Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Intrauterine contraception**. London: FSRH; 2007. Available on : [Something isn't quite right! - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare \(fsrh.org\)](http://www.fsrh.org)
- (93) Vidal Médicament. CCD UT380 Standard disp IU. Monographie. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [CCD UT380 STANDARD disp IU - VIDAL eVIDAL](http://www.vidal.fr)
- (94) Pr Philippe Lechat. Université Pierre et Marie Curie. **Pharmacologie. Niveau DCEM1. Chapitre 17 : Contraception Hormonale**.2007
- (95) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Support de cours version PDF. **Item 27 : Contraception**. Université Médicale virtuelle Francophone. 2011. [En ligne]. Disponible sur : [item27_1 \(cerimes.fr\)](http://www.cerimes.fr). Consulté le 7Juillet 2021.
- (96) Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (CEEDMM) Support de cours version PDF. **Item 27 : Contraception**. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011. [En ligne]. Disponible sur : [Item 27 : Contraception \(cerimes.fr\)](http://www.cerimes.fr). Consulté le 7 Juillet 2021.
- (97) Vidal Médicaments. Diane 35® Cyprotérone, éthinylestradiol. Monographie. 2021 [En ligne].Disponible sur [DIANE 35 µg cp enr - VIDAL eVIDAL](http://www.vidal.fr). Consulté le 22 aout 2021.
- (98) Kristen Vogelsong. Mario Festin. WOH Department of Reproductive Health and Research. **Updates on Contraceptive Technology part 1**. Training Course in Sexual and Reproductive Health Research. Geneva. 2016. [Online]. Available on : [Updates on contraceptive technology. Part 1 - Kirsten Vogelsong, Mario Festin \(gfmer.ch\)](http://www.gfmer.ch).

- (99) Vidal Médicament. EVRA 203 µg/24 h + 33,9 µg/24 h disp transderm. Monographie. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [EVRA 203 µg/24 h + 33,9 µg/24 h disp transderm - VIDAL eVIDAL](#)
- (100) Vidal Médicament. NUVARING 15 µg/120 µg/24 h syst diffus vagin. Monographie. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [NUVARING 15 µg/120 µg/24 h syst diffus vagin - VIDAL eVIDAL](#)
- (101) Vidal Médicament. NORLEVO 1,5 mg, comprimé. Monographie. 2021. [En ligne]. Disponible sur : [NORLEVO 1,5 mg cp - VIDAL eVIDAL](#)
- (102) Vidal Médicaments. Mirena® Lévonorgestrel. Monographie. 2021 [En ligne]. Disponible sur [MIRENA 52 mg \(20 µg/24 heures\) disp IU - VIDAL eVIDAL](#). Consulté le 17 Juillet 2021.
- (103) The World bank. **Population, total-Côte d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso**. 2020. [Online]. Available on: [Population, total - Cote d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso | Data \(worldbank.org\)](#). Consulted: August 2021.
- (104) The World bank. **GNI per capita - Côte d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso**. 2020. [Online]. Available on: [GNI per capita, Atlas method \(current US\\$\) - France, Guinea, Cote d'Ivoire, Senegal, Burkina Faso | Data \(worldbank.org\)](#)
- (105) The World bank. **Current health expenditure - Côte d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso**. 2017. [Online]. Available on: [Current health expenditure \(% of GDP\) - Cote d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso, France | Data \(worldbank.org\)](#)
- (106) The World bank. **Health expenditure per capita/ External Health expenditure per capita - Côte d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso**. 2017. [Online]. Available on: [External health expenditure \(% of current health expenditure\) - Cote d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso, France | Data \(worldbank.org\)](#)
- (107) Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Cellule de la Carte sanitaire et social, de la Santé digitale et de l'Observatoire de la Santé. **Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2019**. Sénégal. 2019.
- (108) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. **Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique. Nouveau découpage sanitaire 2019**. Côte d'Ivoire 2019.
- (109) Ministère de la Santé. Division Information Sanitaire et Recherche. **Annuaire statistique sanitaire 2017**. Guinée. 2017.
- (110) Ministère de la Santé. Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles. **Annuaire statistiques 2020**. Burkina Faso. Avril 2021
- (111) Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques. **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales du Sénégal 2016**. Sénégal. 2016.
- (112) Track20. **Burkina Faso : FP2020 indicateurs principaux**. Rapport annuel 2019-2020. 2021.

- (113) The World bank. **Maternal mortality ration- Côte d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso. 2017.** [Online]. Available on: [Maternal mortality ratio \(modeled estimate, per 100,000 live births\) - Cote d'Ivoire, Guinea, Senegal, Burkina Faso | Data \(worldbank.org\)](#)
- (114) FP2020. Domestic government expenditures. 2021. [Online]. Available on: [Finance | Progress Report 2020 \(familyplanning2020.org\)](#). Consulted August 2021.
- (115) Track20. **Côte d'Ivoire : FP2020 indicateurs principaux.** Rapport annuel 2019-2020. 2021.
- (116) USAID. **Sources for Family Planning in 36 countries.** Rapport analyses. Avril 2020.
- (117) Track20. **Guinée : FP2020 indicateurs principaux.** Rapport annuel 2019-2020. 2021.
- (118) Track20. **Sénégal : FP2020 indicateurs principaux.** Rapport annuel 2019-2020. 2021.
- (119) Family Planning High Impact practices. Liste des pratiques à haut impact (PI) dans la planification familiale. Avril 2019. [En ligne]. Disponible sur : [HIP List Fre.pdf \(fphighimpactpractices.org\)](#). Consulté en aout 2021.
- (120) Union Africaine. **Protocole de Maputo à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes.** 25 novembre 2005. [En ligne]. Disponible sur : [Protocole sur le droit de la femme.doc - achpr_instr_proto_women_fra.pdf \(ilo.org\)](#). Consulté en aout 2021.
- (121) USAID. Page de méthodologie de la feuille de route en PF. [En ligne]. Disponible sur : [Page de Méthodologie de la Feuille de Route | Feuille de route pour le financement de la PF \(fppinancingroadmap.org\)](#). Consulté en aout 2021.
- (122) Ministère de la Santé du Burkina Faso. **Plan National d'Accélération de Planification Familiale 2017-2020. Burkina Faso.** Septembre 2017.
- (123) Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. **Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale de la Côte d'Ivoire 2015-2020.** Juillet 2014.
- (124) Ministère de la Santé de Guinée. **Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale de la Guinée 2019-2023.** Septembre 2018.
- (125) Ministère de la Santé du Sénégal. **Cadre stratégique National de Planification Familiale 2016-2020.** Sénégal. Juin 2016.

Annexes

Annexe 1 : FP2020 Indicateurs de base

L'indicateur de base le tableau est divisé en deux catégories :

- (1) Les indicateurs qui seront rapporté annuellement pour tous les 69 pays FP2020.
- (2) Les indicateurs qui seront déclarés chaque année dans un sous-ensemble de pays et sera basé sur les enquête EDS et PMA2020

(1) Les indicateurs qui seront rapporté annuellement pour tous les 69 pays FP2020		
Nom de l'indicateur	Définition	Source de données et de la disponibilité
1. Nombre d'utilisateurs additionnels par méthode moderne de contraception	Le nombre de femmes supplémentaires (ou leurs partenaires) en âge de procréer qui utilisent actuellement une méthode de contraception par rapport à 2012.	Modélise
2. Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes (TPC moderne)	Le pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent (ou don't le partenaire utilise) une méthode de contraception moderne à un moment particulier.	Enquêtes au niveau national (EDS, MICS, RHS, PMA2020) Modélise avec données provenant du Système nationale d'informations de sante
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Quintile de bien-être, l'âge, l'état matrimonial, parité	
3. Pourcentage de femmes dont les besoins en matière de contraception modernes ne sont pas satisfaits	Le pourcentage de femmes fécondes et en âge de procréer qui ne souhaitent pas avoir d'autre enfant ou souhaitent différer leur prochaine grossesse, mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, plus les femmes qui utilisent actuellement une méthode traditionnelle de planification familiale. Les femmes qui utilisent une méthode traditionnelle sont supposées avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne.	Enquêtes au niveau national (EDS, MICS, RHS, PMA2020) Modélise avec données provenant du Système nationale d'informations de sante
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Quintile de bien-être, l'âge, l'état matrimonial, parité	
4. Pourcentage de femmes dont les besoins en contraception modern sont satisfaits	Le pourcentage de femmes (ou leurs partenaires) qui désirent ne plus avoir d'enfant ou différer leurs prochaines grossesses, et qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Les femmes qui utilisent une méthode traditionnelle sont supposées avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne.	Enquêtes au niveau national (EDS, MICS, RHS, PMA2020) Modélise avec données provenant du Système nationale d'informations de sante

¹ FP2020 Partnership in Action 2012-2013, www.familyplanning2020.org

(1) Les indicateurs qui seront rapporté annuellement pour tous les 69 pays FP2020		
Nom de l'indicateur	Définition	Source de données et de la disponibilité
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Quintile de bien-être, l'âge, l'état matrimonial, parité	
5. Nombre de grossesses non désirées	Le nombre de grossesses qui se sont produites à un moment où les femmes (et leurs partenaires) ne souhaitent pas d'enfants supplémentaires ou souhaitent différer leur prochaine grossesse. Mesurée en général en se basant sur les dernières ou les plus récentes grossesses, y compris les grossesses en cours.	Estimée en utilisant la modélisation
6. Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes	Le nombre de grossesses non désirées qui n'ont pas eu lieu au cours d'une période de référence déterminée en raison de la protection assurée par l'utilisation de contraceptifs au cours de la période de référence.	Estimée en utilisant la modélisation
7. Nombre d'avortements à risqué évités grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes	Le nombre d'avortements à risque qui n'ont pas eu lieu au cours d'une période de référence déterminée en raison de la protection assurée par l'utilisation de contraceptifs au cours de la période de référence.	Estimée en utilisant la modélisation
8. Nombre de décès de mères évités grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes	Le nombre de décès de mères qui ne se sont pas produits au cours d'une période de référence déterminée en raison de la protection assurée par l'utilisation de contraceptifs au cours de la période de référence.	Estimée en utilisant la modélisation
9. Répartition en pourcentage des utilisateurs par méthode moderne de contraception	Le pourcentage du nombre total d'utilisateurs de planification familiale utilisant chaque méthode moderne de contraception.	Enquêtes au niveau national (EDS, MICS, RHS, PMA2020) Système nationale d'informations de sante
10. Pourcentage des établissements en rupture de stocks, par méthode offerte au jour de l'enquête	Le pourcentage des établissements en rupture de stocks de chaque type de contraception offerte, au jour de l'enquête	Données des enquêtes, statistiques des services
11a. Pourcentage des principaux points de prestation de services qui ont au moins 3 méthodes de contraception modernes disponibles au jour de l'enquête	Le pourcentage des points de prestation de services qui ont au moins 3 méthodes de contraception modernes disponibles au jour de l'enquête. Cet indicateur considère les méthodes (comme par injection), mais ne considère ni les produits (comme les produits injectables pendant 3 mois ou 6 mois), ni les marques (comme Depo-Provera).	Données des enquêtes, statistiques des services
11b. Pourcentage des points de prestation de services secondaires / tertiaires avec au moins 5 méthodes de contraception modernes disponibles au jour de l'enquête	Le pourcentage des points de prestation de services secondaires et tertiaires qui ont au moins 5 méthodes de contraception modernes, au jour de l'enquête. Cet indicateur considère les méthodes (comme par injection), mais ne considère ni les produits (comme les produits injectables pendant 3 ou 6 mois), ni les marques comme (Depo-Provera). Les établissements médicaux qui sont définis comme « secondaires » ou « tertiaires » sont déterminés au niveau national, sur la base des classifications existantes.	Données des enquêtes, statistiques des services

(1) Les indicateurs qui seront rapporté annuellement pour tous les 69 pays FP2020		
Nom de l'indicateur	Définition	Source de données et de la disponibilité
12. Dépenses annuelles pour la planification familiale sur le budget intérieur du gouvernement	Total des dépenses de fonctionnement annuelles du secteur public pour la planification familiale. Sont incluses les dépenses à tous les niveaux de gouvernement.	NIDI, COIA, KFF
13. Couple-années de protection (CAP)	La protection estimée assurée par les services de planification familiale au cours d'une période d'un an, sur la base du volume de tous les contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux patients au cours de cette période. Le CAP est calculé en multipliant la quantité de chacune des méthodes distribuées aux patients par un facteur de conversion, ce qui donne une estimation de la durée de la protection contraceptive fournie par unité de la méthode utilisée.	Statistiques de service (SNIS)

(2) Les indicateurs qui seront déclarés chaque année dans un sous-ensemble de pays et sera basé sur les enquête EDS et PMA2020		
Nom de l'indicateur	Définition	Source de données et de la disponibilité
14. Indice information méthode	Un indice déterminant dans quelle mesure les femmes ont reçu des informations spécifiques quand elles recevaient des services de planification familiale. L'indice est conçu à partir de trois questions (Avez-vous reçu des informations sur d'autres méthodes ? Avez-vous reçu des informations sur les effets secondaires ? Vous a-t-on dit ce qu'il faut faire si vous présentez des effets secondaires ?) La valeur déclarée est le pourcentage des femmes qui ont répondu «oui» à ces trois questions.	EDS, PMA2020 dans l'année de l'enquête
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Méthode	
15. Pourcentage de femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale au cours de leur dernier contact avec un fournisseur de services de santé	Le pourcentage de femmes qui ont obtenu toute forme d'informations sur la planification familiale lors de leur dernier contact avec un prestataire de services de santé. Ce contact a pu avoir lieu dans une clinique ou un cadre communautaire. L'information peut avoir été donnée via un certain nombre de biais, notamment par des conseils, des documents d'information, des supports éducation et de communication, ou des entretiens/discussions au sujet de la planification familiale.	EDS, PMA2020 dans l'année de l'enquête
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Quintile de bien-être	
16. Pourcentage de femmes qui ont décidé d'utiliser la planification familiale, soit seules ou conjointement avec leurs maris / partenaires	Le pourcentage de femmes qui utilisent actuellement la planification de la famille dont la décision d'utilisation a été faite principalement par elles seules ou en concertation avec leur mari / partenaire	EDS, PMA2020 dans l'année de l'enquête
	La désagrégation : Lorsque cela est possible (en années avec une EDS ou PMA2020) par : Quintile de bien-être	
17. Taux de natalité chez les adolescentes	Le nombre de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à survenant au cours d'une période de référence donnée pour 1 000 adolescentes.	EDS, PMA2020 dans l'année de l'enquête

Annexe 2 : Certaines parties prenantes de l'écosystème international de la Planification Familiale

PARTNERS	TYPE OF ORGANIZATION	SPECIALISED in SRH	SCOPE OF INTERVENTIONS/ MISSIONS	EMBLEMATIC PROJECT(S)/ EVENT(S)/ TOOL(S)
 THE NEW GENERATION OF FAMILY PLANNING LEADERS 120 UNDER 40	PROJECT	YES	120 Under 40: The New Generation of Family Planning Leaders recognizes and highlights the achievements of the next generation of family planning leaders worldwide. The project launched on September 26, 2015, World Contraception Day. Three rounds are planned: 2016, 2017 and 2019.	Each project year, nominations of young family planning champions will be accepted. In order to be eligible, nominees must be 40 years or younger by December 31 of the project year, and must have made significant contributions to family planning at the local, national, or international level. The winners are chosen from this pool of nominees by the public, via online voting, and by a jury of experts and leaders in family planning, via scoring. After online voting and jury review close, the project secretariat combines the scores and determines the 40 winners, all of whom receive \$1,000 from the Gates Institute to continue their work in family planning and/or begin innovative new projects
 Abt Associates	PRIVATE CONSULTING COMPANY	NO	Abt Associates (Abt) is a private company that provides technical, research and consulting services. Focus areas: -Education, Youth & Families; -Environment & Energy; -Food security & Agriculture; -Governances & Justice; -Health; -Workforce & Economic mobility	The Abt-led SHOPS Plus project works globally to catalyze public-private engagement. Last year, SHOPS Plus partnered with the private sector to achieve over 467,000 couple years of protection to avert unintended pregnancies. Abt implemented the Scaling Up Family Planning (SUFF) Program , funded by UK Aid through the UK's Department for International Development, in Zambia. 
 ADVANCE FAMILY PLANNING ADVANCE FAMILY PLANNING	ADVOCACY INITIATIVE	YES	Advance Family Planning is an advocacy initiative comprising multiple partner organizations working to increase the financial investment and political commitment needed to ensure access to quality, voluntary family planning through evidence-based advocacy . The initiative launched in 2009 at the Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health within the Department of Population, Family and Reproductive Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.	Advance Family Planning Advocacy Portfolio https://www.advancefamilyplanning.org/advocacy-portfolio Annual Partners meeting: Advance Family Planning Partners Meeting 2020: 2-6 march 2020, Kampal, Uganda
 Agence Française de Développement	BILATERAL DEVELOPMENT INSTITUTION	NO	The Agence Française de Développement (AFD) Group funds, supports and accelerates the transition to a fairer and more sustainable world. Focusing on climate, biodiversity, peace, education, urban development, health and governance, our teams carry out more than 4,000 projects in France's overseas departments and territories and another 115 countries. In this way, we contribute to the commitment of France and French people to support the Sustainable Development Goals (SDGs).	 LE FONDS FRANÇAIS MUSKOKA Réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile
 Americares	NGO	NO	Americares is a health-focused relief and development organization that responds to people affected by poverty or disaster with life-changing medicine, medical supplies and health programs. When people are in crisis, we make sure that health comes first. Our Emergency Programs help communities prepare for, respond to and recover from disasters. We provide millions of people around the world Access to Medicine and supplies. Countries of intervention in Africa: Ghana, Liberia, South Africa, Sierra Leone, Malawi, Tanzania	#Health4Mom

 <p>AVENIR HEALTH</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>NO</p>	<p>Avenir Health, formerly Futures Institute, was founded in 2006 as a global health organization that works to enhance social and economic development by providing tools and technical assistance in policy, planning, resource allocation and evaluation. In particular, we focus on developing and implementing demographic, epidemiological and costing models for long-range planning to assist with setting goals, strategies, and objectives. . We work with government agencies, foundations, corporations, and nongovernmental organizations around the world.</p> <p>Areas of program concentration include family planning and reproductive health, maternal and child health, the prevention and treatment of HIV/AIDS, and infectious diseases.</p>	<p>Renowned journals with topics including Family Planning, Maternal and Child Health, and HIV/AIDS.</p> <p>Recent publications:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Family Planning During and After the West African Ebola Crisis; -The Maximum CPR Model: a demographic tool for family planning policy; -Using Evidence to Drive Impact: Developing the FP Goals Impact Matrix 
<p>Behavioral Economics in Reproductive Health Initiative (BERI)</p> 	<p>RESEARCH</p>	<p>YES</p>	<p>The Behavioral Economics in Reproductive Health Initiative (BERI) is a coordinated program of research, launched in 2013 with support from the Hewlett Foundation, to improve reproductive health decision-making and outcomes in sub-Saharan Africa.</p> <p>To achieve our aim of advancing policy-relevant behavioral science for improved health in developing countries, CEGA actively encourages research that integrates psychology and economics. To facilitate this, BERI provides catalytic funding for affiliated researchers and implementing partners to conduct rigorous impact evaluations of programs that test behavioral interventions for improved health in developing countries. Dedicated CEGA staff synthesize research findings and develop partnerships with decision-makers to ensure that policies are informed by evidence and that effective programs are promoted</p>	<p>BERI RESEARCH:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Delaying Pregnancy Among Youth (ELA), Kenya; -Empowering young women: amixed methods approach, Malawi; -Maternal Mortality Risk and the gender Gap in Desired fertility (Zambia); -Understanding barriers to uptake of LARC (Zimbabwe)
 <p>Bill & Melinda Gates Foundation</p>	<p>FOUNDATION</p>	<p>NO</p>	<p>The Bill & Melinda Gates Foundation committed to investing more than US\$1 billion to help reach the goal of providing 120 million additional women with contraceptives, information, and services by 2020 in 2012. The Gates Foundation pledged to support the leadership of developing countries in addressing barriers that prevent women from accessing lifesaving contraceptives. The Foundation is committed to establishing a financing mechanism that enables the UN and country governments to procure contraceptives more efficiently and at a better value; developing partnerships to scale solutions that have the potential to enable sustainable domestic financing through the Global Financing Facility; and supporting efforts to build and expand data platforms to learn about the needs and challenges young people face in accessing contraception, information, and services.</p>	<p>The Bill & Melinda Gates Foundation's Maternal, Newborn & Child Health program</p>
 <p>Bloombergs Philanthropies</p>	<p>FOUNDATION</p>	<p>NO</p>	<p>Bloomberg Philanthropies encompasses all of the charitable giving for founder Michael R. Bloomberg. Headquartered in New York City, Bloomberg Philanthropies focuses its resources on five areas: the environment, public health, the arts, government innovation and education. According to the Foundation Center, Bloomberg Philanthropies is the 12th largest foundation in the United States. Bloomberg has pledged to donate the majority of his wealth, currently estimated at more than \$60.2 billion.</p> <p>Maternal and Reproductive Health activities:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PROVISION OF CLINICAL SERVICES IN TANZANIA; 2. FUND UNANTICIPATED NEEDS IN ANY FAMILY PLANNING 2020 COUNTRY; 	<p>Bloomberg Philanthropies committed US\$50 million to family planning in 2012 and pledged to continue working to improve maternal and child health in some of the world's poorest regions. Bloomberg Philanthropies is committed to integrating family planning services with obstetric care. They have partnered with like-minded organizations and have contributed to FP2020's Rapid Response Mechanism, which addresses emerging, catalytic opportunities that will help meet the goal of reaching 120 million more women and children. Bloomberg Philanthropies have also conducted reproductive health surveys, engaged community leaders and youth on the local level, improved health facilities, and</p>
 <p>Blue Ventures</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Blue Ventures develops transformative approaches for catalysing and sustaining locally led marine conservation. We work in places where the ocean is vital to local cultures and economies, and are committed to protecting marine biodiversity in ways that benefit coastal people.</p> <p>Mission regarding FP:</p> <p>"We enable people to make their own family planning choices, increasing their access to vital health services while equipping them with the skills they need to manage their natural resources sustainably."</p> <p>Countries: Madagascar, Mozambique, Tanzania, Kenya, Indonesia and Timor-Leste</p>	
 <p>BRUSH FOUNDATION</p>	<p>FOUNDATION</p>	<p>YES</p>	<p>Founded in Cleveland in 1928, the Brush Foundation has a proud history of funding essential and innovative work in the field of reproductive health and rights.</p> <p>Mission- In Ohio</p> <p>The Brush Foundation is dedicated to advancing sexual and reproductive health, rights, and justice for every human being by supporting work that:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ensures rights and equity in accessing comprehensive care, including family planning and abortion; -Promotes a culture of acceptance and support for sexual and reproductive health service access and education; and 	

 CAMBER COLLECTIVE CAMBER COLLECTIVE	PRIVATE CONSULTING FIRM IN DEVELOPMENT	NO	Camber Collective develops and implements strategies and programs to improve public health, to create new economic opportunities for the poor, and to maximize the effectiveness and funding of the philanthropic sector. We are a cross-disciplinary team of strategy consultants with backgrounds in business, development, market research and nonprofit leadership, bringing insight and creativity that is unique among strategy consulting firms.	FAMILY PLANNING IN NIGER project Using customer insights to reshape policy and programming
 CARE	NGO	NO	A global leader within a worldwide movement dedicated to saving lives and ending poverty In the field of Sexual, Reproductive and Maternal Health and Rights: As a rights-based organisation, our programming and advocacy affirm and support girls' and women's right to safe childbirth, reproductive self-determination and bodily integrity. We work to reduce maternal mortality, increase healthy timing and spacing of pregnancies, and the elimination of discrimination and violence. Care intervenes across 28 countries in Africa.	CARE 2020 PROGRAM STRATEGY: Sexual, Reproductive and Maternal Health and Rights
 Chemonics International Inc	PRIVATE INTERNATIONAL DEVELOPMENT FIRM	NO	Mission: "Our mission is to promote meaningful change around the world to help people live healthier, more productive, and more independent lives." Technical areas varies from agriculture and food security, democracy and governance to health and supply chain management. Relevant technical areas: -Education and Youth; -Gender Equality and social inclusion;	Recent projects: Delivering Family Health Services in Rwanda;
 CHILDREN'S INVESTMENT FUND FOUNDATION	FOUNDATION	NO	The Children's Investment Fund Foundation was established in 2002 by Chris Hohm and Jamie Cooper. CIFF is the world's largest philanthropy that focuses specifically on improving children's lives. "We are an independent philanthropic organisation, with offices in Addis Ababa, Beijing, London, Nairobi and New Delhi. We work with a range of partners seeking to transform the lives of children and adolescents in developing countries." Areas of work include maternal and child health, adolescent sexual health, nutrition, education, and deworming, tackling child slavery and exploitation, and supporting smart ways to slow down	Adolescence/ Every pregnancy wanted Our investments push for greater integration of contraception and HIV services, so that adolescents can access joined-up platforms to prevent pregnancy and protect themselves against sexually-transmitted infections. Programs: -In Their Hands and Adolescents 360; --> uses mobile technology and behavioral science to empower girls to take up contraception with the provider of their choice. In -Choice4Change, --> provided contraception to over 165,000 teenage girls in Kenya
 CLINTON HEALTH ACCESS INITIATIVE	NGO	NO	The Clinton Health Access Initiative, Inc. (CHAI) is a global health organization committed to saving lives and reducing the burden of disease in low-and middle-income countries. We work with our partners to strengthen the capabilities of governments and the private sector to create and sustain high-quality health systems that can succeed without our assistance. CHAI was founded in 2002 In Africa, CHAI operates in : Cameroon, DRC, Eswatini, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Senegal, South Africa, Sierra Leone, Uganda, Zambia, Tanzania, Zimbabwe.	CHAI's FP programs: 215% increase in average monthly use of contraceptive implants in two years across Cameroon, Kenya, Liberia, Malawi, Nigeria, Tanzania and Zambia CHAI helps shape FP market
 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung Youth CAN	NGO	YES	Mission: "We focus on the needs and potential of the largest youth generation in history. We are committed to creating demand for and access to health information, services, supplies, and economic empowerment for youth. focus on the needs and potential of the largest youth generation in history." Goals: 1) Foster demand for and access to health information, health supplies and youth-friendly services, particularly for sexual and reproductive health; 2) Advance the respect and protection of sexual and reproductive health and rights, with a focus	Youth Truck The sex education vehicle of the DSW in Uganda 

 <p>DKT INTERNATIONAL</p> <p>Dharmendra Kumar Tyagi International</p>	<p>NGO</p>	<p>YES</p>	<p>DKT is one of the world's largest providers of family planning, HIV/AIDS prevention and safe abortion products and services.</p> <p>"We apply savvy private sector marketing techniques, cutting edge technologies and inventive advertising to ensure that women and men have the products, knowledge and services they need, when and where they need them. We have offices in 24 countries covering more than 63% of the world's population, and sell products in many more. DKT is a non-profit, non-governmental organization (NGO) but operates like a social enterprise: We recover 70% of our operating costs through sales revenues. We are 100% transparent about our results and finances.</p> <p>DKT is an NGO that thinks like a business.</p> <p>Scale: DKT is one of the largest private providers of family planning products in the world, having</p>	 <p>DKT WomanCare is a global reproductive health marketing and product distribution platform. The WomanCare unit is cross-cutting and provides products to DKT's own country-based programs as well as multi-lateral, governmental, commercial, and NGO partners.</p> <p>Five of the ten largest contraceptive social marketing programs in the world are DKT programs.</p>
 <p>Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation</p>	<p>FOUNDATION</p>	<p>YES</p>	<p>The Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation's (EGPAF) mission is to eliminate pediatric AIDS. While preventing and treating HIV infection in women of childbearing age is critical to that mission, equally important is addressing the comprehensive sexual and reproductive health needs of women and families affected by or at risk of acquiring HIV. EGPAF works in 19 countries, 16 in Africa.</p>	<p>Family Planning: EGPAF will support 500 health facilities in Africa to provide at least 500,000 people with family planning methods from October 2019 to September 2023. EGPAF will deliver on this goal through integrated service delivery for dual prevention of HIV and pregnancy, working in primary, secondary, and tertiary level facilities and in the communities connected to them. In addition, embedded in this commitment is also a pledge to address the youth challenge head-on: out of the 500,000 we intend to reach with services by 2023, half will be under the age of 25.</p>
 <p>EngenderHealth for a better life</p>	<p>NGO</p>	<p>YES</p>	<p>For decades, EngenderHealth has improved the lives of men, women, and families through its work in family planning, maternal health, HIV and AIDS, gender equity, and many other programs. In Africa, EngenderHealth works in: Burkina Faso, Ivory Coast, Guinea, Burundi, DRC, Ethiopia, Kenya, Malawi, Niger, Nigeria, Tanzania, Togo, Uganda.</p> <p>In Family Planning, EngenderHealth partners with governments, national health systems, community organizations, policymakers, and health care providers to:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Improve the safety, efficacy, and quality of family planning services; -Increase contraceptive options; -Ensure that women are able to make informed choices; 	<p>Agir pour la Planification Familiale (AgirPF) expands women's access to and use of family planning services in five West African countries.</p> <p>Expand Family Planning (ExpandFP) a grant awarded by the Bill & Melinda Gates Foundation, focuses on increasing access to quality contraceptive implant services in a context of informed choice and volunteerism in three countries of Sub-Saharan Africa having great need: the Democratic Republic of the Congo, Tanzania, and Uganda.</p> <p>The Maternal Health and Reproductive Project expanded access to family planning and postabortion care services in Kigoma, Tanzania. Originally awarded by the Bloomberg</p>
 <p>EVERY WOMAN EVERY CHILD FOR HEALTHY AND EMPOWERED WOMEN, CHILDREN AND ADOLESCENTS</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>NO</p>	<p>Launched by Ban Ki-moon, former UN Secretary-General, during the United Nations Millennium Development Goals Summit in September 2010, Every Woman Every Child is an unprecedented global movement that mobilizes and intensifies international and national action by governments, multi-laterals, the private sector and civil society to address the major health challenges facing women, children and adolescents around the world.</p> <p>The movement puts into action the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, which presents a road-map to ending all preventable deaths of women, children and adolescents within a generation and ensuring their well-being.</p>	<p>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health</p>
 <p>EVIDENCE TO ACTION</p>	<p>PROJECT</p>	<p>YES</p>	<p>The Evidence to Action (E2A) Project is USAID's global flagship for strengthening family planning and reproductive health service delivery. We partner with governments, local NGOs, and communities to increase support, build evidence, and facilitate the scale-up of what works for expanding access to quality health services that can transform families, communities, and nations. E2A is led by Pathfinder International, in partnership with ExpandNet, IntraHealth International, and PATH.</p> <p>E2A is implemented in 17 countries across Africa (Senegal, Guinea, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo, Nigeria, Niger, DRC, Ethiopia, Kenya, Rwanda, Tanzania, Malawi, Mozambique).</p> <p>The 3 pillars of E2A are: Evidence/ Leadership/ Scale</p>	<p>TARP TOOL A Tool for AYRH-Responsive Planning</p> <p>Systematic scale-up approaches guide (with ExpandedNet)</p> <p>Bank of information: Technical Briefs, Publications, Planning guides</p>
 <p>Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>YES</p>	<p>FSRH is a faculty of the Royal College of the Obstetricians and Gynecologists. It was established on the 26th March 1993 as the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Our specialist committees of SRH doctors and nurses work together to produce high quality training programmes, specialist conferences and events, clinical guidance and other SRH learning resources</p>	<p>Education and trainings:</p> <ul style="list-style-type: none"> SRG Essentials for Primary Care; e-Learning for Sexual and Reproductive Healthcare (eSRH); FSRH Contraceptive Counseling Free Online Course;

 <p>fhi360 THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES</p> <p>Family Health International</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>FHI 360 works to address the complex challenges of human development with a unique mix of multidisciplinary, integrated solutions. "Our areas of practice include civil society, communication and social marketing, economic development, education, the environment, gender, health, nutrition, research, technology and youth."</p> <p>Maternal and Reproductive Health: For more than forty years, FHI 360 has provided cutting-edge leadership in transforming family</p>	<p>Current projects: -Leading Research for Scalable Solutions (R4S), implementation science research aiming to improve the efficiency, cost-effectiveness and equity of family planning programs in Africa and Asia; -Implementing the Contraceptive Technology Innovation (CTI) Initiative in different countries; -Leading the implementation of the Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Study, a randomized controlled trial of hormonal contraception and HIV acquisition, conducted by the ECHO Consortium; -Leading Envision FP, the flagship contraceptive technology research project of the U.S.</p>
 <p>FAMILY PLANNING 2020</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>FP2020 is an outcome of the 2012 London Summit on Family Planning. Family Planning 2020 aims to expand access to family planning information, services, and supplies to an additional 120 million women and girls in 69 of the world's poorest countries by 2020. FP2020 works with governments, civil society, multilateral organizations, donors, the private sector, and the research and development community. FP2020 is in support of the UN Secretary-General's Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.</p> <p>Key Focus areas: -Adolescents, youth and FP</p>	<p>2012 London Summit on Family Planning 2017 Family Planning Summit for Safer, Healthier, and Empowered Futures</p>
 <p>FAMILY PLANNING VOICES</p>	<p>PROJECT</p>	<p>YES</p>	<p>If you follow Humans of New York, you understand the power of a simple image and a few words. Data is essential for successful programming, but stories compel people to take action. The Knowledge for Health Project and FP2020 launched Family Planning Voices (#FPVoices) in 2015 to document and share real stories from real people around the world who are passionate about family planning. Now led by the Knowledge SUCCESS Project and FP2020, we have more than four years of stories featured here.</p>	<p>Media Resource Center: -Storytelling toolkit; -Communications Toolkit; -Press Kit</p>
 <p>JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH</p> <p>Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health</p> <p>Gates Institut for Population and Reproductive Health</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>YES</p>	<p>The Gates Institute conducts and facilitates cutting-edge research in family planning, reproductive health, and population dynamics and translates science into evidence-informed policies, programs, and practice. The Institute works as an innovator, partner, advocate, and convener to bridge the gap between knowledge and implementation and promote access to universal reproductive health and family planning for all.</p> <p>4 Pillars: -Fill critical gaps in knowledge and generate new evidence; -Translate evidence into policies, programs and practice; -Strengthen the next generation of champions;</p>	    <p>International Conference on FP The future of FP</p>
 <p>giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH</p> <p>Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</p>	<p>BILATERAL DEVELOPMENT INSTITUTION</p>	<p>NO</p>	<p>As a service provider in the field of international cooperation for sustainable development and international education work, we are dedicated to shaping a future worth living around the world. GIZ has over 50 years of experience in a wide variety of areas, including economic development and employment promotion, energy and the environment, and peace and security.</p>	<p>Health Programme – fight against maternal mortality in Cameroon Strengthening health services in the provinces of South Kivu and Kwang Reproductive and family health in Guinea (2015 to 2022) Strengthening the health system in Liberia (2016 to 2020) Health System Strengthening – Sexual and Reproductive Health and Rights in Togo (2017 to 2020)</p>
 <p>GLOBAL FINANCING FACILITY</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>The GFF was launched at the Financing for Development Conference in Addis Ababa in July 2015 as part of a global conversation about how to finance the SDGs, which requires a shift from thinking about billions of dollars to recognizing that we need trillions to achieve the ambitious targets that we have agreed upon. This shift is only possible through new approaches to financing that recognize that countries themselves are the engines of progress and that the role of external assistance is to support countries both to get more results from the existing resources and to increase the total volume of financing. Our job at the GFF is to help countries along the road. We empower governments to bring partners around the table to agree on a clear set of priorities and a country-led plan. Focusing on women, children and adolescents, countries invest in high-impact but historically under-funded</p>	<p>GFF-Supported countries in Africa are: Burkina Faso, Cameroon, CAR, Chad, Côte d'Ivoire, DRC, Ethiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe. GFF provides the list of GGF Focal Points and Liaison Officers for each country supported on its website.</p> <p>GFF Trust Fund grants GFF Trust Fund Committee</p>

 <p>GUTTMACHER INSTITUTE GUTTMACHER INSTITUT</p>	RESEARCH	YES	<p>The Guttmacher Institute is a leading research and policy organization committed to advancing sexual and reproductive health and rights in the United States and globally.</p> <p>The Guttmacher Institute's work in Sub-Saharan Africa has focused on documenting access to and use of contraceptives, calculating the regional and country-level public health benefits of meeting women's reproductive health needs, and documenting adolescents' needs for and access to sexual and reproductive health information and services. The Institute has also estimated the incidence of unsafe abortion at the national level for numerous countries in the region, as well as calculated the health, social and economic consequences of unsafe abortion. This work provides policymakers with evidence to inform effective family planning programs and offers policy</p>	<p>Guttmacher's peer-reviewed journal: -International Perspectives on Sexual and Reproductive Health (IPSRH); -Perspectives on Sexual and Reproductive Health (PSRH)</p> <p>Guttmacher's publications database</p>
 <p>Health Policy Plus</p>	PROJECT	NO	<p>Health Policy Plus (HP+) strengthens and advances health policy priorities at global, national, and subnational levels. The project aims to improve the enabling environment for equitable and sustainable health services, supplies, and delivery systems through policy design, implementation, and financing. Taken together, evidence-based, inclusive policies; more sustainable health financing; improved governance; and stronger global leadership and advocacy will lead to improved health outcomes worldwide.</p> <p>HP+ is a five-year cooperative agreement funded by the USAID and implemented by Palladium, in collaboration with Avenir Health, Population Reference Bureau.</p>	<p>Family Planning Featured Activities: Costed Implementation Plans for Family Planning; Family Planning Financing Roadmap; Health Financing for Family Planning; Women's Leadership for Family Planning</p> <p>HP+ is the former Health Policy Project</p> 
 <p>HEWLETT FOUNDATION</p>	FOUNDATION	NO	<p>The William and Flora Hewlett Foundation is a nonpartisan, private charitable foundation that advances ideas and supports institutions to promote a better world.</p> <p>For more than 50 years, we have supported efforts to advance education for all, preserve the environment, improve lives and livelihoods in developing countries, promote the health and economic well-being of women, support vibrant performing arts, strengthen Bay Area communities and make the philanthropy sector more effective.</p> <p>The foundation was established in 1966 by engineer and entrepreneur William R. Hewlett and his wife, Flora Lamson Hewlett, with their eldest son, Walter Hewlett. Today, it is one of the largest philanthropic institutions in the United States, awarding over \$450 million in</p>	<p>The Global Development and Population Program makes grants to expand women's reproductive and economic choices, amplify citizen participation, and improve policymaking through evidence.</p> <p>2019 Grantmaking: -78 Grants Awarded; -108 active Grantees; -41millions awarded grantees</p> <p>The Hewlett Foundation's website provide a list about all their grants regarding the Global Development and population program, strategist "Women's choice".</p>
 <p>High Impact Practices Family Planning</p>	RESEARCH	YES	<p>High Impact Practices (HIPs) are a set of evidence-based family planning practices vetted by experts against specific criteria and documented in an easy-to-use format. Endorsed by more than 30 organizations, HIPs help build consensus around our current understanding of what works in family planning.</p> <p>HIPs are identified based on demonstrated magnitude of impact on contraceptive use and potential application in a wide range of settings. Consideration is also given to other relevant outcome measures including unintended pregnancy, fertility, or one of the primary proximate determinants of fertility (delay of marriage, birth spacing, or breast feeding). Evidence of replicability, scalability, sustainability, and cost-effectiveness are also examined.</p>	<p>Webinars</p> <p>Planning Guides: -Enabling environment; -Service delivery; -Social and behavior change</p> <p>Briefs: -Enabling environment; -Service delivery;</p>
 <p>human reproduction program</p>	RESEARCH	YES	<p>Founded in 1972, HRP (the UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction) is the main instrument within the United Nations system for research in human reproduction, bringing together policy-makers, scientists, health care providers, clinicians, consumers and community representatives to identify and address priorities for research to improve sexual and reproductive health.</p> <p>HRP's vision is the attainment of all people of the highest possible level of sexual and reproductive health. It strives for a world where all women's and men's rights to enjoy sexual and reproductive health are promoted and protected, and all women and men, including adolescents and those who are underserved and marginalized, have access to sexual and reproductive health</p>	<p>Current emblematic projects: -WHO Family Planning Accelerator project; -Community and Provider driven Social Accountability Intervention (CaPSAI) Project; -Effectiveness of a package of postpartum family planning interventions on the uptake of contraceptive methods until 8-9 months postpartum in Burkina Faso and the Democra Republic of Congo; -Community Monitoring and Social Accountability Intervention (CPSAI) – UPTAKE Project Intervention</p> 
 <p>IBP NETWORK</p>	GLOBAL PARTNERSHIP	YES	<p>With over 80 member organizations representing international non-governmental organizations (NGOs), local civil society organizations (CSOs), academia, and others, the IBP Network convenes partners to share best practices, experiences and tools to support family planning and reproductive health programming. Activities focus on supporting knowledge exchange, documentation, and implementation research efforts.</p> <p>Through its convening power, neutral platform and partnership, the IBP Network encourages and inspires the global FP/RH community to support the dissemination and implementation of evidence-based family planning and reproductive health guidelines, tools and practices.</p>	<p>IBP Xchange</p>      

 <p>Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises</p> <p>Inter-Agency Working group on Reproductive Health in crises</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>We are an international coalition of organizations and individuals working collectively to advance sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings.</p> <p>The IAWG works collaboratively to:</p> <ul style="list-style-type: none"> -issue evidence-based technical guidance, standards, and tools to inform high-quality sexual and reproductive health (SRH) service provision in humanitarian settings; -evaluate the state of sexual and reproductive health and rights (SRHR) in the field, identify gaps in research and service, and generate new evidence; -document and disseminate evidence to policy makers, managers, and practitioners; -advocate for the inclusion of SRHR in humanitarian policies, programming, and funding; 	<p>Steering Committee: 21 member agencies (Care, PAI, IPAS, FP2020, UNFPA, WHO, MSH, JSI, Jhpiego, etc)</p> <p>Associate Members: (RHSC, Guttmacher Institute, Chemonics, Women Deliver, EngenderHealth, etc), participation to technical or thematic sub-working groups.</p>
 <p>International Center for Research on Women</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>NO</p>	<p>The International Center for Research on Women (ICRW) is a global research institute with offices located in Washington, D.C.; New Delhi, India; Nairobi, Kenya; and Kampala, Uganda. Our research evidence identifies women's contributions as well as the obstacles that prevent them from being economically strong and able to fully participate in society. ICRW translates these insights into a path of action that honors women's human rights, ensures gender equality and creates the conditions in which all women can thrive.</p> <p>In FP: ICRW has been working to improve girls' and women's access to voluntary family planning for four decades. Our work spans a wide range of areas, including conducting research and developing</p>	<p>Publication: Enabling Women's Economic Empowerment: ICRW Analysis Shows Women's Health Status Crucial to Economic Participation.</p> <p>Publication: Why invest in international Family Planning?</p>
 <p>International Conference on Family Planning</p>	<p>EVENT</p>	<p>YES</p>	<p>The International Conference on Family Planning (ICFP) serves as a strategic inflection point for the family planning and reproductive health community worldwide. It provides an opportunity to disseminate knowledge, celebrate successes, and identify next steps toward reaching the goal of enabling an additional 120 million women to access voluntary, quality contraception by 2020 – and beyond.</p>	<p>The first conference was held in Kampala, Uganda, in 2009 and convened more than 1,300 participants around the topic of family planning for the first time in fifteen years, sparking positive change for family planning policies in Uganda.</p> <p>With more than 2,200 participants, the second conference was held in 2011 in Dakar, Senegal, and highlighted family planning issues in Francophone Africa.</p> <p>Following the successful launch of Family Planning 2020 (FP2020) during the 2012 London Summit on Family Planning, the 2013 ICFP in Addis Ababa, Ethiopia, brought together more than 3,400 people to celebrate progress made toward achieving "Full Access, Full</p>
 <p>International Contraceptive Access Foundation</p>	<p>FOUNDATION</p>	<p>YES</p>	<p>The objective of the Foundation is to provide local service-delivery organizations with the levonorgestrel releasing intrauterine system (LNG IUS) contraceptive devices on a not-for-profit basis and ultimately serve the reproductive needs of women in resource-poor settings, primarily in developing countries.</p> <p>By August 2019, the ICA Foundation has donated 138.605 LNG IUS to organizations in 36 countries. Country projects include collaborations with local not-for-profit organizations, hospitals, and global partners with a network of service delivery facilities in developing countries. Donation recipients work through a variety of means to provide women access to contraceptive options and quality family planning services.</p>	<p>The LNG IUS contraceptive (Levonorgestrel Intra-Uterine System) donation</p>
 <p>International Planned Parenthood Federation</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>The International Planned Parenthood Federation (IPPF) is a Federation of 132 Member Associations working in 143 countries, with an active presence in a further 21 countries, totalling 164 countries in which IPPF works. In 2018, they delivered 223.2 million sexual and reproductive health services.</p> <p>Mission: "Building on a proud history of 65 years of achievement, we commit to lead a locally owned, globally connected civil society movement that provides and enables services and champions sexual and reproductive health and rights for all, especially the under-served." IPPF works in over 170 countries to provide help, advice, services and supplies relating to any</p>	<p>IPPF's Strategic Framework: 2016-2022</p>
 <p>International Rescue Committee</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>The International Rescue Committee responds to the world's worst humanitarian crises and helps people whose lives and livelihoods are shattered by conflict and disaster to survive, recover and gain control of their future. In more than 40 countries and in 26 U.S. cities, our dedicated teams provide clean water, shelter, health care, education and empowerment support to refugees and displaced people.</p> <p>In Africa, the IRC is present in Burkina Faso, Burundi, Cameroun, CAR, Chad, DRC, Ethiopia, Ivory Coast, Kenya, Liberia, Libya, Mali, Niger, Nigeria, Sierra Leone, Somalia, South Sudan, Tanzania, Uganda, Zimbabwe</p>	<p>Family Planning: In 2017, the International Rescue Committee committed to implementing programs that enable women and girls to take control of their lives, from the earliest stages of humanitarian crisis through recovery. The IRC committed to employing strategies that build knowledge around and increase access to high quality contraceptive services by creating enabling environments that address cultural, social, and economic barriers and enable women and girls to make informed decisions about their fertility and reproductive health. The IRC committed to a 25 percent increase on CYPs annually each year until 2020 and will invest in strengthening local and national health systems to ensure sustainability of contraceptive services and provider skills. Finally, the IRC pledged to increase global,</p>

 <p>International Youth Alliance for Family Planning</p>	NGO	YES	<p>The mission of IYAFA is to advance sexual and reproductive health, rights and justice for all young people to achieve an equitable reality by having young people take the helm. Approach: BUILT BY YOUTH, AND DEDICATED TO HELPING YOUTH.</p> <p>"We are committed to helping youth around the world create a better future. All of the work we do falls under one or more of these pillars: Capacity Building, Community Development, Creation of Opportunities, Advocacy, and Accountability for FP with a youth-centered approach."</p>	<p>Youth Country Ambassador in 27 countries in Sub-Saharan Africa</p> <p>IYAFA has partnered with The Population Reference Bureau (PRB) to implement the youth data collection for Empowering Evidence-Driven Advocacy (EEDA), a three-year project (2017-2020) supported by the Bill & Melinda Gates Foundation. The goals of the project are to improve implementation of existing family planning (FP) policies, especially those that support youth access to and use of contraception, and to generate new funding and policy commitments for FP in response to evidence-driven advocacy.</p> <p>Youth Lead, Youth advocacy from the Ground-up:</p>
 <p>IntraHealth</p>	NGO	NO	<p>IntraHealth International is a global health nonprofit that has worked in over 100 countries since 1979. We improve the performance of health workers and strengthen the systems in which they work so that everyone everywhere has the health care they need to thrive. "We focus on health workers. Without them, health care doesn't happen."</p> <p>Family Planning and reproductive Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expanding the roles of health workers to deliver appropriate family planning services, supported by policy changes as necessary; -Increasing the range of available family planning methods at all levels of the health system; 	<p>In Africa, IntraHealth have offices in Kenya, Mali, Senegal, Rwanda, Burkina Faso, Ethiopia, South Sudan, Tanzania and Uganda and works across 25 countries.</p> <p>Projects achievement:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reduced contraceptive stockout rates to as low as 2% in Senegal using our Informed Push Model for supply chain management; -Provided family planning services for 72,600+ people in South Sudan; -Supported eight health districts in Burkina Faso and Senegal in implementing a strategy of systematic referral for family planning services in its role as TCI accelerator hub; -Created youth ambassador programs in Benin, Burkina Faso, Mali, Niger, and Senegal to
 <p>IPAS</p>	NGO	YES	<p>IPAS is dedicated to preventing unsafe abortion and increasing access to contraception. "Working with local partners around the world, we strive to improve women's access and right to safe, high-quality abortion care and contraception."</p> <p>IPAS works to improve women's access and right to safe abortion care and reproductive health services by:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Training doctors, nurses, and midwives in clinical and counseling skills for abortion, postabortion care and family planning; -Improving health-service delivery to make abortion safer and more accessible for women and less costly for the health system; 	<p>In Africa, IPAS work in: Ghana, Ethiopia, Malawi, Mozambique, Nigeria, South Africa Zambia and some francophone countries (Ivory Coast recently and DRC)</p>
 <p>International Consortium for Emergency Contraception</p>	GLOBAL PARTNERSHIP	YES	<p>Mission: The International Consortium for Emergency Contraception's (ICEC) mission is to expand access to and ensure safe and locally appropriate use of emergency contraception worldwide within the context of family planning and reproductive health programs, with an emphasis on developing countries.</p> <p>The Seven Original Members The Concept Foundation International Planned Parenthood Federation (IPPF)</p>	<p>Database: In depth country information on EC.</p> <p>Publication and resources</p>
 <p>JHPIEGO</p>	NGO	NO	<p>Jhpiego is an "international non-profit health organization affiliated with Johns Hopkins University." The group was founded in 1973 and initially called the Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics. Early on, Jhpiego established itself as a leader in reproductive health training. In addition to family planning and reproductive health, Jhpiego now has expertise in maternal and child health, infection prevention and control, HIV/AIDS and infectious diseases.</p> <p>Mission: Jhpiego creates and delivers transformative health care solutions that save lives. In partnership</p>	<p>Rwanda, Tanzania, Cameroon, Côte d'Ivoire, Mali, Madagascar, Botswana, Chad, South Sudan, South Africa, Ghana, DRC, Zimbabwe, Uganda, Zambia, Guinea, Malawi, Burkina Faso, Togo, Liberia, Lesotho, Namibia.</p> <p>In 2018, Jhpiego supported the governments of 12 low- to middle-income countries to save the lives of an estimated 81,000 children and 9,000 women through improved contraceptive services.</p> <p>Technical Focus in FP: -Introduce and scale up contraceptive options;</p>
 <p>JOHN SNOW INC.</p>	PRIVATE CONSULTING FIRM IN DEVELOPMENT	NO	<p>We are public health care and health systems consultants and researchers driven by a passion to improve health services and outcomes for all. Our fundamental goal is to ensure that all individuals can live their best and healthiest life, regardless of age or circumstances. In countries around the world, we help strengthen health systems and improve the ability of local providers and communities to deliver health services and create a healthy environment.</p> <p>Expertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Applied research and evaluation; -Digital Health; -Behavioral Health; 	<p>Family Planning Access Program (FPAP); -UNFPA Reproductive Health Supply Chain Assessment project (DRC, Congo, Kenya, Nigeria, Sierra Leone)</p> 

 <p>KFW Bank aus Verantwortung</p> <p>KfW Development Bank</p>	<p>BILATERAL DEVELOPMENT INSTITUTION</p>	<p>NO</p>	<p>KfW Development Bank has been helping the German Federal Government to achieve its goals in development policy and international development cooperation for more than 50 years. In this regard, we are both an experienced bank and a development institution with financing expertise, an expert knowledge of development policy and many years of national and international experience. On behalf of the German Federal Government, and primarily the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ), we finance and support programs and projects that mainly involve public sector players in developing countries and emerging economies – from their conception and execution to monitoring their success.</p>	<p>This is why one of KfW's priorities in the health care sector is sexual and reproductive health, which makes up 35 % of the projects in this sector. These projects include measures for safe pregnancy and motherhood, medically supervised childbirth, self-determined family planning and the prevention of female circumcision, HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases. KfW, for example, supports projects that combine HIV prevention and family planning because the two are closely linked.</p>
 <p>– Knowledge – SUCCESS</p> <p>Knowledge Success</p>	<p>PROJECT</p>	<p>YES</p>	<p>Knowledge SUCCESS (Strengthening Use, Capacity, Collaboration, Exchange, Synthesis, and Sharing) is a five-year global project that supports learning, and creates opportunities for collaboration and knowledge exchange, within the family planning and reproductive health (FP/RH) community. We champion the strategic and systematic use of knowledge in FP/RH programs. Knowledge SUCCESS is supported by USAID's Bureau for Global Health, Office of Population and Reproductive Health and led by the Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) in partnership with Amref Health Africa, The Busara Center for Behavioral Economics (Busara), and FHI 360.</p> <p>Topics: -Advocating for family planning;</p>	<p>K4Health Toolkits: -Community-Based Family Planning Toolkit; -Emergency Contraception Toolkit; -Family Planning and Immunization Integration Toolkit; -Family Planning and Advocacy Toolkit; -Family Planning and HIV integration Toolkit; -Implants Toolkit; -Family Planning Logistics -Etc.</p>  
 <p>msh Management Sciences for Health</p> <p>Management Sciences for Health</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Mission: "Saving lives and improving the health of the world's poorest and most vulnerable people by closing the gap between knowledge and action in public health." In all of their programs, msh strives to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expand access to comprehensive care packages that address factors influencing health; • Transform systems for high quality of care; • Introduce and take innovations to scale; • Promote active and meaningful participation of women, children, and adolescents. <p>Women's, children's and adolescents' health:</p>	<p>Integrated Health Program (IHP) in the DRC: Contributed to over 178,000 child and 14,000 newborn lives saved; Prevented 224,000 unwanted pregnancies and 157,000 unplanned births, in turn preventing 700 maternal deaths and 28,000 unsafe abortions.</p> <p>Our jointly-led Debbo Alafia consortium changed norms and attitudes about women's and girls' sexual and reproductive health and rights, including promoting family planning and</p>
 <p>MARIE STOPES INTERNATIONAL Children by choice, not chance</p> <p>Marie Stopes International</p>	<p>NGO</p>	<p>YES</p>	<p>Marie Stopes International works in 37 countries around the world to help women and girls to have children by choice, not chance.</p> <p>Marie Stopes International provides contraception and safe abortion services to millions of women and families across the world.</p> <p>Contraception: We provide a full range of contraception so that every woman we meet can choose the method that is right for her.</p> <p>Safe abortion and post-abortion care:</p>	<p>Marie Stopes International provides contraception and safe abortion services to millions of women and families across the world: -37 countries; -11,000 team members; -4,100 social franchisees; -52,000 outreach location</p>
 <p>Maternal Health Task Force AT THE HARVARD CHAN SCHOOL Center of Excellence in Maternal and Child Health</p> <p>HARVARD T.H. CHAN</p> <p>Maternal Health Task Force</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>NO</p>	<p>The Maternal Health Task Force (MHTF) at the Center of Excellence in Maternal and Child Health (MCH) continues and builds on the tradition of the MHTF in ensuring that front-line maternal health workers, policymakers, researchers, and advocates across the world have access to the most current and reliable evidence in the field.</p> <p>Our vision for MHTF is a space that not only identifies and shares promising research, but serves as a catalyst for research improvement and innovation. In order to reach the Sustainable Development Goal 3 target to reduce maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 births we must invest heavily in research to ensure we are asking the right questions and prioritizing the right interventions.</p>	<p>The Maternal Health Buzz, a bi-monthly email newsletter, shares the top 5 articles with the maternal health community.</p> <p>The MHTF resources provides a searchable collection of maternal health research, and a collection of toolkits, courses, and other resources for maternal health practitioners.</p> <p>The MHTF Blog is a space to highlight interesting work, maternal health visionaries, important events, and current debates in the field.</p>
 <p>MÉDECINS DU MONDE</p> <p>Médecins du Monde</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Working in France and 64 countries worldwide, Doctors of the World - Médecins du Monde is an independent international movement of campaigning activists who provide care, bear witness and support social change. Through our 355 innovative medical programmes and evidence-based advocacy initiatives, we enable excluded individuals and their communities to access health and fight for universal access to healthcare.</p> <p>Sexual and Reproductive Health: -Enable women to take informed decisions about their own lives; -Supporting Pregnant Women.</p>	<p>Madagascar, Kenya</p> <p>Contraception and FP in Burkina Faso: Doctors of the World has been present in Djibo district since 2010. Today, the association endeavors to prevent unwanted pregnancies and, on a larger scale, to improve family planning. Eight community associations have been trained to take action with teenagers and religious leaders on these issues and healthcare teams receive training, particularly on post-abortion complications. Finally, Doctors of the World lobbies the authorities for a reduction in the cost of, or even no charge for contraceptives, for access to safe and legal abortion and for sex education in</p>

 Options	PRIVATE CONSULTING FIRM IN DEVELOPMENT	NO	Options is an international development consultancy organisation working in the health sector to transform the health of women and girls in developing countries . We work in partnership with governments, health workers, civil society and businesses to bring together knowledge, expertise and influence to ensure everyone has access to the health care they need. Missions: -Transforming systems for health and nutrition -Building shock resilient and responsive health systems -Promoting social change and gender equity -Placing products and technologies in the hands of women and girls	- The Women's Integrated Sexual Health Programme (WISH) , funded by UKAid, prioritizes the poorest and most in need, particularly young and marginalized women. Bangladesh, Burkina Faso, DRC, Malawi, Nigeria, Pakistan, Tanzania, Uganda, Zambia. - Supporting Access for Adolescents to Integrated Sexual and Reproductive Health Services' (Safire) is an innovative Programme seeking to dramatically reduce deaths and injury from unsafe abortions among girls in some of the countries with the highest burden in Sub-Saharan Africa.
 PACKWARD FOUNDATION	FOUNDATION	NO	The Packard Foundation aims to Improving the lives of children, families, and communities and restoring and protecting our planet. Population and Reproductive Health commitment: -Improve the quality of comprehensive sexuality education, voluntary contraception, and abortion care. -Strengthen service delivery, build leadership and advocacy capacity, and shift social and cultural norms to allow women and youth to make their own reproductive health care decisions. -Forge partnerships with global research advocacy organizations, especially networks led by youth, and to create positive and effective messages about reproductive health and rights at the regional	The Population and Reproductive health program. \$1.03B: The Packard Foundation's commitment to date to deliver quality reproductive health services around the world. 2,750: The total number of grants made to organizations in the population and reproductive health field. Priority Geographies in Africa: -Ethiopia, nationally and in Oromia -Targeted investments in Rwanda and Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
 Palladium	PRIVATE CONSULTING FIRM	NO	Palladium works with governments, businesses, and investors to solve the world's most pressing challenges. Expertise in health: -Building resilient health system; -Health financing and economic analysis; -Health research, Evaluation, Learning; -Health Policy and Governance; -Health Markets and Behavior Change; -Strategic information, Modelling and Technology	
 Partenariat de Ouagadougou	REGIONAL PARTNERSHIP	YES	The Ouagadougou Partnership was launched in Ouagadougou, Burkina Faso in February 2011 at the Regional Conference on Population, Development and Family Planning held by the nine governments of Francophone West African countries and their technical partners and financial resources to accelerate progress in the use of family planning services in Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinea, Mali, Mauritania, Niger, Senegal and Togo. The main objective of the Partnership is to reach at least 2.2 millions additional family planning methods users in the nine countries by 2020. The missions of the coordination Unit are : - Helping countries complete the planning process;	Annual meetings: 8ème Réunion Annuelle, Cotonou, Bénin Jeunes ; Changement Social et de Comportement : Nous en voulons plus ! 7ème Réunion Annuelle, Dakar, Sénégal Les voies du succès du PO pour 2020 6ème Réunion Annuelle, Conakry, Guinée L'Autonomisation de la femme et la révolution contraceptive 5ème Réunion Annuelle, Abidjan, Côte d'Ivoire
 PATH	NGO	NO	"At PATH, we are a global team of innovators working to accelerate health equity so all people and communities can thrive. We advise and partner with public institutions, businesses, grassroots groups, and investors to solve the world's most pressing health challenges." Focus areas: -Epidemic Preparedness; -Malaria; -Tuberculosis. - Sexual & Reproductive Health; -Diarrheal diseases;	In Africa, PATH works in Burkina Faso, DRC, Gambia, Ethiopia, Ghana, Malawi, Nigeria, South Africa, Kenya, Mozambique, Senegal, Tanzania, Uganda, Zambia. In the field of SRH, PATH works essentially on DMPA-SC. 
 PATHFINDER INTERNATIONAL	NGO	YES	Mission: "We champion sexual and reproductive health and rights worldwide, mobilizing communities most in need to break through barriers and forge their own path to a healthier future." Focus area: -Adolescents & Youth; -Advocacy; - Contraception & Family Planning; -HIV & AIDS; -Maternal and Newborn Health;	In sub-Saharan Africa, Pathfinder works in Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, DRC, Ethiopia, Kenya, Mozambique, Niger, Nigeria, Tanzania, Togo and Uganda. Projects: E2A - Beyond Bias in Burkina Faso, Tanzania, Pakistan; - Supporting Family Planning and Abortion Services in Mozambique; - Act with HER in Ethiopia; - (Re)solve in Bangladesh, Burkina Faso and Ethiopia; - Increase Access to Reproductive Health in Côte d'Ivoire;

 <p>Performance Monitoring and Accountability 2020</p> <p>Performance Monitoring Accountability 2020</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>YES</p>	<p>Performance Monitoring for Action (PMA) uses innovative mobile technology to routinely gather data on family planning and other health areas. High quality data — collected frequently, turned-around quickly, and locally owned — help decision makers understand what is working, and what is not, enabling decisions that are more sensitive and responsive to evolving needs.</p> <p>Countries: BF, CI, DRC, Ethiopia, Ghana, India, Indonesia, Kenya, Niger, Nigeria, Uganda</p>	<p>PMA Public Analysis Repository https://github.com/PMA-DM/PMA_Analyses_Public</p> <p>PMA DATALAB https://datalab.pmata.org/</p> <p>IPUMS-PMA https://pma.ipums.org/pma/index.shtml</p>
 <p>Population Action International</p>	<p>NGO</p>	<p>YES</p>	<p>Population Action International is an international, non-governmental organization that uses research and advocacy to improve global access to family planning and reproductive health care. Its mission is to "ensure that every person has the right and access to sexual and reproductive health, so that humanity and the natural environment can exist in balance with fewer people living in poverty".</p>	<p>Faith + Family Planning This is a new initiative of PAI. The \$1 million fund provides faith-based organizations in the developing world with small grants and technical support to hold governments accountable for providing quality family planning and reproductive health services.</p> <p>GFF resource and engagement HUB</p> <p>Government accountability for family planning budgets Through the Government Accountability initiative, PAI's civil society partners in six countries—Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi, Tanzania, Uganda, and Zambia—conduct</p>
 <p>POPULATION COUNCIL</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>NO</p>	<p>The Population Council conducts research to address critical health and development issues. Our work allows couples to plan their families and chart their futures. We help people avoid HIV infection and access life-saving HIV services. And we empower girls to protect themselves and have a say in their own lives.</p> <p>Relevant research topics: -Adolescent Girls' empowerment; -Basic science of reproductive Health; -Contraceptive development; -Family planning;</p>	<p>Country offices in Africa: Ethiopia/ Ghana/ Kenya/ Nigeria/ Senegal/ Zambia</p> <p>Today, there is renewed global support for high-quality programs that provide information, services, and contraceptive supplies—and the Council plays an important role in expanding access to these programs. We help design the most effective voluntary family planning services worldwide.</p> <p>The Evidence Project Bangladesh, Burkina Faso, Cambodia, Egypt, Ethiopia, Ghana, India, Kenya, Madagascar, Nigeria, Pakistan, Senegal, Tanzania, Uganda, Zambia, Global Research.</p>
 <p>Healthy lives. Measurable results.</p> <p>POPULATION SERVICES INTERNATIONAL</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Population Services International conducts research and programs in more than 50 countries. PSI makes it easier for people in the developing world to lead healthier lives and plan the families they desire.</p> <p>Commitments: -Putting more care and control directly in Consumers' hands; -Revolutionize the way adolescents access contraception; -Improve access to primary care networks; -Unlock domestic financing.</p>	<p>In Africa, PSI works in Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, Eswatini, Lesotho, Malawi, Niger, Senegal, Somalia, South Sudan, Ethiopia, Kenya, Liberia, Mali, Nepal, Nigeria, Tanzania, Sierra Leone, Zambia, Uganda, Zimbabwe, Rwanda, Mozambique, Ghana, Cameroon, Benin.</p> <p>By 2030, PSI, as part of the Self-Care Trailblazer Group, commits to ignite and help build a comprehensive, evidence-based self-care agenda and movement for sexual and reproductive health and rights.</p>
 <p>POPULATION REFERENCE BUREAU</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>NO</p>	<p>The Population Reference Bureau is a private, nonprofit organization specializing in collecting and supplying statistics necessary for research and/or academic purposes focused on the environment, and health and structure of populations.</p> <p>Vision: PRB's vision is a world in which decisionmakers improve the health and well-being of all people through evidence-based policies and practices. To further this vision, we inform people around the world about population, health, and the environment. We also empower people to use this information to advance the well-being of current and future generations.</p> <p>Family Planning and reproductive Health:</p>	<p>The PACE Project—Policy, Advocacy, and Communication Enhanced for Population and Reproductive Health.</p> <p>MOMENTUM Knowledge Accelerator will catalyze improvements in maternal, newborn, and child health programs by ensuring the right information reaches the right people in the right formats to inform decisions that save lives and reduce illness and disability. As part of the U.S. Agency for International Development's (USAID) flagship, multi-award MOMENTUM program, MOMENTUM Knowledge Accelerator will support improvements in voluntary family planning and reproductive health activities, including their integration with maternal and child health programs, providing health and cost benefits to USAID</p>
 <p>Reproductive Health Supplies Coalition</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>"Our mission is to bring together a diversity of partners and mobilize their collective strengths to increase access to a full range of affordable, quality reproductive health supplies in low- and middle-income countries."</p> <p>Principles: -add value to the activities of individual member-organizations; -foster greater country ownership in meeting reproductive health supply needs; believe that access to supplies is a necessary but not sufficient factor to achieving better reproductive health;</p>	   <p>Commodity Gap Analysis Global Family Planning Visibility and Analytics Network Procurement Planning and Monitoring Report (PPMR) Reproductive Health Supplies Visualizer (RH VIZ)</p>

 <p>RESULTS FOR DEVELOPMENT</p> <p>Results for Development</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Results for Development (R4D) was founded in 2008 by former World Bank Vice President David de Ferranti and others to ensure that local change agents are in the driver's seat, and that knowledge is transformed into action.</p> <p>Focus areas: Health; Education; Nutrition.</p> <p>For maternal and Child Health:</p>	<p>Advancing Newborn, Child and Reproductive Health (ANCRE) in Benin; Improving Monitoring & Accountability of "Family Planning 2020" (India, Indonesia, Senegal, Uganda)</p>
 <p>SRHM SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS MORE THAN A JOURNAL</p> <p>Sexual and Reproductive Health Matters</p>	<p>RESEARCH</p>	<p>YES</p>	<p>Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM) promotes sexual and reproductive health and rights (SRHR) globally. At the heart of SRHM is an INTERNATIONAL JOURNAL with global relevance. Our journal is a multidisciplinary, open-access, peer-reviewed journal. It explores emerging, strategic, as well as neglected and marginalized issues across the field of SRHR SRHM is also MORE THAN A JOURNAL. It creates and participates in spaces that motivate improvements in research, policy, services and practice. It contributes to capacity building in knowledge generation. SRHM inspires new rights-based thinking and action in the field of SRHR through various strategic approaches, and through multi-disciplinary global and local partnerships. We have a presence in London, Geneva and Cape Town, and work with regional partners in Brazil.</p>	<p>Former "Reproductive Health Matters"</p> <p>Open Issue Since 2017, in addition to the themed issues, the journal has also accepted, in our annual open issue, papers related to sexual and reproductive health and rights (SRHR), outside the identified themes.</p> <p>Hey Topics: -Ageing; -Abortion;</p>
 <p>SHOPS PLUS</p> <p>Sustaining Health Outcomes through the Private Sector</p>	<p>PROJECT</p>	<p>NO</p>	<p>In private sector health. The project seeks to harness the full potential of the private sector and catalyze public-private engagement to improve health outcomes in family planning, HIV/AIDS, maternal and child health, and other health areas. SHOPS Plus supports the achievement of US government health priorities and improves the equity and quality of the total health system.</p> <p>SHOPS Plus aims to increase use of priority health services by: -Improving the enabling environment for the private health sector; -Strengthening provision of private sector information, products, and services, resulting in expanded access for underserved populations; -Increasing effective public-private engagement;</p>	<p>Resource Center The SHOPS Plus Resource Center houses all of the project's publications and those written by others working on private health sector issues. Resources include reports, tools, presentations, and other materials that give an in-depth view of the project's work.</p> <p>Tool: Family Planning Market Analyzer</p> <p>Assessment to action: a guide to conducting private health sector assessments.</p> <p>Private sector counts: a resource for data on private sector healthcare</p>
 <p>TCI CHALLENGE INITIATIVE</p> <p>The Challenge Initiative</p>	<p>PROJECT</p>	<p>YES</p>	<p>The Challenge Initiative (TCI) is an exciting new "business unusual" approach to financing, scaling up and sustaining high-impact family planning solutions for the urban poor. TCI represents the Bill & Melinda Gates Foundation's single largest family planning investment – a substantial effort to mobilize and diversify resources to scale up family planning approaches already successfully implemented in urban India, Nigeria, Senegal and Kenya. A strategic shift away from the traditional model of development, TCI is demand-driven – local governments self-select to participate and demonstrate political commitment by providing their own financial, material and human resources. In return, TCI brings technical expertise as well as support from its Challenge Fund. TCI leverages funding support from other sources too, such as bilateral and multilateral donors as well as foundations and the private sector.</p>	<p>building off of the demonstrated success of the Bill & Melinda Gates Foundation's Urban Reproductive Health Initiative (URHI)</p> <p>TCI GLOBAL TOOLKIT https://tciurbanhealth.org/tci-university/tci-university-toolkit/</p> <p>AYSRRH TOOLKIT https://tciurbanhealth.org/adolescent-youth-sexual-reproductive-health-toolkit/</p> <p>Hub Toolkits</p>
 <p>FIGO® International Federation of Gynecology and Obstetrics</p> <p>The International Federation of Gynecology and Obstetrics</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>YES</p>	<p>FIGO is dedicated to the improvement of women's health and rights and to the reduction of disparities in healthcare available to women and newborns, as well as to advancing the science and practice of obstetrics and gynecology.</p> <p>FIGO represents national societies of obstetricians and gynecologists in 132 countries.</p> <p>In FP: FIGO works to increase access to quality, rights-based contraceptive care and counselling.</p>	<p>Family Planning: Since 2013, we have partnered with many of our National Member Societies to institutionalize postpartum family planning services into routine maternity care. Midwives, health workers, doctors and delivery unit staff are trained in contraceptive counselling to support each woman in choosing a method that meets her individual needs.</p> <p>International Journal Gynecology and Obstetrics (IJGO)</p> <p>FIGO World Congress 2021-Sydney</p>
 <p>The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health</p> <p>The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health</p>	<p>GLOBAL PARTNERSHIP</p>	<p>NO</p>	<p>The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH) is the world's largest alliance for women's, children's and adolescents' health. It brings together over 1,000 partner organizations from 10 constituencies across 192 countries. PMNCH provides a platform for diverse organizations from donor agencies, national governments, the UN, academia, NGOs, the private sector, youth organizations and other groups to align objectives, strategies and resources, and to agree on evidence for action to support the attainment of the Sustainable Development Goals, including through Universal Health Coverage and Primary Health Care. Key focus areas: -Early childhood development (ECD);</p>	<p>Strategic workplans; Partner advisory and working groups</p>

 <p>TRACK2020</p>	PROJECT	YES	<p>The Track20 Project, implemented by Avenir Health, monitors progress towards achieving the goals of the global FP2020 initiative, adding an additional 120 million modern method users between 2012 and 2020 in the world's 69 poorest countries. Track20 works directly with governments in participating FP2020 countries to collect, analyze and use data to monitor progress annually in family planning and to actively use data to improve family planning strategies and plans.</p> <p>Track20 activities and efforts are focused on countries that chose to make a commitment to the FP2020 global initiative, referred to as Track20 Focus Countries. In Africa, those countries are: Benin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Dr Congo, Ethiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Rwanda, Sierra Leone, Tanzania, Togo, Uganda, Zimbabwe.</p>	<p>Track Tools: -Family Planning Estimation Tool (FPET); -Service Statistics to Estimated Modern Use (SS to Emu); -FP2020 Core Indicator 1-9 Calculator; -Tools for strategic Planning and Evidence-Based Decision-making(FP Goals, Maximum CPR model, FP Goals lite"</p> <p>FP2020 Annual Reports</p>
 <p>U.S Agency for International Development</p>	BILATERAL DEVELOPMENT INSTITUTION	NO	<p>USAID leads international development and humanitarian efforts to save lives, reduce poverty, strengthen democratic governance and help people progress beyond assistance. U.S. foreign assistance has always had the twofold purpose of furthering America's interests while improving lives in the developing world. USAID carries out U.S. foreign policy by promoting broad-scale human progress at the same time it expands stable, free societies, creates markets and trade partners for the United States, and fosters good will abroad.</p> <p>USAID works in over 100 countries to: -Promote Global Health; -Support Global Stability;</p>	<p>The U.S. Agency for International Development (USAID) advances and supports voluntary family planning and reproductive health programs in nearly 40 countries across the globe. Greater access to family planning information and services.</p> <p><i>— Knowledge —</i></p>   
 <p>Department for International Development United Kingdom AID</p>	BILATERAL DEVELOPMENT INSTITUTION	NO	<p>UK Aid Direct is a £150 million Programme currently changing the lives of over *4 million of the world's poorest people with UK aid from the UK Government.</p> <p>Funded by the Department for International Development (DFID), UK Aid Direct supports small and medium sized civil society organisation (CSOs), based in the UK and overseas, to achieve sustained poverty reduction and to achieve the United Nations' Global Goals</p> <p>Priorities -strengthening global peace, security and governance; -strengthening resilience and response to crisis;</p>	<p>Scaling up Family Planning in Tanzania; Delivery sustainable and equitable increase in family planning in Kenya; Adolescent girls initiative in kenya; LAFIYA, UK support for health in Nigeria</p> <p>See the Development tracker: https://devtracker.dfid.gov.uk/sector/2/categories/130/projects/13030</p>
 <p>United Nations Population Fund</p>	MULTILATERAL ORGANIZATION	YES	<p>UNFPA is the United Nations sexual and reproductive health agency. Our mission is to deliver a world where every pregnancy is wanted, every childbirth is safe and every young person's potential is fulfilled.</p> <p>UNFPA calls for the realization of reproductive rights for all and supports access to a wide range of sexual and reproductive health services – including voluntary family planning, maternal health care and comprehensive sexuality education.</p>	<p>WORLD POPULATION DASHBOARD</p> <p>DEMOGRAPHIC DIVIDEND DASHBOARD</p> <p>Resources on Family Planning</p>
 <p>Universal Access Project</p>	PROJECT	YES	<p>The Universal Access Project, a project of the United Nations Foundation, convenes an innovative group of donors and advocates in a coordinated effort to protect and strengthen the largest source of funding for international reproductive health and family planning – U.S. foreign aid.</p> <p>This aid allows girls to stay in school, pursue jobs, and have children if and when they are ready. It helps improve maternal and child health, decrease unintended pregnancies, lower HIV infection rates, and reduce poverty. It builds a healthier, more secure, and more prosperous world.</p>	<p>Global Voices for Family Planning</p> <p>Social Media Toolkit</p> 
 <p>WOMEN AT THE CENTER</p>	PROJECT	NO	<p>Women at the Center is a Resource Media project created with support from the United Nations Foundation Universal Access Project.</p> <p>Women at the Center connects the dots between women's reproductive health and rights, and a sustainable future for our families and communities.</p> <p>We are here to tell the inspiring, interconnected stories of women's reproductive health and rights, empowerment, and environmental sustainability;</p>	<p>The Women at the Center blog features stories and tips on connecting women's empowerment and sustainability.</p> <p>Toolkit "We've gathered the best examples we could find of reports, infographics, videos and other tools to help you understand and communicate the links between women's empowerment and a more sustainable world."</p> <p>Perspectives</p>

 <p>WOMEN DELIVER</p>	<p>ADVOCACY INITIATIVE</p>	<p>NO</p>	<p>Women Deliver is a leading global advocate that champions gender equality and the health and rights of girls and women. Our advocacy drives investment—political and financial—in the lives of girls and women. We harness evidence and unite diverse voices to spark commitment to gender equality. And we get results. Anchored in sexual and reproductive health, we advocate for the rights of girls and women across every aspect of their lives.</p> <p>Advocacy: -Humanitarian; -Deliver for good; -Advisory roles</p>	<p>WOMEN DELIVER CONFERENCE Every three years, we galvanize momentum at the global Women Deliver Conference. It's a bold and diverse gathering, a fueling station of ideas, and generator of action, convening thousands to identify solutions and drive change for girls and women.</p> 
 <p>WORLD BANK</p>	<p>MULTILATERAL ORGANIZATION</p>	<p>NO</p>	<p>With 189 member countries, staff from more than 170 countries, and offices in over 130 locations, the World Bank Group is a unique global partnership: five institutions working for sustainable solutions that reduce poverty and build shared prosperity in developing countries. -IBRD/ IDA/IFC/ MIGA/ ISCID. Together, IBRD (The International Bank for Reconstruction and Development) and IDA (The International Development Association) form the World Bank, which provides financing, policy advice, and technical assistance to governments of developing countries. IDA focuses on the world's poorest countries, while IBRD assists middle-income and creditworthy poorer countries.</p>	<p>Sahel Women Empowerment and Demographic Dividend (SWEED)</p>  <p>WORLD BANK BLOGS</p>
 <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION</p>	<p>MULTILATERAL ORGANIZATION</p>	<p>NO</p>	<p>The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations responsible for international public health. The WHO Constitution, which establishes the agency's governing structure and principles, states its main objective as "the attainment by all peoples of the highest possible level of health." The WHO was established by constitution on 7 April 1948, which is commemorated as World Health Day. The WHA, composed of representatives from all 194 member states, serves as the agency's supreme decision-making body.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Fact sheets; -Infographics; -Publications; -Strategic guides; -Guidelines & Recommendations; -Database; -Etc.
 <p>YOUR LIFE</p>	<p>WEBSITE</p>	<p>YES</p>	<p>This website is intended to provide information to an international audience outside of the USA, the UK and France about Contraception and the WCD.</p>	<p>4 tracks display on the website: -Contraception methods; -blog; -your body; -your questions</p> <p>Educational materials for HCP, for home, school, for the workplace About Your-life and WCD</p>
 <p>Youth Development Labs</p>	<p>NGO</p>	<p>NO</p>	<p>Ylabs is a team of physicians, designers, economists, developers, public health professionals and educators. We bring a unique mix of human-centered design, adolescent health, economic and health outcome evaluation, and implementation know-how to the global problems facing youth.</p> <p>Mission: "We design, test, and advocate for youth-driven solutions that address the biggest challenges to young people's health and economic opportunity worldwide." We are currently working in Kenya, Tanzania, Burkina Faso, Ghana, India, Pakistan, Niger, Nigeria, Rwanda and El Salvador</p>	<p>Project in the field of Sexual and reproductive health: -MTV Staying Alive(USA); -AlmasiChallenge (Kenya); -StigFAS (Ghana); -Beyond Bias (Pakistan, Burkina Faso, Tanzania); -Sarari (Niger); -Safire (Kenya, Nigeria)</p>

N° d'identification : 12057C

TITRE

La contraception, ou une révolution pharmaceutique au service du développement des pays du Sud par le biais de la planification familiale : cas de quatre pays d'Afrique de l'Ouest.

**Thèse soutenue le 29 Octobre 2021
Par Naomi Dick**

RESUME :

De tout temps l'Homme a cherché à avoir un certain contrôle sur sa reproduction. Au fil des siècles les moyens anticonceptionnels se sont affinés grâce à la recherche et développement des industries pharmaceutiques et aujourd'hui, la contraception fait partie intégrante des stratégies de planification familiale (PF). Les pays occidentaux ont pu capitaliser sur la PF pour achever leur transition démographique et par la suite la contraception a été un formidable vecteur d'émancipation de la femme.

De nos jours, dans les pays du Sud et notamment en Afrique de l'Ouest, la PF constitue une opportunité considérable de développement sur plusieurs aspects que sont la capture du dividende démographique, la réduction de la mortalité maternelle et l'autonomisation de la femme ; tout ceci piloté par différents intervenants de la Santé Publique constituant l'écosystème de la PF internationale.

L'importance du choix libre et éclairé en matière de contraception ne peut s'exercer en partie que grâce à la large gamme de méthodes contraceptives disponibles, dans laquelle près d'une vingtaine de méthodes peuvent être décrites. Bien que sujette à débat, la classification des méthodes contraceptives se fait très souvent en discriminant les méthodes dites modernes des méthodes dites traditionnelles ou encore naturelles.

De façon concrète, plusieurs pays du Sud se sont saisis de l'outil « PF » pour tenter d'accélérer leur développement au profit des populations. Parmi eux, quatre pays de l'Afrique de l'Ouest, nommément le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal ont développé des stratégies pour favoriser l'accès aux méthodes modernes de contraception dans leur pays et voient leur taux de prévalence contraceptive moderne augmenter avec plus ou moins de succès et de rapidité.

MOTS CLES : Planification familiale, Contraception, Afrique de l'Ouest, Santé Publique, Développement

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Dr Ndeye Coumba Ndiaye		Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle

FACULTE DE PHARMACIE

22 OCT. 2021

DEMANDE D'IMPRIMATUR

ARRIVEE

Date de soutenance : 29 octobre 2021

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : Naomi Dick

Sujet : La contraception, ou une révolution pharmaceutique au service du développement des pays du Sud par le biais de la planification familiale : cas de quatre pays d'Afrique de l'Ouest.

Jury :

Président : **Pr. Nathalie THILLY**, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Pharmacien

Directeur : **Dr. Ndeye Coumba NDIAYE**, Maître de Conférence des Universités

Juges : **Dr. Prisca LUCAS**, Cheffe de Projets Cliniques et Recherche Senior

Dr. Ségolène OKOKO, Pharmacien

Vu,

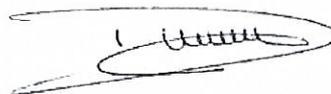
Nancy, le 12/10/21

Le Président du Jury

Directeur de Thèse

M. N. THILLY

M. NC NDIAYE




Vu et approuvé,

Nancy, le 12.10.2021

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,



Vu,

Nancy, le 20.10.2021

Le Président de l'Université de Lorraine,



Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 12057c