

Arrêt de la contraception et grossesse non planifiée: un rapport imparfait

Par Siân Curtis,
Emily Evens et
William Sambisa

Siân Curtis est professeure adjointe à la recherche, Department of Maternal and Child Health, et membre du corps professoral, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA. Au moment de cette étude, Emily Evens était candidate au doctorat au Department of Maternal and Child Health, et William Sambisa, membre post-doctorat au Carolina Population Center.

CONTEXTE: L'arrêt de la contraception est un événement courant, peut-être associé à une faible motivation de prévention de la grossesse. Si tel est le cas, de larges proportions des grossesses survenant après l'interruption de la contraception sont déclarées comme planifiées.

METHODES: Les données d'Enquête démographique et de santé de six pays (Bangladesh, Kazakhstan, Kenya, Philippines, République dominicaine et Zimbabwe) pour la période 1999–2003 ont servi à analyser dans quelle mesure les femmes déclarent leurs grossesses comme planifiées ou non à la suite de différents comportements contraceptifs. Les caractéristiques des femmes ayant déclaré une naissance planifiée après échec contraceptif ou arrêt de méthode pour des raisons autres que le désir d'une grossesse ont été examinées par analyse de régression logistique multivariée.

RESULTATS: La proportion de naissances déclarées comme planifiées après échec contraceptif varie entre 16% au Bangladesh et 54% au Kazakhstan; après arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse, la proportion varie entre 37% au Kenya et 51% au Kazakhstan. Dans la moitié au moins des pays, plusieurs associations sont relevées entre les caractéristiques des femmes et leur déclaration de naissance planifiée après échec contraceptif ou arrêt de méthode: les facteurs présentant une association positive sont l'âge de la femme et le temps écoulé entre l'arrêt de la contraception et la conception indice; ceux présentant une association négative sont le nombre croissant d'enfants en vie et la déclaration d'un échec de méthode par opposition à son arrêt.

CONCLUSION: Ces observations laissent entendre que la variation profonde de la motivation de prévention de la grossesse est un facteur important d'arrêt de la contraception.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2012, pp.2–10

La proportion des couples qui adoptent une méthode contraceptive et qui poursuivent cette méthode ou une autre représente un élément crucial de prévention des naissances non désirées ou inopportunes, ainsi que de réduction de la nécessité de recourir à l'avortement.^{1,2} Les analyses de données d'enquête révèlent cependant combien l'arrêt de la contraception est courant.^{2–4} Dans une analyse comparative des antécédents contraceptifs collectés dans le cadre des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 15 pays en développement, par exemple, le pourcentage d'utilisatrices ayant abandonné la pratique de la contraception en l'espace de 12 mois pour raisons de qualité (échec de méthode, effets secondaires, désapprobation du partenaire, inquiétudes de santé et coût) varie entre 9% au Zimbabwe et 34% en République dominicaine.⁵ Dans chacun de ces pays, l'abandon de la contraception pour raisons de qualité est plus courant que son arrêt pour cause de besoin réduit (désir de grossesse, dissolution du mariage ou ménopause).

CONTEXTE

La décision de poursuite ou d'arrêt d'une méthode contraceptive implique différents facteurs: l'acceptabilité des options contraceptives, les circonstances courantes et futures et les désirs de fécondité.² Malgré l'importance at-

tendue des désirs de fécondité dans la décision de poursuivre ou non la pratique contraceptive, l'arrêt de la contraception n'est dans la majorité des cas pas guidé par le désir d'une grossesse. D'après les enquêtes EDS des cinq dernières années, la proportion des arrêts de méthode dus au désir d'une grossesse varie entre 12% en Azerbaïdjan (2006) et 40% au Zimbabwe (2005–2006).^{2,6}

Les hauts taux d'arrêt de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse constituent un problème de santé publique en raison de leur association avec les issues de santé génésique négatives. Dans les pays à prévalence contraceptive moyenne à élevée, les grossesses non planifiées sont en majorité le résultat d'un arrêt ou échec contraceptif.^{2,7,8} Dans 14 des 15 pays moins développés à l'étude, Blanc et al. observent que plus de la moitié des naissances récentes non désirées sont précédées d'un échec ou arrêt contraceptif.⁵ L'arrêt de la contraception pour des raisons autres que le désir d'une grossesse présente aussi une forte association avec les grossesses inopportunes et non désirées au Guatemala.⁹ L'approfondissement de la recherche a associé l'arrêt de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse au besoin non satisfait de contraception et à l'avortement.^{7,8} De plus, la grossesse non planifiée a été associée aux risques accrus de morbidité maternelle, de com-

tements d'hygiène de la grossesse néfastes à la santé maternelle et à de fâcheuses issues de santé foetale, néonatale et infantile,¹⁰⁻¹² sans compter ses effets psychologiques négatifs parmi les mères et leurs enfants.¹³

Les caractéristiques démographiques telles que l'intention de fécondité, l'âge, la parité et l'état matrimonial sont le plus régulièrement liées à la continuité de la pratique contraceptive.^{3,4,14} Les facteurs socioéconomiques tels que l'éducation et le statut socioéconomique des femmes tendent à être moins solidement associés à son arrêt.^{3,14,15} La connaissance des facteurs susceptibles de mener à l'arrêt de la contraception demeure incomplète. Une meilleure compréhension de ces facteurs reste entravée par l'absence d'un cadre global qui reconnaisse les multiples et complexes influences sur la décision de changer de méthode ou d'arrêter totalement la pratique contraceptive. Si beaucoup d'études ont conclu au maintien d'une variation inexpliquée considérable de la durée de la pratique contraceptive après contrôle des facteurs documentés, la variation profonde de la motivation entrant en jeu dans le désir d'éviter une grossesse joue vraisemblablement un rôle significatif dans l'arrêt de la contraception.^{3,15,16}

Aux États-Unis, certaines études ont révélé que les femmes ne qualifient pas nécessairement de non planifiées les grossesses survenues après un échec ou un arrêt de la contraception (pour raisons autres que le désir d'une grossesse). Ainsi, Trussell et al. ont observé que 68% seulement des grossesses résultant d'un échec contraceptif sont déclarées comme non planifiées.¹⁷ Ils constatent de plus que 59% seulement des femmes qui déclarent une grossesse non planifiée à la suite d'un échec contraceptif disent avoir été mécontentes ou très mécontentes à l'idée de cette grossesse.¹⁷ De plus, la pratique irrégulière de la contraception ou son absence se sont révélées plus courantes parmi les femmes qui ne s'estimeraient pas mécontentes à l'idée d'une grossesse non planifiée que parmi celles dont le sentiment exprimé serait neutre ou mécontent.¹⁸

La recherche existante est moindre sur les dimensions des intentions de grossesse dans les pays en développement. Dans une étude sur l'ambivalence des intentions féminines de grossesse menée au Burkina Faso, au Ghana et au Kenya sur la base des données d'EDS enregistrées en 2003, environ un quart des femmes ayant déclaré désirer différer leur prochaine grossesse ou ne plus avoir d'enfants dans les deux premiers pays ont par ailleurs dit qu'elles ne verraient guère ou pas de problème à se retrouver enceintes dans les prochaines semaines (reflétant ainsi la définition des intentions ambivalentes). La même situation a été observée au Kenya, dans une proportion largement supérieure (43%).¹⁹

Ainsi de nombreuses femmes font-elles preuve d'ambivalence dans leur désir d'éviter une grossesse, beaucoup exprimant du reste des sentiments tantôt positifs, tantôt négatifs.²⁰ Bachrach et Newcomer en ont avancé que les intentions de grossesse se classent sur un continuum à dimensions multiples.²¹ Les travaux de Schoen et al., qui observent une probabilité de naissance ultérieure décrois-

sante selon que l'intention déclarée des femmes se mesure le long du continuum de la grande certitude affirmative («oui, très sûre») à la grande certitude négative («non, très sûre») en passant par la certitude («oui, sûre») et l'incertitude («non, pas sûre»), appuient cette théorie.²² Plus récemment, Santelli et ses collaborateurs ont démontré la forte association d'indicateurs d'intention de grossesse plus nuancés aptes à capter différentes dimensions et forces d'intention avec la décision des femmes américaines de se faire avorter plutôt que de mener leur grossesse à terme.²³ Ces études renforcent l'argument selon lequel les intentions de fécondité s'inscrivent le long d'un continuum et l'intensité de ces intentions joue un rôle important dans le comportement de fécondité ultérieur et, implicitement, dans l'adoption et l'arrêt ultérieurs de la contraception. Étant donné ce continuum des intentions de fécondité, la poursuite de la contraception constitue vraisemblablement un indicateur de sérieuse motivation à éviter une grossesse, tandis que l'arrêt de la méthode peut être le reflet d'une faible motivation.

Aucune étude menée dans les pays en développement n'a examiné la proportion des grossesses que les femmes déclarent comme non planifiées à la suite d'un échec contraceptif. Barden-O'Fallon et al. ont cependant observé que 7% des naissances vivantes déclarées comme planifiées au Guatemala avaient en fait suivi un arrêt récent de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse.⁹ La recherche est par ailleurs faible dans les pays en développement concernant l'influence de la motivation à éviter une grossesse sur l'arrêt de la contraception, autre qu'indirectement à travers un désir d'espacement ou de limitation des grossesses futures.

Sur la base des données d'EDS de six pays, la présente étude examine la proportion des grossesses déclarées comme non planifiées lorsqu'elles suivent un arrêt de la contraception. Elle cherche du reste à identifier les caractéristiques des femmes qui qualifient leur grossesse de planifiée après un échec contraceptif ou un arrêt de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse. Nous partons de l'hypothèse que de nombreux arrêts de la contraception sont associés à une faible motivation du désir d'éviter la grossesse, comme le refléterait une proportion significative de grossesses qualifiées de planifiées après un arrêt de méthode. Nous prédisons de plus que la proportion des grossesses faisant suite à un arrêt de la contraception et déclarées comme planifiées sera le plus étroitement liée aux variables associées à la motivation, telles que le stade de formation de la famille (âge, nombre d'enfants vivants ou nombre d'enfants idéal atteint, par exemple) et le comportement contraceptif (raison de l'arrêt, méthode utilisée ou temps écoulé entre l'arrêt et la naissance, par exemple).

MÉTHODES

Données

Cette étude repose sur les données de six enquêtes de ménages EDS nationalement représentatives. Ces enquêtes ont procédé par échantillonnage à deux degrés pour la col-

lecte d'information sur un vaste éventail d'indicateurs de comportement sanitaire et génésique. Elles sont favorables à l'analyse comparative en ce qu'elles utilisent des instruments et des procédures de formation, collecte et traitement des données standardisés. Nous avons sélectionné les enquêtes du Bangladesh, de la République dominicaine, du Kazakhstan, du Kenya, des Philippines et du Zimbabwe dans un souci de large couverture géographique et de variation contextuelle de la planification familiale. Les années d'enquête courent de 1999 à 2003* et les échantillons considérés comptent 4.800 à 23.384 femmes.

À l'exception du Bangladesh,† les enquêtes ont collecté leur information sur les grossesses, les naissances et la pratique contraceptive auprès des femmes mariées et non mariées de 15 à 49 ans. Les antécédents contraceptifs ont été collectés pour les cinq années antérieures à l'enquête à l'aide d'un calendrier d'enregistrement de la pratique contraceptive mensuelle, des grossesses et des naissances, avec enregistrement aussi de la raison de tout arrêt contraceptif.²⁴ Ces données ont permis de déterminer le moment du comportement contraceptif antérieur à chaque naissance vivante.‡

Variables et analyse

Sur la base des données du calendrier de la contraception, nous avons catégorisé comme suit le comportement de pratique contraceptive le plus récent dans l'intervalle de grossesse antérieur à chaque naissance vivante: échec contraceptif, arrêt de la pratique contraceptive en vue d'une grossesse, arrêt pour autres raisons§ ou non-pratique. Le raisonnement à la base de cette catégorisation est que les femmes qui avaient arrêté leur pratique contraceptive pour des raisons autres que le désir d'une grossesse avaient procédé activement à cet arrêt (contrairement à celles qui s'étaient retrouvées enceintes alors qu'elles pratiquaient une méthode) mais sans exprimer de désir de grossesse (contrairement à celles qui avaient arrêté leur méthode dans le but d'une grossesse). Au niveau de la première

naissance, le comportement contraceptif de la femme entre le mariage et la première grossesse est identifié. Chaque naissance vivante est traitée comme une observation distincte. L'analyse repose donc sur les naissances et non sur les femmes. Chaque femme individuelle peut avoir apporté plus d'une naissance vivante à l'échantillon.

Les enquêtes contenaient aussi une information relative aux intentions de grossesse pour toutes les naissances vivantes et grossesses en cours durant les cinq années précédant chaque enquête. Ces intentions étaient définies suivant que l'enfant avait été désiré au moment de la grossesse, qu'il l'avait été plus tard ou ne l'avait jamais été. Les naissances qualifiées de désirées plus tard ou non désirées du tout ont été classées comme non planifiées; celles désirées au moment de la grossesse l'ont été comme planifiées. L'information relative aux intentions est extraite des antécédents de maternité et comparée aux données calendrier du comportement contraceptif antérieur à chaque naissance vivante.

Des analyses descriptives, bivariées et multivariées, ont été effectuées. Des tableaux croisés ont servi à examiner le rapport bivarié entre le comportement contraceptif antérieur et l'intention déclarée par pays. Nous avons ensuite effectué une analyse de régression logistique multivariée dans le but d'identifier les associations entre les variables explicatives sélectionnées et la probabilité de qualifier de planifiée une naissance après arrêt ou échec contraceptif. Seules les naissances survenues après échec ou arrêt de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse sont comprises dans l'analyse multivariée, car il s'agit ici du sous-ensemble de naissances que l'on supposerait non planifiées.

Les covariables de l'analyse multivariée ont été sélectionnées dans le but d'identifier les caractéristiques clés attendues associées avec la motivation d'éviter la grossesse. Les variables ont été sélectionnées sur la base d'une association théorique avec l'arrêt de la contraception ou parce que des analyses antérieures les avaient révélées associées à un comportement d'arrêt.^{3,14,25} Les variables sociodé-

*Depuis la réalisation de cette analyse, les résultats de plus récentes enquêtes du programme EDS sont devenus disponibles dans tous les pays à l'exception du Kazakhstan. La prise en compte de ces enquêtes aurait étendu la période considérée aux années 1999–2007. La pertinence de nos observations n'étant pas dépendante de l'état courant des données, nous avons cependant limité notre analyse aux enquêtes menées durant la période 1999–2003.

†En raison de sensibilités culturelles concernant l'interrogation des femmes n'ayant jamais été mariées sur le comportement sexuel et la pratique contraceptive, l'EDS du Bangladesh a limité ces entretiens aux femmes mariées ou femmes qui l'avaient jamais été. Le calendrier utilisé dans cette enquête couvre la pratique contraceptive avant le mariage pour les femmes mariées durant la période à l'étude.

‡Les études méthodologiques indiquent que les antécédents de pratique contraceptive collectés au format calendrier sont plus complets, présentent une cohérence interne supérieure et sont plus précis que les données collectées selon l'approche traditionnelle des questions structurées (Goldman N, Moreno L et Westoff C, *Peru Experimental Study: An Evaluation of Fertility and Child Health Information*, Columbia, MD, USA: Institute for Resource Development/Macro Systems; Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University, 1989; et Westoff C, Goldman N et Moreno L, *Dominican Republic Experimental Study: An Evaluation of Fertility and Child Health Information*, Columbia, MD, USA: Institute for Resource Development/Macro Systems; et Princeton, NJ, USA: Office of

Population Research, Princeton University, 1990). Curtis et Blanc ont observé que l'entassement des durées de pratique déclarées sur les chiffres préférés n'est pas suffisamment prononcé pour affecter significativement les estimations d'arrêt.³ Ils ont aussi démontré la similarité entre les estimations de prévalence contraceptive à partir de données calendrier et les données d'état courant aux points temporels correspondants. D'après les données de périodes chevauchantes de l'EDS marocaine de 1992 et de l'enquête de panel 1995 du Maroc, Strickler et al. constatent que la déclaration du comportement contraceptif au niveau global est assez fiable. En revanche, les réponses au niveau individuel, pour les antécédents complexes surtout, ne le sont pas (Strickler J et al., *The reliability of reporting of contraceptive behavior in DHS calendar data: evidence from Morocco*, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(1):44–53).

§Les autres raisons incluent les effets secondaires, les problèmes de santé, la désapprobation du partenaire, l'accessibilité ou la disponibilité, le désir d'une méthode plus efficace, le désagrément, les rapports sexuels peu fréquents, le coût, la séparation ou le veuvage, le fatalisme, la difficulté de concevoir, la dissolution du mariage et les raisons inconnues ou autres. Aucune distinction n'est faite entre les raisons laissant entendre un besoin réduit (comme les rapports sexuels peu fréquents, la séparation ou le veuvage) ou non (comme les effets secondaires). Cette distinction est moins importante ici qu'elle ne l'est dans d'autres circonstances car nous nous concentrons sur les femmes tombées enceintes et qui étaient donc exposées au risque de la grossesse après l'arrêt de la contraception.

mographiques incluses sont l'âge (≤ 24 ans, 25 à 34 ans ou 35 à 49 ans), l'état matrimonial (jamais mariée ou mariée, sauf pour le Bangladesh) et le nombre d'enfants en vie (0-2, 3-4 ou ≥ 5 , ces trois variables étant définies au moment de la conception indice), la résidence urbaine ou rurale, le niveau d'instruction (nul, primaire ou au moins secondaire) et la religion (chrétienne, musulmane ou autre).^{*} Pour capter le stade de formation de la famille, une variable a été construite pour identifier si la femme avait dépassé son nombre d'enfants idéal, par dérivation depuis le nombre total désiré déclaré et celui d'enfants survivants avant la naissance indice. À partir de ces deux variables, une classification à trois volets a été établie: nombre d'enfants en vie inférieur, égal ou supérieur au nombre désiré.

Les modèles multivariés incluent aussi le type de méthode pratiquée avant la naissance indice (pilule ou autre méthode), la raison de l'arrêt (échec contraceptif ou autres raisons) et le nombre de mois écoulés entre l'arrêt et la conception indice. Les femmes dont la contraception avait échoué n'avaient pas arrêté activement leur méthode, signe que nous supposons indicateur d'une plus grande motivation à éviter la grossesse et d'une moindre probabilité de qualifier de planifiée la naissance ultérieure. Un plus long délai entre l'arrêt de la contraception et la conception ultérieure devrait être associé avec les changements de circonstances personnelles et les motivations à éviter une grossesse. Par conséquent, plus la période écoulée entre les deux événements est longue, moins l'arrêt des méthodes antérieures devrait être pertinent dans l'état d'intention de la naissance ultérieure.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel d'analyse statistique Stata, avec pondérations des échantillons d'enquête. De robustes erreurs types ont été estimées pour tenir compte du plan en grappes de l'enquête et du fait que les femmes pouvaient apporter plus d'une naissance à l'échantillon.

RÉSULTATS

Contexte de la planification familiale

L'indice synthétique de fécondité parmi les femmes de 15 à 49 ans s'est avéré le plus faible au Kazakhstan (deux enfants par femme) et le plus élevé au Kenya (cinq enfants par femme). Les six pays présentent tous une pratique contraceptive moyenne à élevée. La pratique d'une méthode, quelconque, parmi les femmes mariées de 15 à 49 ans varie entre 39% au Kenya et 70% en République dominicaine (tableau 1). L'éventail des méthodes (non indiqué) est également variable. Les contraceptifs oraux représentent la méthode la plus courante au Bangladesh et au Zimbabwe, les injectables le sont au Kenya et les méthodes durables et permanentes ont la faveur en République do-

^{*}La religion la plus courante de chaque pays est la variable nominale; la catégorie de référence est donc l'affiliation à une autre religion ou l'absence d'affiliation. La religion prédominante est l'islam pour le Bangladesh et le Kazakhstan; pour les autres pays, il s'agit du christianisme.

[†]Un taux d'avortement élevé contribue à la prévalence relativement faible des naissances non planifiées au Kazakhstan.

TABLEAU 1. Indicateurs sélectifs de fécondité et de planification familiale dans les pays à l'étude, Enquêtes démographiques et de santé, 1999-2003

Pays et année de l'enquête	Indice de fécondité des femmes âgées de 15 à 49 ans	% de femmes mariées de 15 à 49 ans pratiquant une méthode	% de femmes ayant arrêté leur méthode la 1 ^{re} année*	% de naissances non planifiées†
Bangladesh (1999-2000)	3,3	54,3	48,3	32,8
Rép. dom. (2002)	3,0	69,8	47,5	43,2
Kazakhstan (1999)	2,0	66,1	38,5	17,2
Kenya (2003)	4,9	39,3	37,6	44,5
Philippines (2003)	3,5	48,9	39,1	44,3
Zimbabwe (1999)	4,0	53,5	20,2	37,4

*Proportion des utilisatrices ayant arrêté une méthode réversible pour cause d'échec de la méthode, désir de grossesse, raisons de santé ou autres raisons durant les 12 premiers mois d'usage. Le passage d'une méthode à une autre est considéré comme un arrêt de la méthode originale. †Durant les cinq années précédant l'enquête.

minicaine (stérilisation féminine) et au Kazakhstan (stérilet); les méthodes traditionnelles sont les plus populaires aux Philippines (où la méthode moderne la plus courante est la pilule).⁶

Les taux d'arrêt de la contraception sont élevés dans tous les pays. Le pourcentage de femmes qui abandonnent une méthode pour une raison quelconque durant la première année de sa pratique varie entre 20% au Zimbabwe et 48% au Bangladesh et en République dominicaine (tableau 1). Dans chaque pays à l'étude à l'exception du Kazakhstan, les trois principales raisons d'arrêt de la méthode sont le désir d'une grossesse, l'échec contraceptif et les effets secondaires, invoquées cependant dans un ordre variable (non indiqué). Au Kazakhstan, les raisons d'arrêt les plus fréquentes sont l'échec contraceptif, le désir d'une méthode plus efficace et les préoccupations de santé; le désir d'une grossesse s'y classe en quatrième position.^{6,26,27}

La proportion de naissances non planifiées survenues durant les cinq années antérieures à l'enquête EDS varie entre 17% au Kazakhstan[†] et 45% au Kenya (tableau 1). Le Kazakhstan est le seul pays dans lequel moins du tiers des naissances sont qualifiées de non planifiées.

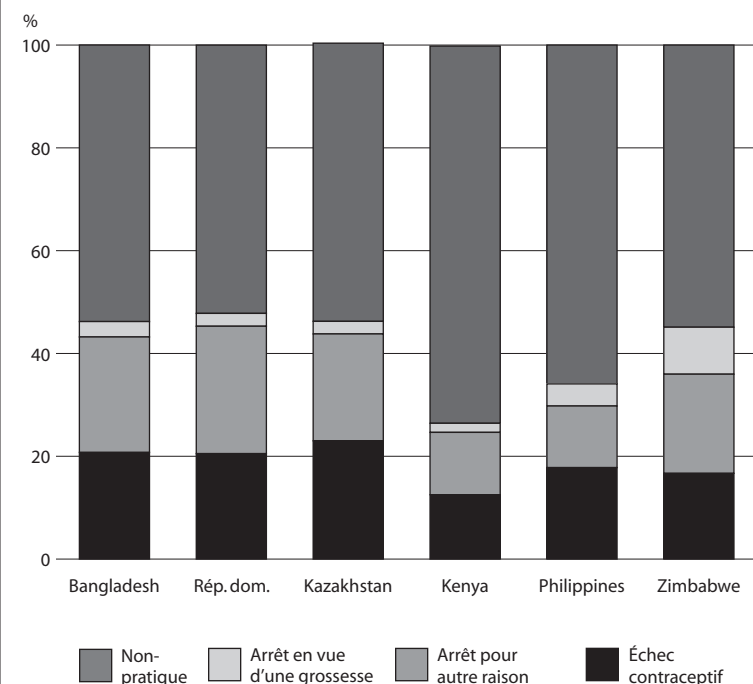
Analyse descriptive

Dans tous les pays, le comportement contraceptif le plus courant avant une naissance vivante est la non-pratique, dans des proportions variant entre 54 et 75% (tableau 2). À l'exception des Philippines et de la République dominicaine, l'arrêt de la contraception en vue d'une grossesse est

TABLEAU 2. Distribution (%) des naissances vivantes en fonction du comportement contraceptif antérieur de la mère, par pays

Pays	N	Arrêt			Non-pratique	Total
		Échec de méthode	Désir de grossesse	Autre raison		
Bangladesh	6.881	7,8	16,6	11,5	64,1	100,0
Rép. dom.	10.733	11,1	16,0	18,9	54,0	100,0
Kazakhstan	1.420	8,0	16,4	6,9	68,7	100,0
Kenya	6.001	6,8	9,3	8,5	75,4	100,0
Philippines	6.898	11,4	7,0	8,8	72,9	100,0
Zimbabwe	3.504	8,2	23,6	11,9	56,3	100,0

GRAPHIQUE 1. Distribution (%) des naissances non planifiées, en fonction du comportement contraceptif antérieur de la mère, par pays



le comportement suivant le plus courant; il est le moindre aux Philippines (7%) et le plus élevé au Zimbabwe (24%). La proportion de naissances vivantes survenues après un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse varie entre 7% au Kazakhstan et 19% en République dominicaine. Dans l'ensemble, la proportion de naissances précédées d'un échec contraceptif est rela-

tivement faible, entre 7% au Kenya et 11% en République dominicaine et aux Philippines.

Comme prévu, dans les six pays, de plus grandes proportions de naissances non planifiées que planifiées sont précédées d'un échec contraceptif ou d'un arrêt pour raisons autres que le désir d'une grossesse (graphiques 1 et 2). La proportion de naissances non planifiées après échec contraceptif varie entre 13% au Kenya et 23% au Kazakhstan; après arrêt pour raisons autres que le désir d'une grossesse, la proportion varie entre 12% au Kenya et aux Philippines et 25% en République dominicaine. Dans chaque pays, la moitié au moins des naissances qualifiées de non planifiées suit une période de non-pratique. Sauf au Zimbabwe, moins de 5% des naissances non planifiées interviennent après arrêt de méthode pour cause de désir de grossesse.

Les naissances planifiées sont en majorité précédées d'une non-pratique ou d'un arrêt de méthode en vue d'une grossesse. La proportion de naissances planifiées suivant un arrêt de la contraception pour d'autres raisons varie entre 4% au Kazakhstan et 14% en République dominicaine; après échec contraceptif, elle varie entre 2% au Bangladesh et 6% aux Philippines.

Analyse bivariée

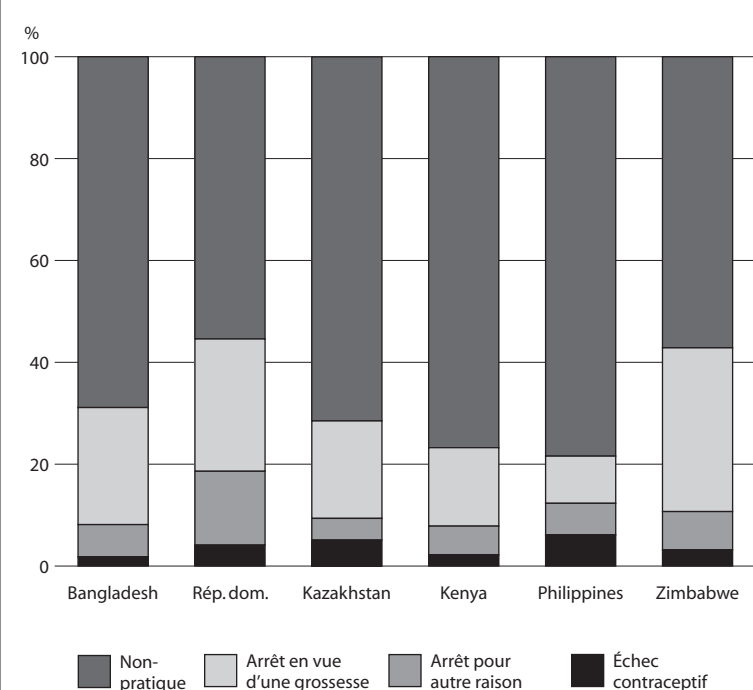
La distribution des naissances en fonction de l'intention déclarée varie suivant le comportement contraceptif (tableau 3). Dans tous les pays à l'exception du Kazakhstan, de grandes proportions de naissances précédées d'un échec contraceptif ou d'un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse sont qualifiées de non planifiées (71–84% et 56–63%, respectivement). Toutefois, la proportion de naissances vivantes qualifiées de planifiées après échec contraceptif varie entre 16% au Bangladesh et 54% au Kazakhstan; après arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse, cette proportion varie entre 37% au Kenya et 51% au Kazakhstan. Parmi les pays à l'étude, le Kazakhstan présente aussi les plus hautes proportions de naissances planifiées après non-pratique (87%) et arrêt de la contraception en vue d'une grossesse (98%).

Comme prévu, les naissances suivant l'arrêt de la contraception en vue d'une grossesse sont le plus susceptibles d'être déclarées comme planifiées dans tous les pays (72–98%); celles survenant après un échec contraceptif le sont le moins, sauf au Kazakhstan. Les naissances précédées d'une non-pratique sont plus susceptibles d'être planifiées (57–87%) que celles suivant un arrêt de la contraception pour raisons autres que le désir d'une grossesse (37–51%).

Analyse multivariée

Pour explorer les facteurs associés à l'ambivalence du désir d'éviter une grossesse, l'analyse multivariée se concentre sur les naissances précédées d'un échec contraceptif ou d'un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse. Seuls l'âge des femmes, le nombre d'enfants vi-

GRAPHIQUE 2. Distribution (%) des naissances planifiées, en fonction du comportement contraceptif antérieur de la mère, par pays



vants, la raison de l'arrêt de la contraception et le nombre de mois écoulés entre l'arrêt et la naissance indice sont significatifs dans au moins la moitié des pays (tableau 4, page 8).

Les femmes de 35 à 49 ans sont plus susceptibles que celles de moins de 25 ans de qualifier une naissance de planifiée après arrêt de méthode ou échec contraceptif en République dominicaine, au Kenya et au Zimbabwe (rapports de probabilités, 1,7–2,6). Au Bangladesh, en République dominicaine et au Kenya, les chances qu'une naissance soit qualifiée de planifiée sont significativement moindres parmi les femmes déjà mères d'au moins cinq enfants, par rapport à celles mères de 3–4 enfants (0,2–0,3); au Bangladesh et au Kenya, elles sont significativement supérieures parmi les femmes mères de 0–2 enfants (2,1–2,3). Dans tous les pays sauf le Kazakhstan, les femmes ayant eu un enfant après un échec contraceptif sont moins susceptibles de qualifier la naissance de planifiée que celles tombées enceintes après arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse (0,3–0,7). Enfin, au Bangladesh, en République dominicaine et au Kenya, les périodes de 7 à 12 mois ou d'au moins 13 mois écoulées entre l'arrêt de la contraception et la grossesse sont associées à de plus grandes chances de naissance qualifiée de planifiée (1,8–3,3). Au Zimbabwe, cependant, une durée de 7 à 12 mois entre les deux événements est associée à de moindres chances de qualifier la naissance de planifiée (0,4).

DISCUSSION

Les résultats de l'étude confirment nos deux hypothèses concernant le lien entre l'arrêt de la contraception et une faible motivation du désir d'éviter une grossesse. Nous avons constaté que des proportions relativement élevées de naissances sont qualifiées de planifiées après un échec contraceptif ou un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse. Si peu de rapports constants sont observés entre les facteurs socioéconomiques et ces déclarations d'intention, de plus fortes et constantes associations le sont avec les variables plus généralement liées au désir d'une grossesse, telles que le nombre d'enfants vivants, la raison de l'arrêt et le temps écoulé entre l'arrêt et la grossesse. Ces observations laissent entendre que la variation sous-jacente de la motivation à éviter une grossesse est un facteur important d'arrêt de la contraception. Strickler et al. ont constaté que la raison déclarée concernant l'arrêt de méthode est la variable la moins fiable collectée dans le cadre d'une étude basée sur le calendrier au Maroc.²⁸ Des déclarations non convergentes pourraient résulter de la participation de multiples facteurs à la décision d'arrêter la pratique contraceptive; celui déclaré un jour donné peut varier. Un désir de grossesse, ou du moins l'absence d'un désir intense d'éviter une grossesse, pourrait être un facteur sous-jacent d'arrêt de méthode, même s'il n'est pas déclaré comme raison principale de l'arrêt.

Nous avons certes constaté que des proportions élevées de naissances sont qualifiées de planifiées après un échec

TABLEAU 3. Distribution (%) des naissances vivantes en fonction de leur planification, par pays et suivant le comportement contraceptif antérieur de la mère

Comportement contraceptif et pays	N	Planifiées	Non planifiées		Total
			Désirées plus tard	Non désirées	
Échec contraceptif					
Bangladesh	538	15,6	45,0	39,4	100,0
Rép. dom.	1.186	21,2	57,1	21,7	100,0
Kazakhstan	113	53,5	26,8	19,7	100,0
Kenya	409	17,7	43,4	38,9	100,0
Philippines	781	29,5	36,5	34,0	100,0
Zimbabwe	287	24,2	63,6	12,2	100,0
Arrêt en vue d'une grossesse					
Bangladesh	1.141	94,2	4,0	1,8	100,0
Rép. dom.	1.699	93,3	5,1	1,6	100,0
Kazakhstan	232	97,6	0,8	1,6	100,0
Kenya	560	91,6	4,9	3,5	100,0
Philippines	481	72,4	16,2	11,5	100,0
Zimbabwe	824	85,5	11,1	3,4	100,0
Arrêt pour autres raisons					
Bangladesh	789	37,7	30,2	32,1	100,0
Rép. dom.	2.013	43,9	37,9	18,2	100,0
Kazakhstan	98	51,4	15,9	32,6	100,0
Kenya	510	36,8	31,9	31,3	100,0
Philippines	604	38,6	29,1	32,3	100,0
Zimbabwe	416	39,7	46,4	13,9	100,0
Non-pratique					
Bangladesh	4.400	73,2	17,0	9,8	100,0
Rép. dom.	5.760	58,7	28,3	13,0	100,0
Kazakhstan	971	87,2	6,3	6,4	100,0
Kenya	4.502	56,7	24,5	18,8	100,0
Philippines	4.991	59,1	22,3	18,6	100,0
Zimbabwe	1.969	63,7	31,0	5,3	100,0

contraceptif ou un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse, mais nos observations révèlent aussi ce rapport attendu et constant: les naissances survenant après un arrêt de méthode en vue d'une grossesse sont le moins susceptibles d'être qualifiées de non planifiées et celles qui suivent un échec contraceptif le sont généralement le plus. Ces observations sont conformes à celles de Barden-O'Fallon et al. pour le Guatemala⁹ et elles appuient globalement la notion d'un continuum de motivation du désir d'éviter une grossesse à la base du comportement d'arrêt de la contraception.

Si certaines études observent dans l'amélioration de la qualité des services de planification familiale un facteur d'amoindrissement potentiel des taux d'arrêt de la contraception,^{29–32} d'autres concluent que cet arrêt n'est pas nécessairement sensible aux interventions existantes.^{33–36} Nos observations soulignent combien les désirs de fécondité individuels influencent la dynamique de la pratique contraceptive, même parmi les femmes qui expriment un désir d'espacement ou de limitation de leurs grossesses et qui adoptent une méthode contraceptive. Une meilleure compréhension de la force de la motivation des femmes et des couples à éviter une grossesse serait utile à la définition et à la mise en œuvre de stratégies de santé génésique appropriées. Les études sur l'arrêt de la contraception concluent généralement à de moindres niveaux d'arrêt parmi les utilisatrices des méthodes durables qui exigent une interruption active (comme le stérilet et les implants),

TABLEAU 4. Rapports de probabilités de l'analyse de régression logistique multivariée pour identifier les associations entre les caractéristiques des femmes et leur déclaration de naissances planifiées après échec contraceptif ou arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse, par pays

Caractéristique	Bangladesh (N=1.282)	Rép.dom. (N=3.243)	Kazakhstan (N=202)	Kenya (N=805)	Philippines (N=1.373)	Zimbabwe (N=716)
Âge						
<25 ans (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25 à 34 ans	1,23†	1,23†	0,84	1,96**	1,21	1,64†
35 à 49 ans	0,95	1,65*	0,80	2,18*	1,02	2,59*
Instruction						
Nulle (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primaire	0,71*	0,69	na	0,54	0,80	1,82†
≥secondaire	0,66*	0,63†	na	0,44	0,61	1,91†
Résidence						
Urbaine (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Rurale	1,10	0,86	1,10	1,58*	0,84	1,12
Religion						
Autre/aucune (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Chrétienne	na	1,01	na	0,71†	1,00	0,97
Musulmane	0,93	na	1,14	na	na	na
État matrimonial						
Jamais mariée (réf.)	na	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mariée	na	1,42	0,42	2,16*	0,92	1,90*
Nbre d'enfants vivants						
0-2	2,09*	1,23	1,52	2,28**	1,45†	0,96
3-4 (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
≥5	0,18**	0,26**	0,40	0,24**	0,71	0,60
Nbre d'enfants						
Moins que désiré (réf.)						
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nombre désiré	0,67†	0,60**	0,47	0,64†	0,93	0,58†
Plus que désiré	0,85	0,45**	0,41	0,99	0,83	0,21**
Méthode						
Pilule	0,93	1,17	1,51	0,73	0,75†	1,60*
Autre (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Raison d'arrêt						
Échec contraceptif						
	0,48**	0,41**	1,59	0,53**	0,73*	0,34**
Autre que désir de grossesse (réf.)						
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mois entre arrêt et grossesse						
1 à 3 (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4 à 6	1,43†	1,23	2,08	1,14	0,71	0,88
7 à 12	1,85**	1,81**	1,96	2,52**	1,65†	0,37*
≥13	2,94**	2,09**	2,27	3,30**	1,53†	0,82

*p<0,05. **p<0,01. †p<0,10. N.B.: réf.=catégorie de référence. na=non applicable.

par rapport aux autres méthodes réversibles qui exigent une pratique active (comme la pilule et le préservatif).^{2-4,25} La facilité du maintien de la pratique contraceptive est un facteur critique du choix de méthode, à considérer dans le contexte de l'intensité du désir qu'ont les femmes et les couples d'éviter une grossesse.

Limitations

Cette étude présente plusieurs limites. Elle repose sur les déclarations rétrospectives des femmes quant à savoir si leurs grossesses avaient été planifiées ou non, avec l'erreur systématique de rappel et la rationalisation post-événement que cela implique, bien que la mesure du problème

ne soit généralement pas considérée comme suffisante pour invalider l'usage de ces déclarations.^{12,37} Les mesures plus nuancées de l'intention de grossesse qui captent les dimensions multiples et l'intensité, comme celles étudiées par Santelli et ses collaborateurs,²³ permettraient une analyse plus approfondie du rôle des désirs de fécondité ambivalents dans le comportement contraceptif. Les données calendrier sont aussi sujettes à l'erreur systématique de rappel, pour les raisons d'arrêt signalées plus haut surtout.²⁸ Cette étude n'en indique pas moins une forte relation cohérente au niveau interne entre le comportement contraceptif et la grossesse non planifiée au niveau de la population.

L'EDS collecte des données sur l'état d'intention et de planification ou non des naissances vivantes et ne fait la distinction entre l'avortement provoqué et spontané que dans les pays où l'IVG est légale et largement pratiquée. Aussi notre étude ne couvre-t-elle que l'état planifié ou non des naissances vivantes. Les femmes les plus motivées à éviter une grossesse après l'arrêt de la contraception sont plus susceptibles que les autres d'interrompre celles qui surviendraient.²³ Ce biais de sélection donne probablement lieu à une sous-estimation de la mesure du phénomène de la grossesse non planifiée après l'échec contraceptif ou l'arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse. Notre objectif n'était toutefois pas d'examiner le continuum complet de la motivation à éviter une grossesse, mais plutôt d'étudier le rôle de la motivation dans l'arrêt de la contraception à travers l'examen des déclarations féminines concernant l'état de planification ou non de leurs naissances vivantes après un échec ou un arrêt de méthode. Le fait qu'un nombre substantiel de femmes mènent à terme des grossesses qu'elles déclarent planifiées après un échec contraceptif ou un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse confirme notre hypothèse selon laquelle l'arrêt de la contraception est associé en proportion significative à des désirs de fécondité ambivalents.

Les signes du biais de sélection potentiel occasionné par la concentration sur les naissances vivantes sont apparents dans les résultats relatifs au Kazakhstan, où l'avortement est légal et largement pratiqué: les niveaux relativement faibles de naissances non planifiées déclarées après un échec contraceptif ou un arrêt de méthode pour raisons autres que le désir d'une grossesse s'expliquent vraisemblablement par le recours à l'IVG généralisé parmi les femmes les plus motivées à éviter une grossesse. De manière générale, la mesure de cet effet de sélection dépend du niveau de recours à l'avortement au sein de la population, qui dépend à son tour de la légalité et de l'acceptabilité sociale de l'avortement dans cette population.

Conclusions

L'arrêt de la contraception est un processus complexe dans lequel la force des désirs de fécondité joue un rôle considérable. Les femmes et les couples doivent mettre en balance leurs sentiments envers leur méthode contraceptive choisie

et envers la grossesse. Si l'arrêt de la contraception représente clairement un facteur critique de grossesse non planifiée, tous les arrêts ne mènent pas nécessairement à cette issue et l'amoindrissement des niveaux d'arrêt sera difficile face à l'ambivalence concernant tant les options contraceptives que les intentions de grossesse. En fin de compte, la réduction des niveaux de grossesse non planifiée passera par la bonne identification des femmes qui désirent fermement éviter une grossesse et la recherche des moyens aptes à les aider à adopter la contraception et à en poursuivre adéquatement la pratique.

RÉFÉRENCES

- Cleland J et Ali M, Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries, *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104(2): 314–320.
- Blanc A, Curtis S et Croft T, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):127–140.
- Curtis SL et Blanc AK, Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: an analysis of DHS contraceptive histories, *DHS Analytical Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1997, No. 6.
- Ali M et Cleland J, Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(3):92–97.
- Blanc A, Curtis S et Croft T, *Does Contraceptive Discontinuation Matter? Quality of Care and Fertility Consequences*, Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 1999.
- MEASURE DHS, STATcompiler, <<http://www.statcompiler.com>>, site consulté le 22 avril 2011.
- Casterline J, El-Zanaty F et El-Zeini L, Unmet need and unintended fertility: longitudinal evidence from Upper Egypt, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):158–166.
- Jain A, Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Suppl.):S39–S43 & S49.
- Barden-O'Fallon J, Speizer I et White J, Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008, 23(6):410–417.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Unintended pregnancy prevention, 2011, <<http://www.cdc.gov/reproductive-health/UnintendedPregnancy/index.htm>>, site consulté le 22 avril 2011.
- CDC, Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): PRAMS and unintended pregnancy, 2011, <<http://www.cdc.gov/PRAMS/UP.htm>>, site consulté le 22 avril 2011.
- Santelli J et al., The measurement and meaning of unintended pregnancy, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(2):94–101.
- Hardee K et al., Unintended pregnancy and women's psychological well-being in Indonesia, *Journal of Biosocial Science*, 2004, 36(5): 617–626.
- Ali M et Cleland J, Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries, *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31(3): 343–360.
- Zhang F, Tsui AO et Suchindran CM, *The Determinants of Contraceptive Discontinuation in Northern India: A Multilevel Analysis of Calendar Data*, Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 1999.
- Steele F, Diamond I et Wang D, The determinants of the duration of contraceptive use in China: a multilevel multinomial discrete-hazards modeling approach, *Demography*, 1996, 33(1):12–23.
- Trussell J, Vaughan B et Stanford J, Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(5):246–247 & 260.
- Sable M et Libbus M, Pregnancy intention and pregnancy happiness: are they different? *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(3):191–196.
- Speizer I, Using strength of fertility motivations to identify program strategies, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):185–191.
- Zabin L, Ambivalent feelings about parenthood may lead to inconsistent contraceptive use—and pregnancy, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(5):250–251.
- Bachrach C et Newcomer S, Intended pregnancies and unintended pregnancies: distinct categories or opposite ends of a continuum? *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(5):251–252.
- Schoen R et al., Do fertility intentions affect fertility behavior? *Journal of Marriage and Family*, 1999, 61(3):790–799.
- Santelli J et al., Towards a multidimensional measure of pregnancy intentions: evidence from the United States, *Studies in Family Planning*, 2009, 40(2):87–100.
- MEASURE DHS, *DHS Model Questionnaire with Commentary—Phase 4 (1997–2003)*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2001.
- Steele F et Curtis S, Appropriate methods for analyzing the effect of method choice on contraceptive discontinuation, *Demography*, 2003, 40(1):1–22.
- Central Bureau of Statistics (CBS), Ministry of Health (MOH) et ORC Macro, *Kenya Demographic and Health Survey*, 2003, Calverton, MD, USA: CBS, MOH et ORC Macro, 2004.
- Kazakhstan Academy of Preventive Medicine and Macro International, *Kazakhstan Demographic and Health Survey*, 1999, Calverton, MD, USA: Academy of Preventive Medicine et Macro International, 1999.
- Strickler J et al., The reliability of reporting of contraceptive behavior in DHS calendar data: evidence from Morocco, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(1):44–53.
- Koenig M, Hossain M et Whittaker M, The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):278–289.
- Pariani S, Heer D et Van Arsdol Jr., MD, Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):384–390.
- RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76–83.
- Cotton N et al., Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia, *International Family Planning Perspectives*, 1992, 18(4):145–149.
- Frontiers in Reproductive Health, Philippines and Senegal quality of care: services improve quality of care but fail to increase FP continuation, Washington, DC: Population Council, 2002, OR Summary 30.
- Aradhya K, Improving contraceptive continuation: focus on hormonal methods—a review of the literature, background paper for interagency workshop on Improving Contraceptive Continuation: Partnering to Generate and Apply Knowledge for Better Results, le 29–30 nov. 2005, Washington, DC: Family Health International, 2005.
- Leon F, Rios Z et Zumarán A, *Final Report: Improving Provider-Client Interactions at Peru MOH Clinics—Extent, Benefit, Cost*, Washington, DC: Frontiers in Reproductive Health, Population Council, 2002.
- Costello M, Sanogo D et Townsend J, *Final Report: Documenting Impact of Quality of Care on Women's Reproductive Health—Philippines and Senegal*, Washington, DC: Frontiers in Reproductive Health, Population Council, 2002.
- Bankole A et Westoff C, The consistency and validity of reproductive attitudes: evidence from Morocco, *Journal of Biosocial Science*, 1998, 30(4):439–455.

Remerciements

Les auteurs remercient Paul Brodish pour son assistance à la programmation Stata. Cette étude a bénéficié du soutien de l'U.S. Agency for International Development (USAID) à travers le projet MEASURE Evaluation Project (GPO-A-00-03-00003-00). Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles d'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Coordonnées de l'auteur: sian_curtis@unc.edu