

# Qu'arrive-t-il à la pratique contraceptive après l'introduction des injectables? Analyse de 13 pays

Par Elizabeth G. Sutherland, Conrad Otterness et Barbara Janowitz

Elizabeth G. Sutherland est associée à la recherche, Measure Evaluation Project, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA. Conrad Otterness est associé à la recherche et Barbara Janowitz est haute conseillère technique aux sciences programmatiques, tous deux auprès de FHI360, Research Triangle Park, NC, USA.

**CONTEXTE:** Bien que l'introduction d'une nouvelle méthode soit généralement saluée comme une aubaine pour la prévalence contraceptive, l'adoption de nouvelles méthodes peut réduire la pratique de celles existantes. Il importe d'examiner les tendances changeantes de la pratique contraceptive et de l'éventail de méthodes après l'introduction de nouveaux choix.

**METHODES:** Les données d'EDS de 13 pays ont servi à analyser les changements de pratique et d'éventail de méthodes après l'introduction de l'injectable au début des années 1990. Des analyses de sous-groupes ont été menées parmi les femmes mariées ayant déclaré désirer avoir encore des enfants mais pas durant les deux prochaines années (désir d'espacement) et celles ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants (désir de limitation).

**RESULTATS:** La pratique des méthodes modernes et celle de l'injectable ont augmenté dans chaque pays soumis à l'étude. La hausse de la pratique des méthodes modernes dépasse celle du choix de l'injectable dans tous les pays sauf trois. La pratique de l'injectable a augmenté parmi les femmes désireuses d'espacer leurs grossesses tout comme parmi celles désireuses de les limiter à tous âges, en particulier avant l'âge de 35 ans. En général, la hausse de la pratique de l'injectable est partiellement compensée par la baisse enregistrée au niveau d'autres méthodes, de longue durée ou permanentes surtout.

**CONCLUSION:** Les programmes de planification familiale pourraient se trouver confrontés à des coûts supérieurs et les femmes à de plus grands nombres de grossesses non planifiées si celles désireuses de limiter leurs naissances recourent aux injectables à long terme, plutôt que de passer aux méthodes longue durée ou permanentes qui leur assureraient une plus grande efficacité contraceptive à moindre coût lorsqu'elles sont sûres de ne plus vouloir d'enfants.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2012, pp.24–31*

L'introduction d'une nouvelle méthode contraceptive peut affecter les tendances du comportement contraceptif, notamment le choix de méthode, lequel peut à son tour affecter l'éventail des méthodes et la prévalence contraceptive. Par exemple, une nouvelle méthode peut attirer les femmes qui ne pratiqueraient sinon pas la contraception, donnant ainsi lieu à une augmentation générale du nombre total d'utilisatrices. Selon une étude menée par Jain en 1982 sur la relation entre la disponibilité de méthodes et la prévalence contraceptive dans 72 pays, l'introduction généralisée d'une nouvelle méthode pourrait accroître la prévalence totale dans une mesure pouvant aller jusqu'à 12 points de pourcentage.<sup>1</sup> Cela dit, une nouvelle méthode contraceptive pourrait aussi attirer les utilisatrices courantes des autres méthodes disponibles. Cette possibilité est inquiétante, dans une perspective programmatique et de santé publique, si la nouvelle méthode remplace des méthodes existantes plus efficaces, à taux de persévérance supérieurs ou moins coûteuses. La mesure dans laquelle une nouvelle méthode s'ajoute à la pratique totale ou se substitue aux autres méthodes n'a pas été bien documentée jusqu'ici.<sup>2</sup>

La pratique de la contraception hormonale injectable a enregistré une hausse rapide dans de nombreux pays.<sup>3</sup>

L'introduction généralisée de l'injectable dans les programmes de planification familiale du monde a suivi l'homologation de Depo-Provera (acétate de médorxyprogestérone retard, dit AMPR ou DMPA) par la Food and Drug Administration américaine en 1992. De 1995 à 2005, le nombre estimé d'utilisatrices de l'injectable a plus que doublé, passant à plus de 32 millions. Dès 2015, 40 millions pourraient bien pratiquer la méthode.

L'injectable présente de nombreux avantages, qui expliquent l'immense popularité. Du point de vue des utilisatrices, il s'agit d'une méthode plus pratique que la pilule ou que les méthodes dépendantes de l'acte sexuel en soi. Alors que la pilule doit être prise tous les jours et que le préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport pour être efficace, les injections de DMPA – principal injectable aujourd'hui sur le marché – ne sont nécessaires qu'une fois tous les trois mois. Contrairement à de nombreuses pilules œstrogènes, les injectables strictement progestatifs conviennent du reste aux femmes qui allaitent et peuvent donc être administrés plus tôt durant la période post-partum.<sup>2</sup> De plus, l'injectable peut être utilisé discrètement par les femmes qui désirent dissimuler leur pratique contraceptive à leur partenaire.<sup>3,4</sup> Aux femmes qui ne sont pas encore prêtes à adopter une méthode permanente, l'injectable offre une solution peut-

**TABLEAU 1. Pourcentage des femmes en union utilisant l'injectable et pourcentage de celles pratiquant une méthode contraceptive moderne quelconque, par année d'Enquête démographique et de santé, par pays et sous-groupe**

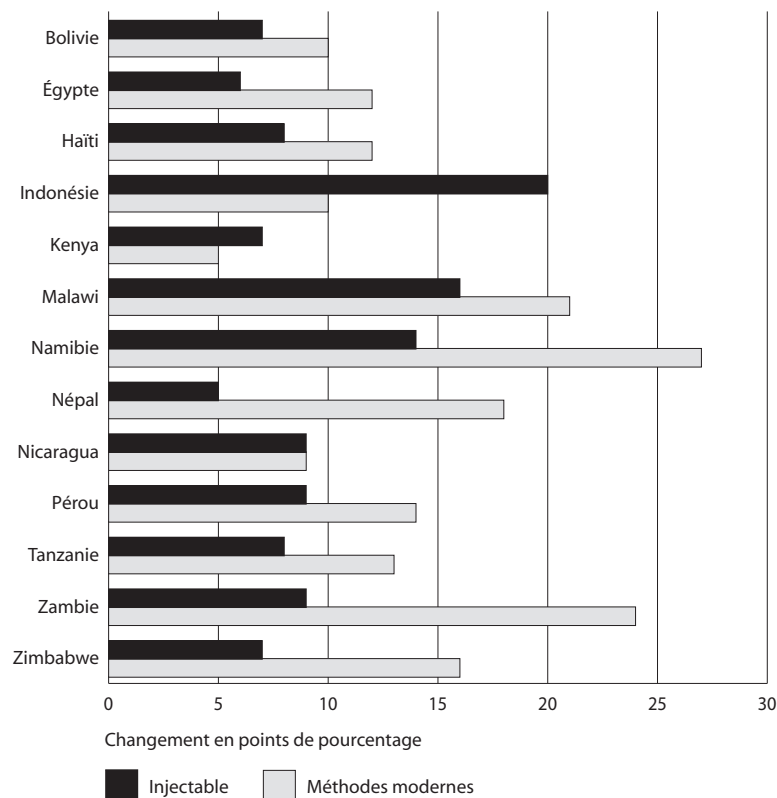
Pays	1991–1993		1994–1996		1997–1999		2000–2003		2004–2007	
	DMPA	Quelconque	DMPA	Quelconque	DMPA	Quelconque	DMPA	Quelconque	DMPA	Quelconque
<b>Bolivie</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>35</b>	<b>u</b>	<b>u</b>
Espacement	u	u	u	u	2	33	9	41	u	u
Limitation – plus jeunes	u	u	u	u	2	31	13	43	u	u
Limitation – plus âgées	u	u	u	u	1	35	6	42	u	u
<b>Égypte</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>6</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>57</b>
Espacement	<1	48	2	53	u	u	5	70	5	69
Limitation – plus jeunes	<1	71	5	72	u	u	11	86	13	86
Limitation – plus âgées	1	75	4	75	u	u	10	81	11	87
<b>Haïti</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>25</b>
Espacement	u	u	5	18	u	u	15	29	14	34
Limitation – plus jeunes	u	u	6	21	u	u	25	40	25	40
Limitation – plus âgées	u	u	2	22	u	u	11	29	10	31
<b>Indonésie</b>	<b>12</b>	<b>47</b>	<b>15</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>57</b>
Espacement	22	65	28	74	37	78	48	80	53	80
Limitation – plus jeunes	21	80	26	82	36	84	46	84	54	85
Limitation – plus âgées	11	76	13	78	19	78	27	79	32	80
<b>Kenya</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>32</b>	<b>u</b>	<b>u</b>
Espacement	6	23	u	u	13	32	20	36	u	u
Limitation – plus jeunes	17	55	u	u	28	59	29	54	u	u
Limitation – plus âgées	11	50	u	u	18	61	18	59	u	u
<b>Malawi</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>28</b>
Espacement	1	10	u	u	u	u	28	37	33	44
Limitation – plus jeunes	2	18	u	u	u	u	30	44	31	50
Limitation – plus âgées	8	24	u	u	u	u	20	46	18	63
<b>Namibie</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>19</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>53</b>
Espacement	13	33	u	u	u	u	29	53	29	64
Limitation – plus jeunes	25	70	u	u	u	u	36	67	40	73
Limitation – plus âgées	12	65	u	u	u	u	18	66	19	73
<b>Népal</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>8</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>44</b>
Espacement	u	u	4	10	u	u	9	19	12	29
Limitation – plus jeunes	u	u	11	52	u	u	16	59	16	65
Limitation – plus âgées	u	u	6	60	u	u	11	66	12	71
<b>Nicaragua</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>5</b>	<b>57</b>	<b>14</b>	<b>66</b>	<b>u</b>	<b>u</b>
Espacement	u	u	u	u	10	62	25	74	u	u
Limitation – plus jeunes	u	u	u	u	7	78	20	81	u	u
Limitation – plus âgées	u	u	u	u	3	81	7	81	u	u
<b>Pérou</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>41</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>11</b>	<b>47</b>
Espacement	3	37	11	47	u	u	22	57	15	54
Limitation – plus jeunes	3	39	14	53	u	u	25	65	19	54
Limitation – plus âgées	2	43	4	50	u	u	8	61	9	60
<b>Tanzanie</b>	<b>&lt;1</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>8</b>	<b>20</b>
Espacement	<1	13	9	25	13	34	u	u	16	35
Limitation – plus jeunes	3	20	12	37	13	41	u	u	22	48
Limitation – plus âgées	2	23	11	35	13	35	u	u	15	44
<b>Zambie</b>	<b>&lt;1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>33</b>
Espacement	<1	15	2	24	u	u	5	39	15	48
Limitation – plus jeunes	<1	25	3	37	u	u	12	48	13	52
Limitation – plus âgées	<1	26	2	28	u	u	7	36	9	43
<b>Zimbabwe</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>50</b>	<b>u</b>	<b>u</b>	<b>10</b>	<b>58</b>
Espacement	u	u	3	63	8	74	u	u	10	79
Limitation – plus jeunes	u	u	8	75	18	80	u	u	16	82
Limitation – plus âgées	u	u	7	57	16	67	u	u	17	76

N.B.: DMPA=l'injectable (acétate de médroxyprogestérone retard, ou AMPR). «Espacement» désigne les femmes ayant déclaré désirer avoir encore des enfants mais pas durant les deux prochaines années. «Limitation» désigne les femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants. Les plus jeunes sont celles âgées de moins de 35 ans; les plus âgées, celles âgées d'au moins 35 ans. u=non disponible pour cause d'absence d'enquête durant la période considérée.

être préférable au stérilet ou à l'implant. Aux prestataires dont le temps est minuté, il présente plus d'un avantage par rapport aux méthodes réversibles durables telles que l'implant ou le stérilet, qui exigent un examen pelvien et des

compétences spéciales d'introduction et de retrait.<sup>5</sup> Les injectables peuvent être administrés par médecins et infirmières, mais aussi par des prestataires dotés d'une moindre éducation et formation médicale tels que les agents sani-

**GRAPHIQUE 1. Changement en points de pourcentage entre l'enquête de base et l'enquête finale concernant la proportion des femmes mariées utilisant l'injectable ou une méthode moderne quelconque, par pays**



taires de communauté.<sup>6</sup>

L'introduction de l'injectable pourrait donner lieu à un accroissement appréciable de la pratique contraceptive. Son adoption pourrait cependant remplacer le recours à d'autres méthodes durables ou permanentes plus efficaces et moins coûteuses, en particulier chez les femmes qui désirent différer davantage leur prochaine grossesse ou éviter de manière permanente toute naissance future.<sup>7</sup> La substitution pourrait être telle qu'une seule méthode finirait par dominer l'éventail de méthodes proposé dans un pays, indépendamment de l'âge ou des intentions de fécondité des utilisatrices de la contraception.<sup>8</sup> Si les programmes réagissaient à une telle situation en ne stockant plus que les méthodes les plus populaires, le choix de méthodes efficaces proposé aux femmes serait fortement réduit.

Nous documentons dans cet article les tendances mondiales récentes de la pratique de l'injectable et d'autres méthodes modernes. Notre hypothèse étant que les préférences et motivations de fécondité changeantes peuvent affecter les tendances de la pratique contraceptive, nous considérons les désirs des femmes concernant le moment et l'espacement de leurs prochaines naissances – comme l'ont fait avant nous Seiber et al.<sup>9</sup> Nous faisons suite aussi à l'étude de Jain<sup>1</sup> en déterminant si les gains potentiels ont été réalisés après l'introduction de l'injectable. Nous examinons de plus si la pratique d'autres méthodes s'est

réduite à mesure de l'accroissement de celle de l'injectable et, si oui, quelles méthodes ont subi les plus grands changements.

## MÉTHODES

Les données utilisées pour cette analyse sont extraites des Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Nous avons inclus les pays soumis à au moins deux enquêtes depuis l'introduction de l'injectable au début des années 1990, caractérisés par une prévalence contraceptive moderne d'au moins 20% lors de l'enquête la plus récente et par une hausse d'usage de l'injectable d'au moins cinq points de pourcentage entre le début des années 1990 et la dernière enquête. Ces critères ont été sélectionnés dans le but de concentrer l'analyse sur les pays où l'injectable pourrait avoir eu le plus grand impact en termes de pratique contraceptive. Treize pays, représentant différentes régions du monde, se sont avérés conformes aux critères de sélection: la Bolivie, l'Égypte, Haïti, l'Indonésie, le Kenya, le Malawi, la Namibie, le Népal, le Nicaragua, le Pérou, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Aux fins de cette étude, nous qualifions la première enquête considérée dans chaque pays durant la période à l'étude d'enquête de base et celle la plus récente, d'enquête finale.

Certaines enquêtes n'ayant pas interviewé les femmes célibataires, notre analyse est limitée aux femmes en union, afin de faciliter les comparaisons internationales. Toutes les analyses ont été menées individuellement par pays et par année d'enquête, afin de rendre adéquatement compte des pondérations.

Les tendances de la pratique contraceptive et de l'éventail de méthodes sont examinées par analyses descriptives. L'éventail de méthodes est limité aux méthodes modernes: injectables, autres méthodes hormonales de faible durée (la pilule, par exemple), méthodes barrières, méthode du calendrier et méthode de l'aménorrhée lactationnelle, et méthodes permanentes ou de longue durée telles que la stérilisation masculine et féminine, le stérilet et l'implant.

Nous avons catégorisé les utilisatrices potentielles de la contraception comme «désireuses d'espacement» (celles qui déclarent désirer avoir encore des enfants mais pas avant deux ans au moins) ou «désireuses de limitation» (celles qui déclarent ne plus vouloir d'enfants); les femmes n'ayant exprimé aucun désir d'espacement ou de limitation de leurs maternités sont exclues. Dans certaines analyses, nous avons stratifié les femmes désireuses de limitation en fonction de leur âge, car le choix de méthode peut être affecté par l'intensité de la motivation de ne plus avoir d'enfants, qui peut varier suivant l'âge et la variable étroitement corrélée du nombre d'enfants en vie. Nous avons choisi l'âge de 35 ans comme séparateur entre les femmes désireuses de limitation plus jeunes et plus âgées, car il s'agit de l'âge moyen approximatif des femmes désireuses de limitation dans les 13 pays à l'étude sur la période de l'enquête (étendue, 33 à 39 ans). L'âge plus avancé peut être signe d'intensité de la motivation de mettre fin aux maternités. Il reste par ailleurs moins de temps à la

femme désireuse de limitation plus âgée pour changer ses désirs avant d'arriver au terme de sa fécondité.

Les changements de pratique contraceptive sont catégorisés comme positifs ou négatifs si la valeur de la variable de pratique augmente ou diminue de plus d'un point de pourcentage. Les variations faibles ou parasites ne sont ainsi pas considérées. Nous considérons l'injectable comme dominant les changements de pratique de méthode moderne si son usage représente au moins 50% de la variation enregistrée dans la pratique de toutes les méthodes modernes.

## RÉSULTATS

### Tendances globales de la pratique contraceptive

Dans l'ensemble, les taux de prévalence de l'injectable en particulier ou d'une méthode moderne quelconque varient largement suivant le pays et au fil du temps (tableau 1, page 25). Dans chaque pays, l'usage de l'injectable et celui d'une méthode moderne augmentent durant la période de l'étude.

À la base, l'usage de l'injectable est faible dans la plupart des pays; dans quatre (Bolivie, Égypte, Tanzanie et Zambie), ses taux de prévalence initiaux ne dépassent pas 1%. Les exceptions sont l'Indonésie, le Kenya et la Namibie, où la prévalence de l'injectable à la base est supérieure à 5%. À l'enquête finale, la prévalence de l'injectable n'est inférieure à 10% que dans quatre pays.

Globalement, la pratique d'une méthode moderne varie aussi considérablement. Les taux de base les plus faibles concernent Haïti, le Malawi, la Tanzanie et la Zambie (7 à 13%), tandis que les plus élevés se révèlent en Égypte, en Indonésie, au Nicaragua et au Zimbabwe (42 à 57%). À l'enquête finale, trois pays seulement présentent une prévalence des méthodes modernes inférieure à 30%.

L'importance de l'injectable dans l'éventail de méthodes des pays à l'étude varie grandement. Pour les neuf pays dans lesquels au moins 10% des femmes utilisent l'injectable, la méthode représente au moins 40% de la pratique moderne dans cinq (Haïti, Indonésie, Kenya, Malawi et Namibie) au moment de la dernière enquête (non indiqué); dans les quatre autres, les proportions varient entre 17% et 23%.

Étant donné nos critères de sélection des pays, l'accroissement substantiel de l'usage de l'injectable dans la plupart entre l'enquête de base et celle finale n'est pas surprenant (graphique 1). La hausse varie entre un seuil de cinq points de pourcentage au Népal et un plafond de 20 points en Indonésie. La pratique des méthodes modernes augmente quant à elle d'aussi peu que cinq points au Kenya à autant que 27 points en Namibie. Neuf pays font état d'une augmentation de pratique moderne d'au moins 12 points, quantité prédite par Jain,<sup>1</sup> et deux autres, d'une hausse proche de ce niveau. La hausse de la pratique moderne dépasse celle de l'injectable dans tous les pays sauf trois: pour l'Indonésie et le Kenya, la hausse de l'injectable est supérieure à celle des méthodes modernes; au Nicaragua, les hausses de l'injectable et des méthodes modernes sont

**TABLEAU 2. Pourcentage des femmes en union pratiquant la contraception, par type de méthode pratiquée lors de l'enquête de base et de l'enquête finale, par pays et sous-groupe**

Pays (période d'enquête)	Injectable		Autre faible durée		Longue durée/permanente	
	De base	Finale	De base	Finale	De base	Finale
<b>Bolivie (1998–2003)</b>						
Espacement	2	9	13	14	18	17
Limitation – plus jeunes	2	13	10	13	20	16
Limitation – plus âgées	1	6	4	9	30	27
<b>Égypte (1992–2005)</b>						
Espacement	<1	5	13	16	35	48
Limitation – plus jeunes	<1	13	23	15	45	55
Limitation – plus âgées	1	11	26	15	43	58
<b>Haïti (1994–2006)</b>						
Espacement	5	14	10	19	2	1
Limitation – plus jeunes	6	25	9	11	7	4
Limitation – plus âgées	2	10	7	10	14	12
<b>Indonésie (1991–1997)</b>						
Espacement	22	53	26	20	18	7
Limitation – plus jeunes	21	54	24	20	34	11
Limitation – plus âgées	11	32	22	22	43	27
<b>Kenya (1993–2003)</b>						
Espacement	6	20	14	12	4	4
Limitation – plus jeunes	17	29	23	17	15	9
Limitation – plus âgées	11	18	9	13	30	28
<b>Malawi (1992–2004)</b>						
Espacement	1	33	8	11	1	1
Limitation – plus jeunes	2	31	8	5	8	10
Limitation – plus âgées	8	18	5	3	11	33
<b>Namibie (1992–2007)</b>						
Espacement	13	29	17	33	3	1
Limitation – plus jeunes	25	40	22	25	23	8
Limitation – plus âgées	12	19	11	19	42	35
<b>Népal (1996–2006)</b>						
Espacement	4	12	5	16	1	1
Limitation – plus jeunes	11	16	7	14	35	35
Limitation – plus âgées	6	12	4	6	50	54
<b>Nicaragua (1997–2001)</b>						
Espacement	10	25	33	38	19	11
Limitation – plus jeunes	7	20	21	24	50	38
Limitation – plus âgées	3	7	11	11	68	63
<b>Pérou (1992–2008)</b>						
Espacement	3	15	14	28	20	11
Limitation – plus jeunes	3	19	13	18	23	16
Limitation – plus âgées	2	9	9	17	33	34
<b>Tanzanie (1992–2004)</b>						
Espacement	<1	16	11	17	1	2
Limitation – plus jeunes	3	22	11	18	7	9
Limitation – plus âgées	2	15	6	10	15	19
<b>Zambie (1992–2007)</b>						
Espacement	<1	15	14	34	1	<1
Limitation – plus jeunes	<1	13	18	37	8	3
Limitation – plus âgées	<1	9	9	24	17	11
<b>Zimbabwe (1994–2006)</b>						
Espacement	3	10	59	67	1	2
Limitation – plus jeunes	8	16	60	61	8	5
Limitation – plus âgées	7	17	37	46	13	13

N.B.: «Espacement» désigne les femmes ayant déclaré désirer avoir encore des enfants mais pas durant les deux prochaines années. «Limitation» désigne les femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants. Les plus jeunes sont celles âgées de moins de 35 ans; les plus âgées, celles âgées d'au moins 35 ans.

égales. Dans 10 pays, l'accroissement d'usage de l'injectable représente au moins la moitié du changement intervenu dans la pratique contraceptive moderne.

**TABLEAU 3. Distribution des pays, par comparaisons entre les changements en points de pourcentage du recours à l'injectable et de la pratique d'une méthode moderne quelconque, en fonction du sous-groupe**

Catégorie	DMPA dominant			DMPA non dominant
	DMPA/qlcq >1,0	DMPA/qlcq =1,0	DMPA/qlcq =0,5-0,99	DMPA/qlcq <0,5
Espacement	2 (Indonésie, Nicaragua)	2 (Bolivie, Kenya)	5 (Haïti, Malawi, Namibie, Pérou, Tanzanie)	4 (Égypte, Népal, Zambia, Zimbabwe)
Limitation – plus jeunes	4 (Indonésie, Kenya, Namibie, Nicaragua)	4 (Bolivie, Haïti, Pérou, Zimbabwe)	3 (Égypte, Malawi, Tanzanie)	2 (Népal, Zambie)
Limitation – plus âgées	2 (Indonésie, Nicaragua)	2 (Haïti, Namibie)	6 (Bolivie, Égypte, Kenya, Népal, Tanzanie, Zimbabwe)	3 (Malawi, Pérou, Zambie)
Total	8	8	14	9

*N.B.*: DMPA=l'injectable (acétate de médroxyprogestérone retard, ou AMPR). L'injectable est considéré dominer les changements de pratique de méthode moderne d'un pays si son usage représente au moins 50% de la variation applicable à toutes les méthodes modernes. «Espacement» désigne les femmes ayant déclaré désirer avoir encore des enfants mais pas durant les deux prochaines années. «Limitation» désigne les femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants. Les plus jeunes sont celles âgées de moins de 35 ans; les plus âgées, celles âgées d'au moins 35 ans

### Tendances de pratique contraceptive par sous-groupe

L'accroissement du choix de l'injectable dans tous les pays sauf le Zimbabwe est plus élevé parmi les femmes désireuses d'espacement ou jeunes désireuses de limitation que parmi celles désireuses de limitation plus âgées (tableau 2, page 27); dans six pays, les hausses les plus prononcées se révèlent parmi les femmes désireuses d'espacement (de huit points de pourcentage au Népal à 32 points au Malawi) et dans six, parmi les plus jeunes de celles désireuses de limitation (de 11 points au Népal à 33 points en Indonésie). Cela dit, l'usage de l'injectable augmente nettement aussi parmi les femmes désireuses de limitation plus âgées, de cinq points en Bolivie à 21 points en Indonésie. Dans la plupart des pays, nous n'avons observé aucun signe de variation temporelle de la proportion générale des femmes classifiées comme désireuses d'es-

**TABLEAU 4. Évolution du pourcentage de femmes désireuses de limitation utilisant des méthodes longue durée ou permanentes spécifiques entre la première et la dernière enquête**

Pays	Stérilisation	Stérilet	Implant
Bolivie	-1	-3	0
Égypte	0	11	1
Haïti	-3	0	1
Indonésie	-1	-16	-1
Kenya	-3	-3	3
Malawi	10	-1	1
Namibie	-9	-2	0
Népal	1	1	0
Nicaragua	-5	-3	0
Pérou	6	-8	0
Tanzanie	3	-1	1
Zambie	-6	-1	1
Zimbabwe	-3	-1	2

*N.B.*: «Limitation» désigne les femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants

pacement ou de limitation susceptible de confondre les tendances relevées parmi ces groupes d'espacement (non indiqué); les exceptions sont le Malawi, la Namibie et la Zambie, qui présentent tous une hausse de proportion de l'ensemble des femmes classifiées comme désireuses d'espacement ou de limitation, ainsi qu'une hausse du total classifié dans ces groupes.

Aucune tendance constante n'émerge de l'examen des changements d'usage de l'injectable par rapport à ceux de la pratique d'une méthode moderne (tableau 3). L'injectable se révèle la méthode dominante – en ce que le changement d'usage le concernant représente au moins la moitié du changement relatif à l'ensemble de la pratique contraceptive moderne – dans 10 pays (non indiqué). Aucune tendance n'apparaît cependant dans le nombre de pays où l'injectable domine le changement dans tous les sous-groupes: l'addition des trois premières colonnes de chaque ligne révèle que l'injectable domine le changement parmi les femmes désireuses d'espacement dans neuf pays, parmi les plus jeunes de celles désireuses de limitation dans 11 pays et parmi les plus âgées dans 10 pays. Sous critère de prédominance plus strict – le changement d'usage de l'injectable dépasse ou égale celui relatif aux méthodes modernes (deux premières colonnes seulement) –, aucune tendance apparente ne se révèle non plus dans le nombre de pays par sous-groupe (quatre, huit et quatre, respectivement). Il apparaît cependant que des 16 combinaisons de prédominance et d'espacement désiré (Indonésie/désir d'espacement, par exemple), un regroupement se distingue clairement, avec six des combinaisons représentées par l'Indonésie et le Nicaragua et deux chacune par la Bolivie, Haïti, le Kenya et la Namibie. Ces constatations indiquent que si les injectables jouent un rôle dominant dans un sous-groupe au sein d'un pays donné, ils se retrouvent aussi à titre prédominant dans au moins un autre groupe. Les injectables semblent donc jouer un rôle assez constant dans leur effet sur la pratique contraceptive dans tous les sous-groupes d'utilisatrices, plutôt que de produire un impact distinct dans les différents groupes d'espacement; ils sont devenus, de manière générale, la méthode la plus pratiquée dans chaque sous-groupe.

### Changements de pratique des autres méthodes

Nous explorons ensuite les changements affectant la pratique des autres méthodes contraceptives (tableau 2). Parmi les femmes désireuses d'espacement, la proportion de celles qui pratiquent les méthodes de faible durée autres que l'injectable augmente dans tous les pays sauf en Indonésie et au Kenya. Dans quatre pays, leur proportion augmente plus que celle des utilisatrices de l'injectable. Par contre, la proportion des femmes désireuses d'espacement qui pratiquent les méthodes longue durée et permanentes n'augmente que dans un pays (Égypte), diminue considérablement dans trois (Indonésie, Nicaragua et Pérou) et demeure stable ou diminue faiblement dans les autres. Il semble donc que depuis l'introduction de l'injectable, la

proportion des femmes désireuses d'espacement soit passée des méthodes longue durée aux injectables et autres méthodes à faible durée.

De manière générale, la proportion des femmes désireuses de limitation qui pratiquent les méthodes longue durée ou permanentes est aussi en baisse. Sur la période de l'étude, on n'observe d'augmentation de la proportion des femmes désireuses de limitation (plus jeunes, plus âgées ou les deux) faisant appel aux méthodes longue durée et permanentes que dans quatre pays (Égypte, Malawi, Népal et Tanzanie). Par contre, le recours aux méthodes de faible durée autres que l'injectable augmente au sein d'au moins un groupe de femmes désireuses de limitation dans 10 des 13 pays à l'étude. Ainsi, même si ces femmes ne désirent, par définition, plus avoir d'enfants, elles pratiquent en proportion croissante les méthodes à faible durée, en particulier les injectables.

Dans les pays où les méthodes longue durée et permanentes ont enregistré une baisse parmi certaines femmes désireuses de limitation, aucune méthode ne domine le déclin: six pays présentent une baisse (de plus d'un point de pourcentage) de la stérilisation et six, un déclin du recours au stérilet (tableau 4). Les plus fortes baisses de la stérilisation concernent la Namibie et la Zambie (neuf et six points, respectivement), avec de moindres déclin en Haïti, au Kenya, au Nicaragua et au Zimbabwe (3 à 5 points). L'Indonésie présente la plus forte chute de prévalence du stérilet (16 points), mais son usage est aussi en baisse en Bolivie, au Kenya, en Namibie, au Nicaragua et au Pérou (2 à 8 points). Dans les deux pays présentant une forte hausse de prévalence des méthodes longue durée et permanentes, les méthodes qui dominent le changement diffèrent aussi: le stérilet enregistre une hausse de 11 points en Égypte, et la stérilisation un gain de 10 points au Malawi.

#### **Cas types: Indonésie et Malawi**

Deux études de cas – l'Indonésie et le Malawi – illustrent notre observation que les pays peuvent enregistrer une hausse d'usage de l'injectable accompagnée d'une évolution distincte de la pratique contraceptive globale et de l'éventail de méthodes. Ces deux pays représentent les deux plus grands changements d'usage de l'injectable, dans l'ensemble et dans cinq des six sous-groupes (sauf femmes désireuses de limitation plus âgées pour le Malawi), selon différentes tendances de prédominance toutefois. En Indonésie, la hausse de la pratique des méthodes modernes est inférieure à celle de l'injectable dans les trois sous-groupes. Au Malawi, les injectables dominent le changement enregistré dans l'éventail des méthodes modernes parmi les femmes désireuses d'espacement et parmi les plus jeunes de celles désireuses de limitation seulement, mais dans une proportion moindre qu'en Indonésie.

Les différences de changement de pratique entre ces deux pays sont particulièrement frappantes en ce qui concerne les méthodes longue durée et permanentes. En Indonésie, le recours à ces méthodes diminue dans les

trois sous-groupes: 11 points de pourcentage parmi les utilisatrices désireuses d'espacement et 23 et 16 points, respectivement, parmi celles désireuses de limitation plus ou moins jeunes (tableau 2). Au Malawi, en revanche, la pratique des méthodes longue durée et permanentes ne diminue dans aucun sous-groupe et augmente en fait parmi les femmes désireuses de limitation plus ou moins jeunes (deux et 22 points, respectivement). Si l'on considère les changements de recours aux méthodes longue durée et permanentes spécifiques parmi les femmes désireuses de limitation, le changement le plus important au Malawi se révèle dans l'accroissement de 10 points de la stérilisation, alors qu'il s'agit en Indonésie de la chute de 16 points du stérilet (tableau 4).

#### **DISCUSSION**

Neuf des pays inclus dans cette étude ont enregistré une hausse de la pratique contraceptive moderne d'au moins 12 points de pourcentage après d'introduction généralisée de l'injectable – venant appuyer ainsi les prédictions de Jain;<sup>1</sup> deux autres pays présentent une hausse proche de ce niveau. Les autres présentent cependant de moindres changements, notamment dans certains sous-groupes d'utilisatrices. Dans la grande majorité des cas, le changement de l'éventail de méthodes est dominé par le recours accru aux injectables.

Certes, les variations globales de l'éventail, plutôt que le changement affectant la pratique d'une méthode particulière, jouent un rôle critique dans la définition des priorités politiques et programmatiques dans les contextes à faibles ressources,<sup>9</sup> et la compréhension de ces variations exige l'analyse des sous-groupes de désir d'espacement et de limitation. Notre analyse fait ressortir le déclin du recours aux méthodes longue durée et permanentes dans de nombreux pays – en particulier parmi les femmes désireuses de limitation – à mesure du recours grandissant à l'injectable. L'évolution de l'éventail de méthodes utilisées par les femmes désireuses de limitation est similaire à celle observée pour le sous-groupe désireux d'espacement, où le recours aux méthodes de faible durée, y compris l'injectable, augmente au fil du temps. Beaucoup de femmes désireuses d'espacement ont cependant peut-être choisi l'injectable et les autres méthodes de faible durée parce que le stérilet était la seule méthode longue durée réversible proposée.

Parmi les femmes désireuses de limitation, les plus jeunes, qui ne sont pas encore prêtes à prendre la décision finale de ne plus avoir d'enfants, peuvent se trouver confrontées à des choix de méthode aussi restreints que les femmes qui désirent différer leur prochaine maternité. Les aînées désireuses de limitation, plus certaines de leur désir de ne plus avoir d'enfants, pourraient peut-être choisir plus aisément le stérilet ou la stérilisation. Or l'adoption des méthodes longue durée et permanentes est en baisse dans ce groupe dans la plupart des pays. Ce déclin pourrait être inquiétant, d'un point de vue programmatique, s'il était associé à de plus hauts taux d'abandon de

la contraception ou à une plus grande incidence de grossesses non planifiées.

Les différentes tendances de l'éventail des méthodes ne sont pas sans implications de coûts pour les programmes de planification familiale. Nos résultats pour l'Indonésie et le Malawi illustrent ce point. En Indonésie, la proportion des femmes désireuses de limitation qui recourent aux injectables augmente tandis que décline celle des méthodes longue durée et permanentes. Au Malawi, par contre, la proportion des femmes désireuses de limitation faisant appel aux méthodes longue durée et permanentes augmente de même que celle ayant recours aux injectables. Toutes autres considérations demeurant égales, dans les régions où les femmes désireuses de limitation tendent à adopter des méthodes longue durée ou permanentes relativement peu coûteuses à un âge assez jeune, les taux de persévérance seraient supérieurs et les coûts de la contraception inférieurs à ceux des régions où ces femmes recourent à l'injectable ou à d'autres méthodes de faible durée plus onéreuses.

La disponibilité accrue de l'implant contraceptif ou le développement d'options nouvelles ou moins coûteuses, en particulier dans le segment des méthodes réversibles de longue durée, élargiraient les choix contraceptifs et pourraient réduire les coûts de la contraception imposés aux programmes nationaux. Beaucoup d'implants sont coûteux, peut-être plus encore que les injectables s'ils sont utilisés à court terme, mais un implant de faible coût tel que celui récemment homologué au Kenya pourrait s'avérer une solution plus rentable que les injectables, même utilisé pendant de brèves périodes de temps.<sup>10</sup>

Même si l'importance de l'injectable dans l'éventail de méthodes suscite une problématique programmatique potentielle, en particulier pour les femmes désireuses de limitation, il faut reconnaître l'impact positif de l'introduction de la méthode. La pratique contraceptive globale a augmenté dans les 13 pays soumis à l'étude, dans une mesure d'au moins 10 points de pourcentage dans 11 de ces pays. L'injectable, en élargissant le choix des femmes et en offrant une solution de remplacement aux méthodes journalières ou dépendantes de l'acte sexuel en soi, a vraisemblablement contribué à ce gain – en particulier dans les pays où la pratique contraceptive était encore très faible voici 10 à 15 ans seulement.

### Limitations

Notre étude présente plusieurs limites. Si les résultats indiquent un déclin de la pratique des méthodes longue durée et permanentes dans la plupart des pays après l'introduction de l'injectable, nous ne pouvons conclure avec certitude que la popularité de la nouvelle méthode en a été la cause. La baisse pourrait s'expliquer par une foule d'autres raisons programmatiques ou politiques, comme peut-être le transfert des fonds de la planification familiale vers d'autres priorités de santé publique ou l'attention accrue aux priorités de planification familiale émergentes telles que l'apport de méthodes aux jeunes, l'intervalle

prolongé entre le mariage et la première naissance ou la pratique des méthodes barrières pour la double protection contre la grossesse et les IST chez les personnes portées aux comportements sexuels à risques – toutes ces raisons étant néanmoins peu probables.

Autre limitation, toutes les analyses sont limitées aux années de collecte des données dans chaque pays et le temps écoulé entre l'enquête de base et l'enquête finale varie largement d'un pays à l'autre. Il est de plus impossible de déterminer si la période de temps pour laquelle les données sont disponibles cerne le mieux celle d'accroissement de l'usage de l'injectable. En fait, les tendances décrites ici pourraient bien être mouvantes.

### CONCLUSIONS

D'un point de vue programmatique, une plus grande attention à la prestation de méthodes longue durée et permanentes pourrait mener à une meilleure prévention des grossesses non planifiées et réduire les coûts; il ne faudrait cependant pas procéder au détriment des choix de méthode proposés aux femmes pour atteindre leurs objectifs d'espacement et de limitation. Idéalement, les femmes passeraient des méthodes de faible à plus longue durée, pour adopter enfin une méthode permanente lorsqu'elles sont sûres de ne plus vouloir d'enfants. Ainsi, les grossesses non planifiées se réduiraient, de même que les coûts de prestation de la contraception. D'après notre analyse pourtant, l'inverse semble s'être produit dans certains des pays à l'étude: les méthodes coûteuses de faible durée (l'injectable surtout) se sont répandues, indépendamment de l'âge et de l'intention de fécondité.

En dépit de hausses spectaculaires de la planification familiale, environ une femme mariée sur six présente toujours un besoin non satisfait. Face à la baisse des fonds de donateurs affectés à la contraception au profit des programmes de lutte contre le VIH/sida,<sup>11</sup> les pays pourraient bien devoir mettre l'accent sur un éventail de méthodes rentable. Une combinaison d'interventions serait utile à l'encouragement de la demande et à la promotion et offre de méthodes longue durée et permanentes aux femmes pour lesquelles elles sont appropriées. Les approches stratégiques selon lesquelles le changement pourrait être adopté et soutenu par les programmes de planification familiale doivent être développées et testées dans le cadre de la recherche continue sur la contraception.

### RÉFÉRENCES

1. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
2. Gray AL et al., *Systematic Review of Contraceptive Medicines: Does Choice Make a Difference?* Johannesburg, South Africa: University of the Witwatersrand, 2006, <<http://www.k4health.org/system/files/311684.pdf>>, site consulté le 15 novembre 2011.
3. Lande R et Richey C, Expanding services for injectables, *Population Reports*, 2006, Series K, No. 6.
4. Adetunji J, Rising popularity of injectable contraception in Sub-Saharan Africa, paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, du 30 mars au 1er avril 2010, Los Angeles, CA.

5. Stanback J, Odhiambo O et Omundo D, *Why Has Intrauterine Device Use Slowed in Kenya? Part A. Qualitative Assessment of Intrauterine Device Service Delivery in Kenya*, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International, 1995.
6. Malarcher S et al., Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows, *Contraception*, 2011, 83(6):495-503.
7. Trussell J et al., The economic value of contraception: a comparison of 15 methods, *American Journal of Public Health*, 1995, 85(4): 494-503.
8. Sullivan TM et al., Skewed contraceptive method mix: why it happens, why it matters, *Journal of Biosocial Science*, 2006, 38(4):501-521.
9. Seiber EE, Bertrand JT et Sullivan T, Changes in contraceptive method mix in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(3):117-123.
10. Tumlinson K et al., Promise of affordable implants: is cost recovery possible in Kenya? *Contraception*, 2011, 83(1):88-93.
11. Kols A, Reducing unmet need for family planning: evidence-based strategies and approaches, *Outlook*, 2008, 25(1):1-8.

### **Remerciements**

*Cette étude a été accomplie avec le soutien de l'organisme USAID (United States Agency for International Development) à FHI360 (Family Health International) en vertu de l'accord de coopération GPO-A-00-05-00022-00 sous affiliation du premier auteur avec FHI360 (Family Health International), puis en vertu de l'accord de coopération GPO-A-00-08-00001-00 aux autres auteurs. Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs.*

**Coordonnées de l'auteur:** [beth\\_sutherland@unc.edu](mailto:beth_sutherland@unc.edu)