

Abandon de la contraception dans six pays en développement: analyse spécifique à la cause

Par Mohamed Ali et John Cleland

Une analyse descriptive de l'abandon de la contraception, basée sur des données d'Enquêtes démographiques et de santé provenant de six pays présentant des niveaux élevés d'utilisation de méthodes contraceptives, révèle qu'environ le tiers des couples cessent d'utiliser leur méthode dans un délai de 12 mois et environ la moitié cessent en moins de 24 mois. Les porteuses de stérilet sont les moins susceptibles de cesser d'utiliser leur méthode, 82% à 89% des porteuses persistant après un an et 65% à 80% continuant au terme de deux ans. Les niveaux d'abandon d'autres méthodes modernes sont similaires à ceux de méthodes traditionnelles, mais les motifs de l'abandon varient. En ce qui concerne les contraceptifs hormonaux et le stérilet, les questions de santé (y compris les effets secondaires) constituent le motif invoqué le plus souvent. Une grossesse accidentelle est le motif dominant en ce qui concerne le retrait et l'abstinence périodique. Les femmes utilisant la pilule ou le stérilet sont plus susceptibles de continuer à en faire usage si leur famille a atteint la taille désirée. Cependant, une analyse des données sur la pilule indique que l'instruction et la résidence exercent une influence faible, voire même aucune, sur les niveaux d'abandon.

(Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1995, pp. 12-17 & 35)

L'un des progrès les plus importants du programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) par rapport à son prédécesseur, l'Enquête mondiale de fécondité, tient aux informations détaillées sur les récents épisodes d'utilisation contraceptive qui sont recueillies de routine dans les pays qui se caractérisent par des niveaux relativement élevés d'utilisation globale. Pour la première fois, ces données permettent des évaluations nationales croisées de l'abandon des méthodes contraceptives et de ses causes.

Ces nouvelles informations sont particulièrement bienvenues parce que peu d'études nationales représentatives portant sur la capacité ou la volonté des clients de continuer à utiliser des méthodes contraceptives ont été entreprises depuis une dizaine d'années. Au début des programmes de planification familiale, les enquêtes nationales de suivi auprès des praticiens de planification familiale faisaient régulièrement partie de la surveillance et de l'évaluation.* Leur disparition peut être attribuée à deux principaux facteurs: la baisse de l'utilisation du stérilet et l'ap-

parition de nouvelles façons de mesurer l'efficacité des programmes.

Le stérilet, méthode dominante dans les années 60, a été éclipsé dans de nombreux pays par des méthodes permanentes, pour lesquelles la question de la continuation ne se pose pas, et par la pilule. Le stérilet se prête bien à des études de continuation: son acceptation prend la forme d'une intervention clinique non équivoque pratiquée par le personnel médical ou paramédical, habituellement en clinique. La tenue de registres de porteuses de stérilet, qui permet un cadre d'échantillonnage pour l'enquête sur la continuation, est donc relativement simple.

Par opposition, l'acceptation des contraceptifs oraux n'est marquée d'aucun événement clinique précis et n'est nullement restreinte au cadre structuré des cliniques et des centres de santé. La prolifération, au cours des années 80, de plans de distribution à base communautaire et de marketing social, a fait échec à toute tentative de tenir des registres complets d'utilisatrices de la pilule, empêchant ainsi des enquêtes de suivi à grande échelle sur les clientes.

La deuxième raison a trait à l'apparition de nouvelles méthodes d'estimation des répercussions démographiques des programmes de planification familiale. Les premières méthodes, basées sur les nombres d'utilisatrices, leurs caractéristiques et niveaux de continuation, ont été rem-

placées par des méthodes plus simples basées sur des estimations de la prévalence contraceptive.¹ Les réalisations des programmes de planification familiale sont de plus en plus mesurées par des enquêtes répétées plutôt que par des statistiques de service sur les utilisatrices, complétées par des estimations de la continuation.

Cependant, l'étude de l'abandon et de ses causes demeure manifestement importante pour l'orientation des programmes. Bien que la volonté de poursuivre une méthode ne comporte pas nécessairement satisfaction, les taux élevés d'abandon constituent habituellement un signe de mécontentement de la méthode ou du service. De même, la faible efficacité d'usage suggère le caractère éventuellement inadéquat du counseling. L'identification de fortes variations dans la continuation entre les utilisatrices de différentes méthodes ou entre des types différents de clients peut être utile aux gestionnaires de programmes. Nous faisons, dans cet article, un compte rendu descriptif des probabilités d'abandon spécifiques à la méthode, ainsi que des motifs d'abandon, pour six pays ayant participé à la première phase du programme EDS.

Données et méthodes

Le questionnaire EDS Phase I pour les pays à forte prévalence a recueilli des données sur les épisodes d'utilisation survenant à l'intérieur d'intervalles génésiques qui se sont terminés dans les cinq ans précédant la date de l'enquête, ainsi que sur la connaissance des méthodes contraceptives, l'utilisation dans le passé, la disponibilité et l'acceptabilité. Pour l'intervalle ouvert (à savoir, depuis la dernière naissance vivante), il tente d'obtenir des informations détaillées au sujet de l'épisode courant d'utilisation et au sujet de tout épisode précédent. Pour les intervalles génésiques clos, le questionnaire permet l'identification d'un maximum de deux épisodes, mais recueille des détails uniquement sur le dernier épisode. Ces détails comprennent la méthode utilisée, la durée d'utilisation et la raison principale de l'abandon.

*Voir, par exemple: C. Tietze, «Evaluation of Intrauterine Devices: Ninth Progress Report of the Cooperative Statistical Program», *Studies in Family Planning*, n° 55, juillet 1970.

Mohamed Ali et John Cleland travaillent au Centre d'études démographiques, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Cette étude fait partie d'un programme de recherche plus vaste qui a bénéficié de l'appui financier de la Mellon Foundation, de la Fédération internationale pour la planification familiale, de la United Kingdom Overseas Development Administration et du Gordon Memorial College Trust Fund.

Dans le but de déterminer la raison de l'abandon, on a d'abord demandé aux femmes si elles étaient devenues enceintes pendant qu'elles utilisaient la méthode. Les réponses positives sont classifiées comme cas d'échec de la méthode. Les personnes qui répondent négativement se voient poser une deuxième question ouverte: «Quelle était la raison principale pour laquelle vous avez cessé d'utiliser (la méthode)?» Les catégories de réponses pré-imprimées comprennent habituellement les suivantes: devenir enceinte, rares relations sexuelles, désapprobation du partenaire, questions de santé, manque d'accès ou de disponibilité, coût et fatalisme. Ces données permettent d'analyser l'abandon pour des méthodes spécifiques et pour des raisons spécifiques.

Cette étude est limitée aux épisodes qui ont débuté au cours des cinq années précédant l'enquête.* Etant donné que les dates de calendrier du début d'épisodes survenus à l'intérieur d'intervalles génésiques clos n'étaient pas vérifiées, la méthode de sélection n'était pas toujours simple. Pour les périodes d'utilisation survenant entre les naissances à cheval sur la frontière de cinq ans, nous avons calculé une fourchette de dates initiales éventuelles, compte tenu de la durée déclarée d'utilisation et de la gestation de neuf mois pour la naissance plus récente. Si le point central de cette fourchette tombait dans la fenêtre de 60 mois, l'épisode était inclus. Cette imprécision n'est pas importante en pratique parce qu'elle ne touche qu'une infime minorité d'épisodes.

L'omission d'informations complètes pour les intervalles génésiques clos avec plus d'un épisode d'utilisation contraceptive et la qualité globale des données rétrospectives sont plus troublantes. Les données expérimentales provenant du Pérou et de la République dominicaine suggèrent que la stratégie d'obtention de données suivie dans la Phase I de l'EDS a pour conséquence une sous-estimation des taux d'abandon en raison d'un enregistrement et d'une déclaration insuffisants des épisodes passés d'utilisation.² La tendance prononcée à arrondir la durée des épisodes signifie également une précision relativement piètre, résultat auquel on doit s'attendre étant donné la longue période de rappel. En outre, la fiabilité des motifs donnés au soutien de l'abandon est inconnue, mais peut fort bien être faible en raison de la complexité des motivations sur lesquelles sont probablement basées les décisions conscientes de cesser d'utiliser une méthode aussi bien que les décisions passives de ne pas se réapprovisionner d'une méthode.

Tableau 1. Prévalence des méthodes contraceptives parmi les femmes alors mariées, par méthode, et autres indicateurs du comportement procréateur; le tout suivant le pays, Enquêtes démographiques et de santé, 1987-1988

Méthode et indicateur	Maroc	Tunisie	Egypte	Equateur	Indonésie	Thaïlande
METHODE						
Toutes	35.8	49.8	37.8	44.3	47.7	65.5
Pilule	22.9	8.8	15.3	8.5	16.1	18.6
Stérilet	2.9	17.0	15.8	9.8	13.2	6.9
Injectable	0.3	0.8	0.1	0.7	9.4	8.5
Vaginale	0.1	1.0	0.4	1.2	0.0	0.0
Préservatif	0.5	1.3	2.4	0.6	1.6	1.1
Stérilisation	2.2	11.5	1.5	14.9	3.3	28.5
Abstinence périodique	2.3	6.3	0.6	6.1	1.2	0.9
Retrait	3.1	2.4	0.5	2.0	1.3	0.9
Autre	1.5	0.7	1.3	0.4	1.8	0.1
INDICATEUR						
Indice synthétique de fécondité (1985-1990)	4.8	3.9	4.5	4.1	3.5	2.6
% d'alphabétisme parmi les femmes (1992)	40	59	35	85	77	92
Cote d'effort du programme (1989)	57	69	66	58	80	80

Tous ces facteurs militent en faveur d'une grande prudence dans l'interprétation des résultats. Cependant, il n'y a pas lieu de croire que les probabilités d'abandon calculées à partir de ces données ne sont généralement pas correctes ou que les fortes différences entre les méthodes et les pays ne sont pas valables. Nous montrerons que les principaux résultats sont fort plausibles.

L'analyse repose sur les épisodes plutôt que sur les femmes. Nous avons eu recours à des techniques de tables de survie (ensemble statistique SPSS) en raison de la nécessité de prendre en compte les épisodes terminés et en cours.‡ Pour faire enquête sur l'abandon spécifique à une cause, nous avons construit des tables de mortalité à extinction unique qui donnent des probabilités hypothétiques d'abandon spécifique à une cause en l'absence de causes concurrentes (habituellement désignées sous le nom de taux bruts).

Nous avons sélectionné, aux fins de l'étude, six enquêtes EDS de Phase I qui ont utilisé le questionnaire pour les pays à forte prévalence (tableau 1). Notre critère principal était l'existence de nombres suffisants d'utilisateurs de méthodes réversibles pour permettre des comparaisons entre les méthodes pour chaque pays. Les pays choisis ne sont nullement représentatifs de tous les pays en développement à haut niveau d'utilisation; géographiquement, trois des six sont situés en Afrique du Nord. Le niveau global d'utilisation courante en 1987 ou 1988, lorsque fut effectué le travail sur le terrain, variait entre 36% et 66%, et l'éventail de méthodes était tout aussi diversifié. La stérilisation représentait près de la moitié de tous les utilisateurs en Thaïlande mais était très rare en Indonésie, au Maroc et en Egypte. En Indonésie et au Maroc, la méthode dominante était la pilule; en Tunisie, c'était le stérilet; et dans les trois autres pays, la pilule et le stérilet. Toutes

les autres méthodes étaient utilisées par moins de 10% des couples mariés.

Les six pays étaient dotés de programmes bien développés de planification familiale au moment de l'enquête, bien que leur cote sur l'indice d'effort Ross-Mauldin 1989 ait varié de très forte (Thaïlande et Indonésie) à modérée (tous les autres).³ L'alphabétisme chez les femmes adultes, probablement l'influence socio-économique la plus importante sur le comportement procréateur, variait entre 40% au Maroc et 92% en Thaïlande.

Résultats

Les principaux résultats sont résumés au tableau 2 (page 14) qui montre également le nombre d'épisodes sur lesquels les analyses sont basées, et au graphique 1 (page 15). Nous avons imposé une limite inférieure de 100 épisodes parce que les estimations de table de survie basées sur des nombres inférieurs ne seraient pas fiables. Lorsque les méthodes individuelles ne fournissaient pas suffisamment d'épisodes pour atteindre ce seuil, nous les avons réunis en catégories plus larges (à savoir, autres méthodes modernes, méthodes traditionnelles). Les six pays ont fourni suffisamment d'épisodes d'utilisation de la pilule et du stérilet pour permettre une analyse distincte. Dans quatre pays, l'ab-

*Les épisodes ayant débuté plus de cinq ans avant l'enquête seraient plus susceptibles d'être inclus si leur durée était longue. Par conséquent, l'inclusion dans l'analyse du nombre relativement faible de ces épisodes aurait introduit un biais de sélection.

†Cette omission a été rectifiée dans la seconde ronde d'enquêtes EDS, lorsqu'ont été obtenus des historiques complets de cinq ans d'utilisation de méthodes contraceptives. Cette stratégie améliorée de collecte des données facilite une analyse utile.

‡Certains chercheurs cessent les analyses trois mois avant l'enquête pour tenir compte de l'éventualité d'une déclaration insuffisante des grossesses au premier trimestre parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives. Nous n'avons pas suivi cette méthode parce que son effet sur les taux estimatifs d'échec est faible et parce que cet article a principalement pour objet l'abandon pour toutes les causes.

Tableau 2. Probabilités cumulatives d'abandon sur 12 et 24 mois pour 100 épisodes d'utilisation de méthode, suivant la cause

Pays et méthodes	Nombre d'épisodes	Toutes les causes		Désir d'un enfant		Echec de la méthode		Motifs de santé		Autre	
		12	24	12	24	12	24	12	24	12	24
MAROC											
Toutes les méthodes	2,914	35.2	53.5	9.8	18.4	12.2	20.5	11.3	18.6	7.7	12.1
Pilule	2,050	35.1	53.5	10.4	18.6	9.1	16.3	14.1	22.8	7.2	11.5
Stérilet	182	17.5	34.5	1.6	5.1	4.2	9.4	8.2	17.1	4.6	8.0
Autres méthodes modernes*	100	49.8	68.2	19.3	31.7	20.6	28.7	7.1	11.5	15.7	24.8
Abstinence périodique	237	44.5	65.0	13.8	26.4	29.3	45.9	1.5	1.5	7.5	10.7
Retrait	232	30.8	50.6	7.4	19.2	14.6	25.1	1.3	1.3	11.3	18.2
TUNISIE											
Toutes les méthodes	2,289	29.5	45.6	5.8	12.3	8.4	13.0	11.5	18.7	7.5	12.2
Pilule	662	40.6	58.5	8.8	18.0	6.7	9.0	23.3	36.3	8.9	12.6
Stérilet	855	14.7	30.2	2.2	6.6	2.2	4.9	8.5	16.2	2.4	6.3
Méthodes vaginales	144	63.9	83.6	11.4	25.2	41.6	50.8	10.9	20.4	21.6	43.8
Autres méthodes modernes†	133	41.4	50.8	11.3	18.0	6.5	6.5	14.1	14.1	17.6	25.2
Abstinence périodique	322	26.1	42.6	7.2	14.9	14.5	24.4	0.0	0.0	6.7	10.8
Retrait	137	33.1	47.3	6.0	8.5	15.5	28.3	0.0	0.0	15.7	19.7
EGYPTE											
Toutes les méthodes	4,496	28.0	48.8	5.3	13.8	7.1	14.2	12.4	21.3	6.7	11.9
Pilule	2,285	36.5	59.4	7.5	18.6	7.9	16.5	19.1	30.8	8.0	13.5
Stérilet	1,486	10.9	23.8	2.3	6.4	2.0	4.1	5.0	12.1	1.5	3.5
Préservatif	265	35.1	53.4	5.3	13.4	16.4	29.4	1.3	2.5	16.9	21.5
Autres méthodes modernes‡	128	58.7	80.0	13.7	23.2	14.0	33.7	24.7	37.7	26.1	36.4
Allaitement	180	11.0	56.5	0.8	14.9	5.6	21.1	0.3	5.4	4.7	31.3
Méthodes traditionnelles§	134	41.9	63.7	5.4	22.2	30.3	41.9	1.3	1.3	10.7	19.6
EQUATEUR											
Toutes les méthodes	1,348	34.6	48.0	5.9	10.7	11.6	17.6	9.8	15.8	12.8	16.6
Pilule	506	37.0	55.2	7.8	14.6	6.4	13.2	18.9	29.8	9.9	13.8
Stérilet	327	13.6	19.9	1.1	1.1	3.8	6.7	3.9	7.0	5.6	6.7
Autres méthodes modernes*	177	62.4	75.8	12.8	24.3	23.6	28.7	7.1	9.6	39.2	51.1
Abstinence périodique	245	35.3	47.9	5.1	10.1	21.5	31.2	0.8	0.8	12.2	15.0
INDONESIE											
Toutes les méthodes	6,183	25.1	40.6	7.5	14.4	2.8	4.9	8.7	14.0	8.7	15.1
Pilule	2,308	26.2	43.2	9.3	18.6	2.2	3.4	10.2	15.9	6.3	14.3
Stérilet	1,246	12.4	21.4	2.1	5.0	2.1	4.4	5.8	8.8	3.0	5.1
Injectable	1,637	24.9	43.9	5.5	10.9	1.1	2.2	11.6	20.5	9.0	19.1
Préservatif	272	42.0	57.5	15.8	26.9	5.7	9.4	4.0	7.8	23.9	31.9
Abstinence périodique	190	34.9	57.3	13.7	25.6	12.2	25.8	0.9	2.3	13.4	20.8
Retrait	217	46.7	61.7	21.0	36.3	8.9	16.7	1.2	1.2	25.0	26.9
Herbes	152	41.1	60.3	18.5	33.7	7.2	12.2	6.7	7.6	17.2	26.2
THAÏLANDE											
Toutes le méthodes	3,407	36.3	50.4	14.1	23.0	3.9	5.4	6.8	10.9	17.1	23.5
Pilule	1,716	36.2	49.5	15.4	24.6	3.2	4.5	6.1	8.8	17.0	23.1
Stérilet	429	15.2	23.4	0.8	5.0	3.7	4.0	3.6	7.1	7.9	9.6
Injectable	612	36.6	56.5	9.5	19.1	1.1	2.5	11.8	20.8	19.6	31.1
Préservatif	210	72.5	81.5	50.8	61.6	8.5	18.4	0.0	0.0	38.7	40.7
Méthodes traditionnelles§	183	42.0	56.5	21.5	33.6	19.2	25.3	0.4	1.3	8.1	11.2

*Méthodes vaginales, injectable et préservatif. †Injectable et préservatif. ‡Méthodes vaginales et injectable. §Abstinence périodique et retrait. Note: Les épisodes sont pondérés par le poids de l'échantillon, si besoin est.

stinence périodique était suffisamment répandue pour justifier une analyse spécifique à la méthode, mais le nombre de pays avec suffisamment d'épisodes d'utilisation des autres méthodes principales est tombé à trois pour le retrait, deux pour les préservatifs et deux pour les injectables. Le tableau 2 montre les probabilités cumulatives d'abandon à 12 mois et à 24 mois pour toutes les causes et pour chacune des quatre grandes catégories de causes. (La somme des probabilités spécifiques à une cause n'équivaut pas à la probabilité pour toutes les causes parce que nous avons utilisé une approche à extinction unique.)

Taux d'abandon

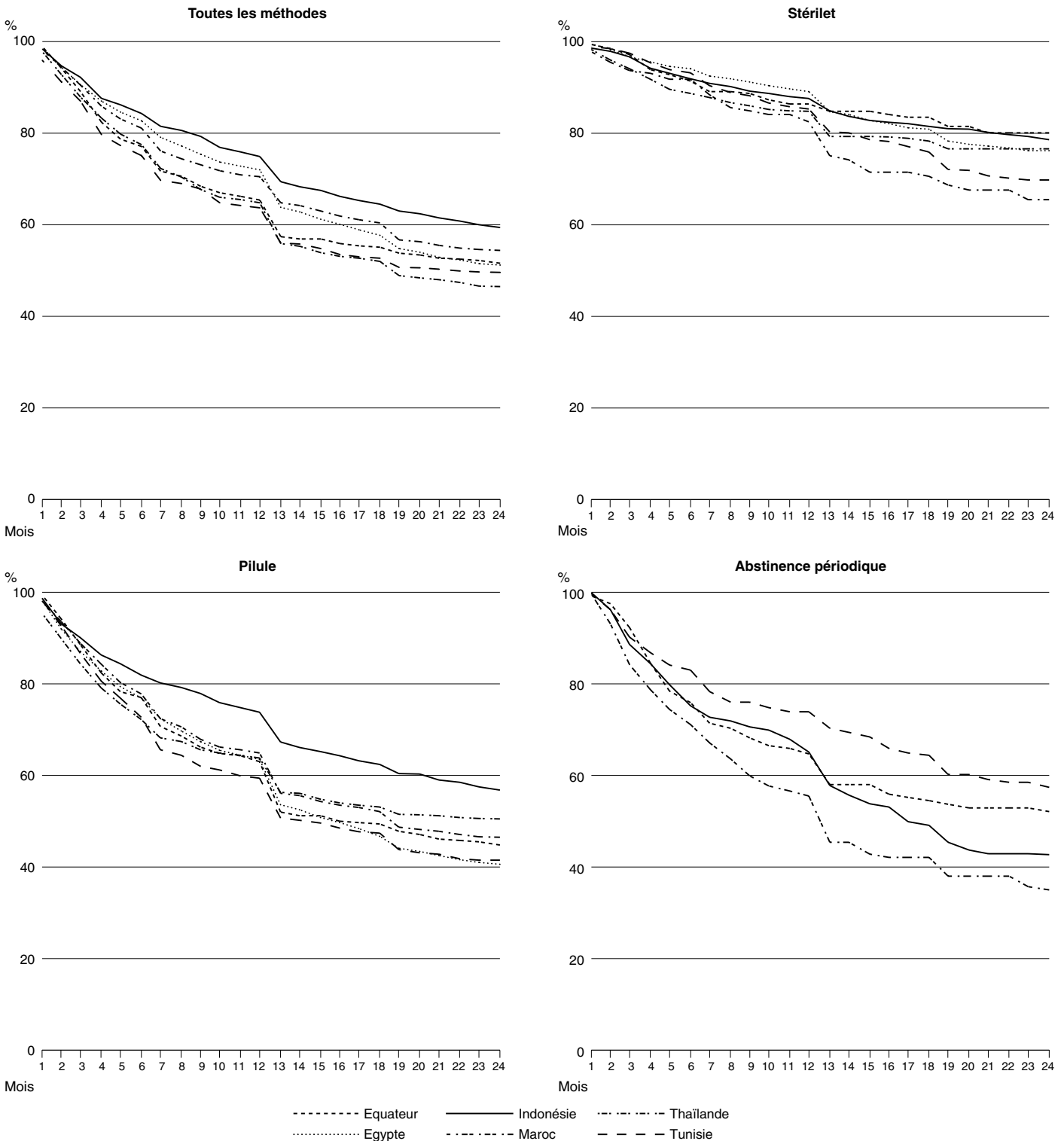
Si on se penche sur l'abandon pour toutes les méthodes combinées, un scénario étonnamment uniforme émerge, en dépit de la diversité des contextes. En règle générale, environ le tiers des couples ces-

saient d'utiliser leur méthode dans un délai d'un an suivant l'acceptation et environ la moitié le faisaient dans un délai de deux ans. Etant donné la grande fourchette de taux de prévalence contraceptive et d'alphabétisme chez les femmes adultes dans ces pays, il est juste de conclure que l'abandon rapide des méthodes n'est nullement concentré dans les populations présentant de faibles niveaux d'instruction chez les adultes ou d'utilisation globale. La seule exception importante à cette généralisation est survenue en Indonésie où l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles est plus persistante.

Les résultats de méthodes spécifiques sont quelque peu inattendus. Le bon sens dicterait que les taux de continuation des méthodes hormonales modernes intrinsèquement plus efficaces et du stérilet soient plus élevés que ceux de méthodes traditionnelles, tels que le retrait et l'ab-

stinence périodique. Cette conjecture s'est avérée vraie dans le cas du stérilet. Dans les six pays, les utilisatrices du stérilet étaient plus susceptibles que les utilisatrices d'autres méthodes de continuer à 12 aussi bien qu'à 24 mois suivant l'acceptation. Dans plusieurs cas, la différence entre le taux de continuation pour le stérilet et celui applicable aux autres méthodes est remarquable. Ainsi, en Thaïlande, seulement 23% des épisodes d'utilisation du stérilet se sont terminés dans un délai de 24 mois, par rapport à 50% des épisodes d'utilisation de la pilule. En Egypte, les chiffres correspondants étaient de 24% et de 59%. La différence ne peut pas être expliquée par l'éventualité que l'utilisation du stérilet soit limitée à une faible minorité de femmes exceptionnellement motivées. Les résultats dans des contextes où l'utilisation du stérilet est très répandue (Tunisie, Egypte et Indonésie)

Graphique 1. Pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive, par mois écoulés depuis le début d'utilisation de la méthode



sont très similaires à ceux dans lesquels elle est rare (Maroc et Thaïlande).

Par opposition aux utilisatrices de stérilet, les utilisatrices de méthodes hormonales très efficaces étaient presque aussi susceptibles de cesser l'usage que ne l'étaient les couples ayant eu recours à l'abstinence périodique et au retrait. En règle

générale, de 30% à 40% des utilisatrices de chacune de ces méthodes avait abandonné en moins d'un an et 50% à 60% l'avaient fait en moins de deux ans. Les utilisatrices de la pilule en Indonésie, où le taux d'abandon était très faible, constituaient la seule exception. En Indonésie et en Thaïlande, où on peut comparer les utilisatrices de la

pilule aux utilisatrices de contraceptifs injectables, il n'y avait aucune différence sensible entre les deux groupes sur le plan de la probabilité d'abandon.

Les probabilités d'abandon du préservatif, que nous pouvions calculer pour seulement trois pays, étaient celles qui se prêtaient le moins à une grande généra-

lisation. En Thaïlande, la proportion d'utilisateurs du préservatif qui ont continué à utiliser la méthode a diminué considérablement durant les premiers mois pour atteindre une proportion aussi faible que 18% après deux ans. Cependant, en Egypte et en Indonésie, la continuation de l'utilisation des préservatifs était plus répandue (43% à 47% après deux ans). En Egypte, le taux de continuation du préservatif était fort similaire à celui de la pilule, mais, en Indonésie, il était sensiblement plus faible que celui de la pilule ou celui des contraceptifs injectables.

Motifs d'abandon

Les motifs invoqués au soutien de l'abandon devraient permettre de mieux comprendre les résultats spécifiques à la méthode et spécifiques au pays. Les codes EDS de motifs invoqués étaient assez détaillés et comprenaient plusieurs éléments d'intérêt pratique direct pour les gestionnaires de programmes. Une enquête préliminaire a mis à jour trois motifs principaux: désir d'un enfant, échec de la méthode et questions de santé (y compris les effets secondaires). Les problèmes de disponibilité et d'accès étaient rarement mentionnés, ce qui peut surprendre à la lumière de rapports de manques fréquents dans certains pays. Par exemple, en Tunisie et au Maroc, moins de 2% des épisodes ont pris fin pour cette raison. Les proportions d'enquêtés citant le coût comme motif d'arrêt étaient encore plus faibles. Par conséquent, nous avons réuni tous ces motifs spécifiques avec d'autres raisons non spécifiées pour former une quatrième catégorie générale.

On pourrait soutenir que l'abandon de la contraception en raison du désir d'avoir un enfant doit être analysé différemment, ou séparément, des autres raisons qui comportent généralement un problème ou une insatisfaction. Cependant, une analyse exploratoire (non montrée) a révélé qu'il ne serait pas juste de présumer que les motifs invoqués au soutien de l'abandon forment des catégories mutuellement exclusives. L'échec de la méthode, comme signalé par les enquêtés, était presque toujours plus élevé parmi les jeunes femmes, dont la famille n'avait pas encore atteint la taille désirée, qu'il ne l'était chez les femmes plus âgées qui, pour la plupart, avaient déjà obtenu ou dépassé le nombre préféré d'enfants. Ce scénario témoigne,

en partie, du plus haut niveau de fécondabilité des jeunes femmes, mais suggère également que l'intensité de la motivation exerce une influence importante sur la rigueur d'utilisation des méthodes et qu'aucune distinction nette ne peut être établie entre l'échec de la méthode et le désir d'avoir un autre enfant.* C'est la raison pour laquelle il est préférable d'analyser toutes les raisons de manière similaire.

Les inquiétudes relatives à la santé, effets secondaires compris, constituaient la cause la plus fréquemment invoquée au soutien de l'abandon. Pour toutes les méthodes réunies, environ 10% des épisodes ont pris fin durant la première année pour cette raison et environ 20% ont pris fin au cours d'une période de deux ans. Comme on pouvait s'y attendre, de fortes variations existaient entre les méthodes. Les personnes ayant recours à l'abstinence périodique, au retrait, au préservatif, aux herbes, à l'allaitement et autres méthodes traditionnelles n'étaient pas susceptibles d'arrêter en raison de questions de santé, mais ces questions constituaient l'une des raisons principales de l'abandon des méthodes hormonales. En Tunisie, en Egypte et en Equateur, environ 20% de toutes les utilisatrices de méthodes hormonales ont arrêté pour cette raison avant la fin de la première année, et environ 30% l'ont fait dans un délai de deux ans. L'abandon pour des motifs de santé était moins fréquent dans les trois autres pays, mais s'élevait néanmoins à environ 20% après 24 mois. En Thaïlande et en Indonésie, les femmes ayant recours à des contraceptifs injectables étaient même plus susceptibles d'abandonner pour ce motif que ne l'étaient les utilisatrices de la pilule.

La probabilité d'abandon pour des motifs de santé était beaucoup plus élevée parmi les utilisatrices du stérilet que parmi les utilisatrices de l'abstinence périodique ou du retrait, mais elle était généralement bien inférieure à la probabilité parmi les utilisatrices de méthodes hormonales. Ainsi, en Egypte, seulement 5% des femmes portant un stérilet avaient cessé pour cette raison au terme de la première année, par rapport à 19% des utilisatrices de la pilule.

En dépit des mises en garde mentionnées précédemment au sujet de l'échec de la méthode, les résultats sont fort plausibles. Pour toutes les méthodes combinées, la probabilité d'une grossesse durant l'utilisation d'une méthode variait considérablement entre les pays. Au terme de la période de 12 mois, la proportion cumulative variait entre 3-4% en Indonésie et en Thaïlande et environ 12% au Maroc et en

Equateur; au terme de la période de 24 mois, l'écart était accru à 5-21%. L'éventail de méthodes dans des pays particuliers constituait un facteur important, mais non le facteur principal; la fourchette pour les méthodes individuelles est presque aussi large. Ainsi, les taux d'échec de la pilule sont environ deux fois plus élevés au Maroc, en Egypte et en Equateur qu'ils le sont en Indonésie ou en Thaïlande.

La similitude surprenante dans les niveaux globaux de continuation des méthodes hormonales et des méthodes traditionnelles s'explique en grande partie par le fait que, dans chaque pays, les répercussions des inquiétudes relatives à la santé et des effets secondaires sur la continuation de méthodes hormonales étaient équilibrées par les répercussions de l'échec de la méthode sur la continuation de méthodes traditionnelles. Les probabilités d'échec étaient élevées parmi les utilisatrices de l'abstinence périodique, du retrait ou d'autres méthodes traditionnelles dans chaque pays, à l'exception de l'Indonésie. Dans tous les cas, ces probabilités étaient beaucoup plus élevées que celles relatives à la pilule. Au Maroc et en Equateur, plus de 20% des femmes pratiquant l'abstinence périodique sont devenues enceintes en moins d'un an, tandis qu'en Tunisie et en Indonésie, ces chiffres étaient plus bas (15% et 12%, respectivement) mais étaient néanmoins appréciables. En Tunisie, les taux d'échec relatifs au retrait étaient similaires à ceux de l'abstinence périodique mais, au Maroc et en Indonésie, ils étaient considérablement moindres. L'échec signalé avec les stérilets et les contraceptifs injectables était faible à tous les sites.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que peu de couples aient déclaré avoir abandonné leur méthode durant les premiers mois d'utilisation parce qu'ils désiraient un autre enfant. La probabilité cumulative sur 12 mois de l'abandon pour cette raison variait entre 5% et 10%, sauf en Thaïlande où elle atteignait 14%. Cependant, après 24 mois, le désir d'une grossesse était devenu plus répandu et la probabilité d'abandon pour ce motif variait entre 11% et 23%. Aucune différence systématique spécifique à la méthode n'est apparente, si ce n'est parmi les utilisatrices du stérilet qui étaient particulièrement peu susceptibles, dans les six pays, de faire retirer le dispositif parce qu'elles voulaient un autre enfant.

Caractéristiques personnelles et abandon

Le tableau 3 aborde la question de la motivation comme facteur déterminant de la continuation de la pilule et du stérilet. Les enquêtées étaient divisées en trois grands

*Pour données ultérieures concernant l'influence de l'intensité de la motivation sur les taux d'échec, voir: E. F. Jones, L. Paul et C. F. Westoff, «Contraceptive Efficacy: The Significance of Method and Motivation», *Studies in Family Planning*, 10:39-50, 1980.

groupes, suivant un nombre d'enfants vivants au début de l'épisode inférieur, égal ou supérieur à la taille désirée de leur famille. Le premier groupe peut être considéré comme ayant recours aux méthodes contraceptives pour espacer les naissances, et les deux derniers groupes pour ne plus avoir d'enfants. Comme on pouvait s'y attendre, l'abandon cumulé pour les deux méthodes était généralement plus élevé parmi les enquêtées dont la famille n'avait pas encore atteint la taille désirée au début de l'épisode qu'il ne l'était parmi celles dont la famille avait déjà atteint ou dépassé la taille désirée.

Que la contraception soit pratiquée pour ne plus avoir d'enfants ou pour espacer les naissances, le stérilet était utilisé pendant des périodes beaucoup plus longues que ne l'était la pilule. Comme le montre le tableau, parmi les femmes qui ne voulaient probablement plus d'enfants, 20% à 36% des utilisatrices de la pilule ont cessé dans un délai de 12 mois après avoir commencé à les prendre, par rapport à 6% à 19% des utilisatrices du stérilet. Cependant, on ne sait trop si cet écart est attribuable à des intensités différentes de sentiment au sujet de la régulation des naissances (non mesurées dans l'EDS), au fait que l'abandon du stérilet nécessite une décision consciente, ou à quelque autre raison.

Nous avons effectué une analyse plus détaillée pour la pilule parce qu'il s'agissait de la seule méthode offrant suffisamment d'épisodes d'utilisation pour les six pays. Le tableau 3 montre les différences dans l'abandon cumulé pour toutes causes sur 12 mois pour 100 épisodes d'utilisation de la pilule, suivant l'instruction de la femme et sa résidence en zones urbaines-rurales. Les différences dans le niveau d'instruction revêtent un intérêt particulier parce que l'opinion prévalente est que la pilule ne se prête pas à usage par les femmes peu ou non instruites. Nous avons observé que la continuation de la pilule variait peu entre les femmes ayant fréquenté l'école primaire et celles plus instruites dans tous les pays, à l'exception de la Tunisie. Dans trois pays pour lesquels la comparaison est possible, les femmes non instruites étaient plus susceptibles de cesser de prendre la pilule que ne l'étaient les femmes possédant au moins des études de niveau primaire; la différence n'était pas significative au Maroc et en Tunisie, mais elle était appréciable en Egypte. En Indonésie, les femmes non instruites étaient les moins susceptibles de cesser, parmi tous les groupes d'instruction. Il est évident qu'on ne peut se permettre aucune généralisa-

Tableau 3. Probabilités cumulatives d'abandon sur 12 mois pour 100 épisodes d'utilisation de méthode, par méthode et caractéristiques d'utilisatrices, suivant le pays

Méthode et caractéristique	Maroc	Tunisie	Egypte	Equateur	Indonésie	Thaïlande
TAILLE DE LA FAMILLE						
Stérilet						
Effective < désirée	13	21	20	21	17	18
Effective = désirée	13	10	8	10	5	12
Effective > désirée	19	6	7	7	7	13
Réponse non numérique	32	23	10	†	23	†
Pilule						
Effective < désirée	43	47	41	46	32	42
Effective = désirée	26	32	30	21	16	22
Effective > désirée	27	36	28	30	21	20
Réponse non numérique	37	†	39	†	26	†
INSTRUCTION						
Pilule						
Aucune	36	42	42	†	22	40
Primaire	33	41	33	36	27	35
≥secondaire	31	33	33	38	27	40
RESIDENCE						
Pilule						
Zones rurales	40	42	42	41	25	36
Zones urbaines	30	40	32	35	30	37

†Nombres insuffisants pour l'analyse.

tion simple quant à la capacité ou la volonté des femmes non instruites d'utiliser efficacement les contraceptifs oraux. Les résultats sont néanmoins encourageants dans l'ensemble parce qu'il ne semble pas nécessaire de procéder à une révision en profondeur des services et du counseling offerts aux femmes non instruites.

Les différences de continuation entre zones rurales et zones urbaines sont d'intérêt pratique en raison d'une éventuelle baisse de la continuation sous l'effet de problèmes d'accès en zones rurales. Bien que les enquêtées EDS aient rarement invoqué la disponibilité et l'accès comme raison principale de l'abandon, des problèmes du genre peuvent fort bien avoir un effet dissuasif, en synergie avec d'autres facteurs, sur le maintien de l'utilisation. Les données du tableau 3 suggèrent que l'abandon de la pilule dans les zones rurales différerait peu de celui en zones urbaines pour quatre des six populations. Un écart significatif n'était observé entre les zones urbaines et rurales qu'au Maroc et en Egypte.

Répercussions sur les politiques

Les principales répercussions de cette analyse descriptive des données EDS sur l'abandon de la contraception sont claires. En premier lieu, les résultats renforcent les arguments⁴ bien connus que de bons programmes de planification familiale doivent offrir un éventail de méthodes de manière à ce que les clients insatisfaits d'une méthode puissent passer facilement à une autre. Les gestionnaires de programmes doivent prévoir qu'environ une femme sur trois qui commencent à utiliser un contraceptif hormonal et environ

une utilisatrice de stérilet sur 10 cesseront de les utiliser en moins d'un an, et qu'une forte proportion de ces femmes auront besoin d'une autre méthode pour éviter une grossesse non désirée.

Une deuxième répercussion importante tient au rôle de méthodes soi-disamment naturelles (particulièrement l'abstinence périodique et le retrait) dans les programmes de planification familiale. Les niveaux d'échec signalé parmi les femmes utilisant ces méthodes étaient très élevés dans les six pays étudiés, bien que non nécessairement plus élevés que ceux parmi les femmes utilisant le préservatif ou une autre méthode à barrière mécanique. Le risque élevé d'échec constitue un inconvénient majeur pour les couples qui ne veulent plus d'enfants et qui vivent dans des pays où l'accès à l'avortement sûr est limité. Dans d'autres cas, cependant, les contributions de ces méthodes peuvent être reconnues avec moins de réserves. Les résultats présentés ci-dessus suggèrent que 40% à 50% des couples continuent à utiliser l'abstinence périodique ou le retrait après une période de 24 mois; ce niveau global de continuation n'est pas pire que les niveaux parmi les utilisatrices de méthodes hormonales.

Troisièmement, dans les six pays étudiés, les utilisatrices du stérilet étaient beaucoup plus susceptibles de continuer à utiliser leur méthode que ne l'étaient les utilisatrices d'autres méthodes. Les utilisatrices du stérilet étaient moins susceptibles que les utilisatrices de méthodes hormonales de cesser, en raison de questions de santé ou d'effets secondaires, et

(suite à la page 35)

Abandon de la contraception...

(suite de la page 17)

étaient moins susceptibles de signaler l'échec de la méthode. Trois avantages apparents du stérilet peuvent être attribués en partie aux caractéristiques des femmes qui choisissent cette méthode, plus particulièrement, l'intensité de leur volonté d'éviter une grossesse. Cependant, les écarts quant à la continuation globale sont si grands qu'il est implausible de les attribuer entièrement à des facteurs d'auto-sélection. Les résultats présentés dans cet article peuvent être utilisés légitimement au soutien d'une promotion plus active du stérilet. Ce soutien serait particulièrement approprié dans un contexte où le stérilet n'a jamais été utilisé couramment ou a été discrédité en raison de tentatives insensibles, dans le passé, d'en accroître la popularité, et là où la protection contre l'infection par le VIH et autres maladies transmissibles sexuellement ne constitue pas une grande priorité.

Les taux élevés d'échec pour des méthodes autres que le stérilet ont des répercussions évidentes pour les politiques sur l'avortement provoqué. Les données basées sur les EDS confirment les points de vue de ceux qui soutiennent que l'accès à l'avortement sûr doit faire partie de tout programme complet de planification familiale. Enfin, les analyses plus détaillées portant sur les contraceptifs oraux suggèrent que cette méthode peut être utilisée aussi efficacement par des femmes de zones rurales et non instruites que par des femmes de zones urbaines et mieux instruites.

Références

1. J. Bongaarts, «The Prevalence Method», in *Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programs on Fertility*, addendum à Manuel IX, n° ST/ESA/SER. A/Add.1, Nations unies, New York, 1986.
2. N. Goldman, L. Moreno et C. F. Westoff, «Collection of Survey Data on Contraception: An Evaluation of an Experiment in Peru», *Studies in Family Planning*, 20:147-157, 1989; et C. F. Westoff, N. Goldman et L. Moreno, *Dominican Republic Experimental Study: An Evaluation of Fertility and Child Health Information*, Princeton University, Office of Population Research, Princeton, N.J., U. S. A., et Institute for Resource Development/Macro Systems, Columbia, Md., U. S. A., août 1990.
3. W. P. Mauldin et J. A. Ross, «Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89», *Studies in Family Planning*, 22:350-367, 1991.
4. A. K. Jain, «Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services», *Studies in Family Planning*, 20:1-16, 1989.

NOTE AUX AUTEURS

La revue trimestrielle *International Family Planning Perspectives* publie des articles présentant des résultats de recherche sur les pays en développement et destinés à éclairer les spécialistes en matière de fécondité, planification familiale, protection maternelle et infantile et politiques démographiques. La rédaction invite tout chercheur, dirigeant ou administrateur de programme à soumettre des articles sur les sujets suivants: pratique contraceptive et recherche dans le domaine de la contraception; croissance démographique; niveaux, tendances et facteurs déterminants de la fécondité; espacement des naissances; questions juridiques et d'ordre public influant sur la planification familiale et la procréation; administration, élaboration et évaluation de programmes de planification familiale; activités relatives à l'information, l'éducation et la communication; maladies sexuellement transmissibles; hygiène sexuelle et comportement reproducteur; et protection maternelle et infantile.

Les auteurs devraient envoyer les manuscrits à l'adresse ci-dessous et mentionner l'affiliation complète, adresse, numéro de téléphone et numéro de télécopieur (si possible) de la personne avec qui nous devons communiquer.

Les manuscrits peuvent être rédigés en français, en anglais ou en espagnol et ne seront acceptés qu'à la condition qu'ils n'aient été soumis à aucune autre publication, ni déjà publiés. Tous les articles sont évalués par la rédaction et s'ils sont jugés intéressants, seront présentés, à titre anonyme, à l'appréciation de spécialistes. Les manuscrits non publiés ne seront pas renvoyés à leur(s) auteur(s).

Une fois acceptés, les manuscrits seront éventuellement révisés afin de les adapter au style et présentation propres à la revue. Les auteurs auront ensuite, à deux reprises, l'occasion de revoir leur article. Ils devront céder les droits d'auteur à la revue.

Certains articles retenus sont également publiés dans la version annuelle de la revue, en espagnol, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, ou en français, *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*.

Tous les manuscrits devraient être préparés de la manière suivante: dactylographiés en double interligne, avec un maximum de 30-35 pages; chaque feuillet doit être soigneusement paginé. La première page doit fournir les noms de tous les auteurs ainsi que leur affiliation (au moment où travaux ou recherches ont été effectués). Les manuscrits ne doivent pas comporter plus de 7-8 tableaux et doivent inclure un résumé ne dépassant pas une page. L'auteur ne doit soumettre qu'un seul exemplaire.

Tableaux et graphiques devront figurer chacun sur un feuillet séparé. Les auteurs sont priés de consulter les numéros précédents de la revue afin de voir comment les tableaux doivent être présentés. Ils devront également fournir les points de données pour tous diagrammes et graphiques. La rédaction se chargera du dessin graphique.

International Family Planning Perspectives
The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, New York 10005
Etats-Unis