

Efficacité de la contraception: une approche pour programmes internationaux

L'efficacité et la sécurité sont souvent les deux préoccupations les plus importantes des utilisatrices ou des utilisateurs de la contraception. L'efficacité peut être renforcée à travers les choix contraceptifs faits sur la base d'information exacte concernant les taux de grossesse comparatifs, surtout les taux liés à l'utilisation typique, les taux à court et à long terme ainsi que le contexte d'utilisation, par exemple, la détention du contrôle par la femme, l'homme ou le prestataire. Nous insistons sur les taux de grossesse liés à l'utilisation typique qui expriment le plus exactement le risque de grossesse pour l'utilisatrice moyenne.

L'efficacité de la contraception peut varier grandement pour les méthodes exigeant que les utilisateurs et les prestataires arrivent à une utilisation correcte et régulière. Les contraceptifs oraux (CO), les méthodes de barrière et les méthodes traditionnelles ont besoin d'être utilisées régulièrement et correctement. Pour les méthodes exigeant un réapprovisionnement régulier, l'utilisation efficace dépend également d'une source fiable de produit et d'un accès facile à cette source.

Un grand nombre de couples ne veulent plus d'enfants et, par conséquent, ils souhaitent une contraception de long durée très efficace. Un grand nombre de prestataires ne donnent les taux de grossesse que pour la première année d'utilisation du contraceptif, même pour les méthodes de longue durée. Mais les taux de grossesse annuels augmentent au fil du temps pour certaines méthodes et diminuent pour d'autres. Par conséquent, les prestataires doivent expliquer clairement le risque de grossesse à long terme, surtout pour les femmes et les hommes qui souhaitent utiliser une méthode pendant plusieurs années.

Définitions des taux d'efficacité de la contraception¹

Taux de grossesse lié à l'utilisation typique: Le taux de grossesse pendant l'**utilisation typique** d'une méthode contraceptive

Taux de grossesse lié à l'utilisation théorique: Le taux de grossesse pendant l'**utilisation théorique** (ou utilisation correcte et régulière) d'une méthode contraceptive.

Les taux de grossesse liés à l'utilisation typique sont souvent les plus appropriés au moment du choix d'une méthode, tant pour les clients que pour les prestataires. Souvent, ce taux varie d'un endroit à l'autre puisqu'il est influencé par l'utilisation régulière et correcte. La capacité de concevoir (fécondité), le moment et la fréquence des rapports sexuels et le fait de savoir si l'utilisation correcte continue dépend davantage de l'utilisateur/utilisatrice ou du prestataire. Certains clients qui sont très consciencieux et motivés peuvent également trouver que les taux d'utilisation théorique sont utiles.

Les taux de grossesse à court terme liés à l'utilisation typique dans la Figure 1 peuvent être utilisés pour une classification relativement simple des méthodes:

Catégories pratiques d'efficacité contraceptive par taux de grossesse liés à l'utilisation typique

Très bonne (0-1%)

Stérilisation féminine

Stérilisation masculine

Dispositif intra-utérin (DIU) (TCu 380A)

Injectables (DMPA) (moins efficace si accès limité)

Implants NORPLANT®

Bonne (2-12%) (très bonne avec utilisation théorique)

Contraceptifs oraux combinés (COC)

Pilule progestative (PP) (plus efficace pendant l'allaitement maternel ou la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA))

Moyenne (15-21%) (bonne avec utilisation théorique)

Condoms

Diaphragmes

Abstinence périodique

Spermicides

Pas de méthode (85%)

METHODES AVEC EFFICACITE BONNE OU MOYENNE

Méthodes de barrière et abstinence périodique

Les condoms, les diaphragmes, l'abstinence périodique et les spermicides ont des taux de grossesse liés à l'utilisation typique de 15% à 21% pendant la première année (Figure 1). L'utilisation régulière et correcte ou l'utilisation de plusieurs méthodes entraîne des taux de grossesse plus faibles. Par contre, l'utilisation irrégulière et incorrecte entraîne des taux plus élevés que les taux de grossesse liés à l'utilisation typique.

Contraceptifs oraux combinés

Les contraceptifs oraux combinés (COC) ont un taux de grossesse lié à l'utilisation typique de 8%, surtout à cause de l'utilisation fréquemment incorrecte et irrégulière.

Pilule progestative

La pilule progestative (PP) est moins efficace que les COC pour les femmes qui n'allaitent pas. Les taux de grossesse liés à l'utilisation typique pour la PP ne sont pas bien documentés. Nous avons estimé que le taux de PP est de 12%, soit 1,5 fois le taux des COC.

Pilule progestative pendant l'allaitement maternel

La PP est généralement distribuée aux femmes qui allaitent (et qui ont une fécondité moindre à l'état naturel) et, partant, elle atteint un niveau très élevé d'efficacité. Dans le cadre d'une très grande étude, le taux de grossesse à 11 mois chez les femmes qui allaitaient et qui utilisaient la PP était de 1,2%².

Counseling, fournitures et accès aux méthodes avec une efficacité bonne ou moyenne

L'utilisation théorique (ou l'utilisation régulière et correcte) entraîne des taux de grossesse nettement moindres pour chacune de ces méthodes. Cependant, des taux de grossesse plus élevés que l'utilisation typique peuvent se présenter, particulièrement si l'instruction et le counseling sont inadéquats et si la disponibilité et l'accès aux produits sont limités (pour la pilule, les condoms et les spermicides).

Les facteurs qui influencent grandement l'efficacité des méthodes doivent être clairement présentés aux clients qui choisissent une méthode (voir Chapitre 3.1, Interactions clients-prestataires pour les services de planification familiale). Ces facteurs portent sur les points suivants:

- ! disponibilité continue des produits,
- ! capacité de la cliente à revenir pour les produits,
- ! capacité de prendre en charge les effets secondaires et les complications,
- ! compréhension de la cliente quant à la manière de prendre en charge les effets secondaires (par exemple, saignements menstruels irréguliers), pilules oubliées, etc., et
- ! instructions correctes d'utilisation.

Utilisation de méthodes doubles ou multiples pour les méthodes avec une efficacité bonne ou moyenne

L'efficacité des méthodes de barrière et de l'abstinence périodique peut être augmentée si on utilise ensemble deux ou plusieurs méthodes. Toutefois, cet accroissement n'est pas bien quantifié. L'utilisation de méthodes doubles devrait être particulièrement attirante en cas de besoin de réduire le risque des infections sexuellement transmissibles (MST) et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Des méthodes multiples pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles (MST) et améliorer l'efficacité contraceptive, tout particulièrement lorsqu'une ou plusieurs méthodes sont contrôlées par la femme, augmenteront au moins l'utilisation constante d'une méthode.

Vu les taux de grossesse relativement élevés liés à l'utilisation typique dans les pays en développement (et dans les pays développés pour les groupes plus pauvres et moins instruits), les prestataires devraient fournir aux clients, si possible, des méthodes supplémentaires. Les méthodes de barrière ont pour double rôle de fournir une protection contraceptive supplémentaire et de protéger contre les MST, y compris le VIH. La pilule contraceptive d'urgence (PCU) à base d'hormones constitue une autre méthode supplémentaire pouvant convenir pour prévenir la grossesse. Les prestataires peuvent fournir systématiquement la PCU dans le cas où une femme a besoin d'une contraception d'urgence ou alors, fournir des informations sur la manière d'avoir accès à la PCU.

METHODES AVEC UNE TRES BONNE EFFICACITE

Le dispositif intra-utérin (DIU) (TCu 380A), la stérilisation féminine et masculine, l'injectable, le DMPA (Depo Provera) et les implants NORPLANT® ont de très faibles taux de grossesse après une année d'utilisation. Les taux liés à l'utilisation typique et théorique sont analogues tant que la méthode est utilisée. Les contraceptifs injectables exigent des réinjections régulières et des produits. Le risque de grossesse s'accroît si ces conditions ne sont pas satisfaites, bien que les taux publiés liés à l'utilisation typique ne tiennent pas compte de cela (voir Counseling, produits et accès).

On peut mieux comparer les taux à long terme en prenant les taux de grossesse liés à l'utilisation théorique puisque les méthodes généralement utilisées à long terme dépendent moins d'action régulière et continue de la part de la cliente et du prestataire. Par conséquent, les grossesses sont plus souvent imputables à l'échec de la méthode plutôt qu'à l'échec de l'utilisateur. Une utilisation incorrecte ou irrégulière est une cause relativement rare de grossesse pour les méthodes à long terme.

Le Tableau 1 présente des taux de grossesse à court et à long terme liés à l'utilisation théorique pour les méthodes à long terme les plus courantes dans les pays en développement. Le DMPA est inclus puisqu'il s'agit d'une méthode à action durable qui est souvent choisie pour l'emploi à long terme.

Stérilisation féminine

La stérilisation féminine est l'une des méthodes de contraception les plus utilisées au monde. Les grossesses sont les plus susceptibles de se présenter pendant la première ou la deuxième année suite aux erreurs de procédure ou à la reperméabilisation. La stérilisation contraceptive immédiate après l'accouchement (dans les 48 heures après l'accouchement) est tout aussi efficace, voire plus efficace que la stérilisation réalisée pendant l'intervalle entre les grossesses, en utilisant les techniques types d'occlusion pendant la minilaparotomie. Pour les couples qui ne souhaitent plus d'enfant, la stérilisation a pour avantage d'être permanente et, partant, extrêmement efficace, bien au-delà de la période des cinq à dix ans des autres méthodes de longue durée.

DIU

En se fondant sur les taux de grossesse liés à l'utilisation théorique, le TCu 380A et le futur DIU LNG 20 (20 mcg de lévonorgestrel) sont comparables à la stérilisation féminine. Les taux de grossesse du DIU pendant la première année indiqués par les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes des Centers for Disease Control (CDC) représentent des taux de grossesse plus élevés liés à l'utilisation typique puisque l'utilisation efficace du DIU dépend davantage d'une action continue de la cliente (par exemple, vérifier que le DIU n'a pas été expulsé) mais dans une moindre mesure que pour la pilule, les condoms et les méthodes de barrière.

DMPA

Les taux d'utilisation théorique pour le contraceptif injectable de trois mois, l'acétate de

médorxyprogestérone dépôt (DMPA), sont analogues aux taux d'utilisation théorique de la stérilisation féminine, du DIU TCu 380A et du DIU LNG 20 ainsi que des implants NORPLANT® avec capsules souples pendant cinq ans. Cependant, suite à la dépendance des visites de suivi pour les injections et du prestataire qui doit garantir la disponibilité de la méthode, les taux de grossesse pourraient être plus élevés.

Implants NORPLANT®

Il n'y a pas de distinction entre l'utilisation théorique et l'utilisation typique pour les implants NORPLANT® puisqu'il n'existe pas de besoin, tant du point de vue client que prestataire, concernant l'utilisation effective, analogue à la stérilisation contraceptive. La principale différence se situe entre les implants NORPLANT® avec capsules dures fournis dans les pays en développement jusqu'au milieu de l'année 92, comparés aux implants NORPLANT® avec capsules souples qui représentent actuellement la seule version disponible. Les taux de grossesse avec les capsules dures augmentent progressivement et sont plus influencés par le poids corporel que les taux avec capsules souples, surtout pendant la quatrième et la cinquième années de l'utilisation. Les taux de grossesse pour les implants NORPLANT® avec capsules souples ne sont pas aussi variables et n'indiquent aucun accroissement pendant la cinquième année (voir Chapitre 1.11, Questions choisies sur les implants NORPLANT®).

SOURCES ET QUALITE DES DONNEES SUR L'EFFICACITE CONTRACEPTIVE

La plupart des taux de grossesse présentés ici proviennent des pays industrialisés afin de fournir exactitude et régularité pour toutes les méthodes. Chaque fois que c'est possible, les taux de grossesse liés à l'utilisation typique reflètent toutes les grossesses, y compris celles qui se terminent par un avortement.

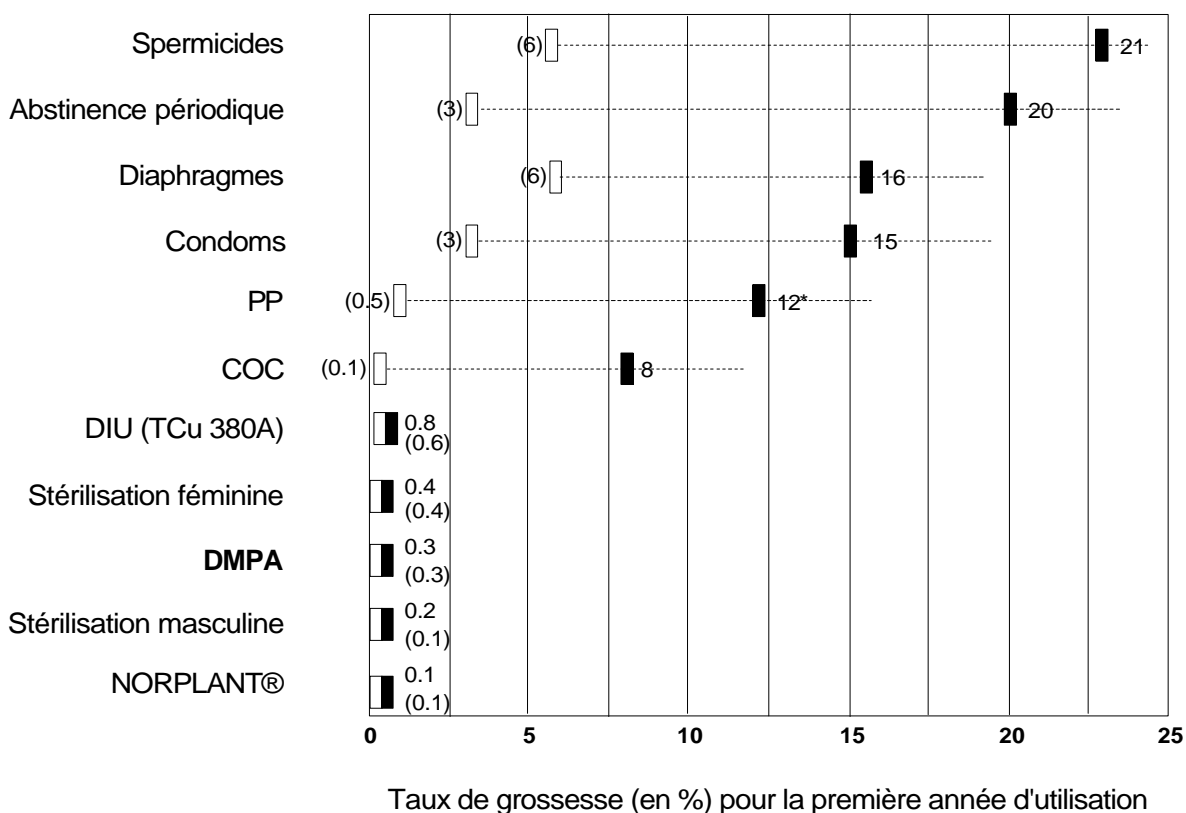
Vu que plusieurs facteurs peuvent influencer l'efficacité contraceptive, il peut être utile d'envisager, au niveau des différents pays, des sources supplémentaires d'information. Actuellement, il n'existe pas de mécanisme précis pour fixer les taux de grossesse par méthode et par pays. Un consensus provenant d'experts connaissant bien les divers types d'information est probablement nécessaire. Par exemple, l'EDS de 1994 au Bangladesh indique un taux de grossesse de 1,7 pour les contraceptifs oraux (OC)³. Par contre, Bairagi indique un taux de grossesse de 15 pour l'utilisation de la pilule sur une année, soit dix fois plus élevé, à Matlab, au Bangladesh, alors qu'on pouvait penser qu'à priori, la pilule y était utilisée plus correctement et régulièrement que dans le pays pris dans son ensemble⁴. Dans cette même étude, il indique un taux de grossesse de 1 pour les injectables (DMPA). Probablement que la documentation des agents de santé sur l'utilisation effective des injectables rapprochait davantage ce taux à celui de l'utilisation théorique. La méthodologie de collecte de l'information influence probablement les taux de grossesse indiqués par les diverses études.

Les études locales, telles que celles du Bangladesh, pourront être plus utiles que les données des pays industrialisés (surtout les données des essais cliniques) pour les méthodes exigeant des actions continues des clients et des prestataires.

CONCLUSION

Les taux de grossesse liés à l'utilisation typique sont souvent plus appropriés que les taux liés à l'utilisation théorique pour les clients qui cherchent à comprendre l'efficacité contraceptive, surtout pour le court terme. Les taux de grossesse peuvent être plus faibles ou plus élevés que les taux moyens liés à l'utilisation typique, suivant le niveau d'utilisation régulière et correcte. Les méthodes choisies le plus souvent pour la contraception à long terme – stérilisation, DIU, DMPA et implants NORPLANT® ont également les taux de grossesse les plus faibles liés à l'utilisation typique (0-1%); les COC et la PP ont des taux plus élevés (2-12%) et les condoms, les diaphragmes, l'abstinence périodique et les spermicides ont les taux les plus élevés (15-21%). Les taux liés à l'utilisation théorique ou typique dans de longue durée (cinq ans ou plus) sont analogues pour la stérilisation, le DIU et les implants NORPLANT®. Mais le manque de fourniture ou l'accès limité aux injectables et la faible utilisation continue peuvent influencer les taux de grossesse notifiés dans divers contextes. L'utilisation de méthodes multiples peut améliorer l'efficacité contraceptive et prévenir les MST au même titre que d'autres facteurs, par exemple, la détention du contrôle de la méthode qui revient davantage aux femmes, aux hommes ou aux prestataires.

Figure 1 Taux de grossesse liés à l'utilisation typique et théorique par méthode contraceptive



Utilisation typique
 Utilisation théorique (Utilisation régulière et correcte)

* Pendant l'allaitement maternel, la PP a un taux de grossesse bien plus faible.

Sources: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart G, Kowal D, Guest F, et al. Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994. Jones EF, Forrest JD. Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG. Family Planning Perspectives 1992;24(1):12-9. Graphic format adapted from FHI, Contraceptive Technology Update series, Oral Contraceptives, Sept. 1996.

Tableau 1: Taux de grossesse cumulés à long terme pour certaines méthodes de planification familiale

	Taux de grossesse cumulés pendant des années									
	1	2	3	4	5	7	10			
Stérilisation féminine, post-	0.0	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.8	5		
Stérilisation féminine,	0.7	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2.0	5		
DIU, TCu 200	2.1	5.0						6		
DIU, TCu 220C			3.3	3.9	3.9	4.9	5.7	7,8		
DIU, TCu 380A	0.6		1.0	1.1	1.4	1.6	2.1	8,9		
DIU, LNG 20	0.2				1.1	1.1		10, 11,		
Injectable, DMPA	0.3	0.5	0.9	0.9	0.9			13		
Implants NORPLANT®,	0.2	0.7	1.9	3.4	4.2			14		
Implants NORPLANT®,	0.1	0.1	0.5	1.0	1.0			14		

* Stérilisation féminine utilisant des techniques standard d'occlusion de la minilaparotomie pendant le post-partum et à intervalle

** Non disponible après le milieu de 1992, bien que certaines clientes aient besoin de retrait en 1997 et par la suite.

Source: Medical Services, Pathfinder International, July 1996.

Citations:

- Steiner M, Dominik R, Trussell J, Hertz-Picciotto I. Measuring contraceptive effectiveness: a conceptual framework. *Obstetrics and Gynecology* 1996;88(3 Suppl):S24-S30.
- Dunson T, McLaurin V, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactation women. *Contraception* 1993;47:23-35.
- White V, Huber D. One year contraceptive pregnancy rates from DHS and CDC Surveys by country, 1990-1995. Watertown, MA: Pathfinder International, 1996.
- Bairagi R, Rahman M. Contraceptive failure in Matlab, Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* 1996;22(1):21-5.
- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. collaborative review of sterilization. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;174(4):1161-70.
- Sivin I, Stern J. Long-acting, more effective copper T IUDs: a summary of U.S. experience, 1970-1975. *Studies in Family Planning* 1979;10(10):263-81.
- Rowe P. WHO randomized multicenter comparative trials of copper IUDs. Personal communication, Feb 1, 1988.
- World Health Organization special programme of research, development and research training in human reproduction, task force on the safety and efficacy of fertility regulating methods. The TCu380A, TCu220C, Multiload 250 and Nova T IUDs at 3, 5, and 7 years of use- results from three randomized multicentre trials. *Contraception* 1990;42(2):141-58.
- Rowe P. Research on intrauterine devices. In: World Health Organization. Special programme of research, development and research training in human reproduction. Annual technical report: 1992. Geneva: WHO, 1993:289.
- Sivin I, Stern J, Diaz J, Diaz MM, Faundes A, el Mahgoub S, et al. Two years of intrauterine contraception with levonorgestrel and with copper: a randomized comparison of the TCu 380Ag and levonorgestrel 20 mcg/day devices. *Contraception* 1987;35(3):245-55.
- Sivin I, el Mahgoub S, McCarthy T, Mishell DR Jr, Shoupe D, Alvarez F, et al. Long-term contraception with the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the copper T 380Ag intrauterine devices: A five-year randomized study. *Contraception* 1990;42(4):361-78.
- Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CE, el Mahgoub S, Diaz S, et al. Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 1991;44(5):473-80.
- Schwally P, Assenzo J. Contraceptive use efficacy study utilizing medroxyprogesterone acetate administered as an intramuscular injection once every 90 days. *Fertility and Sterility* 1973;24(5):331-9.
- Sivin I. Contraception with NORPLANT® implants. *Human Reproduction* 1994;9(10):1818-26.