

# Population & Sociétés

## La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?

Nathalie Bajos\*, Aline Bohet\*, Mireille Le Guen\*, Caroline Moreau\* et l'équipe de l'enquête *Fecond*

Quelles sont les méthodes de contraception utilisées aujourd'hui en France ? La loi votée en 2001 visant à faciliter l'accès à la contraception, notamment chez les mineures, et l'offre de nouvelles méthodes ont-elles modifié les pratiques ? Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen et Caroline Moreau nous livrent ici les premiers résultats de l'enquête *Fecond*.

Le paysage contraceptif a connu des évolutions notables en France au cours de la dernière décennie. La loi Aubry du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception et à l'avortement chez les mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale<sup>(1)</sup> ; elle a aussi légalisé la stérilisation à visée contraceptive. Au début des années 2000 les femmes se sont également vu proposer de nouvelles méthodes hormonales de contraception comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal (encadré 1), et elles peuvent depuis accéder à la contraception d'urgence sans ordonnance, et gratuitement pour les mineures. L'enquête *Fecond* réalisée en 2010 par l'Inserm et l'Ined (encadré 2) permet d'examiner les dernières tendances en matière de contraception, les méthodes utilisées selon l'âge des femmes et leur milieu social, et les pratiques des professionnels de santé.

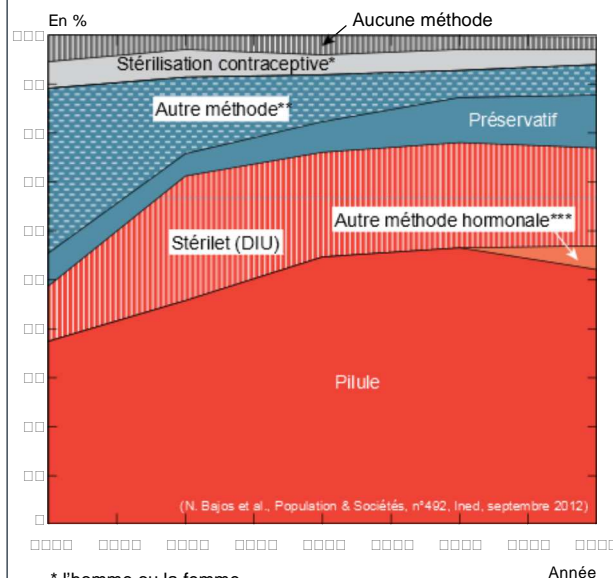
### Une baisse inédite de l'utilisation de la pilule

La pilule reste aujourd'hui la méthode de contraception la plus utilisée en France, une femme de 15-49 ans sur deux l'utilisant en 2010<sup>(2)</sup>. Mais alors que la proportion de femmes y ayant recours n'avait cessé d'augmenter depuis

\* Institut national de la santé et de la recherche médicale et Institut national d'études démographiques.

(1) Avant le vote de cette loi, les femmes mineures pouvaient se rendre dans un centre de planning familial pour obtenir anonymement et gratuitement une méthode de contraception. La gratuité de la contraception reste aujourd'hui limitée aux prescriptions assurées dans les centres de planning familial.

Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Évolution 1978-2010



\* l'homme ou la femme  
\*\* retrait, abstinence périodique, méthode locale, autre, ne sait pas  
\*\*\* implant, patch, anneau vaginal

Sources : Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

(2) Tous les chiffres présentés ici se rapportent aux femmes concernées par la contraception, celles qui utilisent une méthode et celles qui n'en utilisent pas et ont des rapports sexuels avec des hommes, ne sont ni stériles ni enceintes, et ne souhaitent pas être enceintes.

Encadré 1

### Les nouvelles méthodes hormonales de contraception

L'implant est un petit bâtonnet cylindrique en plastique de 4 cm de long et 2 mm de diamètre qui contient le même type de substance que les pilules progestatives. Il s'insère sous la peau du bras au moyen d'une aiguille spéciale et sa durée d'action est de 3 ans. L'implant contraceptif est efficace à 99,9 %. Disponible en France depuis 2001, il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie.

Le patch est un timbre qui se colle sur la peau et qui contient une association similaire à celle d'une pilule combinée. Les deux hormones (l'estradiol et le progestatif) pénètrent dans le sang à travers la peau. Le patch est changé une fois par semaine durant 3 semaines et reposé après une semaine d'arrêt. Son efficacité est proche de celle des pilules oestro-progestatives mais il n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

L'anneau vaginal est un anneau flexible en plastique poreux qui contient une association d'hormones (estrogène + progestatif). La femme l'insère au fond du vagin. Il s'utilise pendant trois semaines, suivies d'une semaine d'arrêt. L'anneau vaginal, aussi efficace qu'une pilule oestro-progestative, n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

la légalisation de la contraception en 1967, elle a légèrement diminué depuis le début des années 2000 (- 4,6 %). Cette baisse est globalement compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales (encadré 1). Ces méthodes se sont diffusées au cours de la dernière décennie au point d'être utilisées par 4 % des femmes en 2010 (figure 1). Parmi elles, l'implant est la méthode la plus utilisée (2,6 % des femmes de 15-49 ans), devant l'anneau vaginal (1,0 %) et le patch contraceptif (0,4 %).

Le recours à la pilule a diminué de façon différente selon l'âge des femmes. Chez les jeunes de 18-19 ans, la baisse (- 4,4 %) s'accompagne d'un recours plus fréquent au préservatif et aux nouvelles méthodes hormonales. Chez les femmes de 20-24 ans, la baisse (- 10,4 %) n'est qu'en partie compensée par le recours aux nouvelles méthodes hormonales (+ 5,1 %). Chez celles de 25-29 ans (- 5,8 %), elle est en revanche plus que compensée par ce recours (+ 6,9 %).

S'agissant des autres méthodes de contraception, les évolutions de la dernière décennie sont en continuité avec les tendances précédentes : le recours au stérilet (ou dispositif intra-utérin, DIU) continue à diminuer légèrement tandis que l'utilisation du préservatif comme contraceptif progresse encore. Le recours aux autres méthodes comme le retrait ou la méthode des températures, en baisse régulière depuis les années 1970, s'est stabilisé depuis 2000 et concerne aujourd'hui 6,2 % des femmes. La stérilisation contraceptive continue quant à elle à ne concerner qu'une minorité de femmes (3,9 % d'entre elles et 0,3 % de leurs partenaires masculins) alors qu'elle a été légalisée en 2001 comme méthode contraceptive.

Quant aux femmes qui n'utilisent pas de contraception du tout alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, elles ne sont aujourd'hui comme hier qu'une petite minorité, environ 3 % (5,1 % des 45-49 ans et seulement 0,9 % des 15-17 ans).

### Un modèle contraceptif figé

Le modèle contraceptif français apparaît peu flexible, restant caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient.

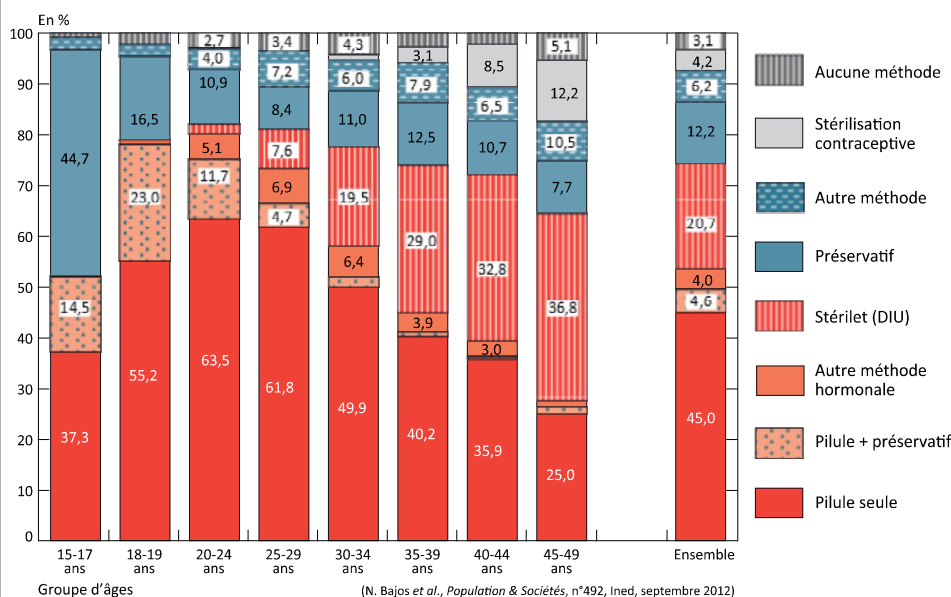
En 2010, la pilule est la méthode la plus utilisée à tous les âges (figure 2). Seules les femmes de 45-49 ans lui préfèrent le stérilet. Cette dernière méthode est utilisée en moyenne par 21 % des femmes. Mais, sans changement depuis les années 1970, son recours reste réservé aux plus âgées ou à celles qui ont déjà eu des enfants, en dépit des recommandations de la Haute autorité de santé diffusées en 2004 à l'ensemble des professionnels de santé précisant que le stérilet pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant [1]. De fait, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le stérilet en 2010, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus. Les raisons de ce faible recours au stérilet chez les femmes sans enfant sont complexes et renvoient notamment aux représentations qu'ont les femmes et les professionnels de santé de cette méthode : 54 % des femmes interrogées en 2010 considèrent qu'elle n'est pas indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes (enquête auprès des médecins, voir encadré 2).

Le préservatif est utilisé par une majorité de femmes en début de vie sexuelle : plus d'une femme de 15-17 ans sur deux l'utilise comme méthode contraceptive (59 %), parfois en association avec la pilule (dans 15 % des cas). La proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge. Les difficultés que les femmes et leurs partenaires masculins peuvent rencontrer avec cette méthode sont peu souvent associées au recours à la contraception d'urgence : seule une femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours des 4 dernières semaines indique avoir eu recours à cette méthode de rattrapage. En outre, la contraception d'urgence reste peu évoquée lors des consultations médicales : 36 % des gynécologues indiquent avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année et 11 % des généralistes.

### Des pratiques socialement différenciées

Au début des années 1980, les femmes des milieux sociaux les plus favorisés avaient beaucoup plus souvent recours à la pilule et au stérilet que les autres. Ces dis-

Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



Sources : Enquête Fecond (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

des méthodes disponibles, est plus souvent utilisé par les femmes qui connaissent des difficultés financières (4,5 % contre 1,7 % pour celles qui déclarent ne pas avoir de difficultés), ou par celles d'une nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (23,5 % contre 2,4 % pour les femmes de nationalité française) alors que les classes privilégiées sont habituellement les premières à s'approprier de nouveaux produits. L'utilisation de l'implant semble, pour partie, renvoyer à un modèle contraceptif qui prône de prescrire aux femmes étrangères une méthode dont l'efficacité ne dépend pas de leur observance supposée a priori défaillante [3].

parités sociales se sont par la suite beaucoup atténuées, d'abord pour la pilule (dans les années 1990) puis pour le stérilet (à la fin des années 1990) [2]. Au début des années 2000, les différences sociales portaient principalement sur le type de pilule utilisé, les femmes de milieux favorisés se voyant plus souvent que les autres prescrire les pilules de 3<sup>e</sup> génération (alors non remboursées). Aujourd'hui, si des inégalités sociales subsistent, c'est dans l'accès même à la contraception : les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, n'utilisent pas de contraception du tout plus fréquemment que les autres. Les ouvrières sont 6,5% dans ce cas contre seulement 1,6 % des femmes cadres.

Le type de suivi médical varie également selon le milieu social avec des conséquences sur le choix de la méthode de contraception. Les ouvrières sont 73 % à être suivies par un gynécologue pour leur contraception contre 82 % des femmes cadres. Et les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48 % contre 70 %) mais ont davantage recours au stérilet (26 % contre 7 %). Les gynécologues se considèrent mieux formés à la pose du stérilet que les généralistes (98 % de ceux interrogés par l'enquête Fecond considèrent que leur formation les a bien préparés à cet acte contre 29 % des généralistes).

Les attentes des femmes et les représentations qu'ont les médecins de leur aptitude à suivre les prescriptions contribuent aux choix des méthodes utilisées. L'implant contraceptif, dont l'efficacité est parmi les plus élevées

### L'influence de la précarité socioéconomique

À quoi tient la baisse récente du recours à la pilule chez les plus jeunes, notamment les 20-24 ans ? Viendrait-elle d'une méfiance accrue envers les produits médicamenteux qui les conduirait à se détourner des méthodes hormonales ? Cette hypothèse ne saurait être écartée mais semble insuffisante. Le déclin de la pilule chez les 20-24 ans entre 2000 et 2010 est ainsi moins marqué chez les femmes les plus diplômées, plus enclines à adhérer aux « discours écologiques » (- 5,1 % chez les titulaires d'un diplôme supérieur au bac contre - 12,9 % chez les autres). Le suivi gynécologique a par ailleurs diminué chez ces jeunes femmes : en 2010, 12,2 % d'entre elles déclarent ne pas avoir de suivi habituel, contre 6,9 % en 2000.

La dégradation de la situation économique des jeunes femmes au cours des dix dernières années a peut-être eu une influence. Le taux de chômage a fortement augmenté chez les femmes de 20-24 ans (de 16,5 % en 2000 à 21,2 % en 2010), tandis que la situation est moins défavorable pour les 25-29 ans (11,2 % en 2000 et 8,9 % en 2010), chez qui le recours aux méthodes hormonales de contraception et le suivi gynécologique régulier sont restés globalement stables. D'ailleurs, les jeunes femmes de 20-24 ans qui connaissent une situation financière délicate et qui ne vivent plus chez leurs parents utilisent moins souvent la pilule que les autres (71 % contre 88 %). Le recours à la pilule peut représenter un budget important lorsque les femmes se voient prescrire des marques non remboursées, ce qui est le cas de 42 % d'entre elles

## Encadré 2

### L'enquête *Fecond* de 2010 et les enquêtes précédentes sur la contraception

Plusieurs enquêtes de l'Ined ont permis de suivre l'évolution des pratiques contraceptives en France depuis l'adoption de la loi Neuwirth en 1967. Réalisées en liaison avec l'Insee, en 1978, 1988 et 1994, ces enquêtes reposaient sur des échantillons représentatifs de la population féminine d'âge reproductif [2, 4]. En 2000, une étude de cohorte (enquête *Cocon*) a été lancée par l'Inserm et l'Ined portant sur des femmes de 18-44 ans suivies pendant 5 ans [5].

En 2010, une nouvelle enquête sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive a été réalisée par l'Inserm et l'Ined (enquête *Fecond*)<sup>(a)</sup> auprès d'échantillons aléatoires de 5 275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3 373 hommes du même âge. Cette enquête a été conduite par téléphone auprès de personnes disposant d'un téléphone fixe ainsi qu'auprès de personnes abonnées exclusives de téléphones mobiles (qui représentent 14 % des 15-49 ans en France). Elle explore les pratiques contraceptives depuis l'entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement et les dysfonctions sexuelles.

L'enquête en population générale s'est accompagnée d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1 011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville tirés au sort dans le répertoire Adeli de l'Assurance maladie. Ils ont été interrogés en 2011 au moyen d'un questionnaire imprimé ou par internet, sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'enquête *Fecond* a été financée par l'Inserm, l'Ined, l'ANR, la DGS, la Drees, l'Inpes et l'Iresp.

(a) L'enquête *Fecond* a été réalisée par une équipe composée de : N. Bajos et C. Moreau (responsables scientifiques), A. Bohet (coordinatrice), A. Andro, L. Aussel, J. Bouyer, G. Charrance, C. Debest, D. Dinova, D. Hassoun, M. Le Guen, S. Legleye, E. Marsicano, M. Mazuy, E. Moreau, H. Panjo, N. Razafindratsima, A. Régnier-Loitier, V. Ringa, E. de La Rochebrochard, V. Rozée, M. Teboul, L. Toulemon, C. Ventola.

aujourd'hui<sup>(3)</sup> ; et seules 43 % des jeunes utilisatrices de pilule en situation financière difficile sont totalement remboursées pour leur contraception.

### La contraception en 2010 : entre contraintes sociales et logiques médicales et financières

Les différences sociales enregistrées en 2010 traduisent les difficultés que rencontrent certaines femmes à s'engager dans une démarche contraceptive, notamment celles qui connaissent une situation financière difficile. L'absence totale de protection contraceptive, qui rend très probable la survenue de grossesses non prévues, représente un enjeu qui n'a sans doute pas été suffisamment pris en compte dans le débat en France. Elle ne

concerne certes que peu de femmes à un instant donné, et correspond le plus souvent à des situations sociales et familiales transitoires, mais touche finalement nombre de femmes à un moment ou un autre de leur vie.

L'enquête *Fecond* montre aussi combien le choix de la méthode de contraception est lié à la position sociale des femmes ainsi qu'aux logiques médicales et financières qui régissent le champ de la contraception. Les professionnels de santé ont des difficultés à adapter leurs pratiques, et leur formation est un enjeu essentiel.

En définitive, le caractère socialement marqué des pratiques contraceptives souligne la nécessité de tenir compte de l'ensemble des acteurs concernés, les femmes mais aussi leurs partenaires masculins et les prescripteurs, dans les analyses et les mesures politiques en matière de contraception.

### Références

- [1] ANAES, INPES, AFSSAPS, 2004 – *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*, 2004.
- [2] Catherine de Guibert-Lantoine, Henri Leridon, 1998 – « La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population* 53 (4), p. 785-812.
- [3] Hélène Bretin, 1992 – *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*. Éditions Inserm, Paris, 230 p.
- [4] Laurent Toulemon, Henri Leridon, 1992 – « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale », *Population* 47 (1), p. 1-46.
- [5] Nathalie Bajos, Henri Leridon, Nadine Job-Spira, 2004 – « La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 » *Population* 59 (3-4), p. 409-418.

### Résumé

En France, en 2010, 50 % des femmes de 15-49 ans concernées par la contraception utilisent la pilule. La proportion d'utilisatrices a légèrement diminué depuis le début des années 2000, la baisse étant compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales de contraception (implant, patch contraceptif et anneau vaginal) sauf chez les 20-24 ans. Le recours au stérilet (DIU) continue de diminuer légèrement et l'utilisation du préservatif progresse. La stérilisation contraceptive n'est utilisée que par une minorité de femmes alors qu'elle a été légalisée en 2001 comme méthode contraceptive. Environ 3 % de femmes n'utilisent pas de contraception du tout alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Cette situation est plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural.

(3) Les pilules non remboursées utilisées en 2010 étaient essentiellement des pilules de troisième génération qui n'améliorent pas le service médical rendu par rapport aux autres pilules.

