



Pratiques contraceptives en France

Caroline Moreau
Université
Johns Hopkins,
Inserm 1018

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 58.*

Malgré une progression constante de la contraception médicalisée (hormonale ou dispositif intra-utérin) – passée de 35 % en 1978 à 59 % en 2010 [5, 9] –, le taux d'interruption volontaire de grossesse en France est resté relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années, autour de 15 IVG pour 1 000 femmes par an [73], questionnant l'efficacité des politiques de planning familial dans notre pays.

Le paradoxe contraceptif en France : un problème de santé publique ?

Ce paradoxe apparent ignore toutefois les différentes étapes du recours à l'IVG, car ce taux n'est pas seulement déterminé par la probabilité de grossesse, mais aussi par la propension à interrompre une grossesse non prévue [62]. Les travaux menés à partir d'une série d'enquêtes nationales sur la fécondité depuis 1975 permettent de « déconstruire » ce paradoxe. Ces travaux montrent que l'augmentation de la couverture contraceptive médicale s'accompagne d'une diminution des grossesses non prévues, dont l'indice baisse de 1,23 grossesse non prévue par femme de 18 à 44 ans en 1975 à 0,85 sur la période 2005-2009 [5, 9]. Ils montrent aussi qu'en cas de grossesses non prévues, la probabilité d'interrompre ces grossesses a significativement augmenté (44 % en 1975 *versus* 60 % sur la période 2006-2009), « contrebalançant » ainsi l'effet de la contraception [5, 9]. Le taux d'IVG s'avère ainsi un indicateur peu performant pour mesurer l'impact au long cours des politiques de diffusion de la contraception médicale.

Ces évolutions historiques concernent tous les âges de la vie reproductive, avec toutefois un effet plus marqué chez les jeunes femmes (âgées de moins de 30 ans), dont l'indice de grossesses non prévues passe de 0,82 à 0,49 sur quarante ans. Le succès de la contraception médicale chez les jeunes est d'autant plus remarquable qu'il se conjugue à une augmentation de la période de sexualité avant le premier enfant, passant en moyenne de 5,5 ans en 1970 à 10,5 ans en 2010. Ceci est principalement lié à l'augmentation de l'âge maternel à la première maternité (27,9 ans en 2010 *versus* 23,9 ans en 1975) tandis que l'âge d'entrée dans la sexualité n'a baissé que d'un an sur cette période (17,6 ans en 2000 *versus* 18,5 ans en 1975).

En dépit de ces tendances généralement favorables, les données nationales récentes, collectées depuis 2000, révèlent pour la première fois en quarante ans une augmentation des grossesses non prévues, conjuguée à une diminution de la propension à interrompre ces grossesses chez les femmes de 30 ans et plus. Ainsi l'indice de grossesses non prévues pour cette classe d'âge est passé de 0,29 à 0,35 ces dix dernières années,

se traduisant à la fois par une augmentation des IVG mais surtout par une augmentation des naissances non prévues (dont l'indice passe de 0,10 à 0,16), un phénomène nouveau qui appelle à un suivi particulier en raison des effets de l'âge maternel sur la morbidité maternelle et périnatale.

Le modèle contraceptif français : continuité et évolution récente

Un modèle peu efficient aux âges les plus fertiles

Le paysage contraceptif fortement médicalisé en France répond à un modèle peu flexible prônant l'usage du préservatif en début de vie sexuelle, dans le cadre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, suivi de la pilule contraceptive lorsque la situation conjugale se stabilise, puis de l'usage du dispositif intra-utérin (DIU) en fin de vie reproductive pour limiter le nombre de naissances. Ce modèle est peu optimal en raison de la difficulté de gestion des méthodes de courte durée d'actions (méthodes naturelles, barrières ou hormonales – pilule, patch, anneau vaginal ou injections). Ces difficultés génèrent des erreurs d'utilisation entraînant des taux d'échecs bien plus élevés en pratique courante qu'en théorie [51]. Les échecs de ces méthodes, adoptées par une femme sur deux en France en 2010, contribuent à 61 % des grossesses donnant lieu à une IVG (27,7 % d'échecs de méthodes hormonales, 14,3 % d'échecs de préservatifs et 19,1 % d'échecs d'autres méthodes barrières ou naturelles), tandis que les échecs des méthodes long court (implant, DIU, stérilisation), utilisées par une femme sur cinq en 2010 [49], ne contribuent que pour 1,6 % des IVG [50].

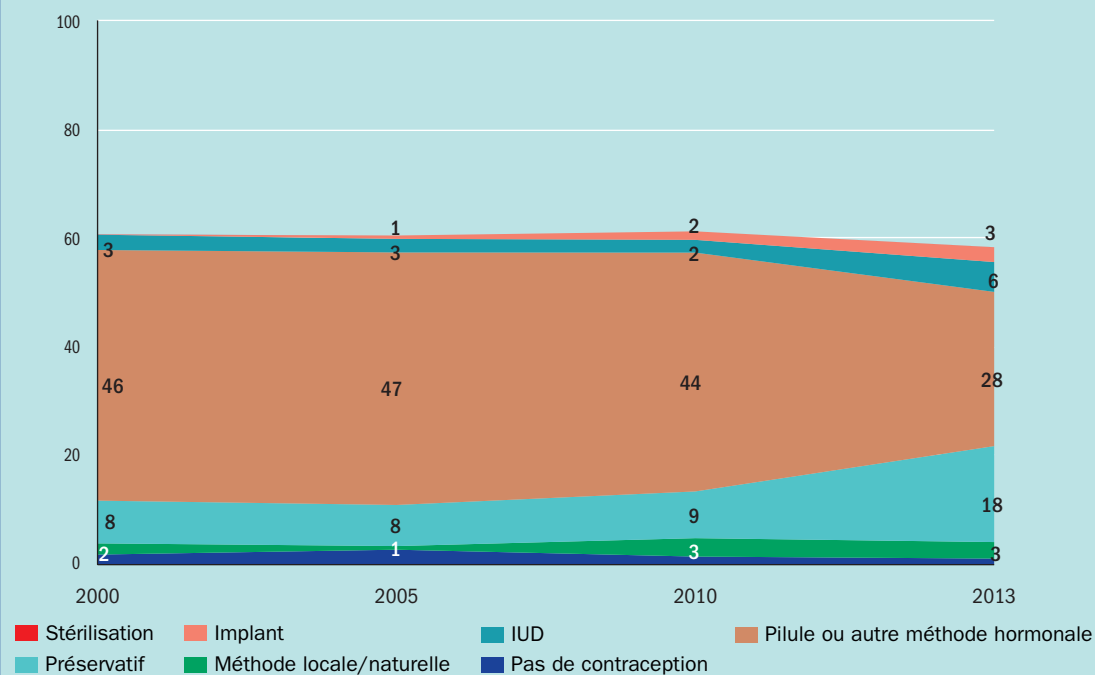
Ce manque d'efficience du modèle contraceptif français est particulièrement marqué chez les jeunes de moins de 30 ans (figure 1), qui connaissent les taux de grossesses non prévues les plus élevés. Seules 9 % des jeunes femmes de cette tranche d'âge utilisent une méthode long court réversible (implant ou DIU) tandis que 28 % utilisent une méthode hormonale de courte durée (pilule, patch, ou anneau) et 21 % adoptent des méthodes barrières ou naturelles.

La crise de la pilule de 2012 : une remise en cause du modèle contraceptif français ?

La dernière enquête nationale, réalisée dans les six mois suivant la polémique sur les pilules de 3^e génération en France, révèle des changements notables de pratiques, à niveau de prévalence constant [5, 9]. Le déclin de la pilule, amorcé dès 2005 chez les plus de 30 ans, s'accélère après 2010 (– 10 points) tandis que ce déclin est plus récent et plus prononcé chez les moins de 30 ans (– 16 points entre 2010 et 2013) (figure 2).

figure 1

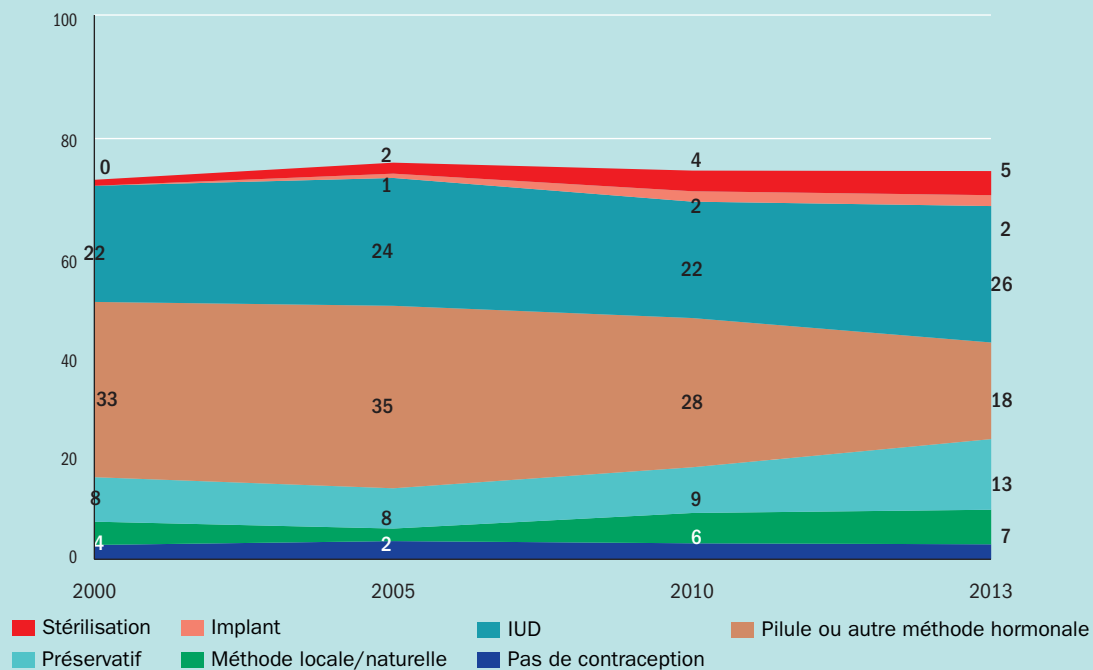
Évolutions des pratiques contraceptives chez les femmes de 15-29 ans entre 2000 et 2013 (en %)



Sources : Données issues des enquêtes nationales Baromètres santé 2000, 2005, Fécond 2010 et Fécond 2013.

figure 2

Évolutions des pratiques contraceptives chez les femmes de 30-49 ans entre 2000 et 2013 (en %)



Sources : Données issues des enquêtes nationales Baromètres santé 2000, 2005, Fécond 2010 et Fécond 2013.



Cette diminution s'explique entièrement par le rejet des pilules de 3^e et 4^e générations, tandis que l'usage des pilules de 2^e génération reste stable entre 2010 et 2013 [5, 9]. Les jeunes compensent le rejet de la pilule essentiellement par l'utilisation de préservatifs (+ 9 points) et marginalement par le recours au DIU (+ 4 points), tandis que les plus de 30 ans portent leur choix aussi bien sur le DIU (+ 4 points) que sur le préservatif (+ 5 points).

Impact de la crise de la pilule sur la santé des femmes

Le désaveu des pilules de 3^e et 4^e générations, qui sont associées selon plusieurs études à un risque de thrombose veineuse plus élevé que les pilules de 2^e génération [21], s'accompagne d'une diminution de 10,6 % des hospitalisations pour embolies pulmonaires (en dehors des embolies survenues en cours de grossesse) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans [68], prévenant ainsi 322 hospitalisations en 2013. Cette diminution est sans doute largement attribuable à l'abandon de la pilule œstroprogestative plutôt qu'à la substitution vers les deuxièmes générations, qui n'augmentent que de 1 point, tandis que les 3^e et 4^e générations perdent 9 points sur la même période [5, 9].

L'abandon de la pilule, principalement remplacée par le recours à des méthodes moins efficaces, s'accompagne dans le même temps d'une hausse du taux d'IVG, qui passe de 14,6/1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2012 à 15,2 % en 2013, puis 15,49 % en 2014 avant de retomber à 14,95 % en 2015 (figure 3) [73]. Cette augmentation se concentre avant tout entre 20 et 39 ans, tandis que les taux d'IVG diminuent de manière continue depuis 2010 chez les adolescentes (15-19 ans).

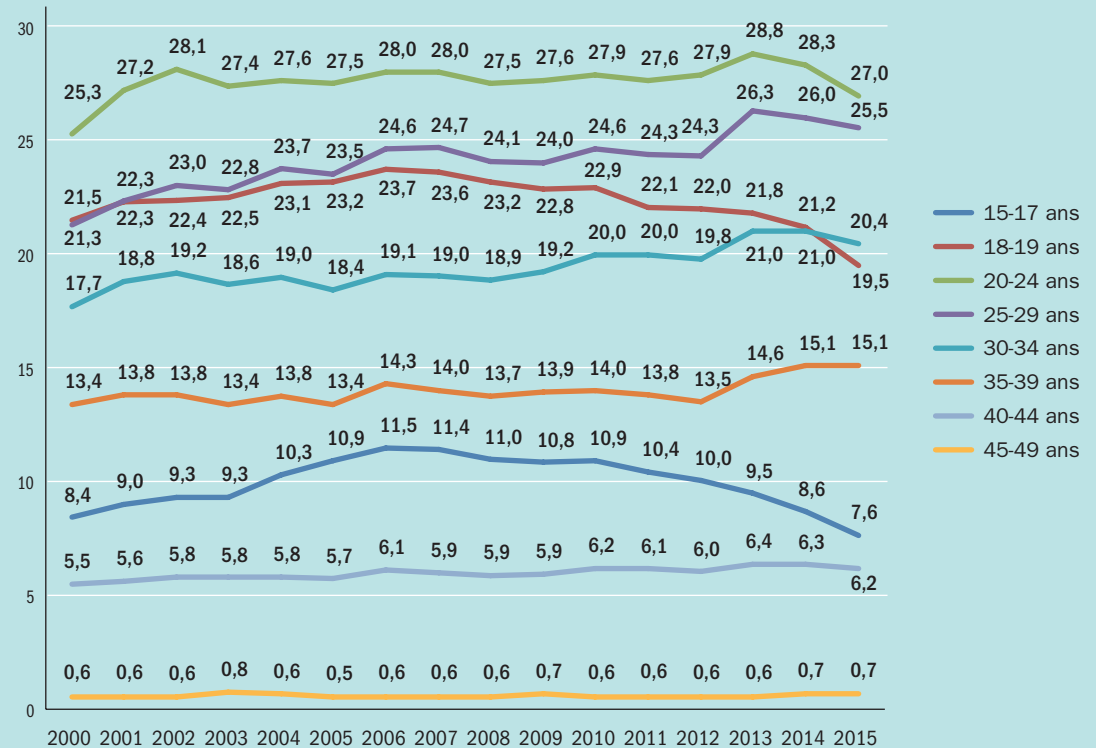
Conclusion

Les débats récents sur la contraception en France ont modifié le paysage contraceptif. Ces changements ont conduit à une diversification des pratiques tout en démontrant la nécessité d'une prévention secondaire en cas d'échecs contraceptifs. L'effet de ces évolutions sur la santé des femmes reste une question complexe. En effet, il est concevable que la réduction du risque veineux thrombotique chez les femmes non enceintes n'utilisant pas de méthodes hormonales soit contrebalancée par une augmentation de la morbidité maternelle associée à la survenue de grossesses non prévues, surtout en fin de vie reproductive. Il conviendra de suivre ces données au cours des prochaines années. ●

figure 3

Taux d'IVG en France métropolitaine par groupe d'âge (en %)

Taux d'IVG pour 1 000 femmes 15-49 ans



Source : d'après les données de la Drees.