

POPULATION & SOCIÉTÉS

La médicalisation croissante de la contraception en France

Henri Leridon*, Pascale Oustry*, Nathalie Bajos* et l'équipe Cocon**

On peut être surpris de constater que le nombre des grossesses non voulues et donnant lieu à une IVG ne diminue guère en France depuis vingt ans, alors que l'usage des méthodes contraceptives modernes, dont l'efficacité est a priori élevée, s'est largement répandu. Nous rappellerons d'abord les conditions de cette diffusion avant de chercher à voir si elle s'est faite de la même façon dans les différents groupes sociaux. Par ailleurs, nous tenterons de déterminer si des femmes demeurent à l'écart de toute contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes.

Seules les femmes susceptibles d'être enceintes sans l'avoir souhaité seront prises en compte : sont donc exclues les femmes stériles ou stérilisées, enceintes ou cherchant à l'être, et les femmes sans partenaire sexuel ; ces diverses catégories sont d'ailleurs stables dans le temps et représentent au total entre 25 % et 30 % des femmes âgées de 20 à 44 ans (encadré page 4).

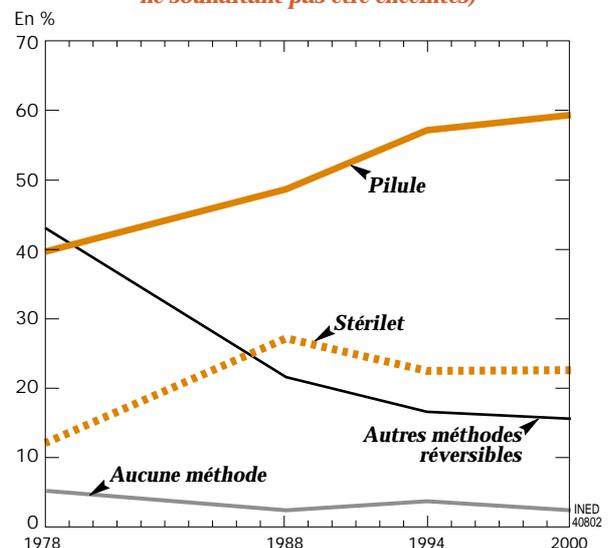
◆ La pilule se diffuse encore

La pilule était déjà en 1978 la méthode la plus utilisée et elle continue à se diffuser, passant de 40 % à 60 % de l'ensemble des utilisatrices en 22 ans (figure 1). Le recours au stérilet a aussi progressé dans la première décennie, et s'est stabilisé ensuite vers 23 %. Les autres méthodes réversibles (préservatifs, retrait, abstinence périodique, produits spermicides, etc.) ont donc reculé, de 43 % à 16 %, le préservatif représentant aujourd'hui à lui seul près des deux tiers de ce groupe, alors que

le retrait venait largement en tête en 1978.

Les stérilisations, qui ne sont pas comptées ici avec les méthodes contraceptives, ne sont guère pratiquées en France. Tous motifs confondus (contraceptifs ou médicaux), 7 % des femmes âgées de 20 à 44 ans en 1978 avaient subi une opération stérilisante, contre 6 % en 1988 et 5 % en 2000. La moitié de ces interventions ont, principalement ou partiellement, un but thérapeutique : la stérilisation volontaire n'occupe donc qu'une place modeste dans la régulation des naissances. Mais comme la grande majorité des opérations sont faites après 40 ans, la proportion de femmes ayant subi une telle intervention avant la fin de leur vie reproductive n'est pas négligeable : en 1994, c'était le cas de plus d'une femme sur cinq à 45-49 ans [2].

Figure 1 – Utilisation de la contraception, 1978-2000 (pour 100 femmes de 20-44 ans ne souhaitant pas être enceintes)



* Unité mixte de recherche Inserm-Ined (U569).

** Équipe Cocon: P. Arduin, N. Bajos, J. Bouyer, B. Ducot, M. Ferrand, H. Goulard, D. Hassoun, N. Job-Spira, M. Kaminski, N. Lelong, H. Leridon, C. Moreau, J. de Mouzon, P. Oustry, N. Razafindratsima, J. Warszawski.

Cet article est dédié à la mémoire de Catherine de Guibert-Lantoine, qui avait été associée dès l'origine au projet Cocon.

◆ Le stérilet : de plus en plus réservé aux femmes ne voulant plus d'enfant

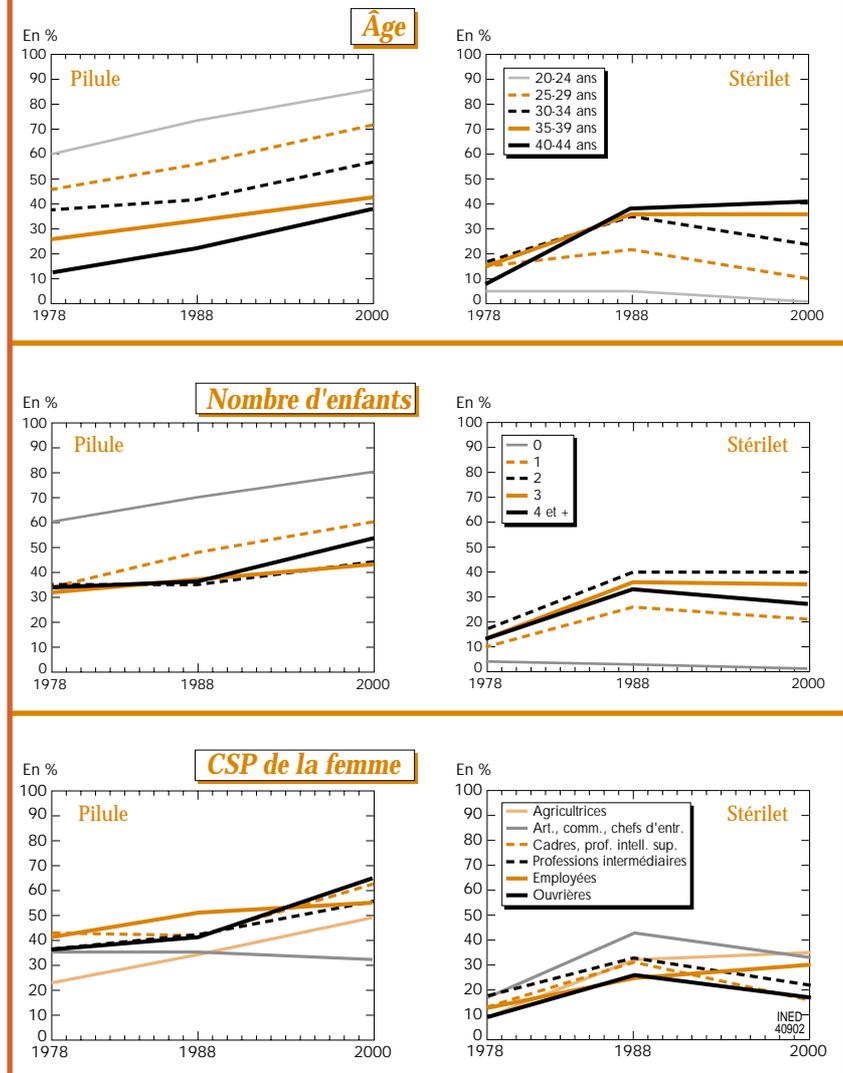
L'utilisation des diverses méthodes de contraception dépend de plus en plus de la position dans le cycle de vie : la pilule est l'apanage des femmes les plus jeunes, le stérilet celui des plus âgées (figure 2). Il en va de même selon le nombre d'enfants déjà nés : plus celui-ci est élevé et moins l'utilisation de la pilule est importante, alors que le lien est exactement inverse pour le stérilet.

L'emploi de la pilule a augmenté à tous les âges. Le préservatif, promu depuis 1987 comme moyen de prévention de l'infection à VIH (spécialement chez les jeunes), n'a donc pas détrôné la pilule ; 86 % des femmes de 20-24 ans et 83 % de celles de 18-19 ans utilisaient la pilule en 2000, contre 74 % et 85 % respectivement en 1988. Aux jeunes âges, le préservatif est d'ailleurs souvent utilisé en association avec la pilule : à 18-19 ans, 28 % des utilisatrices de la pilule ont aussi recours au préservatif. Globalement, l'emploi de la pilule s'est répandu au détriment du stérilet, qui a enregistré une baisse après 1988 suivie d'une stabilisation depuis 1994 [2].

Cependant, la diffusion de la pilule comme le recul du stérilet n'ont pas touché tous les groupes d'âges de la même façon. En une vingtaine d'années, la pilule a ralenti sa progression chez les femmes de 35 à 39 ans, tandis que le recours au stérilet s'est stabilisé au-dessus de 35 ans et a reculé fortement entre 25 et 34 ans. Le retard de l'âge à la maternité pourrait expliquer une part de cette double évolution, si le stérilet est utilisé principalement comme méthode de contraception « d'arrêt » (quand le nombre final d'enfants souhaité a été atteint) et non comme méthode d'espacement des naissances. Dans cette perspective, l'augmentation de l'emploi de la pilule chez les 40-44 ans, sans baisse du recours au stérilet, peut néanmoins surprendre : il reflète peut-être l'accroissement de l'offre de contraception hormonale avec de nouvelles pilules uniquement progestatives ou œstroprogestatives plus faiblement dosées.

Les mères de famille nombreuse (4 enfants ou plus) utilisent sensiblement plus la pilule en 2000 qu'en 1988. L'usage du stérilet diminue chez les femmes ayant un enfant et celles qui en ont quatre ou plus ; le stérilet a été remplacé par la pilule chez ces dernières, ce qui pourrait résulter, là encore, d'une plus grande offre de contraception hormonale. Soulignons

Figure 2 – Utilisation de la pilule et du stérilet selon l'âge, le nombre d'enfants et la catégorie socioprofessionnelle : proportions observées en 1978, 1988 et 2000 (pour 100 femmes ne souhaitant pas être enceintes)

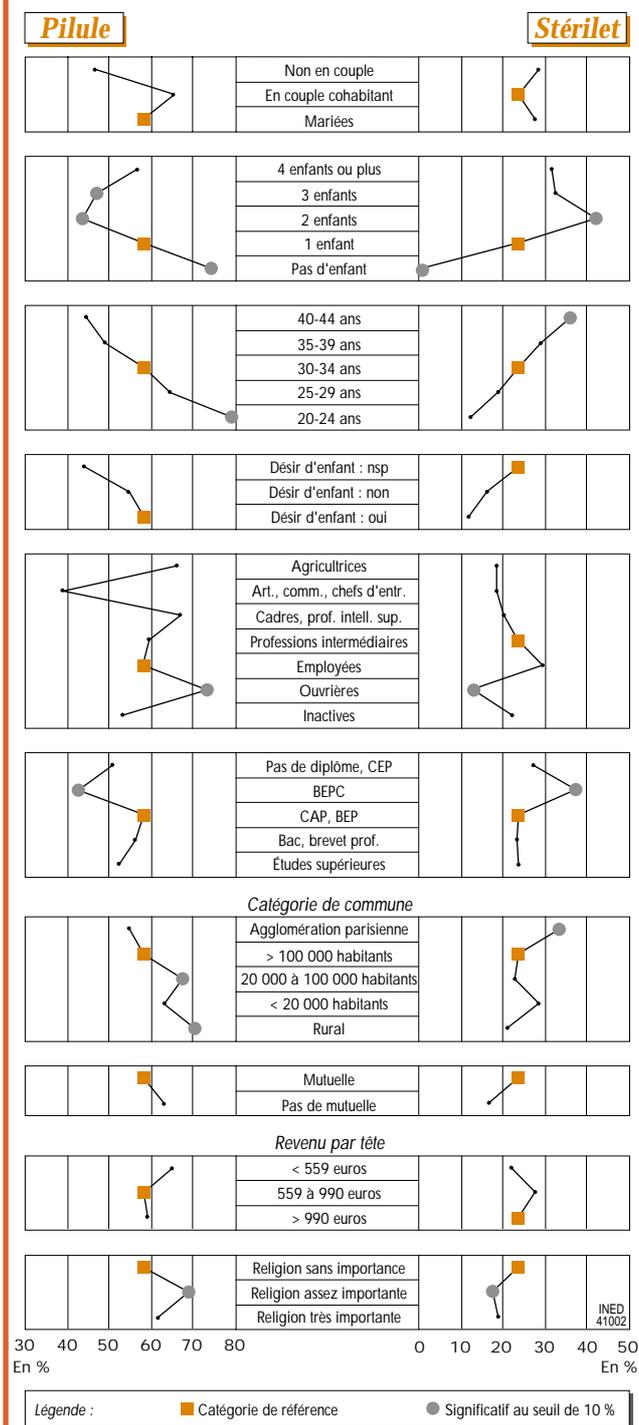


cependant que le nombre d'enfants déclarés intègre peut-être aujourd'hui ceux du partenaire dans le cas des familles recomposées, ce qui rendrait les résultats moins comparables dans le temps.

Si les femmes mariées utilisent moins le stérilet que les autres femmes, c'est uniquement en raison de leur âge et du nombre de leurs enfants : toutes choses égales par ailleurs, le recours au stérilet est indépendant de la situation conjugale (figure 3).

Tout se passe comme si les normes médicales de prescription s'étaient renforcées : pas de stérilet chez les femmes nullipares ou souhaitant encore des enfants, en raison du risque infectieux associé à l'usage du stérilet. Pourtant, ce risque (avec ses conséquences éventuelles sur la fertilité) n'existe qu'en cas de maladies sexuellement transmissibles (MST), elles-mêmes liées au nombre de partenaires sexuels, et ne concerne donc guère les couples stables.

Figure 3 – Utilisation de la pilule et du stérilet en 2000: proportions estimées par le modèle global (pour 100 femmes ne souhaitant pas être enceintes)



Lecture : pour le stérilet, parmi les femmes cumulant l'ensemble des modalités de référence (femme vivant en couple cohabitant, mère d'un enfant, âgée de 30-34 ans, etc.) et ne souhaitant pas être enceintes, 24 % utilisent la méthode. Parmi les mères de deux enfants qui présentent par ailleurs toutes les caractéristiques de la personne de référence, la proportion d'utilisatrices du stérilet est de 42 %. L'écart entre ces deux proportions mesure l'influence spécifique du fait d'avoir un deuxième enfant, toutes choses égales par ailleurs.

◆ Des indices d'homogénéisation croissante...

Les débats des années 1960 et 1970 autour de la contraception (et de l'IVG) avaient mis en évidence les fortes réticences de l'Église catholique, du moins de sa partie la plus institutionnelle, à l'égard de ces pratiques. Il est donc frappant de constater que si, en 1988, la pilule était légèrement moins utilisée par les femmes déclarant accorder de l'importance à la religion que par les autres, ce n'est plus du tout le cas en 2000 (figure 3).

Les écarts selon la catégorie de commune sont faibles. Toutefois, la progression récente de la pilule ayant été moins forte chez les femmes résidant dans une grande agglomération (plus de 100 000 habitants, y compris l'agglomération parisienne), la zone de résidence redevient en l'an 2000 un marqueur significatif de la contraception utilisée : toutes choses égales par ailleurs, c'est dans les petites communes qu'on a le plus recours à la pilule, tandis que les femmes résidant dans l'agglomération parisienne ont davantage recours au stérilet.

Les pratiques contraceptives diffèrent peu selon le revenu par tête et le mode de couverture sociale (limité ici au fait de bénéficier d'une mutuelle complémentaire ou non). Cela ne préjuge cependant pas d'éventuelles différences relatives au type de pilule ou de stérilet utilisé, en particulier selon leur coût et leur prise en charge par le système de protection sociale.

◆ ... mais certains écarts subsistent

Alors qu'en 1988 la catégorie socioprofessionnelle n'avait pas d'effet propre sur l'utilisation de la pilule, c'est le cas en 2000 quand on neutralise les effets de l'âge, de la situation conjugale et du nombre d'enfants : la progression de l'emploi de la pilule a été plus forte chez les femmes ouvrières et cadres, alors que les artisanes et commerçantes y ont désormais moins souvent recours sans que cela soit compensé par une plus grande utilisation du stérilet (elles se sont donc tournées vers les méthodes « traditionnelles »). Pour ce dernier, l'effet spécifique de la catégorie socioprofessionnelle – déjà observé en 1978 et 1988 – se maintient. Mais alors que l'usage du stérilet avait progressé dans tous les milieux sociaux entre 1978 et 1988, la tendance se prolonge de manière moins marquée pour les employées, et s'inverse dans tous les autres groupes, surtout les cadres. Finalement, en 2000, toutes choses égales par ailleurs, les ouvrières sont celles qui utilisent le plus la pilule et le moins le stérilet (figure 3).

Les écarts dans le recours à la pilule se sont également creusés selon le diplôme en valeur absolue, mais cette évolution traduit avant tout un effet d'âge : les plus jeunes sont aussi les plus diplômées. Notons que les titulaires du BEPC, qui sont plus âgées, tendent à abandonner la pilule pour le stérilet : à la différence des femmes plus diplômées, peut-être sont-elles moins informées de la variété des pilules hormonales

Sources et méthodes

Plusieurs enquêtes de l'Ined ont permis de suivre l'évolution des pratiques contraceptives depuis l'adoption de la loi Neuwirth en 1967 [1], [2], [3], [4]. Réalisées en liaison avec l'Insee, en 1970, 1978, 1988 et 1994, ces enquêtes reposaient sur des échantillons représentatifs de la population féminine en âge de procréer. Plus récemment, une large étude de cohorte, l'enquête Cocon, a été lancée par l'Inserm, en association avec l'Ined: un premier échantillon de 2 863 femmes a été constitué fin 2000, qui sera suivi pendant 5 ans; un second devrait l'être prochainement, et sera aussi suivi durant 5 ans. Les entretiens ont lieu par téléphone. Cette nouvelle étude aura aussi pour but de mieux comprendre les conditions d'utilisation de la contraception, les raisons de ses échecs ainsi que les modalités d'accès à l'IVG en France.

Dans les diverses enquêtes, les femmes sont classées selon leur principale méthode de contraception (la plus efficace l'emportant sur les autres, quand plusieurs sont utilisées simultanément); les non-utilisatrices sont ensuite réparties dans les autres catégories: stérilisées, stériles, enceintes, cherchant à concevoir, sans activité sexuelle.

Les proportions que l'on trouve dans la figure 2 sont des valeurs observées. Pour mieux comprendre le rôle spécifique de chacune des variables utilisées (âge, milieu social, etc.), nous avons recouru à un modèle de régression logistique, identique à celui utilisé dans les enquêtes précédentes [3]: il permet de montrer le rôle spécifique d'une variable indépendamment de l'âge, du nombre d'enfants déjà nés, du désir d'autres enfants et de la situation matrimoniale. C'est en référence à ce modèle que les commentaires du texte indiquent que le rôle de telle variable est confirmé (ou infirmé) par rapport aux enquêtes précédentes.

Pour les données de l'enquête 2000, un modèle global multivarié a été utilisé, intégrant toutes les variables qu'on suppose liées aux pratiques contraceptives (figure 3) et dont on teste chaque modalité.

disponibles? Ces comportements spécifiques des détentrices du BEPC sont les seuls qui soient significatifs dans le modèle global (figure 3).

◆ Qui sont les femmes n'utilisant aucune méthode ?

Rares sont les femmes qui déclarent ne pas utiliser de méthode contraceptive alors même qu'elles ne semblent pas à l'abri d'une grossesse non prévue: moins de 5 % (figure 1). Cette faible proportion suggère que la très grande majorité des Françaises ont accès – depuis plusieurs décennies – à une forme ou une autre de contraception, sans que cela préjuge nécessairement d'une utilisation régulière et efficace de ces méthodes.

La proportion de femmes sans contraception augmente avec l'âge et diminue avec le niveau d'études (6,2 % chez les moins diplômées); elle est aussi plus élevée chez les mères d'un enfant et celles en ayant quatre ou plus (7,8 % chez ces dernières). On peut supposer que les femmes ayant un seul enfant ne sont pas encore très déterminées sur le calendrier souhaité pour un second enfant. Les ouvrières sont aussi un peu plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception: 7,6 %.

Au total, lorsque l'on tient compte simultanément des différentes variables, le profil des femmes n'utilisant aucune contraception semble spécifique: il s'agit plus souvent de femmes âgées de plus de 24 ans, d'ouvrières et de femmes ne bénéficiant pas de mutuelle.

* * *

Ces résultats confirment la médicalisation de la contraception en France, avec une diffusion toujours accrue de la pilule tandis que le stérilet est de plus en plus prescrit comme contraception d'arrêt. Comment expliquer, alors, le maintien d'un nombre important de grossesses non voulues, comme nous le soulignons au début de cet article? Pour une part assez faible, il peut s'agir de femmes ne pratiquant aucune contraception (ouvrières, notamment). On a aussi vu que les méthodes traditionnelles, souvent moins efficaces, continuent d'être employées: 16 % des femmes, et davantage encore dans certains groupes (artisanes et commerçantes). Mais les échecs sont sûrement encore nombreux parmi les utilisatrices de la pilule et du stérilet: les données de l'enquête Cocon permettront de mieux comprendre leurs comportements. On pourra aussi voir si les utilisatrices d'une pilule de « troisième génération » – nettement plus coûteuse – présentent un profil particulier et sont plus satisfaites que les autres.

◆ Nouvelles lois et nouvelles méthodes

Au cours de l'année 2001, plusieurs mesures importantes sont intervenues: lancement d'une nouvelle « pilule du lendemain » (contraception d'urgence) composée d'un progestatif seul, vendue librement en pharmacie et délivrée gratuitement aux mineures; autorisation donnée aux mineures d'accéder à une contraception sans contrôle parental; légalisation de la stérilisation à but contraceptif, sous certaines conditions; mise en vente de deux nouvelles méthodes contraceptives: le préservatif féminin, et un implant contraceptif plus facile d'emploi (un seul bâtonnet à insérer au lieu de quatre ou cinq). Sont aussi apparus récemment de nouveaux modèles de stérilet, avec moins d'effets secondaires.

Renouvellement des produits, évolution de la législation, persistance d'inégalités dans la maîtrise de la fécondité: le dossier de la contraception restera d'actualité dans les années à venir.

— RÉFÉRENCES —

- [1] Collomb Ph. et É. Zucker, *Aspects culturels et psychosociologiques de la fécondité française*, Cahier n° 80, Ined, 1977.
- [2] De Guibert-Lantoine C. et H. Leridon, « La contraception en France: un bilan après 30 ans de libéralisation », *Population*, 1998/4, p. 785-812.
- [3] Toulemon L. et H. Leridon, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale », *Population*, 1992/1, p. 1-46.
- [4] Toulemon L. et H. Leridon, « La diffusion des préservatifs: contraception et prévention », *Population et Sociétés*, n° 301, mai 1995.

L'étude Cocon est réalisée avec le soutien financier du laboratoire Wyeth-Léderlé.