

Contexte

■ Depuis la légalisation des méthodes médicales réversibles de contraception (loi Neuwirth, 1967), la fréquence de leur utilisation a fortement augmenté en France, et s'avère comme étant l'une des plus élevées au monde. 92 % des femmes de 15-49 ans *a priori* concernées déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2010 (90 % de façon systématique). Parmi les méthodes utilisées, la pilule, et les autres méthodes hormonales (implant, patch, anneau, injection), sont les plus souvent citées (respectivement par 55 % et 5 % des utilisatrices). Vient ensuite le stérilet (26 %), dont l'usage progresse avec l'âge.

10 % des femmes déclarent avoir recours au préservatif (masculin ou féminin), avec un maximum chez les 15-19 ans (18 %). Enfin, la stérilisation à visée contraceptive (pour elle-même ou leur partenaire), légalisée en 2001, concerne 4 % des femmes de 35-49 ans [1-5].

■ Les méthodes non médicales (préservatifs, méthodes locales, méthodes naturelles) sont plus souvent adoptées par les femmes moins favorisées socialement d'une part, et paradoxalement par les plus diplômées d'autre part [6,7].

■ La contraception d'urgence peut être utilisée depuis 1999, sans prescription médicale, en cas de rapport sexuel non protégé, d'erreur ou d'échec de la méthode de contraception régulière (oubli de pilule, problème avec le préservatif...). En 2010, 24 % des femmes de 15-49 ans déclarent y avoir déjà eu recours au moins une fois, proportion qui atteint 43 % chez les 15-24 ans. Le plus souvent, ce recours est déclaré comme ponctuel, et résulte d'une erreur ou d'un échec de la méthode de contraception régulière [4,5,7].

■ Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est resté relativement stable depuis vingt ans, malgré le niveau élevé de couverture contraceptive médicalisée et la diffusion de la contraception d'urgence. Ce constat doit également être rapproché de la propension plus importante de recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Actuellement, on estime que quatre femmes sur dix auront recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie [8-12]. Avec 15 IVG pour 1 000 femmes en 2009, la France se situe dans la moyenne européenne, très au-dessus cependant de l'Allemagne ou des Pays-Bas (6 pour 1 000). Les écarts régionaux perdurent, avec deux fois plus d'IVG par femme dans les départements d'outre-mer, dans le Sud-est de la France, et en Ile-de-France qu'en Pays de la Loire [8].

■ Le niveau du recours à l'IVG et son évolution au cours des vingt dernières années varient selon l'âge. Le nombre d'IVG par femme a augmenté chez les mineures et les jeunes adultes (18-24 ans), en lien avec l'élévation de la propension à interrompre une grossesse chez les femmes de ces âges. Ce phénomène est lui-même imputable au report de l'âge de formation de la famille. La tranche d'âge des 20-24 ans est celle qui recourt le plus à l'IVG (27 pour 1 000 femmes en 2009). Mais les femmes de moins de 20 ans et de plus de 45 ans sont celles pour lesquelles les propensions à interrompre une grossesse se révèlent les plus élevées, avec un nombre d'IVG proche voire supérieur au nombre de naissances [8,12].

■ Le risque de survenue d'IVG varie selon la situation conjugale, familiale, professionnelle, et la nationalité de la femme. Les mineures et les jeunes majeures (18-24 ans) qui y ont recours, ont un parcours scolaire plus court que pour l'ensemble de la population féminine de ces âges. Après 25 ans, les femmes concernées n'apparaissent pas moins diplômées, mais elles sont plus souvent sans activité professionnelle et au chômage. Enfin, les femmes de nationalité étrangère sont proportionnellement plus souvent concernées [11-13].

■ Les échecs ou la mauvaise maîtrise des méthodes de contraception expliquent une partie des IVG. Parmi les femmes concernées, deux sur trois déclarent avoir utilisé une contraception au cours du mois où la grossesse a débuté, et une sur deux une méthode médicale. Neuf femmes sur dix n'ont pas utilisé la pilule du lendemain [11].

■ 52 % des IVG sont médicamenteuses en 2009. Elles peuvent être prescrites par les médecins gynécologues ou généralistes installés en ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée et en établissement de santé jusqu'à neuf semaines. Les prescriptions en ville se sont développées de façon très inégale sur le territoire, avec moins de 0,5 % des IVG concernées en région Limousin, Lorraine et Pays de la Loire contre 18 % en Ile-de-France [8,14].

■ Le délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG est d'environ une semaine. Ce délai est toutefois très variable d'un établissement à l'autre particulièrement dans certaines régions. Les IVG tardives, pratiquées à 13 ou 14 semaines d'aménorrhée représentent 4 % des IVG en 2007 [11,15].

Pays de la Loire

■ 94 % des femmes de 15-49 ans des Pays de la Loire *a priori* concernées déclarent utiliser un moyen de contraception en 2010 (93 % de façon systématique). Comme en France, et dans des proportions comparables, la pilule ou autres méthodes hormonales sont les méthodes les plus souvent utilisées. Le stérilet occupe la seconde place, sauf après 35 ans, où son usage devient presque aussi fréquent que celui de la pilule (fig. 1) [4,5].

■ 96 % des jeunes ligériennes de 15-25 ans *a priori* concernées déclarent utiliser une méthode de contraception en 2010 (95 % de façon systématique). La pilule, principale méthode, est plus fréquemment utilisée dans la région qu'au plan national (86 % des jeunes femmes *a priori* concernées l'utilisent de façon systématique vs 78 % en France) (fig. 2).

■ Le développement de la contraception d'urgence s'est poursuivi au cours des années récentes, mais ce recours reste inférieur à la moyenne nationale. En 2010, 34 % des femmes de 15-25 ans de la région ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent l'avoir déjà utilisée (42 % en France) (fig. 3).

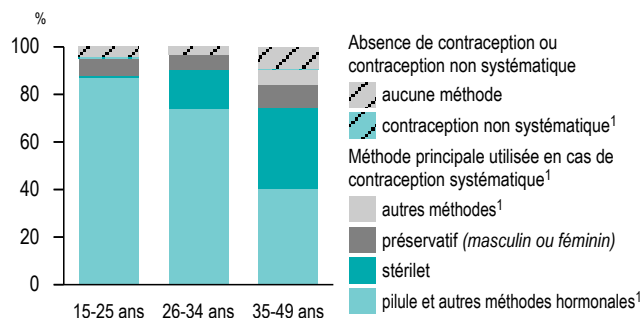
■ 8 300 IVG sont réalisées en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire (sur la période 2008-2009). Cela correspond au taux de recours le plus faible des régions françaises (10,6 pour 1 000 femmes de 15-49 ans vs 14,9 en moyenne en France). Cette situation régionale favorable s'observe pour toutes les tranches d'âge (fig. 4 et 5)

■ Toutefois, l'écart région/France tend à se réduire en raison de l'augmentation plus rapide ces dernières années du taux de recours à l'IVG dans les Pays de la Loire qu'au plan national (1,9 % par an vs 0,3 % entre 2002-2003 et 2008-2009). Ce constat concerne toutes les tranches d'âge (fig. 6) [8,16-18].

■ 39 % des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse dans la région contre 51 % en France (période 2008-2009). La prescription des IVG médicamenteuses par les médecins gynécologues ou généralistes installés en ville est très peu développée dans la région (0,5 % du nombre total d'IVG vs 10,5 % en France) [8,19,20].

Contraception et interruption volontaire de grossesse

1 Pratiques contraceptives¹ déclarées par les femmes a priori concernées¹ selon l'âge - Pays de la Loire (2010)



2 Pratiques contraceptives¹ déclarées par les jeunes femmes de 15-25 ans a priori concernées¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (2010)

	PDL	France
Femmes de 15-25 ans, a priori concernées par la contraception ¹ , utilisant...		
- une méthode contraceptive de façon systématique ¹	95%	93%
- pilule et autres méthodes hormonales ¹	87%	82% *
dont : pilule	86%	78% *
préservatif (masculin ou féminin)	6%	8%
stérilet	1%	3%
autres méthodes ¹	0%	< 1%
- une méthode contraceptive de façon non systématique ¹	1%	2%
- aucune méthode	4%	5%

3 Evolution du recours à la contraception d'urgence chez les jeunes femmes de 15-25 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000 - 2010)

	Pays de la Loire			France
	2000	2005	2010	
Jeunes femmes de 15-25 ans ² ayant eu recours à la contraception d'urgence				
- au moins une fois au cours de la vie	12%	24%	34%	42% *
- au moins une fois au cours de l'année	-	9%	13%	13%

Sources (fig.1, 2 et 3) : Baromètre santé jeunes 2000, 2005, 2010. ORS, Inpes ; Baromètre santé 2010, Inpes

Exploitation ORS - données redressées sur l'âge, le sexe, la taille de l'agglomération, le territoire géographique (département pour l'échantillon Pays de la Loire / région pour l'échantillon national)

1. voir définitions

2. ayant déjà eu un rapport sexuel

* indique que l'écart région/France est statistiquement significatif au seuil de 5%

Principales modifications depuis 2001 du cadre juridique de l'accès à la contraception et à l'IVG

Contraception

- Pour les mineures, reconnaissance du droit d'accès à la contraception sans autorisation parentale ; accès gratuit et anonyme dans les centres de planning et d'éducation familiale (CPEF)

- Délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures

- Généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire

- Information sexuelle aux personnes handicapées

- Cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive

- Elargissement des missions des sages-femmes, des infirmiers et des pharmaciens pour la prescription et le renouvellement de contraceptifs [3,21,22]

IVG

- Allongement des délais légaux de dix à douze semaines de grossesse

- Suppression pour les majeures de l'obligation de la consultation psychosociale préalable, assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures

- Suppression du délit de propagande et de publicité, renforcement du délit d'entrave

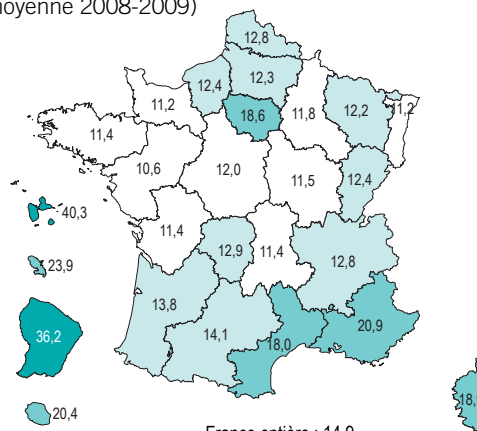
- Ouverture de l'IVG médicamenteuse à la médecine de ville, aux centres de santé, aux CPEF et aux centres de PMI

- Fin du quota maximal d'IVG dans les établissements de santé privés [3,21,23].

Rang régional

La région des Pays de la Loire est la région de France présentant le taux de recours à l'IVG le plus faible (2008-2009) (fig. 4).

4 Taux d'IVG³ pour 1 000 femmes de 15-49 ans (moyenne 2008-2009)



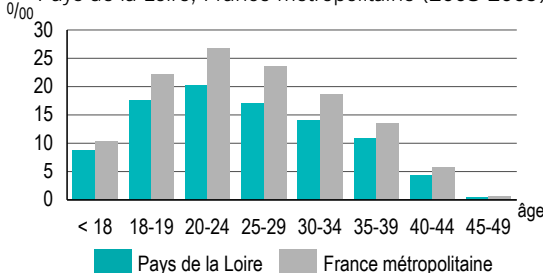
Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans

10,6 - 12,1 14,2 - 23,9

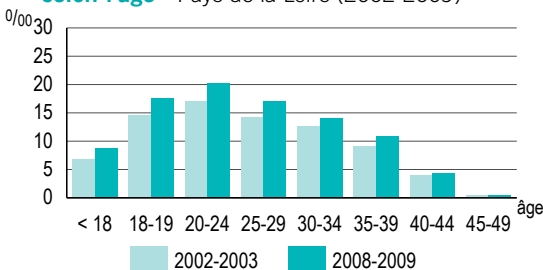
12,2 - 14,1 24,0 - 40,3

5 Taux d'IVG³ pour 1 000 femmes selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2008-2009)



6 Evolution du taux d'IVG³ pour 1 000 femmes selon l'âge - Pays de la Loire (2002-2009)



Sources (fig.4, 5 et 6) : SAE (Drees), Erasme (Cnamts), PMSI-MCO (DGOS-Drees), Insee

3. IVG médicamenteuses réalisées en ville incluses

Définitions et méthode

Femmes a priori concernées par la contraception : femmes ayant eu des relations sexuelles dans l'année, non stériles, non ménopausées, n'attendant pas à avoir d'enfant, en couple ou ayant une relation stable avec un homme.

Utilisation d'une méthode contraceptive, de façon...

- **systématique** : avoir répondu "oui" à la question "actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse ?" (3 réponses possibles : "oui", "ça dépend des fois", "non")

- **non systématique** : avoir répondu "ça dépend des fois"

Méthodes contraceptives principales : si plusieurs méthodes sont citées, seule la plus "sûre" est retenue et comptabilisée (ex : si la femme cite la pilule et le préservatif, c'est la pilule qui est retenue)

Autres méthodes hormonales : implant, patch contraceptif, anneau vaginal, injection de progestatifs.

Autres méthodes : méthodes locales, naturelles, stérilisation.

Sources

Les liens et sites internet mentionnés ont été consultés le 3 janvier 2012.

- [1] Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. (2004). La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Introduction au dossier. *Population*. Ined. vol. 59, n° 3-4. pp. 409-418.
- [2] Ined. (2010). La contraception dans le monde. 1 p. (Fiche pédagogique).
- [3] Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. (2009). Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse. Igas. 93 p.
- [4] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.
- [6] Bajos N, Oustry P, Leridon H *et al.* (2004). Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. Ined. vol. 59, n° 3-4. pp. 479-502.
- [7] Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. (2007). Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de Beck F, Guilbert P, Gautier A. Ed. Inpes. pp. 329-354.
- [8] Vilain A, Mouquet MC. (2011). Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 765. 6 p.
- [9] Bajos N. (2010). Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. In *La santé des femmes en France*. Drees. Ed. La Documentation française. pp. 43-53.
- [10] Bajos N, Moreau C, Leridon H *et al.* (2004). Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés*. Ined. n° 407. 4 p.
- [11] Vilain A. (2011). Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. Drees. n° 1. pp. 117-148.
- [12] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. (2009). Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population*. Ined. vol. 64, n° 3. pp. 495-530.
- [13] Moisy M. (2011). Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Revue française des affaires sociales*. Drees. n° 1. pp. 163-198.
- [14] HAS. (2011). Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations. Décembre 2010. 12 p.
- [15] Vilain A. (2009). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *Etudes et résultats*. Drees. n° 712. 96 p.
- [16] Bournot MC, Sander MS, David S, Gailhard-Rocher I, Tallec A. (2009). Comportements, risques et prévention liés à la sexualité. In *La santé des jeunes en Pays de la Loire*. ORS Pays de la Loire. pp. 230-268.
- [17] Vilain A. (2004). Les interruptions volontaires de grossesse en 2002. *Etudes et résultats*. Drees. n° 348. 8 p.
- [18] Vilain A. (2005). Les interruptions volontaires de grossesse en 2003. *Etudes et résultats*. Drees. n° 431. 8 p.
- [19] Cnamts. Base Erasme V1, 2008-2009, exploitation Cnamts-Drees.
- [20] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
- [21] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- [22] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [23] Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Remerciements

Merci pour leur contribution à

François Beck, Inpes

Arnaud Gautier, Inpes

Nathalie Lydié, Inpes

Dr Bernard Meslé, Centre Simone VEIL, CHU Nantes

Pr Henri-Jean Philippe, CHU Nantes

Dr Dominique Savary-Ulmer, Nantes

Annick Vilain, Drees

Etude cofinancée par l'ARS et le Conseil Régional des Pays de la Loire

Réalisation en partenariat avec l'ORS Ile-de-France