

EN BREF

Etymologiquement, le mot contraception est une contraction entre « contre » et « conception ». C'est un mot d'origine anglaise « contraceptive ». Il s'agit de tout moyen permettant d'éviter une grossesse. Elle peut être locale, hormonale, naturelle ou définitive, féminine ou masculine. La contraception a toujours existé, les premières « recettes » remontent à l'Antiquité.

EN CHIFFRES (BAROMÈTRE SANTÉ 2016, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE)

71,9% des femmes en France, entre 15 et 49 ans, sont concernées par la contraception :

- pilule : 33,2%
- pilule + préservatif : 3,3%
- préservatif seul : 15,5%
- DIU : 25,6%
- implant : 4,3%
- patch ou anneau : 1%
- contraception définitive : 4,5%
- contraception naturelle ou locale : 4,6%
- aucune méthode : 8%

La pilule reste la méthode la plus utilisée, à 60,4% chez les 15-19 ans mais son utilisation baisse avec l'âge : seulement 35,4% des 30-34 ans.

Le DIU remplace peu à peu la pilule. Il est le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans, le plus souvent par des femmes ayant déjà des enfants. Le paysage contraceptif évolue depuis la « crise de la pilule » : baisse de l'utilisation de la pilule et augmentation progressive de l'utilisation du DIU et du préservatif, avec des nuances de variation selon les âges. Peu de changement parmi les 15-19 ans et les 45-49 ans, report de la pilule vers d'autres méthodes plus importantes pour les 20-29 ans.

La proportion de femmes n'utilisant aucune méthode avait légèrement augmenté entre 2010 et 2013 mais reste stable entre 2013 et 2016, donc pas de désaffection vis-à-vis de la contraception.

65% des grossesses non prévues surviennent chez des femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de la survenue de la grossesse

En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la **contraception d'urgence** au cours des 12 derniers mois.

ENJEUX

Si la contraception a signifié liberté, plaisir et autonomie, elle est aujourd'hui vécue aussi comme une contrainte, en raison d'une approche médicalisée trop souvent normative qui laisse peu de place au choix. Toute personne a droit à une information complète qui lui permet d'exercer un choix éclairé sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode, en fonction de sa situation. La contraception doit être facilement accessible dans des lieux ressources de proximité répartis sur l'ensemble du territoire, avec des professionnel.le.s formé.e.s à l'accueil et à l'écoute. Elle doit être intégralement remboursée, et gratuite pour toute personne mineure dans et hors centre de planification. Avoir accès à une contraception nécessite une information claire et complète sur toutes les mé-

EN DATES

1920 - Interdiction de la provocation à l'avortement et de la propagande anticonceptionnelle. La contraception est assimilée à l'avortement

1955 - Aux Etats-Unis, mise au point de la pilule contraceptive qui sera commercialisée en 1960

1967 - Loi Neuwirth du 28 déc. : la contraception est autorisée. La publicité, interdite par la loi de 1920, n'est toujours pas autorisée en dehors des revues médicales

1973 - Création du MLAC : mouvement de libération de l'avortement et de la contraception

1971 - Remboursement du stérilet et de la pilule

1975 - La loi Veil autorise IVG jusqu'à 10 semaines de grossesse. Mais la loi de 1920 n'est pas abrogée, elle n'est que suspendue ! Toute propagande en matière de contraception et d'avortement reste interdite

1991 - Levée de l'interdiction de publicité sur tous les moyens de contraception

2000 - La loi du 13 déc. autorise la délivrance sans ordonnance des contraceptifs d'urgence non susceptibles de présenter un danger pour la santé : la CU est en vente libre en pharmacie

2001 - La loi du 4 juillet porte sur la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineures à la contraception, l'aménagement de la CU, l'autorisation de la stérilisation à visée contraceptive, l'allongement du délai légal de recours à l'IVG, l'aménagement de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG, l'élargissement du délit d'entrave, et la mise en place de 3 séances d'éducation à la sexualité par an

2001 - Publication des décrets d'application pour la CU
2011 et 2012 - Les sages-femmes peuvent prescrire la contraception y compris la pose du DIU (stérilet)

2012 - La CU prescrite dans les services médicaux universitaires. Pharmacien-nes et infirmier-es peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux

2013 - Gratuité de certains contraceptifs pour les mineures de plus de quinze ans

2015 - Lancement du numéro vert national Sexualités - contraception - IVG 0800 08 11 11, en lien avec le site www.ivg.gouv.fr

2016 - Gratuité et confidentialité de tout le parcours de soin relatif à la contraception pour les mineures de plus de 15 ans

thodes à destination des femmes et des hommes. L'éducation à la sexualité est un des moyens privilégiés mais insuffisamment mis en place. Le Planning Familial plaide pour que les campagnes nationales s'appuient sur le savoir-faire des réseaux de terrain comme le sien.

À l'échelle mondiale, la proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont le besoin de contraception a été satisfait, a légèrement augmenté, passant de **74% en 2000 à 76% en 2019**.

En 2019 la proportion de femmes est de 55% en Afrique subsaharienne et en Asie occidentale et 51% en Océanie (à l'exception de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande). Jusqu'à récemment, les données concernaient les femmes mariées ou en union ; pour l'évaluation de 2019, la compilation des données et le modèle statistique ont été étendus à toutes les femmes en âge de procréer.

Les changements intervenus depuis 2000 ont été les plus rapides en **Afrique subsaharienne**, où la proportion de la demande satisfaite est passée de **36% en 2000 à 55% en 2019**. Mais les progrès ont été inégaux: certains pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré des gains rapides, alors que d'autres ont pris du retard.

En 2019 :sur les 42 pays, où la demande a été satisfaite pour moins de 50% des femmes, 23 se situe en Afrique subsaharienne, 3 pays d'Afrique subsaharienne avec des niveaux inférieurs à 25% (Tchad, Somalie et Sud-Soudan).

Certains pays d'Afrique subsaharienne ont connu les augmentations les plus fortes :le Rwanda (de 13 à 67%), l'Éthiopie (16 à 63%), le Burkina Faso (de 19 à 54%), le Malawi (de 43 à 76%), Madagascar (de 26 à 62%), la Guinée-Bissau (de 26 à 58%), Kenya (de 48 à 79%) et en Sierra Leone (de 21 à 53%).

La majorité des pays où moins de la moitié de la demande de planification familiale est satisfaite sont des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Dans les régions où les progrès sont lents, la population de femmes en âge de procréer devrait augmenter rapidement jusqu'en 2030, posant un défi supplémentaire pour l'expansion des programmes de planification familiale.

Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans devrait augmenter de 54% entre 2015 et 2030 en Afrique subsaharienne, tandis que dans d'autres régions, les projections des Nations Unies indiquent des augmentations bien moindres, voire des baisses . (Global Progress in Satisfying the Need for Family Planning, juillet 2019—https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2019-3.pdf)

Focus Afrique. Pour les femmes sexuellement actives non mariées âgées de 15 à 19 ans, l'utilisation de la contraception varie entre 11% de MCPR (taux de prévalence de contraception moderne) au Rwanda et presque 70% au Lesotho. L'utilisation de la contraception est généralement légèrement plus élevée chez les femmes sexuellement actives non mariées âgées de 20 à 24 ans. À quelques exceptions près, l'utilisation de contraceptifs par les femmes sexuellement actives non mariées est beaucoup plus élevée que par les femmes mariées du groupe d'âge correspondant : 1% au Nigéria., 4% au Tchad et près de 64% au Zimbabwe. Les faibles taux d'utilisation de contraceptifs chez les jeunes femmes mariées suggèrent l'importance sociale de la procréation précoce dans de nombreux pays. Malgré ces normes sociales, les besoins non satisfaits chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans sont dans la plupart des cas plus élevés que la moyenne nationale, ce qui suggère que les jeunes souhaitent et ont la possibilité de retarder ou d'espacer les naissances. (<http://progress.familyplanning2020.org/content/measurement>)

Adolescence. En 2017, le nombre d'adolescent.e.s âgé.e.s de 10 à 14 ans est estimé à 612 millions, soit 8,3% de la population mondiale. Environ 90% de ces adolescent.e.s vivent dans les régions les moins développées, souvent avec un accès limité aux soins de santé et aux services globalement et aux soins de santé sexuelle et reproductive en particulier. (Fertility among very young adolescents, avril 2019—https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2019-1.pdf)

Il existe une grande disparité

43% des grossesses en Europe sont considérées comme non désirées

69,2% des femmes européennes mariées ou en couple utilisent une méthode moderne contraception.

Sur 46 pays étudiés, la contraception, quelle que soit sa forme, n'est que peu, voire **pas du tout remboursée** dans 28 pays.

La Belgique, la France et le Royaume-Uni se trouvent en tête du classement et se distinguent essentiellement des autres par le fait qu'ils disposent de programmes généraux de **remboursement** couvrant un large éventail de contraceptifs. Ils appliquent en outre des politiques spécifiques visant à améliorer **l'accès des jeunes** et des groupes vulnérables, comme les femmes à faible revenu, à la contraception. Enfin, ils bénéficient de **sites Web gouvernementaux** d'excellente qualité.

Dans les régions d'Europe les moins performantes, le taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne oscille de **30 %** (Caucase du Sud) à **17 %** (Balkans de l'Ouest), rejoignant celui des pays en développement à faible revenu.

Depuis 2018

Pays qui ont le plus progressé :

Albanie, Andorre, Finlande et Grèce

Pays qui ont le plus déclinés : Pologne et Kosovo

En Pologne, la contraception d'urgence n'est plus disponible sans ordonnance

Contraception atlas 2019

<https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>

EN SAVOIR PLUS

Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation / Population & Société 549, Ined, 11/2017

Baromètre santé 2016. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent / Rahib Delphine, Le Guen Mireille, Lydie Nathalie.- Santé publique France, 11/2017

Brochure La contraception testiculaire.- Le Planning Familial 38, 2016

La brochure contraception du Planning Familial, 2015

L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures, DUPAYS Stéphanie / HESSE Catherine / VINCENT Bruno.- Inspection Générale des Affaires Sociales, 04/2015 - 150 p.

La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Société 492, Ined, 09/2012

Les lois Veil : éléments fondateurs. Contraception, 1974, IVG, 1975, PAVARD Bibia / ROCHEFORT Florence / ZANCARINI-FOURNEL Michelle.- Armand Colin, 2012

Histoire de la contraception / Angus McLaren.- Noésis, 1993

D'autres ressources sont disponibles au centre de documentation <http://documentation.planning-familial.org/>

CONTRACEPTION

Sept. 2019

Centre de documentation du Planning Familial

4 square Saint-Irénée 75011 Paris . documentation@planning-familial.org . www.documentation.planning-familial.org

