

État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée

Avril 2013

Introduction 

État des lieux des pratiques contraceptives 

Freins à l'accès à la contraception

Conditions d'accès à la contraception 

Les freins à l'accès à la contraception du côté des professionnels de santé 

Les freins à l'accès à la contraception du point de vue des usagers 

Freins au choix d'une contraception adaptée pour un usage optimal

Encadrement du choix des méthodes 

Les freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé 

Les freins au choix d'une contraception adaptée du point de vue des usagers 

Leviers d'action

Leviers concernant l'accès à la contraception 

Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun 

Annexes

Bibliographie 

Participants 

Tableaux 

Figures 

Calcul du reste à charge en fonction des méthodes contraceptives 



Malgré une prévalence contraceptive élevée et une forte médicalisation du recours à la contraception, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception en France : en effet, une grossesse sur trois est déclarée « non prévue ». Un tiers de ces grossesses non prévues est dû à l'absence de contraception, tandis que les deux tiers surviennent sous contraception. Ce dernier résultat s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante ([Efficacité contraceptive par méthode](#)). L'efficacité pratique peut varier selon la population : elle est d'ailleurs plus élevée en France qu'aux États-Unis, pays d'où sont issues la plupart des données d'efficacité généralement reprises dans la littérature. Ces écarts entre efficacités théorique et pratique sont particulièrement importants pour les méthodes qui nécessitent une utilisation à chaque rapport sexuel ou une observance rigoureuse. L'efficacité de ces méthodes est alors étroitement liée au consentement des partenaires pour une utilisation optimale et au niveau de satisfaction de la femme et du couple. Il est donc essentiel que les utilisateurs soient informés des différentes méthodes contraceptives, qu'ils reçoivent des conseils sur l'utilisation correcte des méthodes contraceptives et qu'ils soient pleinement impliqués dans le choix d'une méthode de sorte qu'elle soit adaptée à leurs besoins et à leur mode de vie. Cela doit concerner les hommes aussi bien que les femmes, la contraception ne devant pas être la seule affaire des femmes.

Dans ce document, il est proposé d'effectuer un bref état des lieux des pratiques contraceptives actuelles en France, avant d'identifier les freins à l'accès à une pratique contraceptive en général, puis les freins au choix d'une contraception adaptée pour un usage optimal. Ici, la notion de frein s'entend au sens d'un facteur environnant ou d'une caractéristique personnelle pouvant avoir un impact limitant l'accès ou le choix d'une contraception (frein pouvant être levé ou dont il faut tenir compte dans le cadre d'une démarche contraceptive).

Des leviers généraux d'action ont enfin été identifiés à partir des freins recensés. Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas de recommandations mais plutôt d'une synthèse des préconisations des rapports publics sur le sujet ainsi que des pistes complémentaires proposées par les relecteurs. Par ailleurs ces propositions n'ont pas fait l'objet d'une évaluation économique ni d'une analyse de leur impact budgétaire.

Ce travail a été réalisé, à la demande de Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans des délais contraints. Il se fonde sur une analyse de rapports et de revues de la littérature existants. Il ne repose pas sur la méthodologie habituelle de la HAS consistant à réaliser une revue systématique de la littérature et s'appuyer sur l'avis d'un groupe de travail. L'état des lieux sur les pratiques contraceptives actuelles est fondé sur les données des différentes enquêtes sur la contraception en France et en particulier les enquêtes de l'Inserm et de l'Ined, et notamment l'enquête Fecond, ainsi que sur l'analyse de bases de données médico-administratives.

Ce document n'aborde pas la contraception d'urgence car celle-ci a fait l'objet d'un travail spécifique reprenant en détail les freins à son utilisation ([renvoi à la recommandation et à la fiche mémo](#)).

Ce document s'adresse en priorité aux décideurs publics. Il concerne aussi les professionnels de santé et le grand public.





Les experts en sciences sociales évoquent la notion de « norme contraceptive » pour caractériser les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive. En France, cette norme se traduit par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au dispositif intra-utérin (DIU) comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant.

La France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive élevée ([Prévalence contraceptive par méthode et par pays](#)). Comme dans plusieurs autres pays européens, la pilule est la première méthode utilisée. Cependant, le DIU est également assez fréquemment utilisé en France. L'usage de ce mode de contraception est de manière générale plus fréquent en Europe qu'en Amérique du Nord ou en Australie. En revanche, dans ces régions, la stérilisation est beaucoup plus fréquente qu'en Europe.

Les différentes sources de données disponibles sur la contraception montrent qu'en France :

- la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée globalement (45 % des femmes concernées par la contraception) et à tous les âges sauf chez les 45 - 49 ans où elle est devancée par le DIU ([Méthode contraceptive selon l'âge des femmes](#)) ;
- l'utilisation de la pilule a légèrement diminué depuis 2000 ;
- cette diminution est compensée par un recours à d'autres méthodes hormonales (implant contraceptif, patch contraceptif, anneau vaginal) à tous les âges sauf pour les femmes de 20 - 24 ans ;
- ces autres méthodes hormonales sont utilisées par moins de 5 % des femmes. Parmi ces autres méthodes, l'implant est le plus utilisé, suivi de l'anneau puis du patch ([Méthodes hormonales 2005-2012](#)) ;
- 50 % des pilules combinées œstroprogestatives utilisées en 2012 étaient des pilules de 3^e et 4^e génération dont l'utilisation a augmenté régulièrement au cours des dernières années au détriment des pilules de 1^{re} et 2^e génération ([Méthodes hormonales 2005-2012](#)). Cette proportion a cependant diminué à partir de 2013 et était descendue à 39 % en mars de cette même année ;
- les pilules progestatives seules représentent moins de 15 % de l'ensemble des pilules utilisées ;
- le DIU est utilisé par 1 femme sur 5. Le taux d'utilisation est fortement lié à la parité : 0 enfant : 1 %, 1 enfant : 20 %, 2 enfants ou plus : 40 %. Un peu plus de la moitié des DIU utilisés aujourd'hui sont des DIU hormonaux ;
- l'utilisation du préservatif est en augmentation. Il est utilisé par près de 60 % des femmes de 15 - 17 ans, dont 15 % l'utilisent en association avec la pilule ;
- le recours à la stérilisation est faible : il concerne 3,9 % des femmes et 0,3 % des hommes. Environ 35 000 stérilisations féminines et 2 000 stérilisations masculines ont été réalisées en 2011 ;
- les méthodes naturelles (le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là) sont utilisées par 6 % des femmes, un chiffre stable depuis les années 2000 ;
- environ 3 % des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune contraception.

Les données de prescription indiquent que :

- les pilules œstroprogestatives prescrites par les médecins généralistes sont majoritairement des pilules de 1^{re} ou 2^e génération alors que celles prescrites par les gynécologues sont le plus souvent de 3^e ou 4^e génération ;
- moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes. Les nouvelles méthodes hormonales – l'anneau, le patch, et surtout l'implant – sont également rarement prescrites par les médecins généralistes.

De cet état des lieux on peut conclure que certaines des recommandations pour la pratique clinique de l'Anaes publiées en 2004 ou les avis de la HAS parus depuis 2005 ne sont pas toujours suivis. En particulier, ces recommandations précisait que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait déjà eu ou non des enfants, et l'avis de la commission de la transparence précisait que les pilules de 3^e génération n'étaient indiquées qu'en seconde intention. On peut également noter que par rapport à d'autres pays européens, la place de la stérilisation à visée contraceptive reste très marginale en France et qu'elle concerne en grande majorité la stérilisation féminine.





Conditions générales d'accès



Cas des mineur(e)s



Centres de planification
ou d'éducation familiale



Information sur la sexualité
et la contraception en milieu scolaire

Conditions générales d'accès dans le cadre des dispositifs de droit commun :
un élargissement progressif des conditions de prescription, de délivrance et de pose



Une prescription médicale est nécessaire pour les contraceptifs oraux et injectables, les implants contraceptifs, les DIU, les dispositifs transdermiques, les anneaux vaginaux, les diaphragmes et les capes.

- Les contraceptifs oraux peuvent être délivrés pour une durée de 3 mois et la durée de validité de la prescription peut s'étendre sur 1 an.
- Les DIU, diaphragmes et capes ne peuvent être délivrés en pharmacie ou dans les CPEF que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.
- Une consultation auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est nécessaire pour déterminer la taille du diaphragme ou de la cape.
- L'insertion des dispositifs intra-utérins et la pose d'implant ne peuvent être pratiquées que par un médecin ou une sage-femme, soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou un centre de soins agréé.

Les sages-femmes peuvent prescrire toute méthode contraceptive :

- y compris la pose de DIU, quel qu'en soit le type et l'insertion d'implant ;
- quelles que soient les circonstances, y compris en dehors des suites d'une IVG, des suites de couches et de l'examen post-natal ;
- pour une durée illimitée ;
- sous réserve d'adresser la femme à un médecin « en cas de situation pathologique ».

Les infirmiers et infirmières diplômés d'État peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux :

- datant de moins d'1 an ;
- pour une durée, non renouvelable, de 6 mois maximum.

Cela ne concerne pas les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux.



Les pharmaciens peuvent dispenser des médicaments contraceptifs oraux :

- lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins de 1 an est expirée ;
- seulement lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée ;
- sans dépasser un total de 6 mois.

Le cas des mineur(e)s : un accès facilité



Pour les mineur(e)s, l'accès à la contraception est facilité.

- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) peuvent délivrer gratuitement et de façon anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineur(e)s qui désirent garder le secret.
- La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineur(e)s ne sont pas soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal quel que soit l'âge de la mineure.
- Certains contraceptifs (contraceptifs inscrits sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables) sont pris en charge à 100% pour les jeunes filles mineures de plus de 15 ans (et pas pour toutes les jeunes filles mineures ce qui exclut de fait les moins de 15 ans) ; cependant cette prise en charge ne couvre ni la consultation ni les examens biologiques éventuels.
- Plusieurs Régions (Poitou-Charentes, Ile-de-France, PACA, Rhône-Alpes et Pays de la Loire à partir de septembre 2013) ont mis en place un Pass contraception ou Pass santé/prévention facilitant l'accès à la première contraception (prise en charge financière du contraceptif, de la consultation et du bilan biologique).

Un dispositif spécifique d'accès à la contraception : les centres de planification ou d'éducation familiale



Un positionnement spécifique dans l'offre de soins et de prestations, en complément des dispositifs de droit commun, en lien avec certaines caractéristiques :

- une palette large de prestations offertes dans le cadre d'une approche globale de la sexualité. Dans le champ de la contraception, ces prestations comprennent l'accueil, le conseil et l'écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité, l'accompagnement et le suivi d'une première contraception, la consultation et la prescription contraceptive, la pose de dispositifs contraceptifs, la délivrance de la contraception d'urgence ;
- une expertise sur les questions de sexualité grâce à un personnel pluridisciplinaire médical et paramédical et à un corps de métier spécifique, les conseillères conjugales et familiales ;
- des conditions de prescription et de délivrance de la contraception, assurant une totale confidentialité, à travers une dispense d'avance de frais et de ticket modérateur pour les mineur(e)s, pour les majeurs assurés sociaux ayants droit de leurs parents et demandeurs de confidentialités et une prise en charge gratuite pour les personnes non prises en charge par l'Assurance maladie ;
- une surreprésentation des moins de 25 ans et des personnes en situation de difficultés sociales parmi le public accueilli ;
- l'articulation entre les prestations individuelles et la réalisation d'interventions collectives d'information et d'éducation à la santé.

Une réponse à la demande exprimée mais des besoins non couverts :

- une réponse adéquate à la demande individuelle adressée aux centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) grâce à des délais de rendez-vous plus courts que dans le secteur hospitalier ou libéral et la prise en compte des situations d'urgence et de précarité ;



- mais des limites dans l'accessibilité des CPEF, physiques (difficultés d'accès dans les zones périurbaines ou rurales, **grande inégalité de répartition géographique** (Nombre de CPEF par région : [tableau](#), [figure](#)), horaires d'ouverture variables et souvent restreints malgré les efforts d'adaptation réalisés), psychologiques (en cas d'implantation au sein d'un centre hospitalier ou dans un centre de PMI), financières (possibilité d'une extension de la gratuité des prescriptions au-delà de 18 ans afin de tenir compte des situations particulières mais sans formalisation systématique par les conseils généraux) ;
- une sémantique mal adaptée aux jeunes générations (concepts de « planification et d'éducation familiale » ou de « conseil conjugal » éloignés des références des jeunes, dénomination des « conseillères conjugales et familiales ») ;
- un problème de visibilité et de notoriété du dispositif (hétérogénéité des structures, confusion entre centres de planification et planning familial, assimilation à un service hospitalier ou relevant de la PMI) ;
- un engagement variable selon les départements (hétérogénéité du pilotage de la planification assuré par les conseils généraux au sein de la PMI, gestion de moyens plutôt qu'en fonction d'orientations stratégiques claires).

Une information sur la sexualité et la contraception en direction des jeunes organisée dans le cadre scolaire

Une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001 (complétée par la circulaire du 17 février 2003)

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception prescrit des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupes d'âge homogène.
- À l'école primaire, l'éducation à la sexualité est réalisée par les maîtres chargés de classe et doit être intégrée à l'ensemble des autres contenus autant que possible.
- Dans le secondaire, c'est le chef d'établissement qui est chargé d'« établir en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances » qui doivent être prises en charge par une équipe de personnes volontaires composées d'enseignants et de personnels d'éducation, avec la possibilité de faire appel à des interventions extérieures.
- Des outils pédagogiques ont été élaborés pour soutenir les équipes éducatives dans la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.
- Des dynamiques locales, résultant de l'action de personnes particulièrement sensibilisées ou d'une prise de conscience collective liée à une situation ou des événements particuliers, sont à l'origine d'expériences originales.

Des difficultés matérielles et logistiques d'organisation des séances d'éducation à la sexualité :

- des problèmes d'emploi du temps et d'organisation matérielle au sein des établissements ;
- des difficultés dans l'articulation entre les interventions extérieures et le travail de l'équipe éducative au sein de l'établissement ;
- un financement des interventions effectuées dans les établissements scolaires par des personnels des CPEF ainsi que des associations agréées non totalement assuré (contribution financière variable des départements, de l'État, de l'Assurance maladie, des régions ou bénévolat).

Une absence d'évaluation de ces dispositifs dont la qualité est probablement très inégale.

Des réticences persistantes à la tenue de séances d'éducation à la sexualité, notamment dans certains territoires ou établissements scolaires.

Une mobilisation très inégale des collectivités et organismes concernés (Éducation nationale, conseils généraux et régionaux, Assurance maladie, etc.).



En conclusion, malgré l'élargissement progressif des conditions générales d'accès à la contraception, un accès facilité pour les mineur(e)s, l'existence d'un dispositif spécifique à travers les CPEF et la reconnaissance d'une obligation légale d'information et d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, le système manque de lisibilité et de visibilité, les femmes et les hommes et surtout les jeunes ne connaissant pas toujours l'ensemble des possibilités d'accès à la contraception et ne sachant pas toujours vers qui se tourner.





L'accès des femmes et des hommes à une pratique contraceptive, en général, peut être freiné par des déterminants liés aux professionnels de santé (pratiques, information et formation, représentations, etc.). Plusieurs freins de cette nature ont en effet été identifiés dans la littérature.

En raison de certaines représentations socioculturelles, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible : c'est notamment le cas dans les situations où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistantes. Ces représentations sont généralement liées aux situations où la sexualité, en particulier féminine, n'est pas socialement acceptée :

- non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents ;
- prévalence de normes sociales sur le « temps fertile prescrit » qui se situe entre 25 à 40 ans environ ;
- préjugés sur la fréquence des rapports sexuels et la sexualité des femmes proches de la ménopause ;
- préjugés sur l'absence de rapports sexuels dans le cadre d'un retour de couches ;
- prédominance de l'attention portée aux problèmes médicaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'obésité morbide et non-reconnaissance de leur sexualité ;
- non-reconnaissance de la sexualité des personnes en situation de handicap.

De même, des représentations socioculturelles sur la sexualité des femmes, en particulier lorsqu'elles vivent dans un contexte conjugal, peuvent être en décalage avec leurs besoins contraceptifs :

- préjugés sur la régularité des rapports sexuels ;
- non-prise en compte de la sexualité extraconjugale.

Ces représentations socioculturelles ont un impact sur l'identification a priori des besoins contraceptifs des femmes et des hommes par les professionnels de santé. Elles peuvent influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix des méthodes contraceptives qu'il leur propose (consulter [Freins au choix d'une contraception adaptée pour un usage optimal](#)). De manière générale, il est donc important de souligner que l'âge n'est pas un indicateur aussi discriminant de la vie affective et sexuelle des femmes et donc de leurs besoins contraceptifs.

Enfin, il faut mentionner que l'abord de la contraception des personnes atteintes de handicap mental soulève des questions pratiques et éthiques particulières.

La formation initiale et continue des professionnels de santé ne prévoit pas d'information et de sensibilisation à la prise en compte de ces représentations socio culturelles dans leurs pratiques ainsi que sur l'abord des questions de sexualité qui peut constituer une difficulté pour certains médecins.





Très peu de femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive. Néanmoins, l'accès à une pratique contraceptive, en général, peut être freiné par des déterminants propres aux usagers eux-mêmes de nature très hétérogène (psychologiques, informationnels, liés à l'âge, socio-économiques, culturels, etc.).

Le choix de la femme et de l'homme de recourir ou non à une pratique contraceptive est étroitement lié au désir de grossesse et au désir d'enfant.

Or le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent être marqués par une certaine **ambivalence**. Ce désir de grossesse et ce désir d'enfant influencent à la fois l'expression d'un besoin contraceptif auprès des professionnels, l'utilisation (bonne ou mauvaise) de la contraception et également le choix de la méthode contraceptive (consulter [Freins au choix d'une contraception adaptée pour un usage optimal](#)). Le désir d'enfant et l'acceptabilité de la contraception sont sans cesse réévalués l'un par rapport à l'autre : les effets secondaires d'une méthode de contraception sont d'autant moins acceptés que le désir de grossesse ou d'enfant est élevé.

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut être freiné par la **réticence** de certaines femmes **à consulter** un professionnel de santé parce qu'elles **redoutent** l'éventualité d'un examen gynécologique ou de **questions** que pourrait leur poser le professionnel de santé et qui **relèvent de l'intime**.

Le recours à la contraception suppose par ailleurs d'avoir reçu une éducation à la sexualité (quels que soient sa forme et son vecteur), y compris une information suffisante sur la contraception et sur ses possibilités d'accès. S'agissant des **programmes d'éducation à la sexualité**, on constate qu'ils sont **appliqués de manière inhomogène** sur le territoire et ne font pas l'objet d'évaluation. Aussi, en sont exclues certaines populations de jeunes comme les apprentis, élèves des maisons familiales et rurales, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire.

Il faut souligner que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la finalité préventive du VIH et des IST plutôt que sur la finalité contraceptive : en début de relation, certains jeunes peuvent avoir tendance à reléguer au second plan le risque de grossesse par rapport au risque d'infection au VIH. Cependant les campagnes récentes menées par l'Inpes (« questions d'ados », « onsexprime ») s'inscrivent dans une démarche globale de santé sexuelle des adolescents sans hiérarchisation des différentes questions.

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut également être freiné par des **idées reçues sur sa propre fertilité**, en particulier chez les femmes après 40 ans et chez les mineures.

Enfin, le recours à la contraception en général peut également être freiné par des **contraintes économiques**. Les données récentes sur la contraception montrent une baisse du recours à la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans au cours des 10 dernières années. Cette baisse n'est pas compensée par l'utilisation d'autres méthodes et pourrait être attribuée, du moins en partie, à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge.

Au-delà de ces cas généraux, il existe des **situations de grande difficulté sociale** qui exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception. Ce sont les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile fixe où les femmes n'ont pas la maîtrise suffisante sur leur quotidien pour s'engager dans un projet de contraception, les situations de dépendance affective sexuelle, matérielle ou psychologique par rapport à un partenaire rendant pratiquement impossible une démarche contraceptive, et enfin les situations de violence sexuelle y compris d'inceste.





Principe général



Cas particulier : les méthodes de stérilisation

Un principe général de libre choix des méthodes contraceptives



Depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 qui a ouvert aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information, l'objectif général selon lequel il convient d'« assurer l'accès à une contraception adaptée » a été réaffirmé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Un cas particulier : les méthodes de stérilisation



Il existe un droit général à la stérilisation volontaire.

Néanmoins, ce droit fait l'objet d'un encadrement :

- la ligature des trompes ou des canaux déférents ne peut être pratiquée sur une personne mineure ;
- elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ;
- cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin (qui doit informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention et lui remettre un dossier d'information écrit) ;
- il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après la 1^{re} consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir l'intervention ;
- un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressé de son refus dès la 1^{re} consultation.





Freins généraux



Freins par méthode contraceptive

Freins généraux



Conceptions mécanistes du corps et hypermédicalisation de la contraception : les pratiques sont axées sur l'utilisation de moyens médicaux proposant une vision mécaniste du corps qui localise le risque de grossesse au niveau de la seule physiologie. Il apparaît dès lors logique de privilégier les moyens de contraception ayant l'efficacité théorique maximale ce qui peut s'avérer contre-productif si les besoins de la femme et de l'homme ne sont pas pris en compte. En effet, un des objectifs de la consultation de contraception est d'aider au choix d'une méthode qui dans leur contexte de vie est la plus efficace possible.

Formation initiale et continue des médecins et sages-femmes insuffisante : l'étroitesse du socle de formation initiale, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et le manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité se traduisent par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées. La mise à jour des connaissances repose encore pour une grande part sur les informations apportées par les industriels dans le cadre de la visite médicale. S'agissant des médecins généralistes, depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale, les jeunes générations reçoivent une formation en gynécologie.

Difficulté de positionnement des médecins généralistes dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues : alors que, avec l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.), les questions de contraception sont de fait de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste.

Difficulté du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle : d'une part, le soignant prescrit la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de la trajectoire et de la situation particulière de la femme ; d'autre part, la femme reste perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade.

Contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive : les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule plutôt que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes.

Influence des industriels du médicament : pression de l'industrie pour influencer les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias.

Clause de conscience des médecins s'agissant des méthodes définitives de contraception.



Un nombre important de freins concerne le dispositif intra-utérin.

Freins		Type de méthode							Leviers d'action	
		Pilule contraceptive	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Méconnaissance des risques et des contre-indications	<p>Croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares.</p> <p>Surestimation des complications des DIU (grossesses extra-utérines, infections pelviennes).</p> <p>Sous-estimation des effets indésirables des pilules de 3^e et 4^e génération.</p>	✓				✓				Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues, et sages-femmes.
Méconnaissance de certains contraceptifs					✓		✓			Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.
Formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques	<p>Pose de DIU.</p> <p>Retrait d'implants expliquant leur réticence à en poser.</p>			✓		✓				Formation initiale et continue en particulier des médecins généralistes.
Contraintes matérielles et de temps pour la pose de DIU	<p>Contraintes matérielles liées à l'absence fréquente du matériel nécessaire à la pose de DIU chez les médecins généralistes.</p> <p>Contraintes liées au mode de prise en charge (paiement à l'acte).</p>			✓		✓				Information sur les kits de pose et de retrait d'implant et de DIU.
Réticence à informer et à proposer une contraception définitive	<p>Difficulté à porter atteinte à l'intégrité du corps dans une optique préventive.</p> <p>Méconnaissance de la loi de 2001.</p>								✓	<p>Information des femmes et des hommes sur ces méthodes.</p> <p>Formation des médecins.</p>





Freins généraux



Freins par méthode contraceptive

Freins généraux



Le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes.

La contraception est considérée comme « une affaire de femmes » qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses échecs. Plus de la moitié des femmes déclarent choisir seules leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire. Cependant le choix d'une méthode se fait souvent en fonction des préférences du partenaire masculin (priorité accordée au plaisir masculin), que celles-ci aient été clairement exprimées, notamment lorsqu'il s'agit de réticences à l'égard d'une méthode (comme le préservatif), ou qu'elles aient été anticipées par la femme.

Des situations de fragilité peuvent de manière générale entraver le choix d'une méthode contraceptive mais également constituer des facteurs de risque d'échec de la contraception :

- la non-reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile ;
- la sous-estimation du risque de grossesse par les femmes approchant la ménopause résultant en un recours plus fréquent à des méthodes naturelles ou en une absence totale de méthode contraceptive ;
- les périodes de *post-partum* ou post-IVG ;
- les périodes d'instabilité et/ou de fragilité affectives ;
- les situations de violence physique et morale ;
- les situations professionnelles particulières et/ou le mode de vie (travail de nuit, horaires irréguliers et/ou décalés) ;
- les périodes de transition entre deux méthodes contraceptives.

Enfin, des facteurs culturels, religieux ou philosophiques peuvent également conditionner le choix d'une méthode contraceptive.



Les restes à charges pour l'usager sont très différents d'une méthode à l'autre et certaines méthodes nécessitent en outre plusieurs consultations médicales pour l'instauration de la méthode ou pour le suivi (**Calcul du reste à charge**).

Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Périodes d'instabilité affective et sexuelle	Rapports sexuels épisodiques en couple	La prise régulière d'une contraception, parallèlement à des rapports sexuels peu fréquents, peut être perçue comme un rappel quotidien d'une éventuelle dégradation de la situation conjugale.	✓	✓		✓					Information sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives.
	Rapports sexuels épisodiques, relations sexuelles irrégulières ou difficiles à prévoir (jeunes femmes qui débutent leur vie sexuelle ou célibataires plus âgées)	La prise d'une contraception régulière peut être jugée inadéquate par rapport à la fréquence des rapports sexuels.	✓	✓	✓	✓	✓				
	Ruptures amoureuses/modifications de la vie affective, sexuelle	Les ruptures amoureuses sont l'occasion d'une remise en question de la méthode contraceptive ; la prise régulière d'une contraception peut être jugée inadéquate par rapport à la fréquence des rapports, car elle peut être perçue comme un rappel quotidien d'une éventuelle dégradation de la situation conjugale.	✓	✓		✓					
Non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile	La sexualité clandestine ne favorise pas la pratique contraceptive ni les comportements de prévention	Mise en place de stratagèmes pour cacher les plaquettes de pilules en dehors d'un domicile.	✓								
Conséquences ressenties et/ou appréhendées (effets secondaires, impact négatif sur le bien-être sexuel)	Prise de poids	La prise de poids générée par les méthodes contraceptives hormonales, qu'elle soit ressentie ou seulement anticipée, est un des motifs d'arrêt de la contraception.	✓	✓	✓	✓					
	Présence d'un corps étranger vécu comme intrusif				✓		✓				

Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Conséquences ressenties et/ou appréhendées (effets secondaires, impact négatif sur le bien-être sexuel) (suite)	Baisse de la libido	La baisse de la libido peut être un effet indésirable d'une contraception hormonale. Elle peut constituer un frein et justifier le changement de la méthode contraceptive.	✓	✓	✓	✓					Information sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives.
	Diminution du plaisir sexuel et/ou de la proximité avec le partenaire	Certaines contraceptions, en particulier les méthodes barrières, peuvent induire une perte de plaisir sexuel liée à une diminution de la sensibilité des muqueuses. Cet effet peut être ressenti par l'un ou par les deux partenaires. Dans tous les cas, elle peut justifier un changement de la méthode contraceptive.						✓			
Rejet de la médicalisation		La volonté de limiter la consommation médicamenteuse perçue comme « antinaturelle » est de plus en plus diffusée.	✓	✓	✓	✓					
Contraintes ressenties	Prise quotidienne à heure fixe	Les conditions de suivi de certains modes de contraception peuvent être difficilement compatibles avec les rythmes de vie irréguliers ou décalés.	✓								
Manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive		Le choix contraceptif peut être fait en fonction du partenaire masculin et se révéler peu satisfaisant pour la femme. L'exercice d'une domination masculine qui se manifeste au travers d'un manque d'adhésion à la démarche contraceptive rend particulièrement contre-indiquées des méthodes qui nécessitent sa vigilance.	✓					✓	✓		
Difficultés ressenties en termes de confidentialité	Accès à la consultation contraceptive	Bien que la loi garantisse un accès autonome des jeunes à la contraception, pour lequel le consentement parental n'est plus requis, ce droit leur est dénié dans les faits lorsqu'ils doivent faire appel à la couverture sociale de leurs parents.	✓	✓	✓	✓	✓				Information sur les dispositifs existants. Extension du tiers payant pour les consultations médicales. Dispositif spécifique garantissant la confidentialité. Extension des Pass contraception/Pass santé.



Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Difficultés ressenties en termes de confidentialité (suite)	Dissimulation de la contraception	La volonté de dissimuler la prise contraceptive peut amener à des prises de risque. Certaines méthodes sont plus adaptées à la volonté de dissimuler la prise contraceptive, à l'égard du partenaire.	✓	✓		✓		✓			Soulever le point lors de la consultation et adapter le mode de contraception.
Méconnaissance et manque d'information	Sur le caractère contraceptif de l'allaitement. Sur les périodes fécondantes	Dans certains cas, paradoxalement, c'est la connaissance elle-même qui est à l'origine de fausses interprétations qui conduisent à des prises de risque. Par exemple il est apparu que les étudiants déduisaient des informations retenues dans le cadre de leur cours de biologie sur les mécanismes d'ovulation qu'il suffisait de se protéger durant cette période restreinte sans prendre en compte les risques de cycles irréguliers.						✓	✓		Éducation à la sexualité.
Rumeurs, croyances, désinformation	Ex. la pilule fait systématiquement grossir, le DIU n'est posé que chez les femmes qui ont déjà eu un enfant, sous-estimation de la durée d'efficacité de l'implant contraceptif, le DIU est abortif et rend stérile, la stérilisation affecte les performances sexuelles, le préservatif est associé au multipartenariat, etc.	Il existe une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses qui circulent sur les sites internet et dans les forums de discussion.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	Information.
Difficultés d'accès géographique	Consultation gynécologique	Dans la mesure où le refus de poser un DIU ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes que chez les gynécologues, le choix de cette méthode contraceptive est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme.			✓		✓				



Freins			Type de méthode							Leviers d'action	
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Nécessité de recourir à deux consultations médicales pour les méthodes nécessitant un achat en pharmacie et une pose par un professionnel de santé	Dans la mesure où les professionnels de santé, en dehors des CPEF, ne disposent pas de dispositifs contraceptifs dans leur cabinet, deux consultations sont nécessaires : une première consultation contraceptive où une prescription sera fournie et une deuxième pour poser le dispositif que la femme sera allée acheter en pharmacie. Cette situation peut entraîner un retard dans la mise en œuvre d'une méthode contraceptive	Il s'agit principalement du DIU, de l'implant.			✓		✓	✓			
Difficultés d'accès liées à la situation économique	Difficulté économique à avancer les frais et/ou à régler des dépassements d'honoraires	Certaines méthodes nécessitant un suivi par un médecin ou une sage-femme impliquent l'avance de frais en secteur libéral en l'absence de tiers payant. L'accès à un gynécologue ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires peut ne pas être possible en raison de la démographie médicale et le recours à un gynécologue de secteur 2 difficile au plan économique.	€	€	€	€	€	€	€	€	Extension du tiers payant aux consultations. Orientation vers un CPEF (et/ou un CDAG pour les méthodes barrières). Prise en charge partielle ou intégrale des préservatifs.
	Absence de couverture complémentaire	Les modalités de prescription, de suivi et de prise en charge par l'Assurance maladie (franchises médicales et par boîte de médicaments) impliquent des restes à charge variables d'une méthode contraceptive à une autre.									Choix d'une méthode limitant les restes à charge. Orientation vers un CPEF. Amélioration de la prise en charge financière pour les jeunes de 18 à 25 ans.
	Absence ou rupture de couverture d'assurance maladie	Pour les personnes n'accédant pas à leurs droits sociaux ou ne connaissant pas leurs droits sociaux. Pour les étudiant(e)s qui peuvent être confronté(e)s à des délais importants pour le renouvellement de leur carte Vitale.									Information sur les dispositifs spécifiques existants et orientation vers les structures et associations <i>ad hoc</i> .





À l'issue de l'analyse, des leviers généraux d'action concernant l'accès à la contraception ont été identifiés. Les préconisations des rapports publics sur le sujet sont également présentées ainsi que des pistes complémentaires proposées par les relecteurs.

Leviers généraux

- Faciliter l'information du grand public sur les dispositifs spécifiques d'accès à la contraception et sur le rôle du médecin généraliste.
- Mettre en œuvre et évaluer des protocoles de coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la prescription contraceptive.
- Mettre en application et évaluer les dispositions légales concernant l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et développer celle-ci dans les autres structures éducatives d'accueil des jeunes.
- Étendre le système du tiers payant pour les mineur(e)s et les jeunes de 18 à 25 ans.
- Évaluer et le cas échéant généraliser les dispositifs intégrateurs du type « Pass santé » pour l'accès à la contraception et à la prévention des jeunes.
- Développer l'information sur les dispositifs d'accès à l'assurance maladie obligatoire.
- Favoriser l'accès à une assurance complémentaire santé.

Assurer un accès gratuit et confidentiel des jeunes à la contraception

À court terme

- Étendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande (rapport IGAS 2009).

À moyen terme

- Mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle (rapport IGAS 2009).

À évaluer

- Développer un « bilan première contraception » gratuit pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans (rapport CAS 2011).
- Généraliser l'utilisation du Pass contraception et l'intégrer dans un Pass plus général afin de favoriser l'accès à la prévention des jeunes (Colloque Santé des femmes, ministère des Droits des femmes 2013).

Mieux faire connaître et utiliser les dispositifs spécifiques d'accès à la contraception existants

À court terme

- Mobiliser les nouvelles compétences des sages-femmes et infirmières pour la prescription contraceptive dans les CPEF (rapport IGAS 2011).
- Créer une plate-forme d'information unique sur la sexualité qui proposera notamment un recensement des CPEF et des centres de prévention des IST (rapport CAS 2011).
- Ouvrir la possibilité de prise en charge financière sans communication d'identité de toutes les prestations délivrées dans les CPEF pour les personnes désirant garder le secret quel que soit leur âge (rapport IGAS 2011).



À moyen terme

- Encourager le développement d'antennes avancées des CPEF (rapport IGAS 2011) : CPEF « hors les murs ».

À évaluer

- Expérimenter un protocole de délégation de la prescription contraceptive dans les CPEF (rapport IGAS 2011).

Expérimenter de nouveaux dispositifs spécifiques d'accès à la contraception

À moyen terme

- Créer dans chaque département une offre de « médecins relais contraception » intervenant dans des conditions analogues à celles des CPEF (rapport IGAS 2011).
- Promouvoir l'intégration de prestations de conseil conjugal et familial dans les groupements pluriprofessionnels de santé (rapport IGAS 2011) : moyen de concilier prescription (par les médecins du centre) et conseil dans les zones dépourvues d'implantations CPEF.

À évaluer

- Assurer la prise en charge intégrale de tous les moyens contraceptifs, y compris les préservatifs, quel que soit l'âge (suggestion des relecteurs).

Renforcer et adapter l'éducation à la sexualité

À court terme

- Pour la protection judiciaire de la jeunesse, systématiser les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes sous main de justice (rapport IGAS 2009).
- Si une maison des adolescents est adossée à l'hôpital, inclure la possibilité de donner l'information sur la planification familiale et la contraception (rapport IGAS 2009).
- Mettre à profit les actions collectives menées dans les centres de PMI pour donner l'information sur la contraception (rapport IGAS 2009).
- Charger les rectorats de fournir aux chefs d'établissement les informations nécessaires pour satisfaire à leurs obligations en matière d'éducation à la sexualité, et établir un bilan des mesures engagées (rapport CAS 2011).
- S'assurer que les manuels de SVT contiennent des notions appropriées sur la fécondation et appeler l'attention des professeurs de SVT sur l'importance des informations qu'ils communiquent à ce sujet, notamment sur les périodes d'ovulation dans les cycles menstruels féminins (rapport Poletti 2011).
- Prévoir, au début de chaque année scolaire, l'inscription obligatoire des séances annuelles d'éducation à la sexualité au sein du projet d'établissement en précisant notamment, en accord avec le conseil d'administration, l'aménagement des horaires, les priorités du programme et les partenariats qui doivent être noués à cette occasion (rapport Poletti 2011).

À moyen terme

- Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes (rapport IGAS 2009) ;
- Renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire (rapport IGAS 2009).
- Prévoir dans les programmes d'étendre cette formation au-delà des éducateurs à toute l'équipe éducative (rapport IGAS 2009).
- Former les professeurs des écoles et les professeurs de SVT des collèges et lycées à une éducation progressive adaptée à chacun des âges des élèves concernés (rapport Poletti 2011).
- Accompagner les enseignants des établissements de l'enseignement primaire et secondaire (rapport Poletti 2011) :
 - en définissant au plan national des guides de ressources adaptés à chaque niveau ;
 - en mettant à leur disposition, dans chaque académie, des équipes de formateurs spécialistes de l'éducation à la sexualité.



- Proposer une éducation à la sexualité « large » (relation à l'autre, respect, etc.), où les enjeux reproductifs et préventifs (IST, VIH, etc.) ne sont abordés que dans un second temps (suggestion des relecteurs).

A évaluer

- Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier l'impact des actions menées en matière d'information et d'éducation à la sexualité (rapport IGAS 2009).





À l'issue de l'analyse, des leviers généraux d'action concernant le choix de la contraception la mieux adaptée ont été identifiés. Les préconisations des rapports publics sur le sujet sont également présentées ainsi que des pistes complémentaires proposées par les relecteurs.

Leviers généraux

- Développer et adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé concernés par la contraception, de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique.
- Promouvoir l'information des professionnels de santé sur la contraception par le biais des délégués de l'Assurance maladie et au moyen de sites Internet *ad hoc*.
- Évaluer l'intérêt d'une modification des modalités de rémunération des professionnels de santé.
- Faciliter l'information du grand public sur les différents moyens contraceptifs disponibles au moyen d'une plate-forme d'information unique.
- Exercer une vigilance accrue sur la qualité de l'information sur les différents moyens contraceptifs délivrée par les industriels aux professionnels de santé et au grand public.

Mieux préparer les praticiens à leur rôle en matière de contraception

À moyen terme

- Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins (rapport IGAS 2009).
- Développer les formations initiales des gynécologues-obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes par (rapport Poletti 2011) :
 - l'inscription au sein de l'unité d'enseignement commune « Santé, société, humanité » d'une introduction générale à l'histoire et au droit de la contraception et de l'orthogénie ;
 - un enseignement plus approfondi de la contraception, de la gynécologie médicale et de l'orthogénie au cours des 2^e et 3^e cycles des études médicales (pour les spécialisations en gynécologie, en gynécologie-obstétrique et en médecine générale) et au cours des études de sages-femmes ;
 - l'organisation de stages dans des CPEF et des centres d'orthogénie ;
 - une mise en commun et une communication des bonnes pratiques de certains pôles hospitaliers universitaires et de certaines écoles de sages-femmes dans le domaine de l'information que leurs étudiants peuvent délivrer aux adolescents.
- Encourager le développement d'actions de développement professionnel continu axées sur la contraception (rapport IGAS 2009), voire en faire une priorité nationale.

Développer la fonction de conseil en matière de contraception

À court terme

- À l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence, charger les pharmaciens de remettre aux femmes de moins de 25 ans un guide présentant l'ensemble des moyens contraceptifs et contenant un coupon pour un rendez-vous chez un médecin agréé (rapport CAS 2011).

À moyen terme

- Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive (rapport IGAS 2009).



Garantir l'accès à une information de qualité sur la diversité et l'utilisation des moyens contraceptifs disponibles

À court/moyen terme

- Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le DIU (rapport IGAS 2009).
- Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception (rapport IGAS 2009).
- Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception (rapport IGAS 2009).
- Insister sur la sensibilisation des jeunes hommes et associer la prévention des IST et l'information sur la contraception en promouvant la double protection, notamment dans les campagnes d'information (rapport CAS 2011).
- Rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes de contraception, y compris ceux qui sont encore peu connus en France (rapport CAS 2011).

L'Inpes a développé certains outils de gestion de la contraception (carte oubli de pilule) et de communication (choisir sa contraception).





Ouvrage

Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Collection santé publique. Paris: Inserm; 2002.

Rapports et recommandations

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

Centre d'analyse stratégique, Naves MC, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Note Analyse 2011;(226).

Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Rapport. Paris: La Documentation Française; 2009.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000048/0000.pdf

Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport. Paris: La Documentation Française; 2009.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf

Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain Menninger D. Évaluation 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. Paris: La Documentation Française; 2009.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf

Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Branchu C, Vieilleribière JL, Sitruck P. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Paris: La Documentation Française; 2011.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gall B, Jouannic E. Les Français et la contraception [power point]. Saint-Denis: Inpes; 2007.

Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4^e édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève: OMS; 2011.

whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242563887_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé, École de santé publique Bloomberg, Agence des États-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS; 2011.

whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856304_fre.pdf

Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Paris: Assemblée nationale; 2011.

www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3444.pdf

Articles

Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Pop Soc 2012;(492).

Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003;18(5):994-9.

Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB, Intrauterine contraception for Nulliparous women: Translating Research into Action (INTRA) group. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Eur J Contracept Reprod Health Care 2012;17(5):340-50.

Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13(Suppl 1):29-36.

Leridon H, Oustry P, Bajos N. La médicalisation croissante de la contraception en France. Pop Soc 2002;(381).

Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod 2007;22(9):2422-7.



Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009;24(6):1387-92.

Regnier-Loilier A. La pratique contraceptive en France. Prévalence, méthodes utilisées et implications. In: Charton L, Lévy JJ, ed. *La contraception : prévalence, prévention et enjeux de société*. Québec : Presses de l'université du Québec; 2011. p. 41-63.

Trussell J. Summary table of contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media; 2011.





L'équipe

Ce travail a été réalisé au sein du service évaluation économique et santé publique (SEESP) par (ordre alphabétique) Stéphanie Barré, Françoise Hamers, Olivier Scemama et Clémence Thébaut, sous la direction de Catherine Rumeau-Pichon.

Les extractions des données de l'Assurance maladie et des dispensations en pharmacie ont été réalisées par Stéphanie Leclerc et par Célia Pessel, au SEESP.

La recherche et la gestion documentaire ont été effectuées à la HAS par Sophie Despeyroux, documentaliste, et Renée Cardoso, assistante documentaliste.

Le secrétariat a été assuré par Sabrina Missour.

Relecture

Institutions

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Associations d'usagers et associations de patients

- Mouvement français pour le planning familial (MFPF).
- Union nationale des associations familiales (UNAF).
- Association des victimes d'embolie pulmonaire (AVEP).

Experts individuels

- Mme Nathalie Bajos, sociologie-démographie, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre.
- M. Jean-Christophe Boscher, sage-femme, Saint-Brieuc.
- Dr Danielle Hassoun, gynécologie obstétrique, Paris.
- Pr Marie-France Le Goaziou, médecine générale, Saint-Priest.





Efficacité contraceptive
par méthode



Méthodes de contraception utilisées
en France selon l'âge des femmes



Nombre de CEPF par région





Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011).

Méthode	Taux de grossesses (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandons (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée œstroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Eponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 -5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009).

En fonction du taux de grossesses au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1-9 : efficace ; 10-25 : modérément efficace ; 26-32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9





Méthodes de contraception (en %) utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.

Méthode contraceptive	Âge en années								
	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL 15-49
Pilule	37,3	55,2	63,3	61,1	49,9	40,3	35,9	25,0	44,7
Pilule + préservatif	14,5	23,0	11,7	4,7	1,9	0,8	0,5	1,3	4,6
Autre méthode hormonale	0,3	0,9	5,1	6,9	6,4	3,9	3,0	1,3	4,0
DIU	0,0	0,0	1,8	7,5	19,5	29,0	32,8	36,8	20,7
Préservatif	44,7	16,5	10,9	8,3	11,0	12,4	10,7	10,5	12,1
Autre	2,4	2,2	4,3	8,2	6,0	7,9	6,5	7,7	6,6
Stérilisation*	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	3,1	8,5	12,2	4,2
Aucune	0,9	2,3	2,7	3,3	4,3	2,4	2,0	5,1	3,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Enquête Fecond (Bajos 2012).

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.

* stérilisation contraceptive de la femme ou de son partenaire masculin.



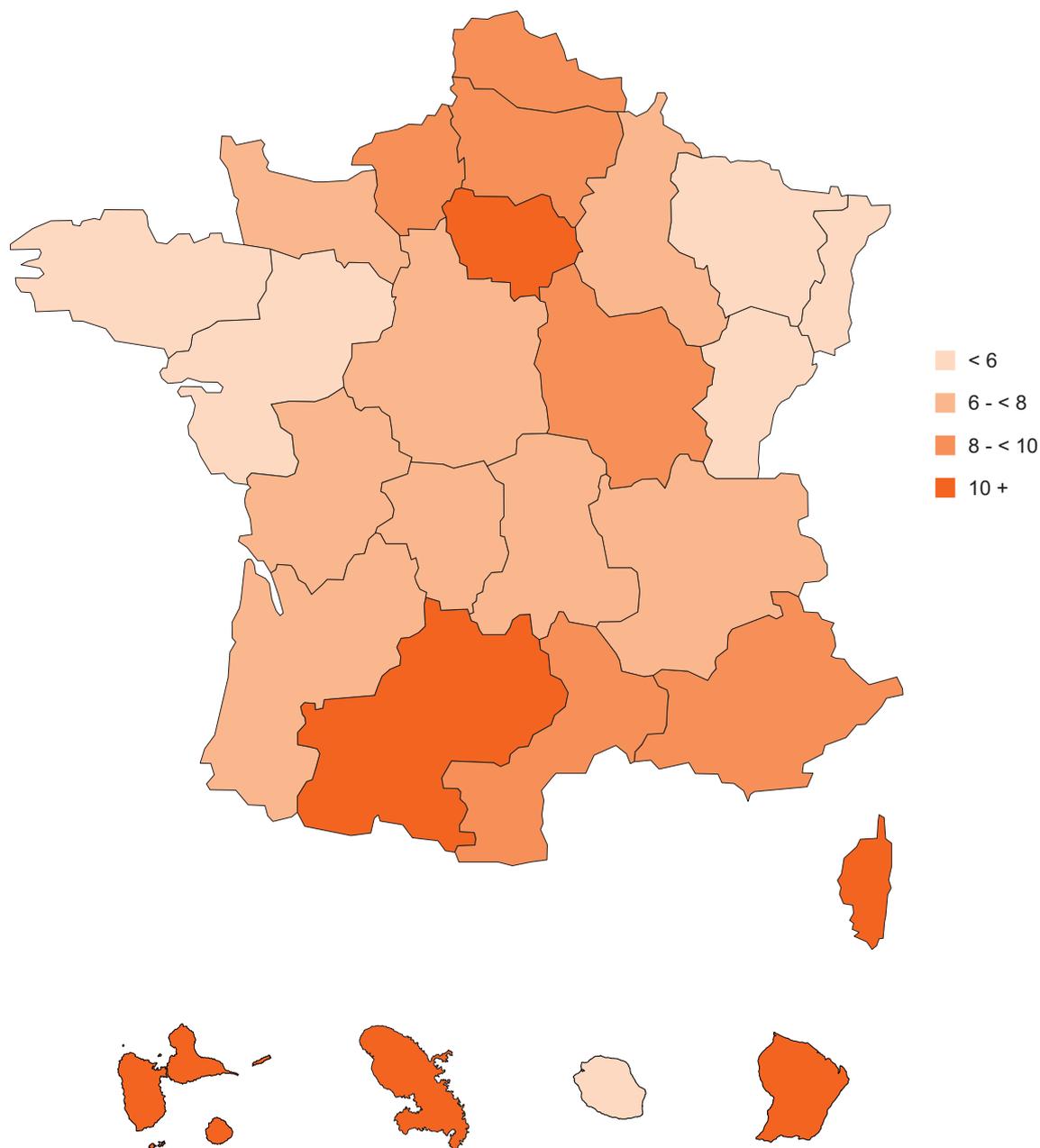


Région	Nombre de CPEF	Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-19 ans	Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-49 ans
Alsace	19	33,1	4,3
Aquitaine	49	53,5	6,9
Auvergne	18	48,3	6,4
Basse-Normandie	25	55,2	7,9
Bourgogne	31	65,5	8,9
Bretagne	38	40,3	5,5
Centre	38	50,9	6,9
Champagne-Ardenne	21	51,6	7,0
Corse	9	110,3	13,2
Franche-Comté	14	39,7	5,4
Haute-Normandie	42	71,3	10,0
Île-de-France	354	97,3	11,8
Languedoc-Roussillon	47	60,7	8,2
Limousin	10	51,4	6,6
Lorraine	26	36,1	4,8
Midi-Pyrénées	65	77,9	10,2
Nord Pas de Calais	91	66,9	9,5
PACA	93	64,3	8,5
Pays de Loire	33	30,4	4,2
Picardie	38	62,6	8,7
Poitou-Charentes	29	58,7	7,8
Rhône-Alpes	113	58,5	7,9
France métropolitaine	1 203	64,1	84,4
Guadeloupe	20	130,0	19,6
Guyane	8	78,2	13,7
Martinique	18	120,3	17,8
La Réunion	6	17,3	2,7
France total	1 255	63,6	84,5

Source : pour le nombre de CPEF : www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html (consulté 6/8/2012).

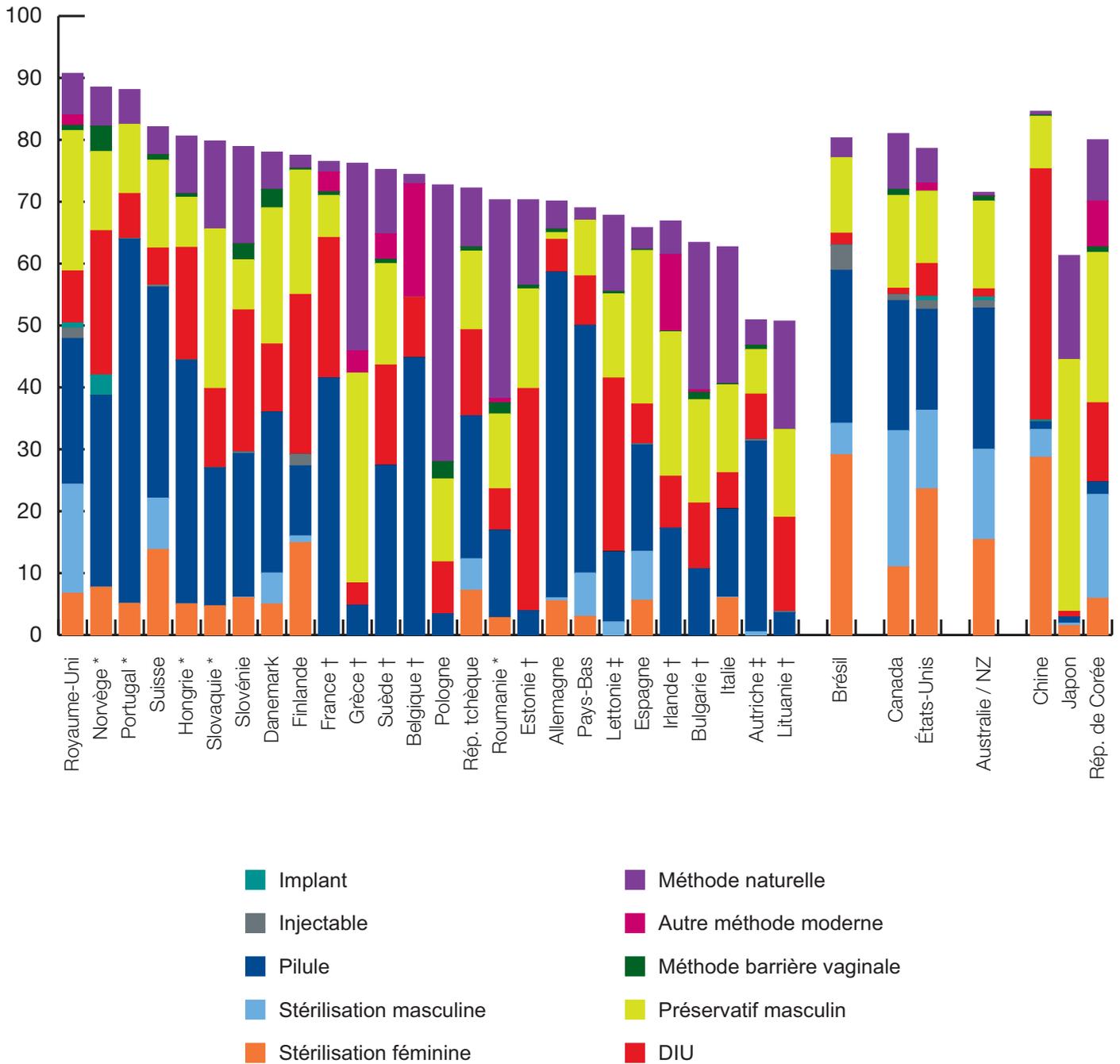


Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-49 ans par région, 2012



Source : pour le nombre de CPEF : www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html (consulté 6/8/2012).





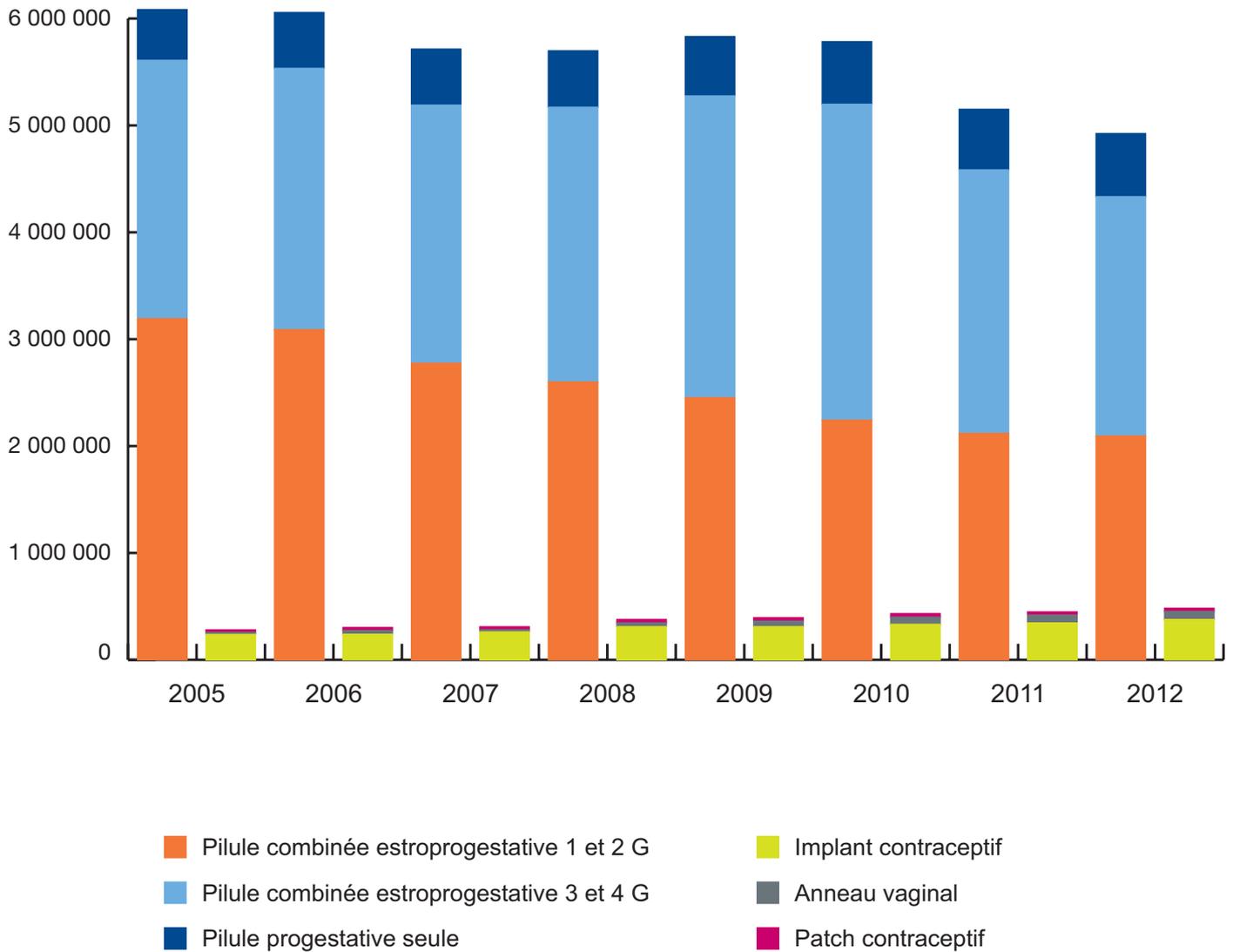
Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011. Disponible sur : www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm

Les données sur la stérilisation sont incomplètes pour les pays européens, * pas de données sur la stérilisation masculine, † pas de données sur la stérilisation féminine et masculine, ‡ pas de données sur la stérilisation féminine.

AELE : Association économique de libre échange





Champ : ventes en officine et à l'hôpital

Le nombre de femmes-année a été calculé pour les différentes méthodes comme suit : nombre annuel de plaquettes de pilules divisé par 13 ; nombre annuel d'anneaux divisé par 13 ; nombre annuel de patch divisé par 39 (13 x 3 patchs par mois) ; nombre annuel d'implants multiplié par 2,2 sous l'hypothèse que l'implant était gardé en place pendant une durée moyenne de 2,2 ans (calculé à partir des taux d'abandons de Blumenthal *et al.* 2008).



Pilule contraceptive



Patch contraceptif (ou dispositif transdermique hormonal)



Implant contraceptif



Anneau vaginal



Dispositif intra-utérin (ou stérilet)



Méthodes barrières



Méthodes naturelles



Méthodes définitives



Sources de données et d'information



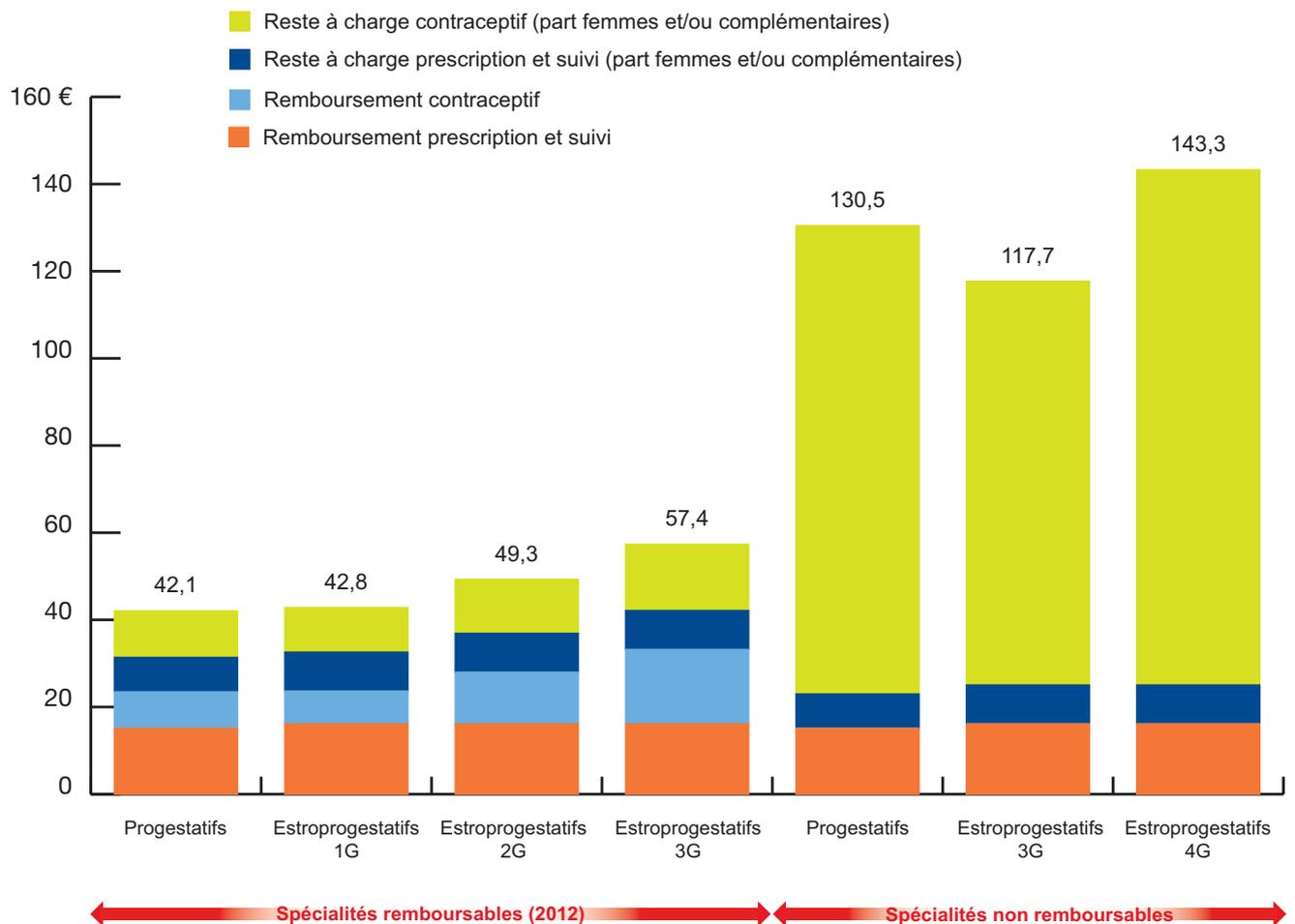


Les coûts des pilules contraceptives varient en fonction de leur type (progestatives ou combinées estroprogestatives, et génération) ainsi que selon la disponibilité ou non de génériques. Toutes ne sont pas remboursées à 65 %.

Les modalités de suivi (prescription, biologie médicale, renouvellement) conjuguées aux conditions de prise en charge par l'Assurance maladie (remboursement à 65 % ou non, franchise de 1 euro par acte et franchise de 0,50 euro par boîte délivrée) ont des conséquences en termes d'avance de frais et de reste à charge pour les femmes ([Figure. 1](#) et [Figure. 2](#)).

En termes à la fois de coût annuel total (intégrant le coût de la prescription et du suivi et le coût du dispositif contraceptif) et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie), les pilules remboursables se trouvent parmi les méthodes contraceptives les moins coûteuses mais demeurent plus chères que le DIU au cuivre, le DIU hormonal et le diaphragme ([Figure. 3](#)).

Figure 1. Coût annuel total moyen* des pilules contraceptives (part remboursée en 2012 et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire) dans le cadre d'une prescription et d'un suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme

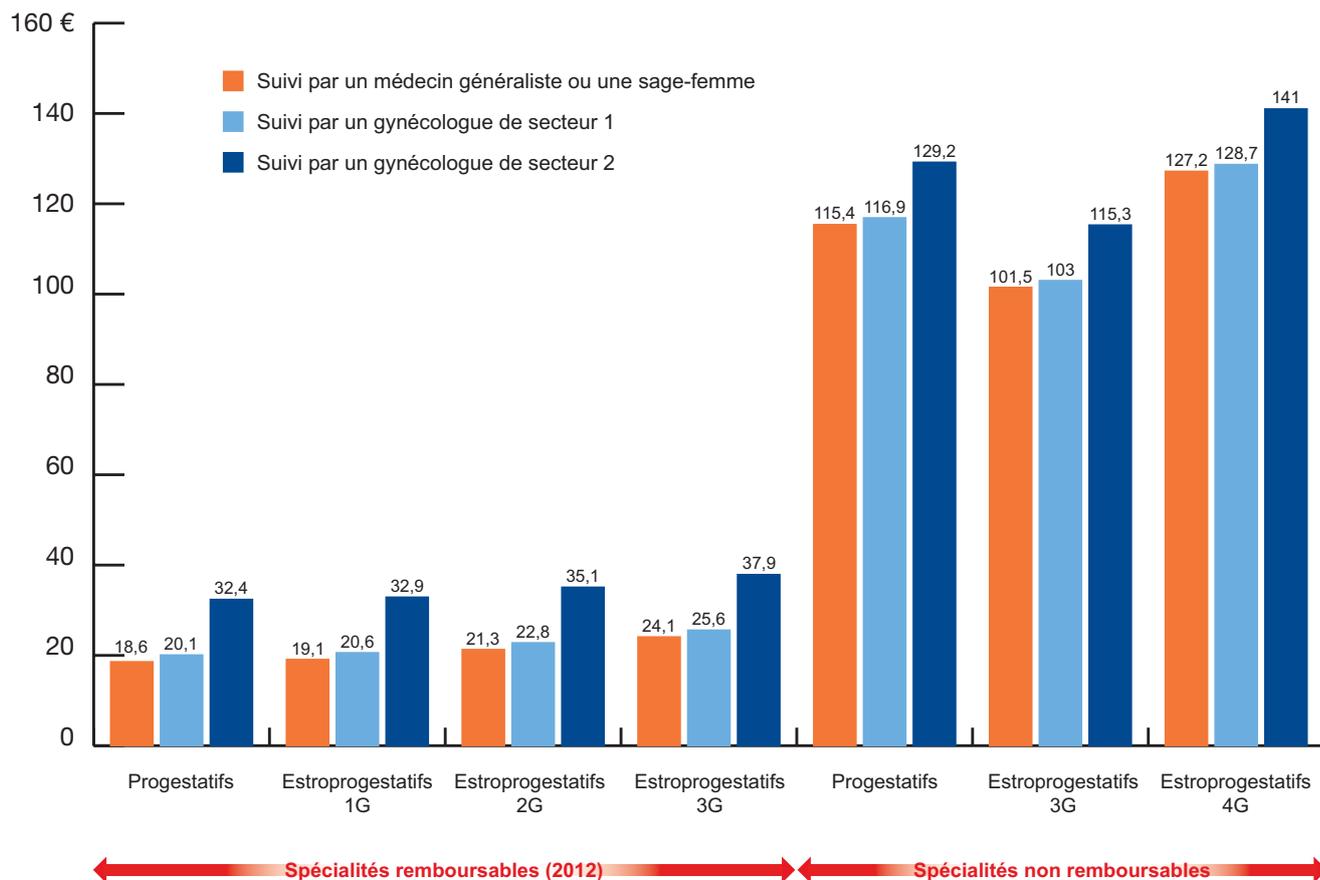


* : y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. Montant des dépassements d'honoraires des gynécologues en secteur 2 d'après Bergeron *et al.*, 2007.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



Figure 2. Restes à charge annuels moyens en fonction du type de pilule, de son caractère remboursable ou non (en 2012) et du professionnel assurant la prescription et le suivi*

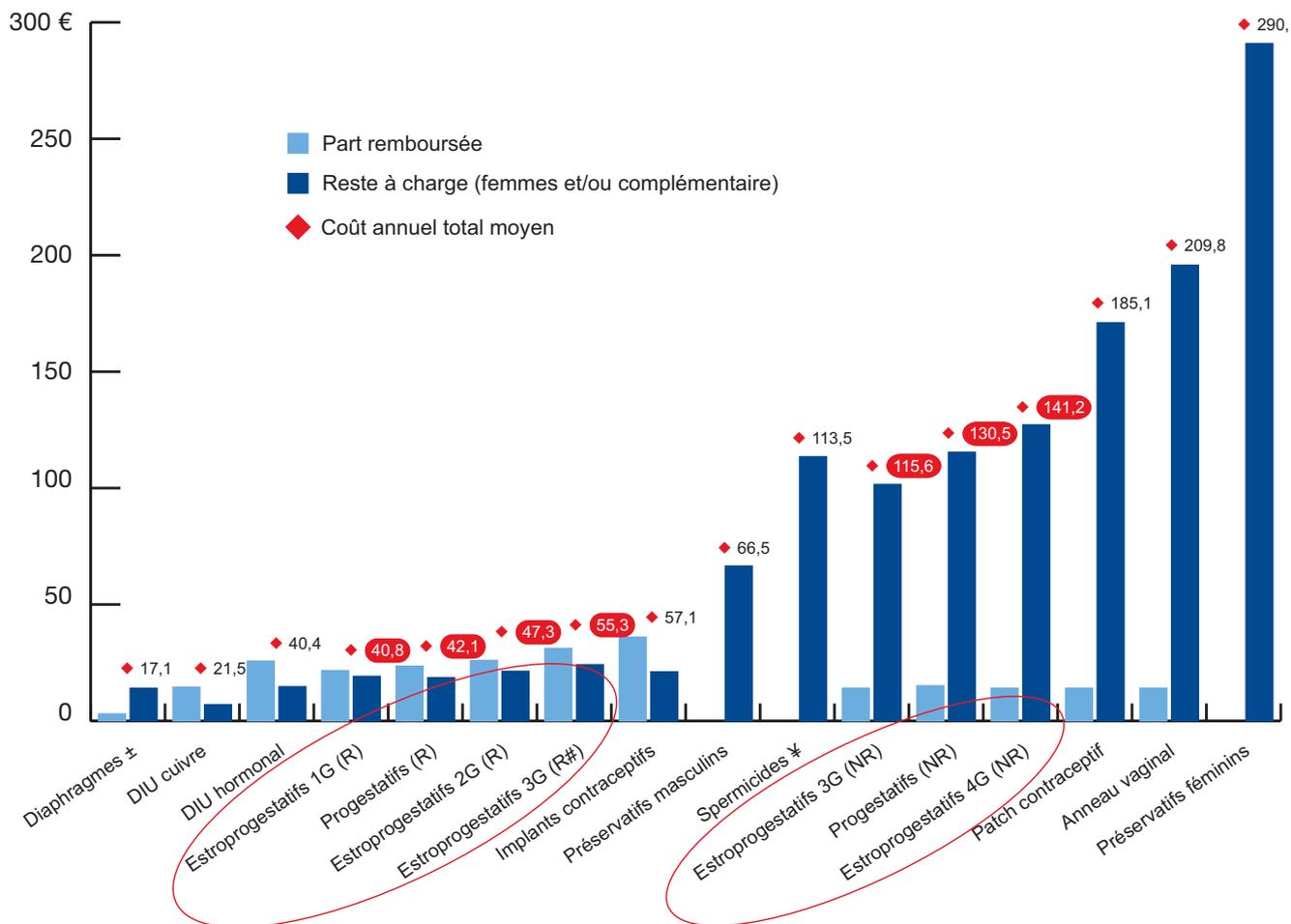


* : y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. Montant des dépassements d'honoraires des gynécologues en secteur 2 d'après Bergeron *et al.*, 2007.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



Figure 3. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ‡ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm

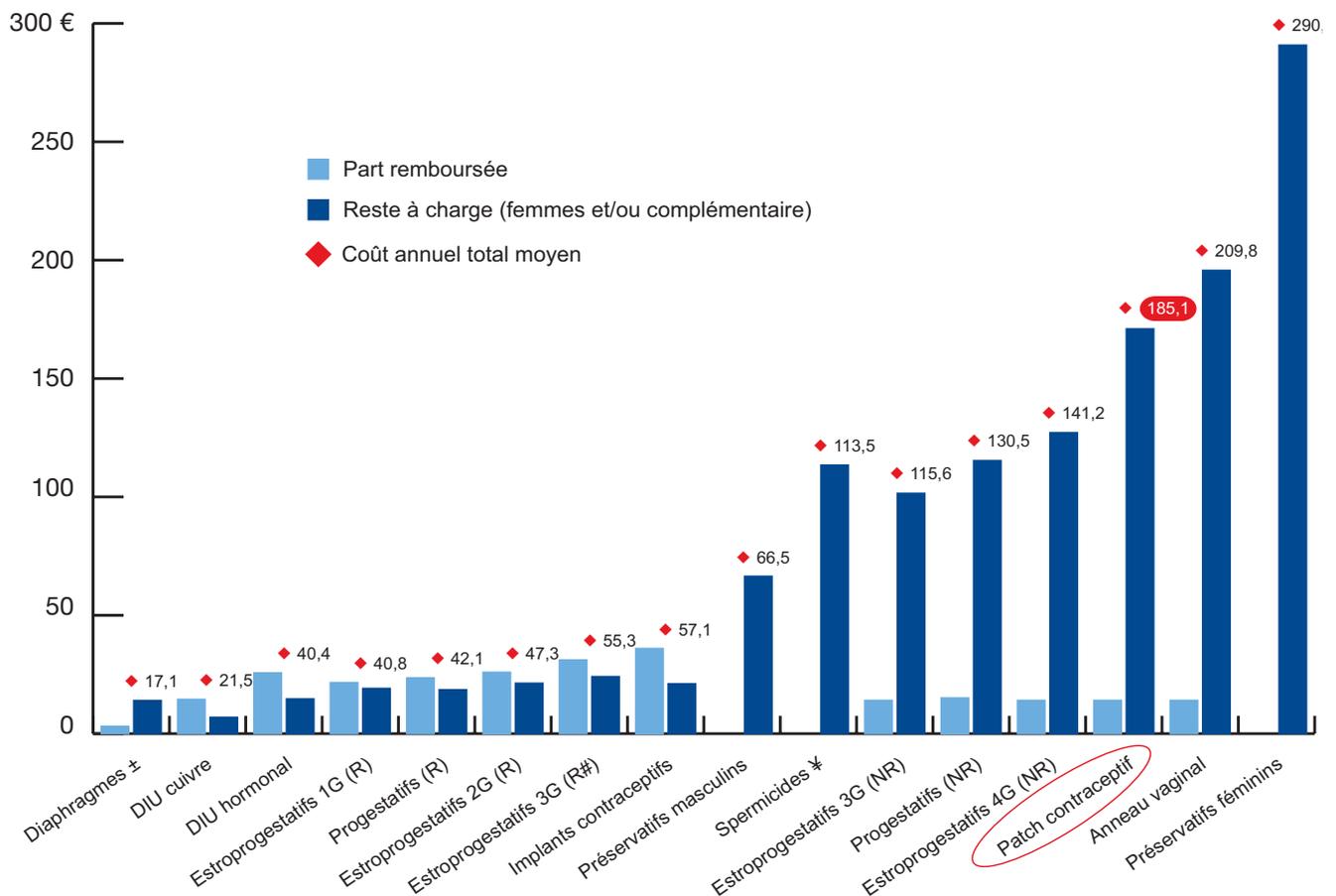




Le patch contraceptif est délivré en pharmacie sur prescription et n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Cela place ce dispositif parmi les méthodes contraceptives les plus coûteuses à la fois en termes de coût annuel total et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie en intégrant la prescription et le suivi) (Figure 4).

Ce reste à charge annuel peut atteindre en moyenne 185€ pour les femmes lorsque la prescription et le suivi sont effectués par un gynécologue pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2) (Figure 5).

Figure 4. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)

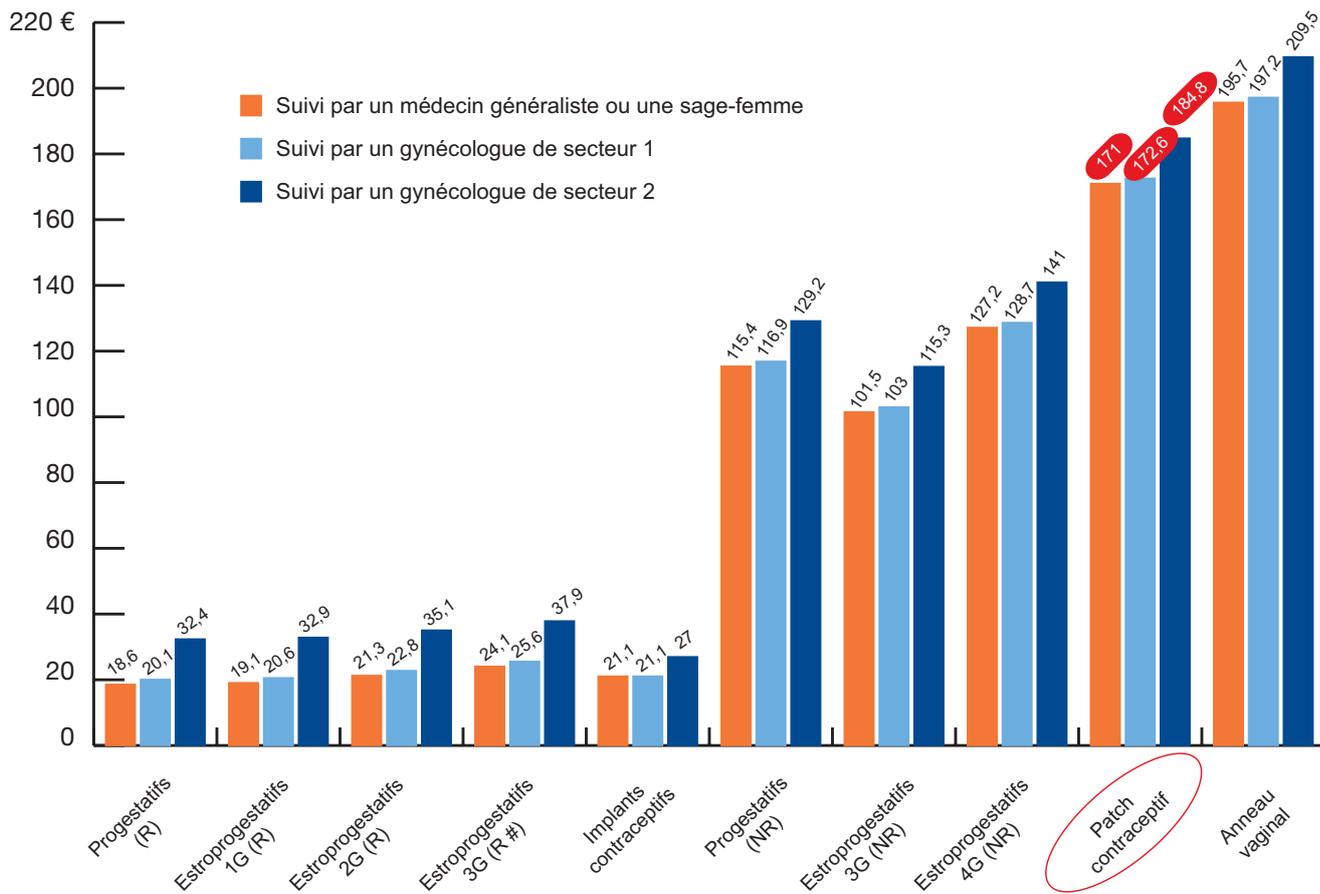


* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ¥ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



Figure 5. Restes à charge annuels moyens pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives hormonales selon le professionnel assurant la prescription et le suivi*



* : y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. Montant des dépassements d'honoraires des gynécologues en secteur 2 d'après Bergeron *et al.*, 2007. R# : remboursables en 2012

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm

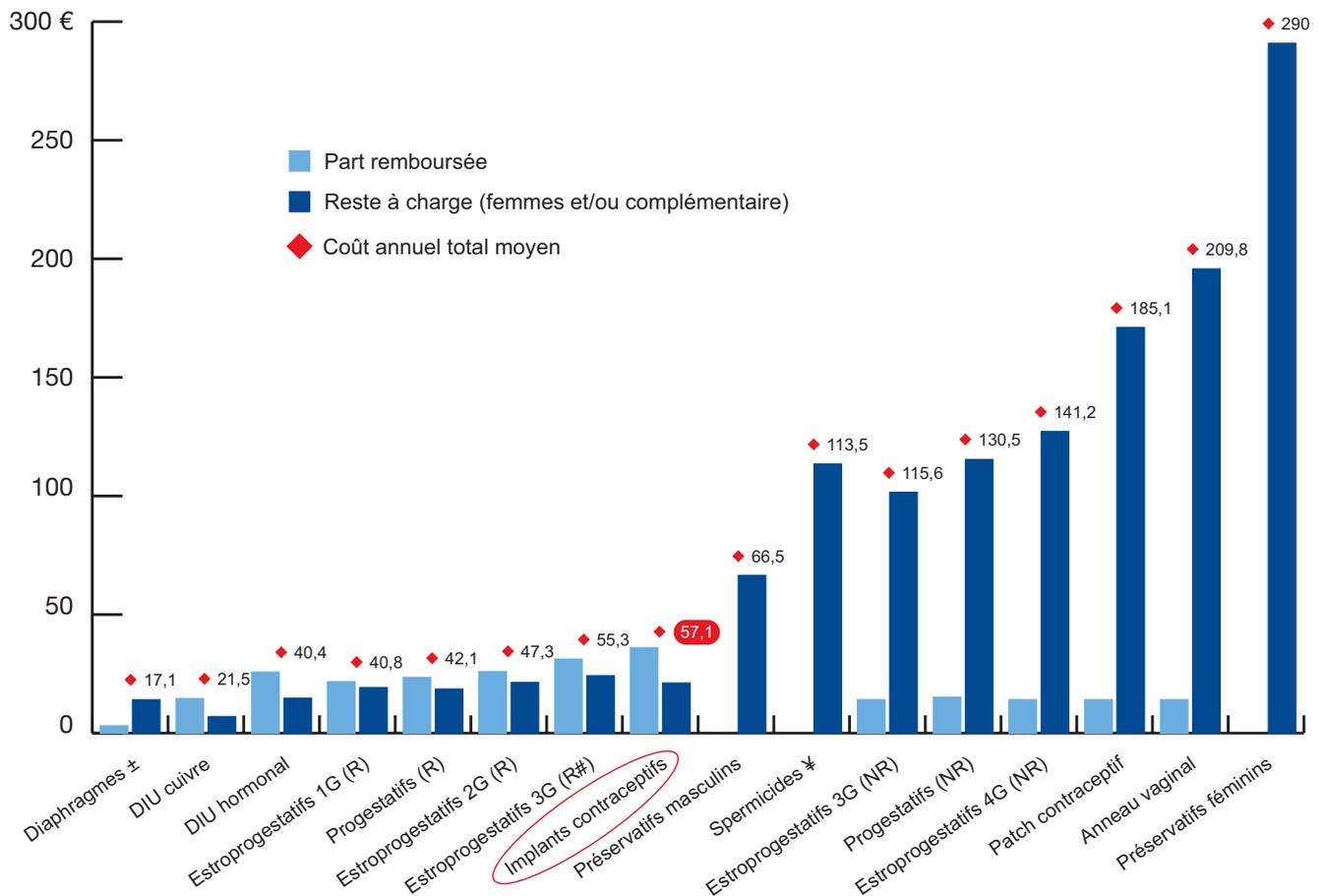




L'implant contraceptif hormonal est délivré en pharmacie sur prescription. Son prix est de 106,44 €, remboursé à 65 % par l'Assurance maladie.

Lissé sur sa durée d'utilisation, son coût total annuel moyen le place juste au-dessus des pilules contraceptives remboursées en termes de coût total annuel moyen et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie). Il se situe parmi les méthodes contraceptives remboursées les plus coûteuses (Figure 6 et Figure 7).

Figure 6. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (cas d'une prescription et d'un suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)

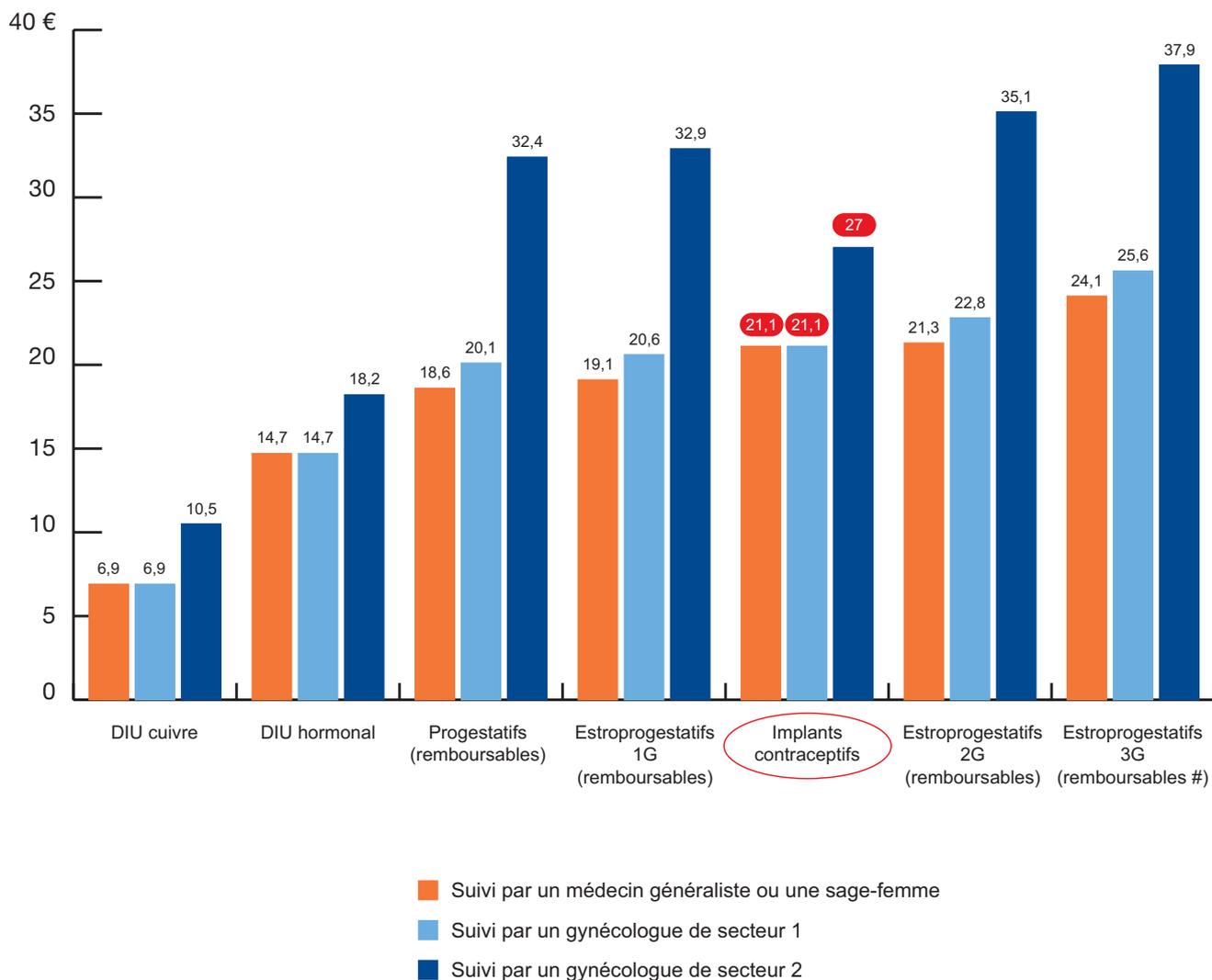


* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association † : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



Figure 7. Restes à charge annuels moyens pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives remboursées selon le professionnel assurant le suivi*



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ** : y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. Montant des dépassements d'honoraires des gynécologues en secteur 2 d'après Bergeron *et al.*, 2007. # : remboursables en 2012

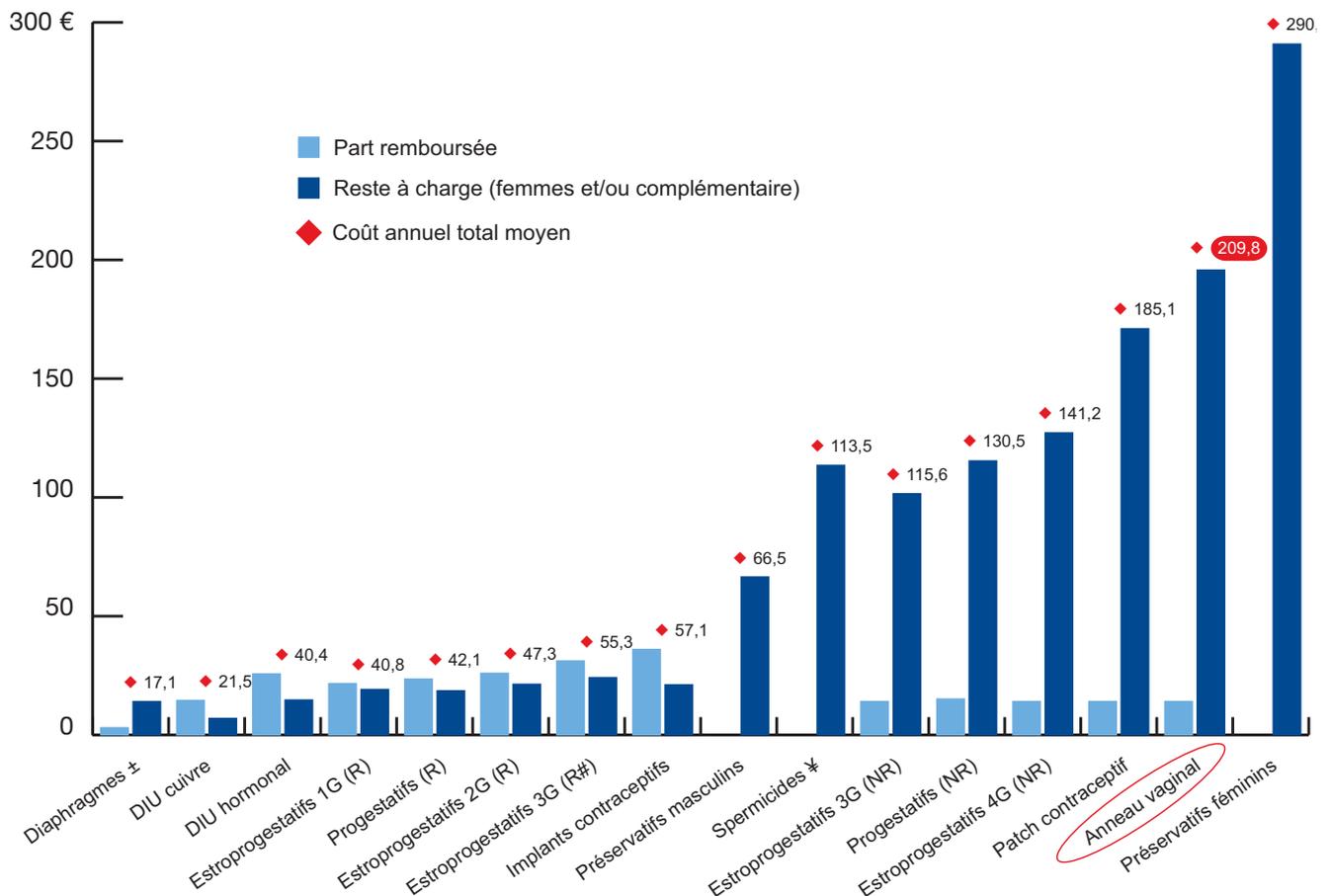
Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



L'anneau vaginal est délivré en pharmacie sur prescription. Il n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Son coût (186,8€ par an en moyenne), conjugué à son absence de prise en charge par l'Assurance maladie, en fait le 2^e dispositif contraceptif le plus coûteux parmi les méthodes contraceptives disponibles (Figure 8). Il implique des restes à charge pour les femmes supérieurs à 200€ par an en moyenne.

Figure 8. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ‡ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm

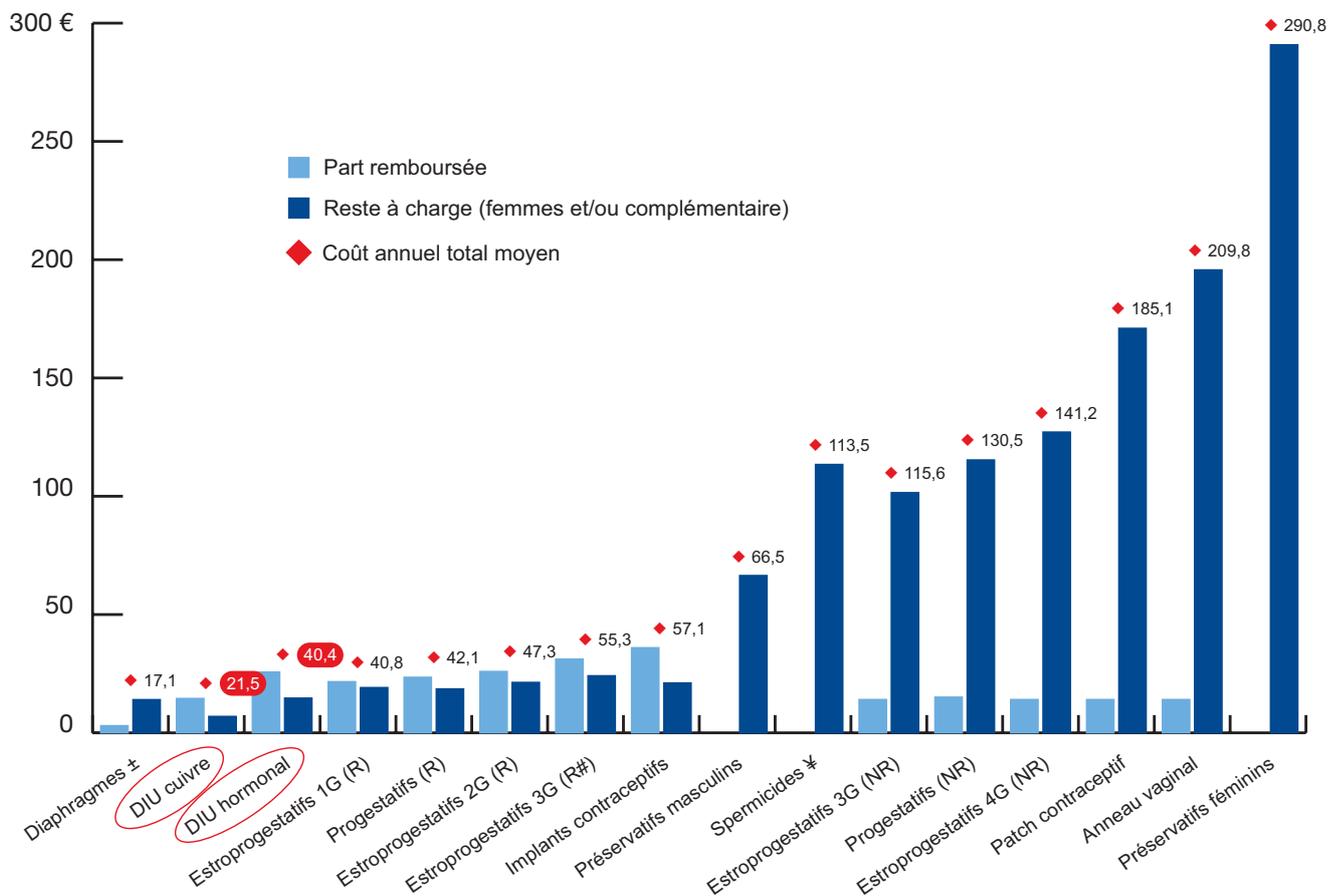


Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont délivrés sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme en pharmacie ou dans les CPEF.

En moyenne et compte tenu de sa durée d'utilisation, le DIU constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en termes de coût total (dispositif, prescription et suivi) et de reste à charge annuel pour les femmes, y compris le DIU hormonal (dont le prix est de 125 € contre 30,50 € pour le DIU au cuivre) (Figure 9).

Les restes à charge annuels moyens des DIU au cuivre sont très faibles et varient peu quelque soit le professionnel assurant le suivi (Figure 10).

Figure 9. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)

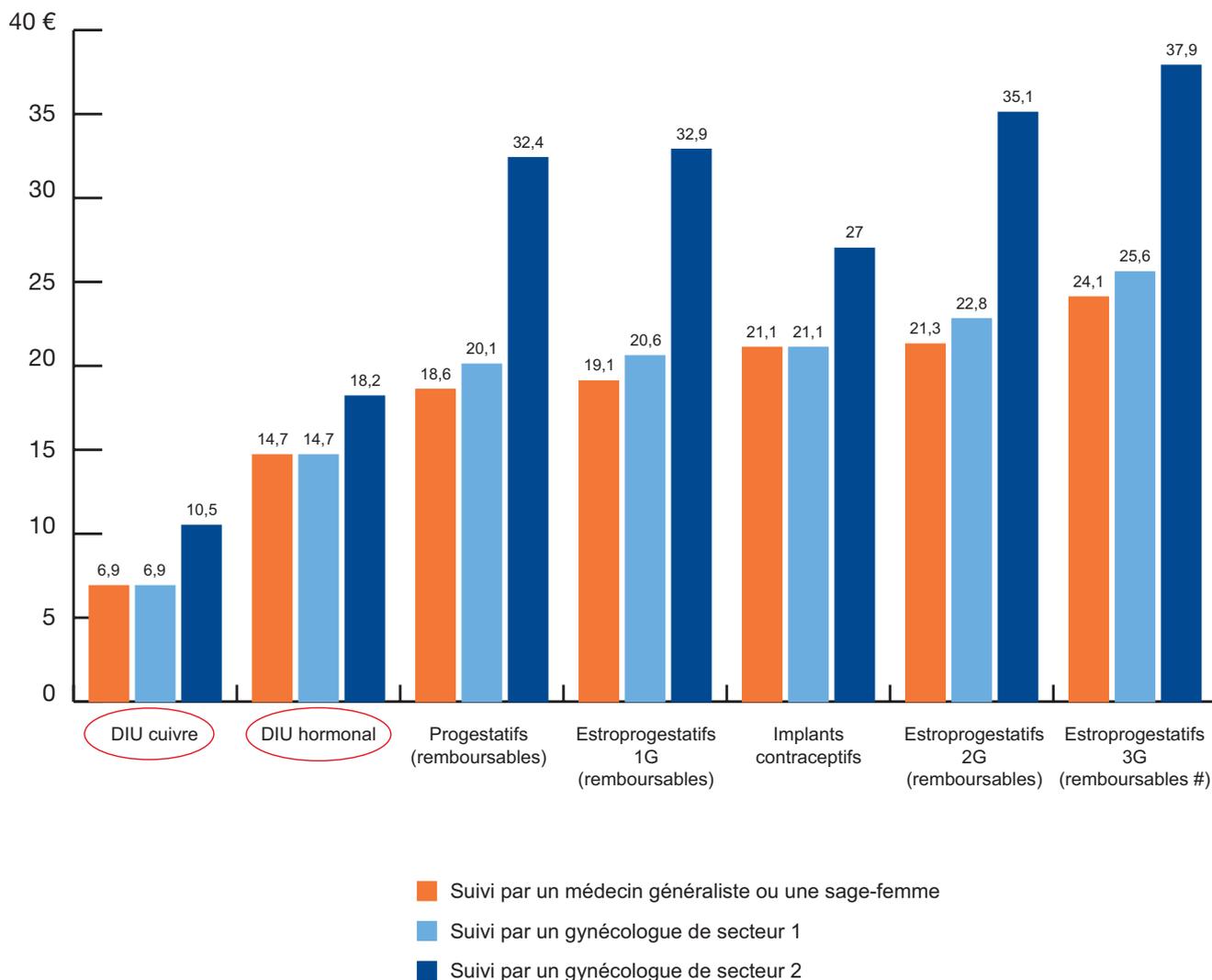


* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ¥ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



Figure 10. Restes à charge annuels moyens pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives remboursées (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme*) en fonction du professionnel assurant le suivi



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ¥ : uniquement forme ovule. # : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm





Les méthodes barrières comprennent : le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides, le préservatif masculin et le préservatif féminin.

Diaphragme et cape cervicale ne peuvent être obtenus que sur prescription et la première pose doit être effectuée par un médecin ou une sage-femme. Ils sont délivrés en pharmacie et sont réutilisables. Le diaphragme s'utilise associé à un spermicide. L'Assurance maladie prend en charge 3,14€ du prix d'un diaphragme (en moyenne 62,32€). La cape cervicale n'est pas remboursée par l'Assurance maladie.

Les spermicides sont délivrés en pharmacie et ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie. Leur coût varie selon la forme (crème, gel, ovules) et selon le nombre de doses.

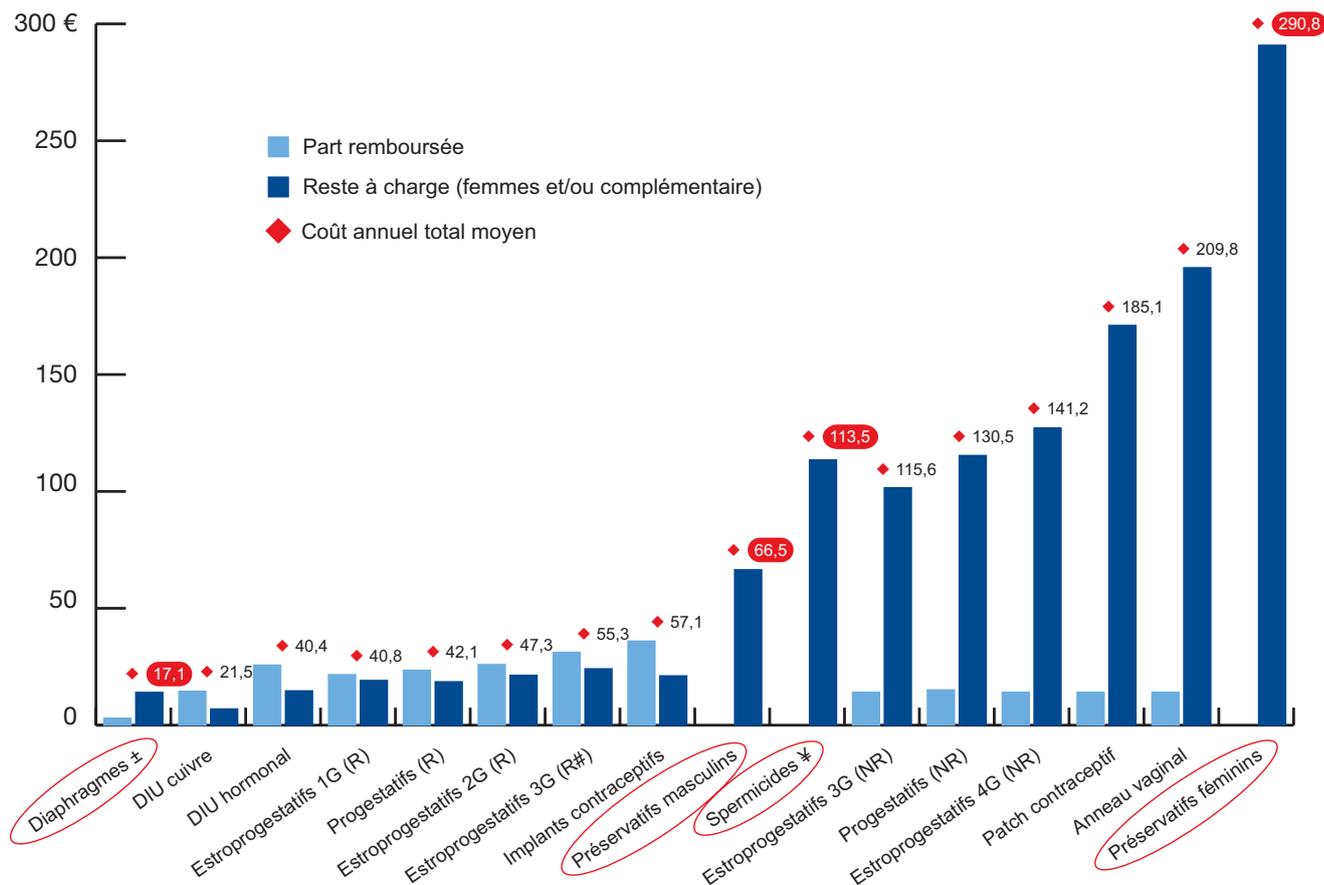
Le préservatif masculin n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Il est disponible en pharmacie, grande surface, dans des distributeurs automatiques, etc. Il est accessible gratuitement dans les CPEF, les CDAG, les lycées et dans des cadres associatifs. Son prix unitaire moyen en pharmacie a été estimé à 0,60€ par la HAS (variation comprise entre 0,10€ et 1€ l'unité).

Le préservatif féminin n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Il est plus coûteux que le préservatif masculin (estimation HAS 2,79€ l'unité). Il peut être délivré en pharmacie et est accessible gratuitement dans les CPEF et les CDAG.

Compte tenu de sa durée potentielle d'utilisation et de son caractère réutilisable, le diaphragme est le dispositif barrière le moins coûteux. Les préservatifs et les spermicides se situent à un niveau intermédiaire tandis que le préservatif féminin constitue la méthode contraceptive la plus coûteuse de toutes les méthodes contraceptives disponibles (en termes de coût total moyen annuel) ([Figure 11](#)). Ces coûts sont intégralement à la charge des utilisateurs.



Figure 11. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association ¥ : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : estimation HAS d'après données 2012 Celtipharm



On qualifie de « naturelles » le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, ainsi que toutes les méthodes qui visent à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là.

Ces méthodes vont des plus simples aux plus sophistiquées :

- l'abstinence périodique ou méthode Ogino ;
- la « méthode des températures » ;
- l'observation de la glaire cervicale ou « méthode de Billings » ;
- le système type « moniteur de fertilité » ;
- le retrait ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Les méthodes sans appareillage sont gratuites.

Les systèmes du type « moniteur de fertilité » nécessitent l'achat d'un moniteur et de bandelettes ou tests réactifs (entre 90 et 150 € le moniteur +/- bandelettes ou tests réactifs). Ces systèmes sont en vente en pharmacie ainsi que sur Internet.

Toutes les méthodes naturelles peuvent être associées aux méthodes barrières (préservatifs, diaphragmes, capes, spermicides).



Les méthodes définitives concernent la stérilisation féminine et la stérilisation masculine.

La stérilisation féminine prévient la grossesse en occluant les trompes de Fallope par différentes techniques. Ces techniques peuvent être classées en fonction des voies d'abord :

- celles ne passant pas par les voies naturelles (impliquant création d'un orifice ou d'une incision) : interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie, laparotomie, pélyscopie ou par abord vaginal.

Ces techniques de stérilisation sont le plus souvent réalisées sous anesthésie générale. Elles sont prises en charge par l'Assurance maladie.

La voie d'abord la plus fréquemment utilisée pour la stérilisation féminine, hors hystérocopie, (cf. ci-dessous), est la coelioscopie.

- celle passant par les voies naturelles sous contrôle endoscopique : « voie hystérocopique », i.e. stérilisation féminine par insertion tubaire d'un micro-implant par voie hystérocopique.

Cette technique est réalisable sans anesthésie générale. À ce jour, ESSURE est le seul implant pour stérilisation tubaire commercialisé en France et ayant bénéficié d'un avis favorable de la HAS.

La stérilisation par la technique ESSURE consiste à provoquer une obstruction progressive des trompes de Fallope par l'insertion de micro-implants. Elle est prise en charge par l'Assurance maladie.

La vasectomie (blocage des canaux déférents) est actuellement la seule technique de stérilisation masculine :

- ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée ;
- ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal.

Ces deux techniques de stérilisation masculine se font le plus souvent sous anesthésie locale. Elles sont prises en charge par l'Assurance maladie.

Les méthodes définitives sont susceptibles d'induire des restes à charge pour les hommes et les femmes uniquement :

- soit du fait des dépassements d'honoraires lorsque l'intervention est pratiquée en établissement privé (anesthésiste, gynécologue-obstétricien) ;
- soit via le paiement du forfait hospitalier de 18 €/jour (participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation en établissement public ou privé, non remboursé par l'Assurance maladie).

Les stérilisations féminines sont majoritairement effectuées en établissement public (60 % des actes en 2011) tandis que les stérilisations masculines sont très majoritairement pratiquées en établissement privé (70 % des actes en 2011).

Le reste à charge dû au paiement du forfait hospitalier est faible en raison des durées de séjour pour ces techniques (à l'exception de la stérilisation féminine par laparotomie) soit 0 ou 1 jour. La stérilisation féminine par laparotomie nécessite une hospitalisation plus longue que pour les autres voies d'abord (durée moyenne de séjour de 6 jours en 2011) mais concerne principalement des interventions réalisées dans le cadre de césarienne. Dans ces cas, la patiente est exonérée du paiement du forfait hospitalier ([Tableau](#)).



Libellé de l'acte	Code acte CCAM	DMS pondérée total	DMS pondérée public	DMS pondérée privé
Stérilisation féminine				
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystéroscopie	JJPE001 (ESSURE)	0,11	0,09	0,09
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par pélycoscopie [culdoscopie] [coelioscopie transvaginales]	JJPC004	1,08	1,07	1,08
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie	JJPC003	1,24	1,18	1,32
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par laparotomie	JJPA003	6,34	6,52	6,00
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par abord vaginal	JJPA004	0,51	0,51	0,49
Stérilisation masculine				
Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal	JHSA001	0,33	0,41	0,20
Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée	JHSB001	0,53	0,72	0,46

Source : estimation HAS d'après PMSI - Base nationale publique et privée pour l'année 2011.





Les calculs des coûts totaux annuels moyens et restes à charge annuels moyens en fonction des méthodes contraceptives ne constituent pas des évaluations économiques. En particulier, l'efficacité des méthodes contraceptives n'est pas prise en compte. Seuls les coûts liés aux méthodes elles-mêmes ainsi que les coûts de suivi (coût des actes nécessités par le cas échéant la prescription, la pose ou le suivi et éventuels dépassements d'honoraires, etc.) ont été pris en compte. Les calculs se fondent sur les sources d'information suivantes :

Modalités de prescription et suivi et durée d'utilisation : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations Anaes 2004.

Prix moyens des méthodes contraceptives : estimation HAS d'après données Celtipharm (date d'extraction : janvier 2013, période : décembre 2012 et/ou moyenne année 2012, champ : officines, données extrapolées France entière).

Nombre mensuel moyen de rapports sexuels : nombre mensuel moyen de rapports sexuels pour les deux sexes : 8,7 (parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois) d'après premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France », ANRS, Inserm, Ined. Mars 2007.

Dépassement d'honoraires : Dépassement d'honoraires moyen des gynécologues en France : Bergeron C, Cohet C, Bouhée S, Lorans C, Rémy V. Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France. BEH 2007;(1):4-6.

www.invs.sante.fr/beh/2007/01/beh_01_2007.pdf

Forfait hospitalier : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-hospitalier.php

Tarifs :

- Tarifs conventionnels applicables aux pharmaciens biologistes et aux techniciens de laboratoire : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-de-laboratoires-d-analyses-medicales/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php
- Taux de remboursement des consultations en France métropolitaine : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php
- Tarifs des consultations du médecin traitant (applicables au 26 mars 2012) : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php
- Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php
- Tarifs des médecins spécialistes en France métropolitaine : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-specialistes/les-tarifs-des-medecins-specialistes/tarifs-des-medecins-specialistes-en-metropole.php
- Tarifs conventionnels des sages-femmes : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php
- Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales (portant le tarif des consultations des sages-femmes à 23 euros au 1^{er} septembre 2013) : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/JO_2012.03.14-Avenant_1_SF.pdf
- La franchise médicale : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/la-franchise-medicale/qu-8217-est-ce-que-la-franchise-medicale.php



Ce document est consultable sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

