

BAROMÈTRE SANTÉ 2016

CONTRACEPTION

Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent

INTRODUCTION

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer en France. Cette évolution s'est traduite par la diversification progressive des méthodes contraceptives avec l'arrivée de nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau et patch) dans les années 90 et de la contraception définitive autorisée à partir de 2001 [1]. Ces méthodes sont venues compléter une offre constituée des pilules, du dispositif intra-utérin (DIU)

L'enquête Baromètre santé a interrogé les femmes sur leur contraception quatre ans après la « crise de la pilule »

et du préservatif. Cette diversification a été soutenue par des recommandations de prescription [2] qui ont progressivement ouvert l'usage des DIU aux femmes nullipares et facilité le recours à l'implant, à l'anneau et au patch contraceptif. Dans le même temps, la législation a été renforcée, permettant le remboursement de certains contraceptifs [3] et un meilleur accès à la contraception (y compris d'urgence) et à l'avortement pour les mineurs [4].

Malgré ces évolutions, le schéma contraceptif est longtemps resté figé : utilisation du préservatif au

moment de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule au moment de la mise en couple, jusqu'à son remplacement par le DIU chez les femmes ayant des enfants [5]. Les autres méthodes médicalisées comme l'anneau, l'implant ou la contraception définitive restaient utilisées par moins d'une femme sur dix. En 2012, la plainte déposée par une jeune femme contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thrombo-embolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule oestroprogestative de troisième génération a suscité un débat médiatique intense sur la sécurité des contraceptifs. Les risques associés aux méthodes de contraception médicalisées ont alors été mis en avant. Cette « crise de la pilule » a entraîné une modification dans les conditions d'accès à certains composés avec le déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération en mars 2013 [6]. Immédiatement après le débat, une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le DIU et le préservatif ont été constatés [7]. Une légère augmentation du recours à l'IVG a été constatée en 2013, suivie depuis par une tendance à la baisse [8]. Ces modifications se sont-elles maintenues dans le temps ? Les changements des pratiques contraceptives observés ont-ils été une réaction temporaire au traitement médiatique d'une « affaire » ou ont-ils été l'occasion de modifications profondes, s'inscrivant dans une évolution continue du paysage ? L'enquête Baromètre santé 2016 a interrogé les femmes sur leur utilisation contraceptive afin d'étudier l'évolution des pratiques à distance du débat.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le Baromètre santé 2016 est une enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. La méthode de sondage reprend celle de l'enquête Baromètre santé 2014 [9, 10]. L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés avec génération aléatoire des numéros de téléphone et sélection au hasard d'un individu parmi les personnes éligibles au sein du foyer.

Les données recueillies ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis calées grâce à l'enquête emploi 2014 de l'Insee, sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : le sexe croisé par l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le fait de vivre seul.

Le terrain s'est déroulé du 8 janvier au 1^{er} août 2016 et a permis d'interroger 15216 personnes.

Les analyses des pratiques contraceptives ont porté sur les femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception, c'est-à-dire non ménopausées, non stériles, non enceintes, qui avaient eu un rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois et ne qui ne cherchaient pas à avoir d'enfant.

Les femmes pouvaient déclarer plusieurs méthodes de contraception. Les chiffres présentés sont ceux

de la contraception principale, définie comme la contraception qui a l'efficacité pratique la plus élevée en fonction de l'indice de Pearl [11]. Ainsi par exemple, en cas d'utilisation d'un dispositif intra-utérin et du préservatif, c'est le dispositif intra-utérin qui a été retenu comme contraceptif principal. L'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif a été étudiée pour rendre visible cette stratégie de double protection fréquente chez les plus jeunes [12]. Le préservatif a été considéré comme méthode de contraception principale lorsqu'il avait été utilisé au cours des douze derniers mois et qu'aucune autre méthode de contraception n'avait été déclarée. La contraception définitive comprend les vasectomies du conjoint et les stérilisations tubaires.

Afin d'étudier les évolutions des usages contraceptifs après la crise de la pilule de 2012/2013, les données du Baromètre santé 2016 ont été comparées à celles des enquêtes Fecond 2010 et Fecond 2013 dont le mode de recueil est identique à celui du Baromètre santé. Les données des enquêtes Fecond ont cependant été retraitées afin d'obtenir des échantillons d'analyse comparables. La population définie comme « concernée par la contraception » a été recalculée pour prendre en compte les différences existantes entre les trois questionnaires. Pour cette raison, les chiffres présentés ici pour les années 2010 et 2013 peuvent sensiblement différer de ceux publiés par ailleurs [5, 7].

RÉSULTATS

Le Baromètre santé a permis d'interroger 4315 femmes âgées de 15 à 49 ans. Parmi ces femmes, 18,1 % n'ont pas eu de rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois, 9,2 % sont enceintes ou cherchent à avoir un enfant et 1,2 % sont stériles ou ménopausées. Ainsi, en France, en 2016, 71,9 % (n = 3241) des femmes sont concernées par la contraception.

EN 2016, L'UTILISATION DU DIU AUGMENTE, NOTAMMENT CHEZ LES PLUS JEUNES

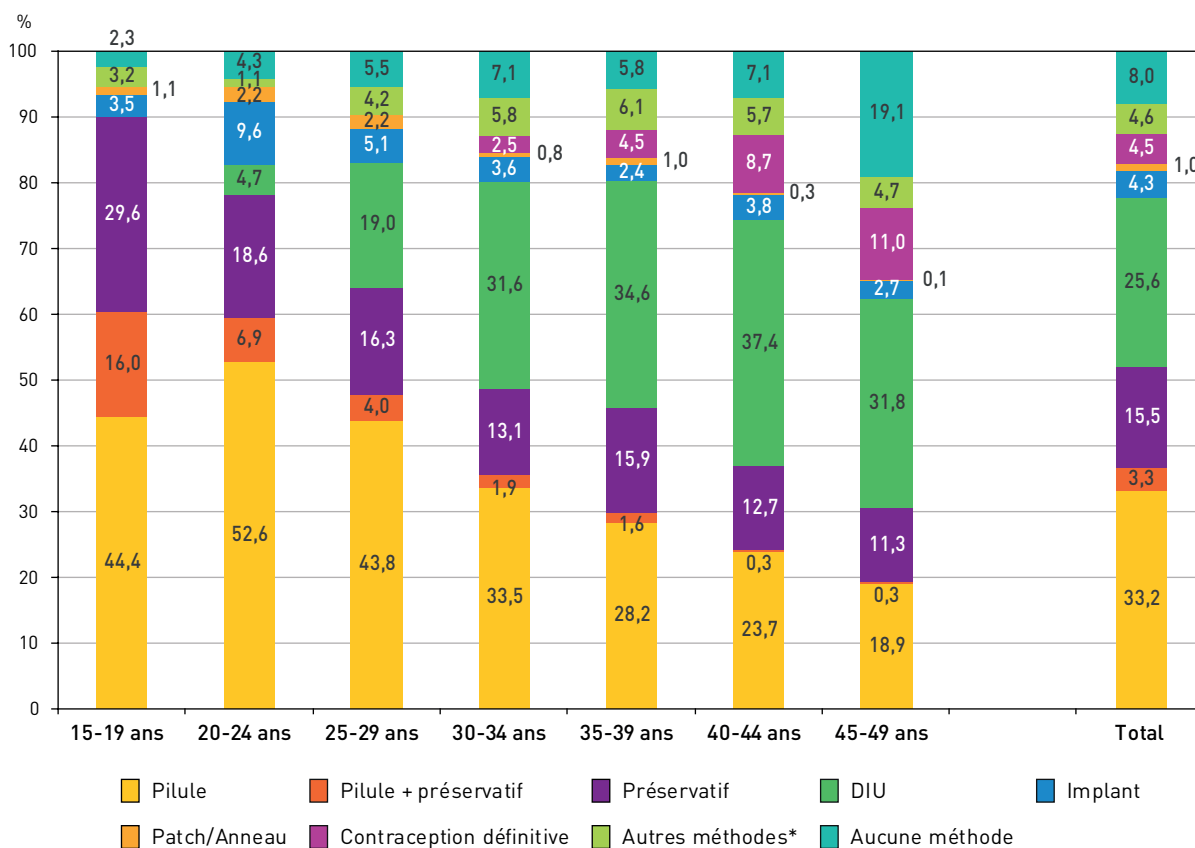
Plus de sept femmes sur dix (71,8 %) recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint). La pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5 %) (figure 1). Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Son utilisation diminue par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8 %) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans.

En 2016, la pilule reste la méthode la plus utilisée

Parmi les femmes concernées par la contraception, 8,0 % déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse. Ce pourcentage varie fortement avec l'âge passant de 2,3 % parmi les moins de 20 ans à 19,1 % parmi les 45-49 ans. Ce chiffre est stable par rapport à 2013.

Le DIU, qui apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7 %), remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. Il devient le premier contraceptif uti-

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

lisé à partir de 35 ans (34,6 % chez les 34-39 ans). Il reste plus souvent utilisé par des femmes ayant déjà des enfants. Parmi les 25-29 ans, seules 7,6 % des femmes nullipares utilisent un DIU alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants. Cette tendance se retrouve dans toutes les tranches d'âge.

Parmi les autres méthodes hormonales, c'est l'implant qui s'est le plus diffusé : 4,3 % des femmes déclarent l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6 %). Dans cette tranche d'âge, il est le troisième contraceptif utilisé après la pilule et le préservatif. Comme pour le DIU, on observe un effet parité¹, l'implant étant davantage proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants (24,1 % vs 7,4 % pour les nullipares). Comme attendu, la contracp-

tion définitive augmente avec l'âge et concerne majoritairement les femmes de 40 ans et plus (8,7 % des 40-44 ans et 11,0 % des 45-49 ans).

Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 20,1 % des femmes de 15-49 ans, le préservatif représentant 77,1 % de cette catégorie. L'usage du préservatif comme moyen de contraception dépend avant tout de l'âge. C'est le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6 %) parfois en association avec la pilule (dans 16,0 % des cas). La proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge mais il reste utilisé par plus de 10 % d'entre elles après 40 ans. Enfin, les méthodes traditionnelles sont utilisées par une minorité de femmes (4,6 %), principalement après 25 ans, indépendamment du fait d'avoir déjà eu des enfants ou non.

1. La parité correspond au nombre total d'enfants vivants, mis au monde par une femme.

UN PAYSAGE CONTRACEPTIF QUI CONTINUE D'ÉVOLUER À DISTANCE DU DÉBAT

La baisse du recours à la pilule constatée chez les femmes de 15-49 ans en 2013 suite à la « crise de la pilule » s'est poursuivie en 2016, avec une diminution significative de 3,1 points entre 2013 et 2016 (Tableau 1). Depuis 2010, les reports s'effectuent vers le DIU (+ 6,9 points), le préservatif (+ 4,7 points) et l'implant (+ 1,9 points). Ces résultats globaux cachent cependant des tendances très différentes selon l'âge des femmes.

Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a pas évolué : la pilule reste le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif. La désaffection de la pilule n'a pas touché cette tranche pour laquelle on ne note pas, depuis 2010, de diminution d'utilisation ni de variation significative dans l'utilisation des autres méthodes, excepté une hausse de l'implant entre 2010 et 2013.

L'usage du préservatif double chez les femmes de 20 à 24 ans entre 2010 et 2016

Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, qu'elle soit utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif. Le report vers d'autres moyens de contraception s'est fait en plusieurs temps. Le taux d'utilisation du DIU a augmenté

entre 2010 et 2013 puis est resté stable entre 2013 et 2016. À partir de 2013, c'est une augmentation de l'utilisation de l'implant qui est constatée (de 4,1 % à 9,6 %). Le préservatif, quant à lui, est de plus en plus utilisé sur toute la période et son usage double entre 2010 et 2016 (de 9,0 % à 18,6 %).

Chez les femmes de 25-29 ans, la baisse de l'utilisation de la pilule est importante entre 2010 et 2013. Cette diminution ne s'est pas poursuivie et le taux d'utilisation ne varie pas significativement entre 2013 et 2016. Les stratégies de report ont été mises en place dès 2013 en faveur du DIU et, dans une moindre mesure, du préservatif. La hausse d'utilisation du DIU est particulièrement marquée entre 2010 et 2013 (+ 9,8 points) puis elle se stabilise entre 2013 et 2016. En 2016, les femmes de 25-29 ans utilisent le DIU dans les mêmes proportions que les femmes de 30-34 ans en 2010. Le report ne se fait pas vers les autres méthodes contraceptives hormonales (implants, anneaux, patchs).

On observe chez les femmes de 30-44 ans les mêmes tendances que chez les femmes de 20-29 ans : baisse marquée de l'utilisation de la pilule entre 2010 et 2013 et hausse de l'utilisation du DIU et du préservatif. Mais chez les 30-44 ans, entre 2013 et 2016, l'augmentation de l'usage du DIU se poursuit et on note dans le même temps une légère baisse de la proportion de femmes déclarant n'utiliser aucune méthode.

Enfin, chez les femmes de 45 à 49 ans (données non montrées), aucune baisse de l'utilisation de la pilule n'est constatée sur la période 2010-2016. Comme pour les plus jeunes (15-19 ans), le schéma contraceptif est inchangé suite au débat.

DISCUSSION

Malgré les polémiques de ces dernières années autour des méthodes contraceptives, la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée entre 2013 et 2016, ne montrant pas de désaffection vis-à-vis de la contraception. La contraception en France reste principalement médicalisée. La pilule demeure le contraceptif le plus utilisé ; suivent le DIU et le préservatif. Les taux d'utilisation des autres méthodes restent faibles, y compris celui des méthodes traditionnelles qui avait connu une légère augmentation entre 2010 et 2013, qui ne s'est pas poursuivie en 2016. La contraception définitive n'a pas bénéficié des modifications d'utilisation de la pilule, même dans les classes d'âge les plus élevées. Elle reste peu utilisée en France par rapport à ce qui est

observé dans d'autres pays européens comme le Royaume-Uni ou la Suisse [13].

L'analyse par âge montre cependant des dynamiques très différentes. Dans les deux classes d'âge opposées, le schéma contraceptif est resté quasi inchangé suite au débat de 2012. Si, chez les plus jeunes, les pilules de 1^{re} et 2^e génération ont probablement remplacé celles de 3^e et 4^e génération² [5], la pilule reste le contraceptif le plus prescrit aux jeunes filles par les professionnels de santé. Le début de diversification observé entre 2010 et 2013 avec la hausse de l'implant ne s'est pas poursuivi et le DIU reste absent

2. Le Baromètre santé ne recueille pas cette information contrairement aux enquêtes Fécond.

TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.
 Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la sympto-thermie, la méthode des températures et le retrait.

de cette tranche d'âge. Les femmes de 45-49 ans qui étaient déjà moins de 20 % à utiliser la pilule en 2010 n'ont pas modifié leurs pratiques. Une proportion similaire d'entre elles déclarent «ne rien faire» pour éviter une grossesse alors que le risque d'être enceinte, bien que moindre à ces âges, ne peut être écarté.

C'est parmi les femmes de 20-29 ans que les principaux changements ont été observés au cours de la période. Les données du Baromètre santé 2016 permettent ainsi de mettre en évidence la poursuite de la baisse de l'utilisation de la pilule. Cette diminution s'accompagne de plusieurs phénomènes de report engagés dès 2013 et qui suivent deux tendances contraires. La première tendance est celle d'un report vers des méthodes à l'efficacité pratique plus grande que la pilule (DIU, implant) [11]. Leur utilisation doit permettre de réduire le risque de grossesse non prévue dans la tranche d'âge dans laquelle on observe le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) le

pilule, alors que l'utilisation du DIU a cessé d'augmenter sur la période récente. Ces évolutions traduisent une modification sensible des habitudes de prescription de la part des professionnels de santé. Cependant, le fait que ces méthodes soient majoritairement utilisées par les femmes ayant des enfants montre l'importance accordée à la parité dans le choix contraceptif. La seconde tendance observée est celle d'un report vers le préservatif comme solution de remplacement à la pilule alors que son efficacité pratique est inférieure. Cette dynamique est enclenchée dès 2013 par les femmes de 20-24 ans appartenant aux classes sociales les plus précaires [7] et par les femmes de 25-29 ans. En 2016, ces dernières ont confirmé leurs choix contraceptifs et l'augmentation de l'usage du préservatif se poursuit. Dans une dynamique contraire à celle observée plus haut, une proportion de femmes utilisent donc, sur le long terme, un contraceptif lié à l'acte sexuel qui présente un taux d'échec relativement élevé³. Des analyses complémentaires permettront de décrire la position sociale de ces femmes et leurs motivations afin de comprendre pourquoi elles n'ont pas été ou n'ont pas souhaité être réorientées vers des méthodes plus efficaces.

Entre 30 et 44 ans, la place du DIU est renforcée dès 2013 et continue à progresser en 2016, alors même que cette méthode était déjà assez largement utilisée par les femmes de cette tranche d'âge. Les logiques contraceptives en place ne sont donc pas modifiées et la place de la contraception médicalisée est fortement impactée par le fait d'avoir eu des enfants.

3. Pour la France, le taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation est estimé à 3,3 pour le préservatif *versus* 2,4 pour la pilule et 1,1 pour le DIU [10]

Le schéma contraceptif optimal doit combiner une réponse adaptée aux besoins des femmes et l'augmentation générale de l'efficacité des méthodes choisies

plus élevé [8]. Ce report a permis d'inscrire l'utilisation du DIU chez les moins de 30 ans et d'amorcer la diversification des méthodes chez les 20-24 ans avec l'émergence de l'implant sur la période 2013-2016. Ce dernier est venu compléter le duo préservatif/

CONCLUSION

Les différences selon l'âge dans le report de la pilule vers d'autres contraceptifs et le poids de la parité sur les choix effectués mettent en évidence les enjeux particuliers propres aux différents moments de la vie reproductive. Les stratégies de remplacement se sont inscrites dans la durée et se poursuivent même s'agissant du DIU. Pour soutenir ces évolutions, mais également répondre aux nouvelles craintes et attentes des utilisatrices, le conseil du professionnel reste indis-

pensable et doit s'appuyer sur une mise à jour régulière des connaissances [14]. Le schéma contraceptif optimal doit combiner une réponse adaptée aux choix et aux besoins de confort des femmes et l'augmentation générale de l'efficacité théorique et pratique des méthodes choisies. Pour ce faire, une mobilisation collective visant à améliorer l'information des femmes et de leurs partenaires et à soutenir l'évolution des pratiques professionnelles est nécessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] République française. *Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Journal officiel, n° 156, 7 juillet 2001 : p. 10823. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
- [2] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations*. Saint-Denis : Anaes/Afssaps/Inpes, décembre 2004 : 47 p.
- [3] République française. *Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances (1)*. Journal officiel, 5 décembre 1974 : p. 12123. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
- [4] République française. *Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence*. Journal officiel, n° 289, 14 décembre 2000 : p. 19830. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&dateTexte>
- [5] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés*, n° 492, septembre 2012 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- [6] République française. *Arrêté du 28 février 2013 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale*. Journal officiel, n° 0055, 6 mars 2013 p. 4055, texte n° 26. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027140575&fastPos=6&fastReqId=1617107415&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- [7] Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Equipe Fecond. *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés*, n° 511, mai 2014 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- [8] Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015*. Etudes et Résultats, n° 0968, juin 2016 : 6 p. En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
- [9] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. *Effects of Using an Overlapping Dual-Frame Design on Estimates of Health Behaviors : A French General Population Telephone Survey*. *Journal of Survey Statistics and Methodology*. 2017 ; 5 (2) : 254-74.
- [10] Richard JB, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres Santé, 2015 : 20 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1613.pdf>
- [11] Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. *Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey*. *Human reproduction*. 2007 ; 22 (9) : 2422-7.
- [12] Rossier C, Leridon H, Equipe Cocon. *Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000*. *Population*. 2004 ; 59 : 449-78.
- [13] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive patterns 2013*. New-York : United Nations, 2013 : 2 p. En ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
- [14] Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, Fecond group. *IUD use in France : women's and physician's perspectives*. *Contraception*. 2014 ; 89 (1) : 9-16.

AUTEURS

Delphine Rahib
Santé publique France
Mireille Le Guen
Inserm – CESP U1018, Ined
Nathalie Lydié
Santé publique France

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Nathalie Bajos et Caroline Moreau, responsables des enquêtes Fecond 2010 et Fecond 2013, pour la mise à disposition des bases de données, France Lert, Pierre Arwidson et Jean-Claude Desenclos pour leur relecture attentive et leurs commentaires constructifs.

Édition
Jeanne Herr

Documentation
Laetitia Haroutunian