

Sexualités et santé sexuelle : enjeux de santé publique au fil de la vie // Sexuality and sexual health: Public health issues throughout the life course

Coordination scientifique // Scientific coordination

Armelle Andro (*Idup*), **Nathalie Bajos** (*Iris Inserm, EHESS et CNRS*), **Aline Bohet** (*Iris Inserm, EHESS et CNRS*),

Caroline Moreau (*Inserm, Cesp, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health*)

Et pour le Comité de rédaction du BEH : **Isabelle Grémy** (*HSCP*), **Hélène Therre**, **Jean-Paul Guthmann**,

Raphaël Andler (*Santé publique France*)

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

La santé sexuelle mérite une approche globale en France

// Sexual health deserves a holistic approach in France.....p. 248

François Dabis

Université de Bordeaux, Coordination régionale en santé sexuelle (CoReSS) Nouvelle-Aquitaine, Le Bouscat

ARTICLE // Article

Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies

// Sex education: Expansion and diversification of topics covered over the past two decades.....p. 250

Delphine Rahib et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Dysfonctions sexuelles chez les personnes sexuellement actives en France et impact sur la satisfaction sexuelle : prévalences et facteurs associés

// Sexual dysfunctions among sexually active individuals in France and their impact on sexual satisfaction: Prevalence and associated factorsp. 257

Delphine Rahib et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Consommation de produits en contexte sexuel : appréhender la diversité des pratiques à partir de l'enquête

Contexte des sexualités en France 2023
// Consumption of products in a sexual context: Understanding the diversity of practices based on the 'Contexte des sexualités en France' survey 2023.....p. 265

Marion Serot et coll.

Centre d'étude des mouvements sociaux (Cems), École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris

ARTICLE // Article

Inégalités de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France : rôle de l'orientation sexuelle, des pratiques sexuelles et des antécédents de violences
// Inequalities in participation in cervical cancer screening in France: The role of sexual orientation, sexual practices and history of violence.....p. 274

Céline Audiger et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Les enjeux de la désaffection pour la contraception médicale en France
// Implications of decline in the use of medical contraception in France.....p. 281

Caroline Moreau et coll.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Villejuif

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du Code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France
Directrice de la rédaction : Yasmina Ouharzoune
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernard
Secrétariat de rédaction : Jessy Mercier, Océane Le Bourhis
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes (en disponibilité) ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cesp ; Martin Herbas Ekot, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Evellard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, HSCP ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Valérie Olié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tavolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

LA SANTÉ SEXUELLE MÉRITE UNE APPROCHE GLOBALE EN FRANCE

// SEXUAL HEALTH DESERVES A HOLISTIC APPROACH IN FRANCE

François Dabis

Université de Bordeaux, Coordination régionale en santé sexuelle (CoReSS) Nouvelle-Aquitaine, Le Bouscat

Depuis 1974, la santé sexuelle est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme un continuum de bien-être physique, émotionnel, mental et socio-culturel lié à la sexualité. À cette époque, étudier les comportements sexuels des Français était l'affaire de rares spécialistes des sciences humaines et sociales, et le Rapport Simon est paru en 1972 dans un contexte où la sexualité était encore en débat, dominée par le pouvoir médical¹. L'émergence rapide et violente du VIH/sida va rebattre les cartes. Deux enquêtes sociologiques successives de très grande ampleur en 1992² et 2006³ vont installer le discours scientifique pluridisciplinaire sur la sexualité comme élément indispensable à l'élaboration des politiques de santé publique centrées sur l'information et la prévention de tous les publics.

Les bouleversements de notre société ont été tellement nombreux dans les années qui ont suivi qu'une actualisation des connaissances était absolument nécessaire. La pandémie de Covid-19 et ses conséquences sur la santé dans toutes ses dimensions ont repoussé à 2023 la réalisation de l'enquête nationale Contexte des sexualités en France (CSF-2023)⁴. La richesse de cet instrument de recherche combinant enquête téléphonique en population générale, questionnaire auto-administré en ligne et prélèvements biologiques permet de nombreuses analyses spécifiques. Cinq d'entre elles sont rapportées dans ce numéro du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*.

Rahib et coll.⁵ présentent des résultats particulièrement utiles sur la couverture en éducation à la sexualité en milieu scolaire. En effet, depuis 25 ans la loi prévoit trois séances annuelles consacrées à la vie affective, relationnelle et sexuelle, par groupe d'âge homogène. Les statistiques d'activité rapportées par le ministère de l'Éducation nationale sont critiquées car incomplètes et entachées d'incertitudes sur le niveau de couverture effective et ses impacts. L'enquête CSF-2023 estime, sur la base d'un échantillon représentatif de la population générale, que neuf jeunes de 18 à 29 ans sur 10 ont reçu au moins une séance au cours de leur scolarité, surtout au collège et dans les établissements publics. Un autre résultat encourageant est l'association positive pour les jeunes femmes entre la participation à des séances d'éducation à la sexualité et la perception que l'âge au premier rapport sexuel a été celui qu'elles souhaitent. L'obligation légale d'assurer cette éducation et la mise à disposition d'un programme dédié ont été réitérées et précisées en 2025 par le gouvernement après de multiples débats portés par les associations

ainsi que les professionnels de l'éducation et de la santé. La mise en place de nouveaux instruments de suivi quantitatifs et qualitatifs est désormais indispensable côté Éducation nationale pour continuer à mesurer les effets attendus.

Rahib et Moreau⁶ ont analysé des données précieuses, car peu fréquemment collectées dans des enquêtes en population générale, à savoir la prévalence des dysfonctions sexuelles et leurs déterminants. Tous âges confondus, les troubles sexuels persistants (au moins un trouble depuis plus de six mois) sont rapportés par près d'un homme sur cinq (18,9%) et plus d'une femme sur trois (36,4%), et dans plus d'un cas sur deux (58%) ces dysfonctions sont source de détresse, selon les critères diagnostiques du DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013). L'avancée en âge et les comorbidités sont associées à l'augmentation de ces troubles persistants chez les deux sexes, y compris les troubles qui sont source de détresse. Chez les femmes, les antécédents de violences sexuelles en sont un autre facteur déterminant. Toutefois, les impacts semblent variables, puisque pour un déclarant sur trois, cette dysfonction, appréciée par rapport à des normes, n'affecte pas leur sexualité. La fréquence élevée de déclaration de ces troubles appelle à leur recherche plus systématique par les professionnels de santé, notamment auprès des seniors, et à bien intégrer la santé sexuelle dans l'appréciation globale de l'état de santé. Ce qui incite à mieux sensibiliser et former les praticiens de premier recours, et inciter ceux qui s'estiment affectés à en parler plus ouvertement.

Le chemsex n'était pas encore un problème de société lorsque les enquêtes antérieures ont été menées, puisqu'on estime que c'est au cours de la décennie 2001-2010 que sa pratique s'est répandue. Les études précédentes s'étaient focalisées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), notamment l'Enquête rapport au sexe (Eras)⁷. Il était donc pertinent de poser des questions sur ce sujet dans l'enquête CSF-2023 pour produire les premières estimations en population générale. Serot et coll.⁸ ont ainsi pu étudier l'usage des nouveaux produits de synthèse administrés par voie nasale, orale, rectale ou par injection dans différentes situations à risque. Avec plus de 10 000 répondants par Internet, la photographie est assez précise : l'alcool et le cannabis restent de loin les produits les plus consommés en contexte sexuel, surtout chez les 18-29 ans ; la consommation est plus importante chez les hommes que chez

les femmes, elle est surtout la plus élevée chez les HSH (14,2%) et chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF, 9,6%). Les auteurs ont ensuite précisé leur analyse sur celles et ceux ayant déclaré avoir utilisé au moins une fois dans leur vie un produit psychoactif, de l'alcool ou du cannabis en contexte sexuel, soit un millier de répondants. La consommation de produits psychoactifs au cours des 12 derniers mois est alors de 12,2% chez les femmes et de 16,0% chez les hommes. Le premier produit psychoactif consommé est la cocaïne pour les femmes et les *poppers* pour les hommes, les consommations multiples étant fréquemment déclarées. La consommation de produits psychoactifs est encore relativement limitée si on se réfère à la population générale des 18-89 ans telle qu'étudiée par l'enquête CSF-2023, mais elle ne concerne plus seulement les HSH déclarant des pratiques spécifiques. Comme le concluent les auteurs, la prévention doit être amplifiée, élargie dans ses cibles et modulée. Des enquêtes spécifiques continueront de ce point de vue à compléter les données rapportées dans ce numéro. Le plan ministériel contre la pratique du chemsex est attendu depuis le début de l'année. Il devrait impérativement intégrer ces nouvelles données scientifiques dans ses préconisations.

Investiguer les sexualités, c'est aussi envisager différemment les pathologies de la sphère génitale. Audiger et coll.⁹ ont ainsi eu l'opportunité d'étudier la relation au dépistage du cancer du col utérin parmi 3 481 répondantes âgées de 25 à 65 ans dans l'enquête CSF-2023. La bonne nouvelle, c'est que plus de huit femmes sur 10 (81,9%) déclarent être à jour de leur dépistage. C'est sans doute une des toutes premières fois qu'au-delà des variables socio-démographiques usuelles (âge, niveau d'étude, santé perçue, vie en couple), plusieurs variables relatives à la sexualité sont explorées comme déterminants potentiels du recours au dépistage. Celui-ci est statistiquement plus fréquent chez les femmes déclarant des pratiques buccogénitales, et moins fréquent chez les FSF, tout comme chez les femmes victimes de violences sexuelles. De plus, l'absence de vie sexuelle déclarée induit une rupture dans les pratiques de prévention, mesurée par une moindre pratique du dépistage du cancer du col utérin. Ces déterminants individuels méritent clairement d'être pris en compte dans les stratégies de promotion du dépistage, afin d'atteindre en France l'objectif du dépistage universel.

L'usage des méthodes contraceptives est certainement un des domaines qui a le plus évolué en 20 ans, pour de multiples raisons. Moreau et coll.¹⁰ analysent les données de l'enquête CSF-2023 qui offre une photographie instantanée actualisée et à large échelle : 4 416 femmes se déclarant à risque de grossesse non souhaitée. L'usage d'un dispositif intra-utérin (27,9%) dépasse légèrement désormais celui de la pilule (26,8%) dans cet échantillon, ces deux méthodes précédant l'emploi du préservatif (18,6%) et des méthodes naturelles (7,4%) ; l'âge est un déterminant important du choix de la méthode. L'absence d'utilisation de méthode contraceptive (9,1% des

déclarantes) ne varie que très modérément selon l'âge en analyse multivariée, mais elle est associée à de nombreux déterminants individuels de la sexualité, ainsi qu'à la précarité sociale. Comme le soulignent les auteurs, toutes les mesures en discussion pour réduire l'accès aux soins et à la prévention des migrants et autres populations précaires seront forcément contre-productives sur la bonne santé sexuelle, et en particulier sur l'utilisation des méthodes contraceptives. D'une manière générale, la diversification en cours des pratiques sexuelles peut en partie expliquer le non-recours à la contraception pour près d'une femme sur 10, et le recours aux méthodes naturelles pour une femme sur sept. Les stratégies de prévention des grossesses non souhaitées restent donc assez complexes à mettre au point, mais indispensables.

Les cinq analyses de l'enquête CSF-2023 rapportées dans ce numéro abordent des thèmes originaux, car documentés en population générale sur des échantillons importants et représentatifs. Il était essentiel que de nombreuses organisations, dont l'Agence nationale de recherches sur le sida – Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE), décident de financer et soutenir à nouveau cet important dispositif, 20 ans après la précédente enquête. D'autres analyses de ce programme unique sont attendues avec impatience, notamment pour la première fois les analyses spécifiques des répondants des départements et régions d'outre-mer. La France dispose depuis 2017 d'un instrument de planification ambitieux, la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) avec un horizon à moyen et long terme, 2030. Sa 3^e feuille de route pluriannuelle et intersectorielle préparée l'an dernier n'est pas encore publiée. Elle devra s'appuyer au moins en partie sur les productions issues de l'enquête CSF-2023. La mise en place depuis 2025 des coordinations régionales en santé sexuelle (CoReSS) facilitera la déclinaison sur le terrain de cette nouvelle feuille de route. Les actions ainsi harmonisées et multipliées donneront à la santé sexuelle toute sa place dans une approche globale de la santé en France. ■

Références

- [1] Simon P, Gondonneau J, Mironer L, Douren-Rollier AM. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Paris: Julliard/Charron; 1972.
- [2] Spira A, Bajos N. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation française; 1993.
- [3] Bajos N, Bozon M (dir.), Beltzer N (coord.). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
- [4] Bajos N, Moreau C, Andro A. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. Paris: ANRS MIE, Inserm, Santé publique France; 2024. 44 p. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
- [5] Rahib D, Amsellem Mainguy Y, Sireyjol A, Andro A. Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(12-13):250-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_1.html
- [6] Rahib D, Moreau C. Dysfonctions sexuelles chez les personnes sexuellement actives en France et impact sur la satisfaction sexuelle : prévalences et facteurs associés. Bull

Epidemiol Hebd. 2026;(12-13):257-65. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_2.html

[7] Velter A, Roux P. La pratique du chemsex dans les enquêtes nationales Rapport au sexe (ERAS) auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : évolutions entre 2017 et 2023. *Psychotropes*. 2024;30(2-3):53-73.

[8] Serot M, Bellamine R, Andro A. Consommation de produits en contexte sexuel : appréhender la diversité des pratiques à partir de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):265-73. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_3.html

[9] Audiger C, Barré S, Rigal L. Inégalités de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : rôle de l'orientation sexuelle, des pratiques sexuelles et des antécédents de violences. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):274-80. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_4.html

[10] Moreau C, Bohet A, Bajos N. Les enjeux de la désaffection pour la contraception médicale en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):281-92. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_5.html

Citer cet article

Dabis F. Éditorial. La santé sexuelle mérite une approche globale en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):248-50. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_0.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



> ARTICLE // Article

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ : DÉPLOIEMENT ET DIVERSIFICATION DES THÉMATIQUES TRAITÉES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES DÉCENNIES

// SEX EDUCATION: EXPANSION AND DIVERSIFICATION OF TOPICS COVERED OVER THE PAST TWO DECADES

Delphine Rahib¹ (delphine.rahib@santepubliquefrance.fr), Yaëlle Amsellem-Mainguy^{2,3}, Antoine Sireyjol⁴, Armelle Andro⁵

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), Paris

³ Institut des sciences sociales du politique (UMR CNRS 7220), École normale supérieure Paris Saclay, Paris

⁴ Statoscop, Toulouse

⁵ Institut de démographie de l'Université Paris 1 (Idup), Paris

Soumis le : 01.12.2025 // Date of submission: 12.01.2025

Résumé // Summary

Introduction – Le Code de l'éducation prévoit depuis 2001 la mise en place de séances annuelles d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans les écoles, collèges et lycées. Depuis 2025, les contenus de cette éducation sont encadrés par un programme national.

Méthode – L'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023) fournit des données sur la fréquence des séances reçues selon les cycles et sur les éléments de contenu abordés. Au total, 2 086 personnes ont été interrogées sur ces deux sujets.

Résultats – Ces données montrent que la majorité des 18-29 ans a bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité au cours de sa scolarité, principalement durant le collège. Les sujets les plus souvent abordés sont ceux relatifs aux risques, mais les thématiques relationnelles sont de plus en plus présentes dans les séances au fil du temps. Chez les femmes, un lien est identifiable entre le fait d'avoir eu ces séances au cours de la vie et de déclarer avoir eu son premier rapport sexuel au moment adéquat.

Conclusion – Des efforts restent cependant nécessaires pour développer le suivi qualitatif et soutenir le développement des contenus relatifs au plaisir et au désir dans les séances.

Introduction – Since 2001, the French Education Code has mandated the provision of annual sessions on affective, relational and sexual education in primary schools, lower secondary schools and upper secondary schools. Since 2025, the content of this education is formally regulated by a national curriculum.

Methods – The 'Contexte des sexualités en France' (CSF-2023) survey provides data on the frequency of sessions received across school levels, as well as on the topics covered. In total, 2,086 respondents were questioned about these two subjects.

Results – The data shows that the majority of 18-29-year-olds received at least one sexual education session during their school years, mainly during lower secondary school. Risk-related topics remain the most frequently covered,

but relational themes have become increasingly present over time. Among women, an association is observed between having received sexual education and reporting that their first sexual intercourse occurred at the right time.

Conclusion – Further efforts are required to strengthen qualitative monitoring and to support the development of content relating to pleasure and desire within these sessions.

Mots-clés : Éducation à la sexualité, Adolescents, Santé sexuelle

// **Keywords:** Sexual education, Adolescents, Sexual health

Introduction

L'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle a été progressivement introduite en milieu scolaire au cours des dernières décennies. La circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida reconnaît le rôle « spécifique, complémentaire (à celui des parents) et essentiel » de l'école sur ce sujet. Initialement proposée dans les classes de 4^e et 3^e, elle est devenue une obligation légale dans les écoles, collèges et lycées depuis la loi du 4 juillet 2001 (loi n° 2001-588). L'article L 312-16 du Code de l'éducation précise qu'elle doit être dispensée « à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes ». Cette disposition s'applique à l'ensemble du territoire, en tant qu'obligation pour les établissements publics et faisant l'objet de dérogations pour les établissements privés sous contrat.

Au fil du temps et des problématiques sociales et de santé publique, le périmètre de l'éducation à la sexualité s'est élargi : à la prévention des risques (grossesses précoces ou non désirées, infections sexuellement transmissibles), se sont ajoutés progressivement l'égalité, la lutte contre le sexisme, les LGBTphobies, les violences sexistes et sexuelles ou encore le consentement. Depuis 2025, les contenus des séances sont encadrés par un programme national qui vise l'éducation à la vie affective et relationnelle (Evar) en maternelle et dans les premiers cycles de primaire, puis intègre la dimension éducation à la sexualité (Evars) de la fin du primaire au lycée¹.

En tant que lieu d'éducation, mais aussi de vie et de socialisation de la jeunesse, l'école a un rôle déterminant à jouer pour la société dans la compréhension et la reconnaissance de la sexualité des jeunes. Dans l'institution, l'éducation à la sexualité a pour but de contribuer au développement affectif et social des jeunes et à leurs connaissances en santé². Elle est le vecteur du renforcement des compétences psychosociales, y compris en matière de consentement, de réduction des violences sexuelles et sexistes, ainsi que d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive au cours de la vie. En effet, les recherches internationales ont montré qu'un accès précoce et régulier à des connaissances scientifiquement validées sur la vie sexuelle et affective est associé à une meilleure utilisation des méthodes de protection et à une diminution des expositions aux risques sexuels².

L'application effective depuis 2001 de ces séances et la cartographie de leur contenu peinent à être établies précisément. L'enquête menée en 2016 par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les

hommes (HCEFH) dans 3 000 établissements entre la maternelle et le lycée montrait qu'un quart d'entre eux n'avaient pas mis en place de séances spécifiques (sans prendre en compte l'intégration de ces sujets dans les programmes existants)³. Dans son rapport 2022 sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) n'évaluait, quant à elle, que la moitié des lycées, et près d'un tiers des collèges n'avaient mené aucune des trois séances annuelles dans leurs classes au cours de l'année scolaire 2018-2019⁴. Au-delà de ces estimations de l'offre du point de vue des établissements, il y a très peu d'études fiables sur la réception du point de vue des élèves bénéficiaires.

Cet article, en s'appuyant sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France menée en 2023 (CSF-2023, encadré), vise à quantifier la mise en œuvre de cette politique publique d'éducation à la sexualité à travers les souvenirs des bénéficiaires au fil des générations qui se sont succédées depuis l'entrée en vigueur de la circulaire de 2001.

L'enquête CSF-2023 s'intéresse aux expériences de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire des 18-29 ans en amont de la mise en place du programme, mais en aval du cadrage législatif posé depuis plus de 20 ans. Elle fournit notamment des données sur la fréquence des séances reçues selon les cycles et des éléments sur les contenus abordés. Ces résultats éclairent les marges de progression encore nécessaires pour assurer une réelle éducation à la sexualité, accessible et cohérente.

Méthode

L'enquête CSF-2023 offre un panorama des parcours et pratiques sexuelles au cours de la vie et intègre, pour les 18-29 ans, un module sur l'éducation à la sexualité. Elle permet de mettre en lien le contexte de l'entrée dans la sexualité, les perceptions de ce sujet et les déclarations sur les souvenirs des contenus de l'éducation à la sexualité à l'école.

Les jeunes adultes ont été interrogés sur les séances reçues au cours de leur vie, puis en distinguant l'école primaire, le collège et le lycée. À partir des questions « Avez-vous eu des séances d'éducation à la sexualité ? » et « Vous a-t-on parlé des thèmes suivants ? », les données explorent à la fois la prévention des risques sexuels infectieux et reproductifs (contraception, interruption volontaire de grossesse – IVG –, infections sexuellement transmissibles – IST –), mais également les aspects relationnels (consentement,

Objectifs et périmètre

CSF-2023 cherche à décrire les pratiques et trajectoires sexuelles et les conditions sociales d'exercice de la sexualité en France, en assurant à la fois la représentativité des estimations en population générale et la comparabilité avec les enquêtes antérieures. Elle inclut l'ensemble des personnes vivant en France hexagonale (Corse incluse) et dans quatre territoires ultramarins (Martinique, Guadeloupe, Guyane et La Réunion), âgées de 15 à 89 ans. La collecte s'est déroulée de novembre 2022 à janvier 2024.

Protocole et population

L'enquête combine trois volets complémentaires : 1) un sondage téléphonique en population générale ; 2) un questionnaire auto-administré en ligne proposé aux adultes ayant répondu à la première étape ; 3) un examen biologique PrévIST fondé sur un auto-prélèvement à domicile pour les 18-59 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, incluant un module spécifique HPV pour les 18-29 ans. Trois phases pilotes (2020-2021) ont permis de tester la compréhension des questions, la durée du questionnaire et l'acceptabilité des volets 2) et 3).

Échantillonnage, collecte et participation

Les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement (20% de lignes fixes / 80% de mobiles). Les personnes vivant en institution ont été exclues ; les 65-89 ans ont été partiellement sous-échantillonnés (une personne sur deux a été interrogée). Le questionnaire téléphonique durait environ 35 minutes et la passation reposait sur un protocole de relances standardisé. Le volet Internet durait environ 30 minutes et était accessible via un lien sécurisé avec relances programmées. Pour PrévIST, un kit était adressé au domicile et des relances effectuées en cas de non-retour. Le taux de réponse AAPOR (*American Association for Public Opinion Research*) a été de 34% et le taux de coopération d'environ 60%. En France hexagonale, l'échantillon comprenait finalement 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans.

Pondérations

Les analyses mobilisent des poids d'enquête construits pour corriger la probabilité d'inclusion et la non-réponse, calibrés sur des marges issues des données de recensement, afin d'assurer la représentativité de l'échantillon en population générale. Des schémas de pondération spécifiques ont été estimés pour les sous-échantillons des volets Internet et PrévIST, de manière à tenir compte des non-participations différentielles à chaque étape et à permettre des estimations populationnelles.

Thèmes abordés dans les questionnaires

Le volet téléphonique documente la biographie sociale et sexuelle, les pratiques sexuelles au cours de la vie, les usages numériques, la santé sexuelle (contraception, préservatifs, dépistages, vaccination), les violences sexuelles, les normes sociales et la socialisation. Le volet Internet approfondit notamment la sexualité numérique, le dernier rapport sexuel, l'histoire génésique, la santé mentale, les discriminations et le recours aux soins. L'enquête intègre des innovations thématiques par rapport à la précédente datant de 2006 (notamment les enjeux de transition de genre, les jeux sexuels, les violences médicales).

Cadre éthique et protection des données et des personnes

Compte tenu du caractère sensible des enquêtes sur la sexualité, le protocole a été soumis aux avis et à l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), du comité d'éthique de l'Inserm, et d'un comité de protection des personnes (CPP). Le consentement a été recueilli de manière spécifique pour chaque volet. Des procédures de formation et d'accompagnement des enquêteurs, ainsi que des modalités de soutien et d'orientation en cas de révélation de situations de violence, complètent ce protocole.

cyberharcèlement, violences sexuelles), l'homosexualité et des dimensions relatives au plaisir et au désir. Le questionnaire ne permet pas de distinguer les types d'intervenants ayant mené ces séances.

Pour l'analyse, une attention a été portée aux différences de genres et d'âges, afin de distinguer les 18-19 ans (générations 2004-2005) des 20-24 ans (générations 1999-2003) et des 25-29 ans (générations 1994-1998) et de saisir les évolutions à l'œuvre dans cette période particulièrement prolifique en matière de débats publics sur les enjeux liés à la sexualité, à la reconnaissance des droits des

minorités sexuelles et des violences sexuelles. Les générations 2004-2005 ont, de plus, bénéficié des modifications encadrant l'éducation à la sexualité à l'école, notamment à travers la circulaire de 2018 qui rappelait les objectifs dans le cadre scolaire, en réactualisant les contenus, les enjeux de la mise en œuvre et les principes éthiques⁵.

Concernant le premier rapport sexuel, sa temporalité a été qualifiée à partir de l'appréciation personnelle des répondants quant au moment auquel il s'est produit : auraient-ils préféré qu'il ait lieu plus tôt, à ce moment-là, ou plus tard ? Les réponses « plus tôt » et

« à ce moment-là » ont été regroupées afin de caractériser une temporalité dite adéquate, tandis que la modalité « plus tard » caractérise une temporalité jugée prématurée.

Les comparaisons ont été effectuées grâce à des tests de Chi², le seuil de significativité pour l'interprétation a été fixé à 0,05. Les pourcentages présentés sont pondérés.

Résultats

La majorité des jeunes ont déjà eu des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire

Près de neuf jeunes de 18 à 29 ans sur 10 déclarent avoir eu au moins une séance d'éducation à la sexualité au sein de leur établissement au cours de leur scolarité (tableau 1).

Le collège est un moment privilégié pour la tenue de ces séances. En effet, 80% des répondants disent qu'elles ont eu lieu durant leur scolarisation au collège, alors que c'est seulement le cas de 44% des répondants pour les années passées au lycée. Les séances d'éducation à la sexualité restent rares à l'école élémentaire sur cette période. Seuls 13% des 18-29 ans déclarent en avoir eu en primaire, sans différence significative entre les trois groupes d'âge.

Les plus jeunes des répondants (entre 18 et 24 ans) sont plus nombreux à déclarer avoir eu plusieurs séances d'éducation à la sexualité au cours de leur parcours scolaire. En effet, 51% des moins de 24 ans disent en avoir eu plusieurs fois au cours de leur scolarité, tandis que ce n'est le cas que de 39% des 25-29 ans.

Du côté du statut des établissements fréquentés, les élèves scolarisés uniquement en établissements publics sont plus nombreux que les autres (ayant été au moins une année dans l'enseignement privé, y compris sous contrat) à avoir bénéficié de séances

au cours de leur scolarité (90% contre 84%, $p < 0,01$). Les écarts sont particulièrement notables pendant les années du collège (83% contre 74%, $p < 0,01$).

Aucune différence n'apparaît lorsque l'on considère le lieu de résidence (urbain ou rural) ou la position sociale des parents.

Une diversification progressive des thèmes abordés

À propos des thèmes abordés au cours des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, la protection en santé sexuelle est centrale pour toutes les générations concernées. Les plus jeunes disent par ailleurs avoir bénéficié de séances abordant une plus grande diversité de thèmes (tableau 2). Les jeunes hommes déclarent également une plus grande diversité de thèmes que les jeunes femmes.

Sur les 1 881 jeunes interrogés et ayant bénéficié de séances, 97% des répondants indiquent que le sujet de la contraception a été abordé, et 93% citent le sujet des IST. Ce sont les deux thèmes qui sont les plus souvent déclarés. L'IVG est également citée, légèrement plus par les hommes que par les femmes (70 vs 59%, $p < 0,001$) et par les plus jeunes. Les moins de 20 ans sont 74% à la citer comme thème traité au cours des séances, contre 62% chez les plus âgés ($p = 0,005$).

La dimension relationnelle de la sexualité est davantage abordée chez les plus jeunes. Près de trois enquêtés sur quatre (74%) de moins de 20 ans mentionnent que le consentement dans la sexualité a été évoqué, tandis qu'ils sont un peu plus de la moitié (51%) chez les plus de 24 ans. Les écarts entre les générations sont encore plus marqués pour ce qui concerne la sensibilisation aux violences : 35% des plus de 24 ans déclarent que les séances d'éducation à la sexualité ont parlé de ce sujet et 30% citent le cyberharcèlement, tandis que cette question était présente dans les séances reçues

Tableau 1

Avoir bénéficié d'une séance d'éducation à la sexualité en milieu scolaire au cours de sa vie, selon le sexe et l'âge, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Au moins une fois (%)			
	Lors de la scolarité	En primaire	Au collège	Au lycée
Total	89	13	80	44
Sexe				
Femmes	88	12	80	43
Hommes	90	13	80	45
p	0,14	0,5	0,5	0,5
Âge				
18-19 ans	88	16	78	53
20-24 ans	90	13	84	47
25-29 ans	88	11	77	36
p	0,6	0,14	0,035	<0,001

Champ : 2 086 personnes âgées de 18-29 ans.

Note de lecture : 78% des 18-19 ans déclarent avoir bénéficié au moins une fois d'une séance d'éducation à la sexualité au collège.

Tableau 2

Thématiques abordées en séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire selon l'âge, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	p	Femmes	Hommes	p
	%	%	%		%	%	
Contraception	98	97	96	0,4	96	98	0,2
IVG	74	62	62	0,005	59	70	<0,001
IST	95	92	92	0,3	90	95	0,001
Désir/plaisir sexuel	47	36	24	0,02	27	48	<0,001
Clitoris	39	33	33	0,024	23	45	<0,001
Homosexualité	43	28	24	<0,001	26	32	0,052
Consentement	74	65	51	<0,001	51	72	<0,001
Cyberharcèlement	80	56	30	<0,001	47	53	0,082
Violences sexuelles	60	47	35	<0,001	35	54	<0,001

Champ : 1 881 personnes âgées de 18-29 ans ayant reçu au moins une séance d'éducation à la sexualité.

Note de lecture : parmi les 20-24 ans, 62% déclarent avoir déjà eu des séances d'éducation à la sexualité abordant les questions d'IVG.

IST : infection sexuellement transmissible ; IVG : interruption volontaire de grossesse ; p : p-value.

Tableau 3

Temporalité du premier rapport sexuel en fonction du sexe et de la déclaration de séance d'éducation à la sexualité au cours de la vie, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Femmes			Hommes		
	Avoir eu des séances d'éducation à la sexualité	Ne pas avoir eu de séance d'éducation à la sexualité	p	Avoir eu des séances d'éducation à la sexualité	Ne pas avoir eu de séance d'éducation à la sexualité	p
Moment du premier rapport			<0,001			0,8
Adéquat	84%	57%		86%	88%	
Prématuré	16%	43%		14%	12%	

Champ : 2 086 personnes âgées de 18-29 ans.

p : p-value.

par la majorité des 18-19 ans qui sont respectivement 60% et 80% à l'avoir évoquée ($p < 0,001$).

Les thèmes autour du plaisir et du désir dans la sexualité et les questions liées aux orientations sexuelles et à l'homosexualité sont évoqués par une minorité de répondants. Si ces questions sont plus souvent citées par les plus jeunes, elles ont concerné moins d'une personne sur deux dans toutes les générations concernées.

Les femmes ayant eu des séances d'éducation à la sexualité déclarent davantage avoir eu leur premier rapport au moment adéquat

Les liens entre l'éducation à la sexualité et les premières expériences sexuelles restent complexes. Néanmoins, des tendances se dessinent sur certains indicateurs, malgré la faible proportion de répondants n'ayant déclaré aucune séance d'éducation à la sexualité ($n=205$), ce qui limite la significativité des comparaisons entre les deux groupes.

Le fait d'avoir eu ou non des séances d'éducation à la sexualité ne semble pas avoir d'incidence sur l'âge au premier rapport sexuel. On n'observe pas non plus

de différences entre les jeunes ayant eu une seule ou plusieurs séances au cours de leur scolarité.

Concernant l'expérience du premier rapport sexuel, le regard porté sur cet événement varie selon le genre et le fait d'avoir eu des séances d'éducation à la sexualité (tableau 3). Si la majorité des jeunes déclarent avoir eu leur premier rapport au moment adéquat, les jeunes femmes ayant précisé avoir eu des séances d'éducation à la sexualité sont plus nombreuses dans cette situation que celles qui n'en ont pas eu. Près d'une jeune femme sur deux n'ayant pas eu de séance d'éducation à la sexualité aurait souhaité que ce premier rapport se déroule plus tard (43%), tandis que c'est le cas d'une jeune femme sur cinq qui déclare avoir eu au moins une séance (16%).

Discussion

L'enquête CSF-2023 s'est intéressée aux séances d'éducation à la sexualité du point de vue de ses bénéficiaires, de manière rétrospective. Malgré les biais de mémorisation qui peuvent survenir, les réponses obtenues rendent compte de ce que chaque génération a retenu de ces séances.

Les résultats indiquent que la majorité des jeunes de 18 à 29 ans déclare se souvenir avoir eu au moins une fois une séance d'éducation à la sexualité au cours de sa scolarité et ce, quel que soit le genre, le milieu social d'origine, le lieu de résidence (rural ou urbain) ou l'orientation scolaire au cours du secondaire (enseignement général, technologique ou professionnel). Moins de la moitié rapporte avoir eu des séances à différents cycles au cours de leur trajectoire scolaire (en élémentaire, au collège et/ou au lycée). Or, des travaux récents pointent l'intérêt d'une progression dans les informations sur la sexualité et de l'accumulation des apprentissages au cours de la vie⁶. Le fait d'avoir bénéficié de plusieurs séances d'éducation à la sexualité au cours de la scolarité est déclaré bien plus souvent par les jeunes nés en 2005 (âgés de 18 ans au moment de l'enquête) que par celles et ceux nés entre 1994 et 1998 (25-29 ans au moment de l'enquête), ce qui montre une mise en place progressive de la loi de 2001 et de la circulaire de 2018, prévoyant trois séances annuelles par niveau.

Les séances d'éducation à la sexualité sont plus fréquentes au collège qu'à l'école primaire ou au lycée d'après l'enquête. Le positionnement de ces interventions au moment de l'entrée dans l'adolescence, période souvent appréhendée par les adultes au prisme des risques psychosociaux, correspond effectivement aux premières étapes de l'entrée dans la sexualité adulte. Les données de l'enquête CSF-2023 situent en effet le premier baiser à des âges typiquement atteints durant la scolarité au collège (autour de 15 ans pour les filles et de 14 ans pour les garçons), tandis que l'âge médian au premier rapport sexuel se situe, pour ces générations, autour de 17,9 ans chez les hommes et de 18,2 ans chez les femmes⁷. Pour ces générations 1994-2005, la majorité des séances est donc intervenue plutôt en amont du premier rapport sexuel, et elles ont pu contribuer à l'acquisition de compétences mobilisables, notamment en matière de contraception et de prévention des IST. La faible proportion de séances déclarées à l'école primaire peut refléter une organisation moins fréquente de ces interventions, mais aussi une différence de contenus : davantage centrés sur la vie affective, relationnelle et émotionnelle, ils sont susceptibles d'être moins souvent identifiés par les enquêtés comme relevant de l'« éducation à la sexualité » *stricto sensu*. La rareté des séances au primaire et leur concentration au collège suggère des inégalités potentielles d'accès à l'information et aux ressources. Les jeunes exposés au décrochage durant les années collège, plus susceptibles de sortir précocement du système scolaire, présentent en particulier un risque accru de ne pas être atteints par ces actions.

À l'autre bout du cursus scolaire, moins de la moitié des jeunes disent avoir eu des séances au lycée. Ce résultat montre l'ampleur de la tâche encore à accomplir. C'est sans doute la marque des difficultés pour le monde éducatif à mettre en œuvre des séances d'éducation à la sexualité pour un public plus averti (une partie des élèves étant déjà entrée dans la sexualité).

L'évolution des thèmes abordés au cours de la période étudiée est emblématique des changements sociaux intervenus et montre la capacité de la communauté éducative, quand elle met en place ces séances, à se saisir de ces nouveaux enjeux. Les thèmes les plus fréquemment rapportés restent traditionnellement associés à la santé reproductive et concernent des dimensions biologiques de la sexualité et de la prévention en santé sexuelle : la contraception, la prévention des IST et, dans une moindre mesure, l'IVG. On observe cependant des évolutions importantes au fil des générations : le consentement est cité aussi fréquemment que l'IVG par les 18-19 ans. Cela indique une appréhension globale de la sexualité intégrant sa dimension relationnelle en lien avec les référentiels et les préoccupations actuelles, mais sans abandonner les thématiques considérées comme historiques. Dans la mesure où ce sont également les 18-19 ans qui déclarent plus souvent que les autres avoir eu des séances à divers moments de leur parcours scolaire, on peut faire l'hypothèse que la multiplication des séances et la structuration progressive des parcours éducatifs permettent d'intégrer des approches complémentaires. Celles-ci sont plus adaptées aux questionnements des jeunes, conformément aux recommandations nationales et internationales visant à articuler prévention biomédicale, respect de soi et des autres et égalité de genres². La construction de ces enseignements a nécessité une organisation graduelle, portée par l'institution scolaire qui a développé au fil du temps les sujets qu'il était légitime d'étudier au sein des établissements scolaires⁸. Cependant, le rapport de l'IGESR rend compte de cette difficulté à intégrer certains sujets⁴. En 2018-2019, parmi les établissements scolaires déclarant avoir réalisé des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle (EAS), 60% y incluait la question des violences sexistes ou sexuelles et seulement 20% la question des LGBTphobies. Pour autant, des efforts sont engagés par les communautés éducatives pour développer des supports et des positions pédagogiques intégrant les questions de genres et d'égalité femmes-hommes⁹.

Les jeunes hommes déclarent une plus grande diversité de thèmes abordés au cours de ces séances que les jeunes femmes. Cet écart, surprenant dans un contexte de mixité scolaire, peut être lié à l'existence d'une plus grande diversité de sources d'informations sur ces sujets pour les femmes⁶. L'institution scolaire serait de ce fait moins centrale dans leur éducation à la sexualité alors que pour les garçons, c'est la source d'information principale.

Les 18-19 ans sont plus nombreux que leurs aînés à déclarer avoir assisté à des séances d'éducation à la sexualité abordant le consentement ou encore les violences sexuelles et sexistes. Ces sujets semblent en effet centraux, en particulier pour les jeunes femmes, au vu du lien entre le fait d'avoir assisté à des séances d'éducation à la sexualité et de considérer que son premier rapport sexuel a eu

lieu au moment adéquat. Le sujet du plaisir et du désir sexuel reste moins présent dans les souvenirs. Leur faible déclaration, alors même que ces sujets figurent explicitement dans les référentiels et au programme de Sciences de la vie et de la Terre (SVT) en lycée général, montre que leur intégration dans les pratiques éducatives reste un enjeu.

Un résultat important de l'enquête concerne les différences de situation entre établissements publics d'une part, et entre établissements publics et privés d'autre part. L'obligation de trois séances annuelles instaurée par la loi de 2001 ne s'applique pas aux établissements privés sous contrat¹⁰. Ainsi, les jeunes de ces générations ayant été scolarisés en établissements privés confessionnels déclarent moins souvent avoir eu des séances abordant les questions autour de l'homosexualité, du consentement ou encore du cyberharcèlement et des violences sexuelles. Dans un contexte où la diversité des sources d'information sur la sexualité a des effets sur les pratiques de prévention (notamment autour des sujets abordés avec son/sa partenaire), la place de l'école est pourtant primordiale⁶. L'obligation d'assurer cette éducation et la mise à disposition d'un programme spécifique devrait diversifier les contenus et homogénéiser les sujets abordés dans les différents établissements.

Enfin, si l'impact des séances d'éducation à la sexualité est complexe à mesurer, tant les comportements associés sont divers et étalés dans le temps, l'enquête CSF-2023 permet d'en objectiver les apports. Si le fait d'avoir eu ou non des séances d'éducation à la sexualité n'a pas d'incidence sur l'âge au premier rapport sexuel, la déclaration d'une temporalité adéquate est plus importante parmi les femmes déclarant avoir reçu une éducation à la sexualité au cours de leur scolarité.

La taille de l'échantillon et l'analyse par tranches d'âge offrent une lecture rétrospective des expositions éducatives. Cependant, l'approche quantitative ne permet pas d'évaluer la qualité de l'animation, ni les modalités pédagogiques. Enfin, la formulation de la question dans l'enquête CSF-2023 laisse de côté les thèmes relatifs aux relations sociales, affectives et amoureuses qui sont traités tout au long de la scolarité et qui peuvent ne pas avoir été identifiés par les répondants. Cela conduit à une vision très centrée sur la sexualité, qui sous-estime sans doute la proportion de personnes ayant eu accès à ces séances.

Dans un contexte de mise en place du programme d'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité depuis septembre 2025, ces résultats soulignent la nécessité de développer des outils de suivi standardisés capables de documenter la diversité des contenus abordés au cours des séances, des modalités pédagogiques, et de prendre en compte la diversité des intervenants, ainsi que les attentes des jeunes concernés. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Ministère de l'Éducation nationale. Un programme ambitieux : éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité. Paris: ministère de l'Éducation nationale; 2025. <https://www.education.gouv.fr/un-programme-ambitieux-eduquer-la-vie-affective-et-relationnelle-et-la-sexualite-416296>
- [2] Organisation des nations unies pour l'Éducation, la Science et la Culture. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle. Paris: Unesco; 2018. 166 p. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214>
- [3] Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, n°2016-06-13-SAN-021. Paris: Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016. 136 p. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sites/hce/files/files-spip/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_13_vf.pdf
- [4] Liouville E, Romulus AM. Éducation à la sexualité en milieu scolaire. Rapport n°2021-149. Paris: Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche; 2021. 76 p. <https://www.education.gouv.fr/igesr/education-la-sexualite-en-milieu-scolaire-465339>
- [5] Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2018-111 sur l'éducation à la sexualité. BO. 2018;(33). <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43964>
- [6] Amsellem-Mainguy Y, Rahib D. Apprendre sur la sexualité. Les pairs et les partenaires en première ligne. In Bergström M (dir.), La sexualité qui vient. Jeunesse et relation intimes après #Metoo. Paris: La Découverte; 2025. p 87-99.
- [7] Bajos N, Moreau C, Andro A. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. Paris: ANRS MIE, Inserm, Santé publique France; 2024. 44 p. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
- [8] Le Mat A. Parler de sexualité à l'école : Controverses et luttes de pouvoir autour des frontières de la vie privée. Lille: Université de Lille; 2018. 691 p. <https://theses.hal.science/tel-04391413v1>
- [9] Tremblay M. Quelle éducation à la sexualité par le jeu ? Étude des thématiques traitées au sein des outils ludopédagogiques à destination d'adolescentes. Inter Pares : revue électronique de jeunes chercheurs en sciences humaines et sociales. 2025(11):48-66.
- [10] République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF. 2001(0156), texte n° 1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>

Citer cet article

Rahib D, Amsellem Mainguy Y, Sireyjol A, Andro A. Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(12-13):250-6. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0*, qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES EN FRANCE ET IMPACT SUR LA SATISFACTION SEXUELLE : PRÉVALENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS

// SEXUAL DYSFUNCTIONS AMONG SEXUALLY ACTIVE INDIVIDUALS IN FRANCE AND THEIR IMPACT ON SEXUAL SATISFACTION: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

Delphine Rahib¹, Caroline Moreau^{2,3} (cmoreau2@jhu.edu)

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Villejuif

³ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, États-Unis

Soumis le : 01.12.2025 // Date of submission: 12.01.2025

Résumé // Summary

Introduction – Les dysfonctions sexuelles couvrent un large spectre de symptômes qui peuvent aboutir à une atteinte à la qualité de la vie sexuelle. En s'appuyant sur une conceptualisation à la fois psychosociale et physiologique de la fonction sexuelle, la présente étude vise à fournir des données actualisées sur la prévalence des dysfonctions chez les personnes vivant en France hexagonale (Corse incluse), ainsi que sur leurs conséquences pour la sexualité.

Méthode – L'analyse repose sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023). Un échantillon de 9 118 personnes, âgées de 18 à 89 ans et sexuellement actives dans l'année, a été interrogé sur les troubles du désir, la dyspareunie et le manque de plaisir, ainsi que sur la sécheresse vaginale chez les femmes et les troubles de l'érection chez les hommes. Deux indicateurs mesurant la persistance des troubles pendant au moins six mois et l'atteinte à la qualité de la vie sexuelle ont été définis. Ceux-ci ont été analysés au regard de données sociodémographiques et de données d'état de santé des répondants.

Résultats – Au total, 18,9% des hommes et 36,4% des femmes déclarent au moins un trouble sexuel persistant, tandis que 10,9% des hommes et 21,2% des femmes rapportent des troubles source de détresse. Ces troubles augmentent avec l'âge, un état de santé dégradé et, chez les femmes, la survenue au cours de la vie de violences sexuelles.

Conclusion – Les résultats mettent en évidence la nécessité d'intégrer la prise en charge des dysfonctions sexuelles dans une approche globale de la santé, en raison des liens étroits entre santé sexuelle et santé générale.

Introduction – Sexual dysfunctions encompass a broad spectrum of symptoms that may ultimately impair the quality of sexual life. Drawing on a conceptualisation of sexual function that integrates both psychosocial and physiological dimensions, this study aims to provide up-to-date estimates of the prevalence of sexual dysfunctions among people living in mainland France, as well as their implications for sexuality.

Methods – The analysis is based on data from the 'Contexte des sexualités en France 2023' (CSF-2023) survey. A sample of 9,118 individuals, aged 18-89 years who had been sexually active in the past year, was surveyed regarding desire disorders, dyspareunia, and lack of pleasure, as well as vaginal dryness among women and erectile difficulties among men. Two indicators were constructed to capture the persistence of dysfunctions for at least six months and their impact on the quality of sexual life. These indicators were examined in relation to respondents' sociodemographic characteristics and health status.

Results – Overall, 18.9% of men and 36.4% of women reported at least one persistent sexual dysfunction, while 10.9% of men and 21.2% of women reported dysfunctions associated with distress. These difficulties increased with age, poorer health status, and—among women—the experience of sexual violence over the life course.

Conclusion – The results highlight the need to integrate the management of sexual dysfunctions within a comprehensive health approach, given the close links between sexual health and overall health.

Mots clés : Santé sexuelle, Dysfonctions sexuelles, Satisfaction

// *Keywords*: Sexual health, Sexual dysfunctions, Satisfaction

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle comme un continuum de bien-être physique, psychologique et socioculturel lié à la sexualité¹. Parmi ses composantes, les dysfonctions

sexuelles occupent une place centrale, car elles sont fréquentes dans la population générale^{2,3}.

Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10)⁴, ces troubles et difficultés couvrent un large spectre de symptômes, tels que le manque

de désir sexuel, la diminution du plaisir, l'absence de réponse génitale, les troubles de l'orgasme et la dyspareunie⁵. Leur durée et leur gravité sont précisées dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013), afin de distinguer la dysfonction sexuelle des variations normales de la réponse sexuelle et d'évaluer leur signification clinique^{6,7}. Ces troubles s'inscrivent dans une durée supérieure à six mois. Cette symptomatologie s'appuie sur les modèles classiques proposés par Masters et Johnson⁸ et Kaplan⁹, qui distinguent trois phases – désir, excitation et orgasme – auxquelles s'ajoute la douleur sexuelle. L'ajout de la notion de détresse clinique reflète un débat persistant entre deux approches : un modèle biomédical centré sur la réponse physiologique et un modèle psychosocial qui intègre les dimensions sociales de la sexualité, notamment les attentes liées aux relations sexuelles⁹.

La mesure des dysfonctions sexuelles dans les enquêtes en population générale demeure complexe en raison de la sensibilité du sujet, des contraintes de temps et des risques d'erreurs de déclaration. Les outils standards – *Female Sexual Function Index* (FSFI, 19 questions) pour les femmes hétérosexuelles¹⁰ et *International Index of Erectile Function* (IIEF) pour les hommes¹¹ – sont volumineux, ne distinguent pas les troubles transitoires et persistants, se focalisent sur un seul domaine pour les hommes (dysfonction érectile) et n'évaluent pas la détresse, pourtant essentielle pour apprécier la signification clinique des symptômes. Les données confirment d'ailleurs que de nombreuses personnes présentant des dysfonctions sexuelles ne ressentent pas de détresse¹².

Malgré certaines limites méthodologiques, les enquêtes en population générale indiquent des prévalences élevées de dysfonctions sexuelles. Une méta-analyse récente (2017-2022), regroupant 23 études, estime une prévalence globale de 31% chez les hommes et de 41% chez les femmes¹³. Cette proportion atteint 68% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [56-80]) chez les personnes vivant avec des maladies chroniques¹³. La nature, la fréquence et l'impact de ces troubles varient selon le genre et l'âge. Chez les hommes, l'éjaculation précoce constitue le trouble le plus fréquent à l'adolescence et au début de la vie adulte, tandis que la dysfonction érectile reste rare avant 30 ans, mais augmente avec l'âge, en lien avec les comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. Chez les femmes, les jeunes adultes rapportent principalement un désir sexuel hypoactif, des difficultés orgasmiques et parfois des douleurs (dyspareunie), alors que les troubles évoluent avec l'âge vers des problèmes de lubrification et une intensité orgasmique.

En France, les enquêtes nationales confirment ces tendances tout en soulignant des spécificités. L'enquête Contexte des sexualités en France (CSF) de 2006 identifie deux pics de troubles : chez les 18-24 ans, où dominant le manque de désir et les

difficultés orgasmiques chez les femmes, ainsi que l'éjaculation précoce chez les hommes, et après 55 ans, où apparaissent des troubles liés aux changements physiologiques (ménopause, andropause)¹⁴. L'étude Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles – Volet population générale, 2009-2011, (Fécond)⁽¹⁾ révèle par ailleurs que 31% des jeunes femmes et 9% des jeunes hommes (15-24 ans) déclarent un impact négatif des difficultés sexuelles sur leur satisfaction¹⁵.

En s'appuyant sur une conceptualisation à la fois psychosociale et physiologique de la fonction sexuelle, la présente étude vise à fournir des données actualisées sur la prévalence des dysfonctions chez les personnes vivant en France et sur la manière dont cela affecte la sexualité et la satisfaction sexuelle.

Méthodes

L'analyse repose sur les données de l'enquête CSF, menée entre novembre 2022 et novembre 2023 en France hexagonale (Corse incluse). L'étude a obtenu l'approbation éthique du comité de protection des personnes Sud-Est 1 (CPP Sud-Est 1), du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI-IRB) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Un échantillon représentatif de 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans a été constitué par génération aléatoire de numéros de téléphone. Les participants ont répondu à un questionnaire d'une durée moyenne de 33 minutes, après avoir donné leur consentement éclairé (et, pour les mineurs, celui d'un parent). Parmi eux, 12 906 répondants âgés de 18 à 89 ans ont complété un questionnaire supplémentaire en ligne, d'une durée approximative de 30 minutes. Pour cette analyse, nous avons retenu les répondants adultes ayant déclaré au moins un rapport sexuel au cours de leur vie (951 exclusions) et ayant été randomisés pour répondre à une version longue du questionnaire portant sur les dysfonctions sexuelles (8 861 exclusions). De plus, nous avons sélectionné les personnes déclarant des rapports sexuels dans les 12 mois (2 211 exclusions) et ayant des observations complètes concernant les dysfonctions (116 exclusions). La population d'étude finale comprend 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans et sexuellement actives dans l'année.

Les dysfonctions sexuelles ont été définies à partir d'un ensemble de questions explorant les troubles du désir, la dyspareunie et le manque de plaisir chez tous les répondants, ainsi que la sécheresse vaginale chez les femmes et les troubles de l'érection et de l'éjaculation chez les hommes. Ces questions, issues de l'enquête précédente (CSF-2006), permettaient d'estimer la fréquence des difficultés sexuelles. Pour l'analyse, nous avons construit deux indicateurs

⁽¹⁾ <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>

grâce à des questions complémentaires : le premier portait sur les dysfonctions persistantes, défini par la déclaration d'au moins un trouble persistant depuis plus de six mois, et le second sur les dysfonctions source de détresse, conformément aux critères diagnostiques du DSM-5.

Pour explorer ces dysfonctions, nous avons sélectionné des indicateurs sociodémographiques incluant le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la vie en couple, la situation migratoire, le type d'assurance santé, la situation financière (difficultés économiques perçues), ainsi que des indicateurs de santé tels que la santé perçue, la présence d'une maladie chronique, d'une incapacité fonctionnelle, d'une maladie urogénitale et la présence d'une incapacité chez le partenaire. Nous avons également pris en compte les antécédents de violence sexuelle (aucun, attouchements, tentative ou viol), le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (0, 1, >1), ainsi que des variables psychosociales comme la dépression et l'anxiété.

Après la présentation de la population étudiée, nous avons observé la distribution des différents types de dysfonctions sexuelles selon le sexe et les groupes d'âge, ainsi que la répartition des indicateurs de dysfonctions en fonction des caractéristiques socio-démographiques et de santé. Nous avons ensuite estimé des modèles de régressions logistiques multivariées pour chacun des indicateurs de dysfonctions, en ajustant sur l'ensemble des covariables (facteurs sociodémographiques et de santé). Enfin, nous avons réalisé des analyses stratifiées selon l'âge (18-29, 30-59, 60-89 ans), la situation conjugale actuelle, l'état de santé (présence d'une incapacité fonctionnelle ou d'une maladie chronique) et avons testé les interactions entre ces dimensions dans les modèles multivariés. Toutes les analyses étaient stratifiées sur le sexe et étaient pondérées pour tenir compte des probabilités inégales de sélection et de la non-réponse.

Résultats

Les caractéristiques de la population d'étude sont résumées dans le tableau 1. L'âge moyen des répondants est de 46,2 ans et 88% ont un partenaire au moment de l'enquête. Plus du tiers (37,1%) ont fait des études supérieures. Près du quart (24,3%) rapportaient une incapacité fonctionnelle, 42,7% déclarent une maladie chronique et 14,5% ont ou ont eu une pathologie urogénitale.

Au total, 18,9% des hommes et 36,4% des femmes déclarent au moins un trouble sexuel persistant, tandis que 10,9% des hommes et 21,2% des femmes rapportent des dysfonctions, source de détresse. La nature de ces dernières varie selon le sexe et l'âge : chez les moins de 30 ans, elles concernent principalement l'insuffisance du désir et les difficultés à atteindre l'orgasme, alors que la sécheresse vaginale et les troubles de l'érection prédominent après 60 ans (figure). La prévalence de l'ensemble des symptômes augmente avec l'âge,

avec un gradient particulièrement marqué chez les hommes après 60 ans. Par ailleurs, tous les symptômes sont plus fréquents chez les femmes à tous les âges, à l'exception des difficultés à atteindre l'orgasme.

Les facteurs associés à la déclaration d'au moins une dysfonction sont présentés dans le tableau 1. Chez les hommes, leur prévalence avec l'âge passe de 12,6% à 18-29 ans à 44,3% à 80-89 ans, et est plus élevée en l'absence de partenaire actuel. De plus, ceux vivant en milieu urbain rapportent davantage de dysfonctions que ceux en milieu rural. Pour les deux sexes, elles sont plus fréquentes chez les personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale. Elles le sont également chez celles qui déclarent une incapacité fonctionnelle, une maladie chronique ou une pathologie urogénitale. Enfin, on en trouve plus parmi les personnes ayant rapporté des antécédents de violence sexuelle.

Facteurs associés à l'existence de dysfonctions sexuelles persistant depuis six mois

Les résultats de l'analyse multivariée présentés dans le tableau 2 confirment l'augmentation des dysfonctions sexuelles avec l'âge, cette fois pour les deux sexes. Chez les hommes, l'absence de partenaire et la résidence en milieu urbain restent associées à une probabilité plus élevée de dysfonctions. Chez les femmes, le rôle du niveau d'éducation apparaît, avec un lien entre un niveau d'instruction plus élevé et une déclaration plus fréquente de dysfonctions. Pour les deux sexes, l'incapacité fonctionnelle et les antécédents de violences sexuelles demeurent fortement liés à une probabilité accrue de troubles. Enfin, chez les hommes, les antécédents de pathologies urogénitales sont également associés à une prévalence plus élevée.

Facteurs associés à l'existence de dysfonctions sexuelles source de détresse

Le retentissement des dysfonctions sur la sexualité varie selon les caractéristiques des répondants. En effet, si en moyenne 57,6% des hommes et 58,2% des femmes ayant des troubles indiquent que ceux-ci affectent leur sexualité, cette proportion change selon l'âge et la santé, atteignant 75% chez les femmes ayant une incapacité fonctionnelle et 93% des hommes ayant une pathologie urologique (tableau 1).

Les facteurs associés à la déclaration d'au moins une dysfonction causant une détresse pour la sexualité sont présentés dans le tableau 1. Chez les hommes, la prévalence de ces difficultés augmente avec l'âge. Elles sont plus fréquentes chez les personnes des deux sexes en incapacité fonctionnelle, ou présentant une maladie chronique, ainsi que chez les hommes ayant une pathologie urogénitale. Enfin, les femmes ayant subi des violences sexuelles déclarent plus de dysfonctions sexuelles source de détresse que celles n'ayant pas vécu de telles expériences.

Tableau 1

Distribution de l'échantillon d'étude et facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Total (%)	Dysfonctions sexuelles		Dysfonctions sexuelles source de détresse	
		Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
		18,9	36,4	10,9	21,2
Âge (ans)					
18-29	19,1	12,6	33,2	5,0	20,7
30-39	19,3	13,1	32,1	7,0	20,3
40-49	18,2	15,6	29,8	10,0	18,4
50-59	18,8	18,1	43,0	12,2	25,5
60-69	15,8	20,9	42,2	12,6	21,5
70-79	7,8	40,2	50,0	23,7	21,6
80-89	1,0	44,3	40,5	16,0	18,1
Partenaire actuel(le)					
Oui	88	17,7	35,7	10,6	20,6
Non	12	26,5	42,3	12,7	26,9
Enfants					
Oui	71	20,7	36,0	12,6	20,8
Non	29	14,9	37,2	7,1	22,4
Éducation					
<Bac	41,7	20,7	33,0	11,7	19,3
Bac	21,2	18,8	38,9	10,3	22,2
Bac +2	23,6	16,7	37,9	10,0	21,8
>Bac +2	13,5	15,9	37,6	10,2	23,1
Assurance santé					
Sécurité sociale et mutuelle	91,9	18,3	36,3	11,1	21,2
Sécurité sociale	3,0	18,6	25,6	6,8	8,2
AME ou autre aide publique	4,3	32,3	41,9	8,7	25,6
Autre	0,8	22,0	54,1	15,9	41,8
Lieu de résidence					
Urbain	64,9	20,7	36,2	11,4	20,8
Rural	35,1	15,8	36,8	10,1	22,0
Migration					
Oui	6,7	18,9	39,6	15,4	17,7
Non	93,2	18,9	36,1	10,6	21,4
Santé perçue					
Bonne	77,1	33,9	46,6	20,4	19,7
Mauvaise	22,9	14,7	33,9	8,3	25,3
Incapacité fonctionnelle					
Oui	24,3	31,3	47,7	19,7	28,2
Non	75,8	15,5	32,1	8,5	18,6
Maladie chronique					
Oui	42,7	25,5	42,0	15,8	24,1
Non	57,3	14,4	32,0	7,8	19,0
Maladie urogénitale					
Oui	14,5	48,1	41,9	44,6	23,1
Non	85,5	18,1	34,3	10,1	20,5
Antécédents de violence sexuelle					
Non	71,9	17,6	32,2	10,6	17,9
Attouchements	8,4	31,7	42,5	17,4	25,2
Tentatives ou viols	19,7	23,6	41,9	10,4	25,8
Nombre de partenaire(s) dans les 12 mois					
1	86,0	22,4	36,0	9,4	20,8
>1	14,0	18,2	39,4	11,2	24,3

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

AME : Aide médicale de l'État.

Tableau 2

Facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Hommes			Femmes		
	OR	[IC95%]	p	OR	[IC95%]	p
Âge						
18-29	réf.		<0,001	réf.		0,28
30-39	1,5	[0,9-2,6]		1,0	[0,7-1,4]	
40-49	1,7	[1,0-3,1]		0,9	[0,6-1,2]	
50-59	1,9	[1,1-3,2]		1,8	[1,3-2,5]	
60-69	2,2	[1,2-3,8]		1,8	[1,2-2,7]	
70-79	5,5	[2,9-10,3]		2,5	[1,4-4,5]	
80-89	7,9	[1,9-32,5]		1,5	[0,3-7,7]	
Partenaire actuel(le)						
Oui	0,4	[0,3-0,7]	<0,001	0,7	[0,5-1,0]	0,08
Non	réf.			réf.		
Éducation						
<Bac	réf.			réf.		0,004
Bac	1,2	[0,8-1,8]		1,6	[1,2-2,3]	
Bac +2	1,0	[0,7-1,5]		1,6	[1,2-2,2]	
>Bac +2	1,0	[0,7-1,4]		1,7	[1,3-2,3]	
Assurance santé						
Sécurité sociale et mutuelle	réf.		0,73	réf.		0,12
Sécurité sociale	0,9	[0,4-1,9]		0,6	[0,3-2,1]	
AME ou autre aide publique	1,5	[0,7-3,3]		1,7	[0,9-3,0]	
Autre	1,2	[0,3-4,8]		1,9	[0,4-9,7]	
Lieu de résidence						
Urbain	réf.					
Rural	0,7	[0,5-1,0]	0,05	1,0	[0,8-1,3]	0,68
Incapacité fonctionnelle						
Oui	1,8	[1,2-2,6]	0,02	1,7	[1,3-2,2]	<0,001
Non	réf.					
Maladie chronique						
Oui	1,4	[1,0-1,9]	0,09	1,2	[0,9-1,5]	0,23
Non	réf.			réf.		
Maladie urogénitale						
Oui	2,3	[1,0-2,8]		1,2	[0,9-1,5]	0,16
Non	réf.			réf.		
Antécédents de violence sexuelle						
Non	réf.		0,03	réf.		0,005
Attouchements	1,7	[1,1-2,8]		1,4	[1,0-1,9]	
Tentatives ou viols	1,5	[0,9-2,5]		1,5	[1,1-1,9]	

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

L'analyse multivariée, résumée dans le tableau 3, confirme une augmentation significative des dysfonctions avec l'avancée en âge pour les deux sexes. De plus, chez les femmes, le niveau d'éducation devient un facteur significatif : celles ayant un diplôme universitaire en déclarent plus fréquemment. L'incapacité fonctionnelle reste fortement associée à une probabilité

accrue de dysfonctions pour les hommes comme pour les femmes. De même, les antécédents de pathologie urogénitale jouent un rôle important chez les hommes. Enfin, chez les femmes, les antécédents de violences sexuelles restent un facteur déterminant, augmentant significativement la probabilité que des dysfonctions affectent leur sexualité.

Tableau 3

Facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Hommes			Femmes		
	OR	[IC95%]	p	OR	[IC95%]	p
Âge (ans)						
18-29	réf.		0,006	réf.		<0,001
30-39	1,8	[0,8-3,7]		1,0	[0,7-1,5]	
40-49	2,5	[1,2-5,3]		0,9	[0,6-1,3]	
50-59	2,7	[1,4-5,3]		1,4	[1,0-2,1]	
60-69	2,3	[1,2-4,5]		1,2	[0,8-1,9]	
70-79	4,7	[2,2-10,2]		1,1	[0,6-2,3]	
80-89	3,2	[1,9-11,8]		1,0	[0,2-3,8]	
Partenaire actuel(le)						
Oui	réf.		0,03	réf.		0,10
Non	0,5	[0,3-0,9]		0,7	[0,5-1,1]	
Éducation						
<Bac	réf.		0,88	réf.		0,004
Bac	1,2	[0,7-1,9]		1,2	[0,9-1,8]	
Bac +2	1,0	[0,7-1,6]		1,3	[0,9-1,8]	
>Bac +2	1,1	[0,7-1,7]		1,4	[1,0-2,0]	
Assurance santé						
Sécurité sociale et mutuelle	réf.		0,55	réf.		0,12
Sécurité sociale	0,6	[0,2-1,6]		0,3	[0,1-0,8]	
AME ou autre aide publique	0,5	[0,1-1,9]		1,4	[0,7-2,6]	
Autre	1,5	[0,3-7,2]		2,6	[0,5-15,2]	
Lieu de résidence						
Urbain	réf.		0,37	réf.		0,68
Rural	0,8	[0,6-1,2]		1,1	[0,9-1,5]	
Incapacité fonctionnelle						
Oui	2,0	[1,2-3,2]	0,005	1,6	[1,2-2,2]	0,002
Non	réf.					
Maladie chronique						
Oui	1,5	[1,0-2,4]	0,08	1,1	[0,8-1,4]	0,63
Non	réf.			réf.		
Maladie urogénitale						
Oui	5,0	[2,1-11,6]	<0,001	1,0	[0,8-1,4]	0,77
Non	réf.			réf.		
Antécédents de violence sexuelle						
Non	réf.		0,56	réf.		0,005
Attouchements	1,4	[0,8-2,5]		1,5	[1,0-2,2]	
Tentatives ou viols	1,0	[0,5-1,9]		1,5	[1,1-2,0]	

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

Discussion

Nos résultats confirment que les dysfonctions sexuelles sont fréquentes, touchant plus d'un tiers des femmes et près d'un cinquième des hommes. Parmi ces personnes, plus d'une sur deux rapporte un impact significatif sur sa sexualité, soit

10,9% des hommes et 21,2% des femmes répondant aux critères du DSM-5.

Comme l'ont montré des études européennes et nord-américaines, les femmes déclarent globalement davantage de troubles, en particulier liés au désir et à la sécheresse vaginale, tandis que chez les hommes,

les troubles érectiles deviennent prédominants après 60 ans^{3,16}. Ces différences de genre peuvent refléter des facteurs biologiques, mais aussi des normes sociales influençant la perception et la déclaration des troubles.

L'effet de l'âge est particulièrement marqué, avec une augmentation progressive des dysfonctions pour les deux sexes, ce qui confirme les données de la littérature sur le rôle du vieillissement et des comorbidités¹⁷. Nos analyses mettent en évidence des associations fortes avec l'incapacité fonctionnelle, les maladies chroniques et les pathologies urogénitales, rejoignant les travaux qui soulignent l'interdépendance entre santé globale et santé sexuelle¹⁸.

Enfin, les antécédents de violences sexuelles apparaissent comme un facteur majeur chez les femmes, augmentant significativement la probabilité de dysfonctions persistantes. Ce constat est cohérent avec les études sur l'impact durable des violences sur la santé sexuelle et souligne la nécessité d'intégrer le dépistage et la prise en charge des violences dans les services de santé sexuelle¹⁹.

Bien que les dysfonctions occupent une place importante dans le bien-être sexuel, pour plus d'un tiers des personnes qui en déclarent, elles n'affectent pas leur sexualité. Ces manifestations physiques sont qualifiées de troubles ou de dysfonctions parce qu'elles s'écartent d'une norme définie à des fins de classification. Toutefois, leur impact ressenti varie selon les attentes individuelles, les pratiques et la manière dont chacun se rapporte aux injonctions de performance sexuelle.

L'augmentation des dysfonctions chez les femmes les plus éduquées apparaît en tension avec les données internationales²⁰. Cela illustre la difficulté à établir des comparaisons robustes sur ce sujet, très ancré culturellement. Les facteurs qui sont liés à ces troubles se retrouvent dans plusieurs composantes de vie. Heshmatnia et coll., dans une revue publiée en 2025, les classifient en cinq types de facteurs : sociodémographie, santé reproductive, facteurs interpersonnels, psychologiques et médicaux²¹. Notre étude identifie bien ces mêmes dimensions comme composantes de la survenue des dysfonctions, mais surtout de leur impact sur la vie sexuelle des répondants.

Conclusion

Cette analyse confirme le vécu fréquent de dysfonctions sexuelles ayant des répercussions sur le bien-être. Le poids de ces dysfonctions se retrouve associé à des enjeux de la vie sexuelle qui, bien que grandissants, restent inégalement abordés en santé publique et par les praticiens : la sexualité des seniors et des personnes présentant un handicap, les répercussions intimes des violences sexuelles. Des temps de formation spécifique sur ces questions restent indispensables pour qu'elles puissent être traitées de façon éclairée et apaisée en consultation. L'approche holistique de la santé et du bien-être sexuel promue

par l'OMS trouve un écho dans l'indispensable transversalité que nécessite la prise en charge de ces troubles et de leurs conséquences. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier l'ensemble des participants qui ont accepté de répondre à l'étude Contexte des sexualités en France.

Références

- [1] World Health Organization. Defining sexual health. Geneva: WHO; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- [2] Wellings K, Mitchell K, Collumbien M. Sexual Health: A public health perspective. London: Open University Press; 2012. 224 p.
- [3] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39-57.
- [4] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva: WHO; 1992.
- [5] McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):135-43.
- [6] IsHak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders.* 2013;2(2).
- [7] Hendrickx L, Gijis L, Enzlin P. Distress, sexual dysfunctions, and DSM: Dialogue at cross purposes? *J Sex Med.* 2013;10(3): 630-41
- [8] Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown and company; 1966.
- [9] Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- [10] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
- [11] Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
- [12] Hendrickx L, Gijis L, Enzlin P. Prevalence rates of sexual difficulties and associated distress in heterosexual men and women: Results from an Internet survey in Flanders. *J Sex Res.* 2014;51(1);1-12.
- [13] Ramírez-Santos J, Cristóbal-Cañadas D, Parron-Carreño T, Lozano-Paniagua D, Nieves-Soriano BJ. The problem of calculating the prevalence of sexual dysfunction: A meta-analysis attending gender. *Sex Med Rev.* 2024;12(2):116-26.
- [14] Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Paris: Ined; 2008. 603 p.
- [15] Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: An overlooked sexual health concern. *BMC Public Health* 2016;16(1):1170.
- [16] Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta, J, Wellings K. Sexual function in Britain: Findings from

the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1817-29.

[17] Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neil TW, *et al.* Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1362-80.

[18] World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO; 2010. 15 p. <https://iris.who.int/handle/10665/70434>

[19] van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:235-57.

[20] Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2021;19(5):421-32.

[21] Heshmatnia F, Azizi M, Milani H, Nikbakht R, Kheiri M, Tolomehr H, *et al.* Prevalence and correlates of female sexual

dysfunction and sexual distress in reproductive-aged women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2025;25(451).

Citer cet article

Rahib D, Moreau C. Dysfonctions sexuelles chez les personnes sexuellement actives en France et impact sur la satisfaction sexuelle : prévalences et facteurs associés. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):257-65. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



ARTICLE // Article

CONSOMMATION DE PRODUITS EN CONTEXTE SEXUEL : APPRÉHENDER LA DIVERSITÉ DES PRATIQUES À PARTIR DE L'ENQUÊTE CONTEXTE DES SEXUALITÉS EN FRANCE 2023

// CONSUMPTION OF PRODUCTS IN A SEXUAL CONTEXT: UNDERSTANDING THE DIVERSITY OF PRACTICES BASED ON THE 'CONTEXTE DES SEXUALITÉS EN FRANCE' SURVEY 2023

Marion Serot¹ (marion.serot@ehess.fr), Rim Bellamine², Armelle Andro³

¹ Centre d'étude des mouvements sociaux (Cems), École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris

² Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris), unité mixte associant l'Inserm, l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Aubervilliers

³ Institut de démographie de l'Université Paris 1 (Idup), Paris

Soumis le 06.12.2025 // Date of submission: 12.06.2025

Résumé // Abstract

Introduction – L'usage de produits psychoactifs en contexte sexuel est pris en compte par les politiques de santé quasi exclusivement sous l'angle de la pratique du chemsex, qui renvoie à une forme spécifique d'usage de produits chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Des études récentes appellent à documenter l'ampleur et la diversité des pratiques de consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel dans la population générale, afin d'élaborer des politiques de santé adaptées à chaque public. L'objectif de cet article est précisément de proposer une mesure de ces pratiques et de cartographier leur diversité à travers des indicateurs de prévalence.

Méthode – Les données collectées sur le sujet dans l'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023) permettent de proposer des indicateurs de prévalence en population générale âgée de 18 à 89 ans. Plusieurs types de questions abordaient le lien entre consommation de produits psychoactifs et sexualité.

Résultats – Les usages de produits psychoactifs en contexte sexuel restent des pratiques très minoritaires. Elles sont cependant plus fréquentes chez les personnes ayant déjà consommé des produits. Les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe (HSH et FSF) déclarent plus souvent ces pratiques, mais celles-ci existent dans l'ensemble de la population.

Conclusion – Les résultats mettent en évidence la diversité des pratiques de consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel, qui concernent aussi d'autres groupes sociaux que les HSH. De plus amples études seraient nécessaires pour mieux documenter les spécificités des usages dans différents groupes sociaux.

Introduction – *The use of psychoactive substances in sexual contexts is addressed in public health policies almost exclusively through the lens of chemsex, a term referring to a specific form of substance use among men who have sex with men (MSM). Recent studies call for documenting the extent and diversity of psychoactive*

substances use in sexual contexts among the general population, in order to develop health policies tailored to each public. The objective of this article is precisely to propose a measure of these practices and to map their diversity through prevalence indicators.

Method – Data collected on this subject in the ‘Contexte des sexualités en France’ survey (CSF-2023) can be used to propose prevalence indicators for the general population aged 18 to 89. Several types of questions addressed the link between psychoactive substances use and sexuality.

Results – Using psychoactive substances in a sexual context remains a minority practice. However, it is more prevalent among individuals with prior experience of using these substances. Those who have had sex with same-sex partners (MSM and WSW) report these practices more often, but they exist across the entire population.

Conclusion – The findings highlight the diversity of practices relating to the use of psychoactive substances in sexual contexts, which extends to social groups other than MSM. Further studies are needed to better document the specific patterns of product use across different social groups.

Mots-clés : Consommations sexualisées, Chemsex, Consommation de produits psychoactifs, Minorité sexuelle, Population générale

// **Keywords** : Sexualized drug use, Chemsex, Use of psychoactive substances, Sexual minority, General population

Introduction

La prise en compte de l’usage de produits psychoactifs en contexte sexuel dans les politiques de santé est progressive et récente. Elle s’est faite quasi exclusivement sous l’angle de la pratique du chemsex¹. Celle-ci renvoie à une forme spécifique de consommation de substances psychoactives en contexte sexuel, et concerne majoritairement les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux (HSH)^{2,3} (encadré 1). À ce jour, la pratique du chemsex commence à être assez bien documentée, que ce soit en matière de prévalence de cette pratique^{1,2,9-12}, de risques associés^{1,2,9,13,14}, de facteurs de vulnérabilités¹⁵⁻¹⁷, de motivations d’usages^{9,11,18,19}, ou encore de besoins concernant la réduction des risques et la prise en charge^{11,18,19}.

Il existe cependant de multiples manières d’avoir des activités sexuelles avec des produits psychoactifs : ces pratiques sont hétérogènes et concernent divers groupes sociaux. La notion de « consommation

sexualisée »²⁰ permet d’inclure cette variété. En France, les données actuellement disponibles sur ce sujet sont relativement peu abondantes et nécessitent d’être davantage documentées^{21,22}. À partir des données inédites de l’enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023) (méthodologie de l’enquête CSF-2023 dans l’article « Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies » de Rahib et coll. dans ce numéro), cet article a ainsi pour objectif de proposer des indicateurs pour mesurer l’ampleur des pratiques de consommation sexualisée en population générale et de cartographier leur diversité.

Méthode

Les analyses de cet article reposent sur les réponses des 10 202 personnes ayant déclaré avoir déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie. Elles

Encadré 1

Le chemsex

Le terme chemsex est apparu au début des années 2000 parmi les hommes gays pour désigner des préférences et des pratiques sexuelles réalisées sous l’emprise de produits⁴. Il est issu de la contraction des termes anglophones « chems’ » et de « sex », qu’on peut littéralement traduire par « sexe chimique » en français.

L’émergence du chemsex est régulièrement associée à la combinaison de deux principaux facteurs :

- l’arrivée de nouvelles substances psychoactives sur le marché des drogues, qui peuvent être livrées directement à domicile. En France, il s’agit principalement des cathinones, molécules à effet stimulant qui peuvent également avoir des propriétés favorisant le sentiment d’empathie, la proximité émotionnelle et le désir de proximité physique. Regroupées dans la catégorie des nouveaux produits de synthèse (NPS), ces substances psychoactives sont conçues pour reproduire les effets de drogues illicites préexistantes (par exemple cannabis, MDMA, cocaïne)⁵. Elles peuvent être administrées par voie nasale, orale, rectale ou par injection et sont alors qualifiées de « slam » dans ce cadre particulier⁶ ;
- l’usage d’applications de rencontres géolocalisées en temps réel qui transforment les modalités de rencontres affectivo-sexuelles et les interactions de drague. Ces applications contribuent à modifier les « scripts sexuels »⁷ des individus, en favorisant les échanges sexuels sans sociabilité préalable⁸, car elles agissent comme un médiateur de mise en contact.

Le chemsex est ainsi historiquement associé à un sous-groupe particulier (les HSH), et les données actuellement disponibles⁹ reflètent à la fois l’histoire de ce terme et la concentration des enquêtes sur les HSH, ce qui est notamment lié à la surveillance de l’épidémie de VIH.

se concentrent sur les questions concernant des consommations de produits psychoactifs : « Avez-vous déjà utilisé des drogues ou des produits de synthèse, hors Viagra®, pour améliorer vos pratiques sexuelles ? » et « Au cours des 12 derniers mois, quelles substances avez-vous utilisées dans le cadre de pratiques sexuelles ? » (question auto-administrée). Les données permettent de mesurer la prévalence de la consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel. Il était possible de donner plusieurs réponses à la deuxième question qui comportait 17 modalités de réponses (encadré 2).

Les répondants pouvaient donc déclarer des substances licites, comme l'alcool, ou illicites. Les personnes ayant déclaré avoir consommé exclusivement de l'alcool ou du cannabis sont analysées séparément de celles qui ont déclaré avoir consommé d'autres produits. Cette distinction a été faite puisque l'alcool et le cannabis sont plus largement consommés en population générale. Le questionnaire s'adressant à l'ensemble de la population, les questions sur les consommations ont été posées sans employer les termes « chemsex » ou « consommations sexualisées », mais en interrogeant factuellement les pratiques des individus.

La consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel dans les 12 derniers mois

a été mesurée sur trois populations de référence différentes dans leur profil :

- Groupe 1 : ensemble de la population ayant déjà eu un rapport sexuel sans tenir compte de leurs expériences de consommation (tableau 1) ;
- Groupe 2 : ensemble de la population ayant déjà eu un rapport sexuel et déclarant avoir déjà consommé un autre produit que l'alcool ou le cannabis au cours de la vie (tableau 2) ;
- Groupe 3 : ensemble de la population ayant déjà eu un rapport sexuel et déclarant avoir déjà consommé un autre produit que l'alcool ou le cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois (tableau 3).

Le choix de distinguer ces trois populations vise, par effet d'entonnoir, à mesurer la prévalence des pratiques de consommation sexualisée au sein de populations plus ou moins concernées par l'usage de substances psychoactives. Le groupe 1 permet de calculer un indicateur global de ces pratiques en population générale. Les groupes 2 et 3 permettent d'obtenir des indicateurs plus spécifiques concernant la prévalence des consommations sexualisées parmi des personnes ayant déjà consommé au cours de leur vie (groupe 2) ou au cours des 12 derniers mois (groupe 3). À travers ces trois groupes, on peut tester l'hypothèse selon laquelle le niveau de prévalence de consommations sexualisées est plus élevé

Encadré 2

Modalités de réponse à la deuxième question, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

Modalités de réponse (en ligne, de manière auto-administrée et confidentielle) à la question « Quelles substances avez-vous utilisées dans le cadre de pratiques sexuelles ? »

- Alcool
- Cannabis ou cannabinoïdes de synthèse (Spice, K2, *herbal incense*)
- Champignons hallucinogènes
- *Poppers*
- Produits à inhaler ou sniffer (colle, solvants, trichloréthylène)
- Ecstasy, MDMA
- Amphétamine, *speed*
- LSD (acide, buvard)
- Crack, *freebase*
- Cocaïne
- Héroïne ou dérivés (morphine, fentanyl)
- *Lean, purple drank* (sirop de codéine + soda)
- Protoxyde d'azote
- Kétamine
- Autres stimulants de synthèse (MXE, sels de bains, 3-MMC, 4-MEC, 4-FA, XTC-light)
- Vous prenez des produits mais vous ne savez pas lesquels
- Aucune de ces substances

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine ; LSD : acide lysergique diéthylamide.

Tableau 1

Consommation de produits en contexte sexuel dans les 12 derniers mois dans l'ensemble de la population adulte (%), enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

Sexe	Femmes				Hommes			
	Autres produits	Exclusivement alcool ou cannabis	Total	p-value	Autres produits	Exclusivement alcool ou cannabis	Total	p-value
Ensemble				0,002				<0,001
18-29 ans	1,5 [0,9-2,6]	3,5 [2,4-5,1]	5,0 [3,7-6,9]		3,7 [2,0-6,6]	5,4 [3,4-8,5]	9,1 [6,3-13]	
30-39 ans	0,9 [0,51-1,7]	1,5 [0,9-2,4]	2,4 [1,6-3,6]		5,2 [3,3-8,0]	4,2 [2,6-6,7]	9,4 [6,9-13]	
40-49 ans	1,2 [0,51-2,4]	1,4 [0,46-4,1]	2,6 [1,3-5,1]		2,1 [1,1-3,9]	3,1 [1,5-6,4]	5,2 [3,2-8,5]	
50-59 ans	0,8 [0,24-2,4]	0,4 [0,15-1,0]	1,2 [0,51-2,6]		1,0 [0,44-2,2]	1,6 [0,57-4,6]	2,6 [1,3-5,3]	
60-69 ans	0,7 [0,13-3,6]	0,3 [0,09-0,9]	1,0 [1,28-3,3]		0,1 [0,02-0,16]	0,0 [0,0-0,0]	0,1 [0,02-0,18]	
70-89 ans	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]		0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	
Total	1,0 [0,67-1,4]	1,4 [1,0-1,9]	2,4 [1,9-3,0]		2,1 [1,6-2,8]	2,5 [1,8-3,3]	4,6 [3,7-5,6]	
N'a jamais eu de relation sexuelle avec une personne du même sexe				<0,001				0,002
<30 ans	1,0 [0,48-2,0]	2,8 [1,7-4,4]	3,8 [2,5-5,5]		3,1 [1,5-6,3]	4,7 [1,5-6,3]	7,7 [4,9-12]	
30 ans et plus	0,4 [0,20-0,83]	0,7 [0,36-1,4]	1,1 [0,67-1,8]		1,3 [0,83-2,0]	1,7 [1,1-2,7]	3,0 [2,2-4,1]	
Total	0,5 [0,30-0,87]	1,1 [0,72-1,6]	1,6 [1,2-2,2]		1,6 [1,1-2,3]	2,2 [1,5-3,1]	3,8 [2,9-4,8]	
A déjà eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe				0,11				0,2
<30 ans	4,4 [1,9-10]	7,6 [3,9-14]	12,0 [7,2-19]		8,3 [3,1-20]	10,5 [5,4-19]	18,7 [11-31]	
30 ans et plus	5,5 [2,9-10]	2,9 [1,6-5,2]	8,4 [5,3-13]		8,2 [5,4-12]	4,4 [2,1-9,2]	12,6 [8,7-18]	
Total	5,2 [3,1-8,5]	4,4 [2,8-6,9]	9,6 [6,8-13]		8,2 [5,5-12]	6,0 [3,6-9,8]	14,2 [10-19]	

Champ : ensemble des personnes 18-89 ans ayant déjà eu un rapport sexuel (n=10 202).

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2

Consommation de produits en contexte sexuel dans les 12 derniers mois, dans la population adulte ayant déjà consommé un produit (autre qu'alcool et cannabis) dans la vie (%), enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

Sexe	Femmes				Hommes			
	Autres produits	Exclusivement alcool ou cannabis	Total	p-value	Autres produits	Exclusivement alcool ou cannabis	Total	p-value
Ensemble				0,068				0,028
18-29 ans	13,1 [7,6-21]	30,1 [21-41]	43,2 [33-54]		15,7 [8,7-26]	22,8 [14-34]	38,5 [27-51]	
30-39 ans	7,7 [4,2-14]	12,4 [7,3-20]	20,1 [13-29]		23,8 [16-34]	19,3 [12-29]	43,2 [33-54]	
40-49 ans	12,2 [5,4-25]	14,6 [5,1-35]	26,8 [14-44]		14,8 [7,9-26]	22,0 [11-38]	36,8 [24-52]	
50-59 ans	16,8 [5,6-41]	8,9 [3,3-22]	25,7 [12-47]		9,7 [4,2-21]	15,9 [5,8-37]	25,6 [13-44]	
60-89 ans	31,1 [6,9-73]	12,3 [3,4-36]	43,4 [15-77]		1,0 [0,29-3,4]	0,3 [0,04-2,0]	1,3 [0,42-3,7]	
Total	12,2 [8,5-17]	17,8 [13-24]	30,1 [24-37]		16,0 [12-21]	19,0 [14-25]	35,0 [29-41]	
N'a jamais eu de relation sexuelle avec une personne du même sexe				0,009				0,7
<30 ans	11,9 [5,8-23]	33,4 [22-47]	45,3 [33-58]		14,5 [7,0-27]	22,1 [12-36]	36,6 [24-51]	
30 ans et plus	7,7 [3,8-15]	13,4 [7,1-24]	21,1 [13-32]		13,2 [8,5-20]	17,6 [12-26]	30,8 [23-39]	
Total	8,8 [5,2-15]	18,8 [13-27]	27,6 [21-36]		13,5 [9,3-19]	18,9 [14-26]	32,4 [26-40]	
A déjà eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe				0,2				0,6
<30 ans	14,7 [6,3-31]	25,3 [13-43]	40,1 [25-58]		20,7 [7,7-45]	26,2 [13-47]	46,9 [26-69]	
30 ans et plus	21,1 [12-35]	11,0 [5,9-20]	32,1 [21-46]		30,6 [20-44]	16,5 [7,9-31]	47,2 [34-61]	
Total	18,9 [12-29]	16,0 [10-24]	34,9 [25-46]		27,3 [18-38]	19,8 [12-31]	47,1 [35-59]	

Champ : ensemble des personnes ayant déjà consommé un produit autre que l'alcool ou le cannabis au cours de leur vie et ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois (n=1 011).

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 3

Type de produits consommés en contexte sexuel (autres qu'alcool et cannabis) parmi les consommateurs dans les 12 derniers mois (%), enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Ensemble (n=330)				N'a jamais eu de relation sexuelle avec une personne du même sexe (n=202)				A déjà eu des relations avec une personne du même sexe (n=128)			
	<30 ans	30 ans et +	Ensemble	p-value	<30 ans	30 ans et +	Ensemble	p-value	<30 ans	30 ans et +	Ensemble	p-value
Femmes	(n=131)				(n=75)				(n=56)			
Cocaïne	9,5 [4,0-21]	39,7 [26-56]	30,7 [20-44]	<0,001	15,2 [5,4-36]	35,3 [18-58]	30,7 [17-50]	0,12	4,5 [0,9-20]	49,1 [27-71]	30,7 [17-48]	<0,001
Poppers	21,7 [11-38]	23,6 [13-39]	23,0 [14-35]	0,8	28,0 [12-52]	21,6 [9,1-43]	23,0 [12-40]	0,6	16,1 [5,5-39]	27,8 [12-53]	23,0 [11-41]	0,4
Ecstasy/MDMA	24,3 [13-42]	13,9 [6,9-26]	17,0 [10-26]	0,2	19,5 [8,2-40]	6,1 [2,0-17]	9,1 [4,4-18]	0,078	28,5 [11-57]	30,2 [13-55]	29,4 [16-48]	>0,9
Amphétamine, speed	4,3 [0,6-25]	5,1 [1,2-19]	4,9 [1,5-15]	0,9	9,3 [1,3-44]	0,6 [0,1-4,6]	2,6 [0,5-13]	0,013	4,5 [0,9-20]	22,7 [7,9-50]	15,2 [5,8-34]	0,055
LSD	2,4 [0,5-11]	6,0 [1,7-19]	5,0 [1,6-14]	0,3					4,5 [0,9-20]	18,8 [5,4-48]	12,9 [4,3-33]	0,12
Kétamine	6,0 [1,3-24]	0,2 [0,03-1,4]	1,9 [0,46-7,7]	<0,001	9,3 [1,3-44]		2,1 [0,3-14]	0,057	3,2 [0,4-21]	0,6 [0,1-4,5]	1,7 [0,3-8,6]	0,2
Autres stimulants de synthèse	2,4 [0,5-10]	0,8 [0,11-6,0]	1,3 [0,37-4,4]	0,4	3,6 [0,5-23]		0,8 [0,1-5,8]	0,071	1,3 [0,16-9,6]	2,6 [0,3-18]	2,1 [0,4-9,7]	0,6
Champignons hallucinogènes	7,9 [2,3-24]	7,0 [1,9-23]	7,3 [2,7-18]	0,9	17,0 [5,0-44]	2,7 [0,4-18]	5,9 [2,0-16]	0,071		16,1 [3,2-53]	9,4 [1,8-37]	0,2
Crack, freebase	1,7 [0,2-12]		0,5 [0,1-3,7]	0,13					3,2 [0,4-21]		1,3 [0,2-9,6]	0,3
Héroïne	3,7 [0,5-22]		1,1 [0,2-7,6]	0,12	7,9 [1,1-40]		1,8 [0,2-12]	0,060				
Produits à inhaler ou sniffer												
Protoxyde d'azote												
Autre NSP												
Hommes	(n=199)				(n=127)				(n=72)			
Cocaïne	30,1 [14-53]	36,0 [25-49]	34,2 [25-45]	0,6	34,0 [14-62]	38,0 [24-54]	36,8 [25-51]	0,8	20,0 [3,8-61]	30,4 [18-47]	27,2 [16-43]	0,6
Poppers	20,8 [10-37]	30,4 [21-42]	27,5 [20-37]	0,3	11,0 [4,0-27]	22,5 [12-37]	19,1 [11-31]	0,2	46,2 [18-77]	51,6 [33-70]	50,0 [34-66]	0,8
Ecstasy/MDMA	22,5 [10-43]	16,7 [10-25]	18,4 [12-27]	0,5	19,6 [7,1-44]	13,6 [6,9-25]	15,4 [8,8-26]	0,5	29,9 [7,9-68]	24,9 [14-41]	26,4 [15-43]	0,8
Amphétamine, speed	4,8 [0,8-25]	11,3 [4,7-25]	9,3 [4,2-19]	0,4		12,2 [4,1-31]	8,6 [2,8-23]	0,2	20,0 [3,8-61]	26,8 [15-43]	24,7 [14-40]	0,7
LSD	1,4 [0,3-7,2]	7,7 [3,6-16]	5,9 (2,8-12)	0,039	1,6 [0,2-11]	8,8 [3,5-20]	6,6 [2,8-15]	0,080	1,1 [0,1-8,8]	4,9 [1,6-14]	3,8 [1,4-10]	0,2
Kétamine	9,5 [2,6-29]	4,6 [2,3-8,8]	6,1 [3,0-12]	0,3	12,6 [3,2-39]	2,5 [0,8-7,2]	5,5 [2,1-14]	0,041	1,1 [0,1-8,8]	10,3 [4,3-23]	7,5 [3,3-16]	0,019
Autres stimulants de synthèse	0,7 [0,1-5,2]	5,0 [2,6-9,2]	3,7 [2,0-6,7]	0,034					2,6 [0,3-18]	18,4 [9,5-33]	13,6 [7,2-24]	0,030
Champignons hallucinogènes	0,3 [0,0-2,3]	8,3 [3,4-19]	5,9 [2,4-14]	<0,001		9,2 [3,1-24]	6,4 [2,2-18]	0,2	1,1 [0,1-8,8]	6,0 [1,8-18]	4,5 [1,5-13]	0,13
Crack, freebase	0,9 [0,1-6,1]	7,3 [2,1-23]	5,4 [1,6-16]	0,030	1,2 [0,2-8,6]	8,9 [2,2-30]	6,6 [1,7-22]	0,056		3,0 [0,6-14]	2,1 [0,4-10]	0,4
Héroïne		6,5 [2,2-17]	4,6 [1,6-13]	0,2		8,2 [2,6-23]	5,8 [1,8-17]	0,2		1,9 [0,3-13]	1,3 [0,2-9,4]	0,5
Produits à inhaler ou sniffer		10,2 [3,9-24]	7,2 [2,7-18]	0,14		12,5 [4,4-31]	8,8 [3,0-23]	0,2		3,9 [0,7-19]	2,7 [0,5-14]	0,4
Protoxyde d'azote		0,8 [0,2-3,7]	0,6 [0,1-2,6]	0,4		0,8 [0,1-5,8]	0,6 [0,1-4,1]	0,5		0,7 [0,1-5,3]	0,5 [0,1-3,7]	0,5
Autre NSP		1,0 [0,2-4,9]	0,7 [0,2-3,4]	0,4		0,3 [0,0-2,4]	0,2 [0,0-1,7]	0,5		2,9 [0,4-19]	2,0 [0,3-14]	0,5

Champ : ensemble des personnes ayant déjà consommé un autre produit que l'alcool ou le cannabis au cours des 12 derniers mois et ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois (n=330).

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine ; LSD : acide lysergique diéthylamide ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

chez les personnes usagères de produits. L'objectif est d'identifier, dans l'ensemble des consommations, celles qui se déroulent en contexte sexuel.

Les résultats sont stratifiés selon l'âge, le sexe et le fait d'avoir déjà eu des expériences sexuelles avec une personne du même sexe pour les analyses descriptives, et selon la santé perçue et une échelle de dépression pour les analyses multivariées. Les expériences sexuelles sont mesurées en utilisant les catégories : homme ayant déjà eu des partenaires hommes (HSH) et femme ayant déjà eu des partenaires femmes (FSF) ; et, en complément, les catégories : homme n'ayant eu que des partenaires femmes (HSF) et femme n'ayant eu que des partenaires hommes (FSH). Le seuil de significativité est fixé à 0,05. Les résultats présentés sont pondérés. Le modèle logit binaire a été utilisé pour les analyses multivariées. Le logiciel R[®] a été utilisé pour l'ensemble des analyses. Les classes d'âge 60-69 ans et 70-89 ans ont été fusionnées dans le tableau 2, en raison du faible effectif d'hommes et de femmes de 60 ans et plus déclarant avoir déjà consommé un autre produit psychoactif que l'alcool ou le cannabis au cours de leur vie, et ayant consommé en contexte sexuel dans les 12 derniers mois.

Résultats

Les données de l'enquête CSF-2023 montrent que 2,4% des femmes et 4,6% des hommes âgés de 18 à 89 ans déclarent avoir consommé de l'alcool, du cannabis ou d'autres produits psychoactifs dans les 12 derniers mois en contexte sexuel (tableau 1). Ces proportions s'élèvent à 5% et 9,1% respectivement chez les plus jeunes (18-29 ans). Chez ces derniers, la consommation se concentre principalement sur l'alcool ou le cannabis plutôt que sur les autres produits. C'est plutôt l'inverse chez les plus âgés. La consommation reste élevée chez les hommes jusqu'à 40 ans. Les FSF déclarent plus que les autres femmes consommer en contexte sexuel : 9,6% contre 1,6%. Les écarts sont encore plus marqués pour les hommes. Ce sont les HSH qui déclarent le plus de consommations : 14,2% contre 3,8% des HSF.

Si l'on considère de manière plus restrictive la population potentiellement concernée en mesurant la consommation dans les 12 derniers mois parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà consommé un produit psychoactif (autre que l'alcool ou le cannabis) au cours de leur vie (tableau 2), ce sont alors 30,1% des femmes et 35% des hommes qui déclarent avoir consommé un produit dans un contexte sexuel dans les 12 mois, et respectivement 12,2% et 16% si l'on exclut l'alcool et le cannabis.

Cette proportion atteint son maximum chez les 18-29 ans, en particulier chez les femmes : elles sont 43,2%, contre 38,5% des hommes, à être concernées. Les substances principalement évoquées sont l'alcool et le cannabis (respectivement 30,1% pour les femmes et 22,8% pour les hommes). Ce rapport

s'atténue ou s'inverse avec l'âge, notamment chez les femmes : entre 60 et 89 ans, 31,1% d'entre elles déclarent avoir consommé d'autres substances dans un contexte sexuel dans les 12 mois, contre 12,3% pour l'alcool ou le cannabis. Les hommes ayant eu des partenaires de même sexe sont les plus concernés, en particulier par la consommation de produits autres que l'alcool et le cannabis : 47,1% d'entre eux ont consommé un produit en contexte sexuel dans les 12 mois (dont 27,3% ont consommé un produit autre que l'alcool ou le cannabis). Les différences entre les groupes d'âge ne sont pas significatives.

Si l'on s'intéresse alors aux types de produits consommés (encadré 2) au cours des 12 derniers mois, c'est la cocaïne qui arrive en tête (tableau 3). Parmi les femmes ayant déclaré avoir consommé un produit en contexte sexuel dans les 12 mois, 30,7% ont pris de la cocaïne, quelles que soient leurs expériences sexuelles. Parmi elles, 23% ont consommé du *poppers* et 17% ont consommé de l'ecstasy ou de la MDMA (3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine). On retrouve les mêmes proportions chez les hommes n'ayant pas eu de partenaires de même sexe. Le type de produit n'est pas le même pour les hommes ayant déjà eu un partenaire de même sexe : le *poppers* arrive en tête (50%) suivi de la cocaïne (27,2%), puis de l'ecstasy ou de la MDMA (26,4%) et des amphétamines (24,7%).

Enfin, les analyses multivariées (tableau 4) montrent un lien très significatif avec la consommation de produits pour les hommes (OR=2,5) d'une part et avec le fait d'avoir déjà eu un partenaire de même sexe d'autre part (OR=4,21). En ce qui concerne les liens entre consommation de produits dans les 12 derniers mois et état de santé, les analyses ne montrent pas d'effet sur la santé perçue déclarée. En revanche, les scores de symptômes dépressifs sont significativement plus mauvais que parmi les non-consommateurs : les troubles dépressifs modérés (OR=2,86) et sévères (OR=4,72) sont plus fréquents.

Discussion

Les résultats permettent d'éclairer l'ampleur des pratiques de consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel en population générale, en les analysant en fonction de l'âge, du sexe et des expériences de sexualité avec des partenaires de même sexe et des types de produits psychoactifs consommés en 2022-2023, date de la collecte des données de l'enquête CSF-2023.

En population générale, les produits les plus consommés en contexte sexuel sont l'alcool et le cannabis, ce qui n'est pas surprenant au regard de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité sociale de ces produits. Ce résultat est cohérent avec d'autres enquêtes qui portent plus largement sur l'usage de produits psychoactifs en France. Selon l'OFDT, en 2023, l'alcool, le tabac et le cannabis sont les trois produits les plus consommés parmi la

Tableau 4

Modèle de régression logistique binaire : avoir consommé un produit (autre qu'alcool ou cannabis) dans les 12 mois en contexte sexuel, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	A consommé un produit psychoactif en contexte sexuel dans les 12 mois (327/10 015)**	OR	[IC95%]	p-value
Intercept		0,04	[0,02-0,08]	<0,001
Âge*		0,98	[0,96-0,99]	<0,001
18-29	6,2 [4,6-8,4]			
30-39	5,5 [4,2-7,1]			
40-49	4,2 [2,8-6,0]			
50-59	1,7 [1,1-2,7]			
60-69	1,4 [0,8-2,5]			
70-89	2,1 [0,9-4,8]			
Sexe				<0,001
Femme	2,6 [2,0-3,3]	réf.	réf.	réf.
Homme	4,8 [3,9-5,9]	2,5	[1,73-3,62]	<0,001
Avoir déjà eu un partenaire du même sexe				<0,001
Non	2,8 [2,3-3,4]	réf.	réf.	réf.
Oui	13,0 [10,0-16,0]	4,21	[2,99-5,92]	<0,001
État de santé perçu				0,295
Bon	3,7 [3,1-4,4]	réf.	réf.	réf.
Moyen	2,9 [1,9-4,3]	0,76	[0,48-1,22]	0,255
Mauvais	6,7 [3,2-14,0]	1,43	[0,69-2,97]	0,340
Score de dépression				<0,001
1 – Pas de dépression	2,5 [2,0-3,2]	réf.	réf.	réf.
2 – Symptôme dépressifs légers	3,5 [2,7-4,5]	1,29	[0,87-1,92]	0,203
3 – Symptômes dépressifs modérés	7,8 [5,2-11,0]	2,46	[1,41-4,27]	0,001
4 – Symptômes dépressifs assez sévères	3,7 [2,1-6,5]	1,07	[0,53-2,16]	0,840
5 – Symptômes dépressifs très sévères	12,5 [6,0-22,0]	4,06	[1,79-9,20]	<0,001

Champ : ensemble des personnes ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois (échantillon Internet), après suppression des valeurs manquantes (10 015).

* Âge en continu dans le modèle de régression ; ** % (n (non pondéré)/N (non pondéré)).

L'intercept traduit la situation à la référence (c'est-à-dire toutes les variables catégorielles à leur modalité de référence et les variables continues à 0), après transformation selon la fonction de lien (après la transformation logit).

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; OR : odds ratio ; réf. : référence.

population des 11 à 75 ans²³ : 82,5% des adultes ont déjà consommé au moins une fois de l'alcool dans l'année, et 50,4% des 18 à 64 ans ont déjà expérimenté l'usage de cannabis²⁴.

L'usage de produits psychoactifs autres que l'alcool et le cannabis est plus fréquent chez les personnes ayant des rapports sexuels avec des partenaires de même sexe, en particulier chez les HSH. Ces produits peuvent occuper une place spécifique dans la sexualité de certains d'entre eux, ce qui concorde avec les résultats d'études précédentes^{10,25-27}. Les analyses multivariées confirment que les risques sont effectivement présents en matière de santé mentale : les consommateurs dans les 12 derniers mois déclarent significativement plus de symptômes de dépression, ce qui va dans le même sens que les études cliniques menées auprès des personnes concernées^{13,15,17}. Cela ne nous permet cependant pas de déterminer si c'est l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel qui a conduit à une dégradation

de l'état de santé mentale des individus ou si les troubles de santé mentale préexistaient à ce type de consommation.

Les chiffres dont nous disposons sur les HSH sont légèrement plus bas que ceux d'autres enquêtes réalisées sur des échantillons de convenance. L'Enquête rapport au sexe (Eras) 2023, conduite par Santé publique France, montre par exemple que 13% des HSH sexuellement actifs ont pratiqué le chemsex au cours des six derniers mois¹⁰. Dans l'enquête CSF-2023, 8,2% des HSH mentionnent avoir eu une activité sexuelle sous l'emprise d'un autre produit que l'alcool ou le cannabis au cours des 12 derniers mois. Ici, la principale piste pour expliquer ces variations tient aux modalités de diffusion de ces deux enquêtes. L'enquête Eras a pour objectif de « capter » spécifiquement la population des HSH. Les appels à participation ont donc été relayés dans des espaces qui leur sont consacrés ou qu'ils sont plus susceptibles de fréquenter (applications de rencontres pour

hommes gays, sites d'information affinitaires gays, réseaux sociaux). Cette enquête rend donc compte des chiffres dans la population des HSH plutôt inscrits dans des réseaux de sociabilité communautaire. L'enquête CSF-2023 poursuit un objectif de représentativité de la population générale : elle repose sur une méthodologie de recrutement aléatoire et s'appuie donc sur un échantillon plus hétérogène, y compris sans doute pour le sous-groupe des HSH. L'étude Apaches (2019), réalisée par l'OFDT, montre également que la proportion d'hommes qui pratiquent le chemsex parmi les HSH sexuellement actifs peut varier (3 à 14%) en raison des modalités de diffusion des enquêtes et de la nature de l'indicateur retenu¹¹.

Les pratiques de consommation sexualisée apparaissent comme relativement marginales en population générale ; elles sont plus communes parmi les individus ayant déjà expérimenté un autre produit que l'alcool ou le cannabis au moins une fois au cours de leur vie. Des études qualitatives supplémentaires seraient à conduire pour déterminer si la consommation sexualisée s'inscrit dans le prolongement des habitudes de consommation plus générales des individus ou si, au contraire, c'est par le biais de l'usage de produits en contexte sexuel qu'ils en sont venus à consommer des produits dans d'autres contextes. De la même manière, au-delà de cette association entre utilisation de produits et activité sexuelle, il faudrait interroger plus finement la notion d'intentionnalité et saisir dans quelle mesure ces produits ont été consommés ou non dans l'intention planifiée d'avoir des rapports sexuels.

La consommation de produits psychoactifs illicites (autres que le cannabis) en contexte sexuel est plus présente chez les plus âgés. La consommation d'alcool ou de cannabis concerne davantage les plus jeunes. Les données de l'enquête CSF-2023 ne permettent pas de dire s'il s'agit d'un effet d'âge ou de génération.

Enfin, si de manière globale la proportion de femmes qui consomment en contexte sexuel est moins importante que celle des hommes, deux résultats doivent être pris en considération. D'une part, les FSF semblent user davantage de produits psychoactifs en contexte sexuel que les FSH. D'autre part, parmi les personnes déclarant avoir déjà consommé un produit psychoactif au cours de leur vie (autre que l'alcool et le cannabis), les jeunes femmes (18-29 ans) déclarent davantage que les jeunes hommes avoir eu recours à du cannabis ou de l'alcool en contexte sexuel. Ces résultats sont à mettre en regard de ceux du Baromètre santé 2024 : ces derniers montrent que la proportion de jeunes femmes de 18 à 29 ans ayant une consommation d'alcool dépassant les repères de consommation à moindre risque⁽¹⁾ est moins élevée que celle des hommes (respectivement 17,1% contre 25,1%)²⁸. Cela invite ainsi à documenter davantage

⁽¹⁾ Les recommandations actuelles conseillent de limiter sa consommation d'alcool à un maximum de dix verres standards par semaine, de ne pas dépasser deux verres par jour, et d'inclure des jours sans alcool chaque semaine.

les spécificités des consommations féminines en contexte sexuel et à développer des initiatives et des politiques de réduction des risques adaptées pour les femmes, notamment les FSF.

Plusieurs limites dans cet article sont à souligner, en particulier la non-inclusion de certains produits dans la liste proposée comme le GHB/GBL, la non-prise en compte des modes de consommation (injection, voies rectale, nasale ou buccale), ou encore la fréquence de ces pratiques. Les indicateurs exposés sont à prendre comme une première proposition pour mesurer les pratiques de consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel en population générale. Ils sont perfectibles et pourraient être affinés pour la conduite de nouvelles enquêtes en prenant en compte les retours des spécialistes de ces questions.

Conclusion

Cet article a permis de décrire l'usage de produits psychoactifs en contexte sexuel, en situant les HSH dans l'ensemble de la population, grâce à un échantillon représentatif de la population générale. Il montre que les consommations de produits en contexte sexuel sont très diversifiées. Les femmes concernées le sont particulièrement par la consommation d'alcool et/ou de cannabis. Les personnes qui consomment des produits psychoactifs ont plus souvent des scores élevés de troubles dépressifs. Les HSH sont les plus nombreux à être concernés par la consommation de produits psychoactifs. Ces résultats renforcent la nécessité de mettre en place des dispositifs de prévention adaptés.

Recommandations de recherche :

- Des études supplémentaires doivent être conduites pour continuer à cartographier la diversité des pratiques de consommation sexualisée dans l'ensemble de la population, y compris chez les femmes, connaître les motivations à l'usage et approfondir les liens entre usages de produits psychoactifs et violences sexuelles.
- Des études supplémentaires doivent être menées pour analyser la manière dont les inégalités sociales sont inscrites dans ces pratiques et les influencent. ■

Liens d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Benyamina A. Rapport « Chemsex ». Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2022. 74 p. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/284486.pdf>
- [2] Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;(63):74-89.
- [3] Gérôme C, Milhet M, Tissot N, Madesclaire T. Chemsex, retour sur 15 ans d'usages de drogues en contexte sexuel. Paris: OFDT; 2024. 17 p. <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-10/note-chemsex-2024.pdf>

- [4] Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*. 2019;19(1):3-10.
- [5] Martinez M, Néfaut T, Cadet-Tairou A. Nouveaux produits de synthèse : dix ans de recul sur la situation française. *Tendances*. 2018;(127):1-8.
- [6] Karila L, Benyamina A. Les cathinones de synthèse : un nouvel aspect du spectre des addictions. *PSN*. 2018;(16):33-44.
- [7] Monteil L. Scripts sexuels. In: Rennes J (dir.). *Encyclopédie critique du genre*. Paris: La Découverte; 2016. p. 584-95.
- [8] Gaissad L, Velter A. Drogue et sexualité gay sous influence : « Quand on prend ça, c'est fait pour ». *Sexologies*. 2019;(28):128-34.
- [9] Pélissier-Alicot AL. Le chemsex : état actuel des connaissances. *Toxicologie analytique et clinique*. 2025;(37-1):4-19.
- [10] Velter A, Roux P. La pratique du chemsex dans les enquêtes nationales. Rapport au sexe (ERAS) auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : évolutions entre 2017 et 2023. *Psychotropes*. 2024;(30):53-73.
- [11] Milhet M. APACHE – Attentes et Parcours liés au CHEmsex. Paris: OFDT; 2019. 98 p. <https://www.ofdt.fr/publication/2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex-687>
- [12] Georgiadis N, Katsimpris A, Vatmanidou MA, Vassilakou T, Beloukas A, Sergentanis TN. Prevalence of chemsex and sexualized drug use among men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dep*. 2025;(275):112800.
- [13] Batisse A, Grégoire M, Marillier M, Fortias M, Djezzar S. Usage de cathinones à Paris. *L'Encéphale*. 2016;(42-4): 354-60.
- [14] Zeggagh J, Siguier M. Complications infectieuses de la pratique du Chemsex. *Med Mal Infect Formation*. 2022;1(4):166-71.
- [15] Grégoire M. Liens entre la prise en charge, la psychothérapie et les facteurs déterminants dans les pratiques problématiques du chemsex, selon une expérience clinique. *Psychotropes*. 2024;(30):17-35.
- [16] Aslan A, Lessard D, Lebouché B. *Chemsex* et sexualité : Caractériser les facteurs de vulnérabilité, les besoins des patients et les approches sexologiques lors d'une intervention en milieu hospitalier. *Psychotropes*. 2024;(30):85-113.
- [17] Blanc JV. Le chemsex en psychiatrie : des effets systémiques ? *Psychotropes*. 2024;(30):137-49.
- [18] Foureux N, Fournier S, Jauffret-Roustide M, Labrouve V, Pascal X, Quatremère G, *et al*. Slam – première enquête qualitative en France. *Pantin: Aides*; 2013. 60 p. <https://a-f-r.org/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france/>
- [19] Tellier L, Mouhim-Escaffre H, Rollet D, Varescon I. Chemsexuels : trajectoires de vie, demande de soins. *Psychotropes*. 2024;(30):23-49.
- [20] Flores-Aranda J, Rousseau JS, Lambert FB, Gaudette Y, Giugnatico I, Brulotte A, *et al*. Le rôle des pairs chercheurs dans la recherche sur la consommation sexualisée de substances : avantages et défis. *Santé publique*. 2023;HS2(35):45-8.
- [21] Eched Y, Marsicano E. Les lesbiennes se droguent-elles davantage ? Les effets de l'(hétéro)sexualité sur la consommation de produits psychoactifs. *Santé publique*. 2022;HS2(34):69-80.
- [22] Rolland B, Botrel Y, Donnadieu H. Chemsex et usages sexualisés de drogues : définitions, principaux chiffres et principales substances utilisées. *Ann Med Psychol*. 2026. (sous presse)
- [23] Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Drogues et addictions, chiffres clés. *Tendances*. 2025(HS):1-10.
- [24] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Eroukmanoff V. Les niveaux d'usages des drogues illicites en France en 2023. *Tendances*. 2024;(164):1-4.
- [25] Jauffret-Roustide M. Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y (dir.). *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS; 2003. p. 181-97.
- [26] Fournier S, Escots S. Les milieux festifs gays : des usages spécifiques ? Les usages de drogues illicites en France depuis 1999. *Trend*. Paris: OFDT; 2010. p. 106-14.
- [27] Léobon A, Canivet C, Dussault E, Dussault E. Mise en perspective des profils de répondants consommateurs d'une catégorie de substances selon qu'elles sont consommées hors ou en contexte sexuel. Paris: CNRS; 2019. 30 p. <https://eso.cnrs.fr/fr/node/type-publications/11812/rapport/mise-en-perspective-des-profils-de-repondants-consommateurs>
- [28] Andler R, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Consommation d'alcool : dépassement des repères à moindre risque. In: *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024*. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/alcool/rapportsynthese/consommation-dalcool-depassement-des-reperes-a-moindre-risque-barometre-de-sante-publique-france>

Citer cet article

Serot M, Bellamine R, Andro A. Consommation de produits en contexte sexuel : appréhender la diversité des pratiques à partir de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):265-73. https://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_3.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



INÉGALITÉS DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN FRANCE : RÔLE DE L'ORIENTATION SEXUELLE, DES PRATIQUES SEXUELLES ET DES ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES

// INEQUALITIES IN PARTICIPATION IN CERVICAL CANCER SCREENING IN FRANCE: THE ROLE OF SEXUAL ORIENTATION, SEXUAL PRACTICES AND HISTORY OF VIOLENCE

Céline Audiger¹ (celine.audiger@santepubliquefrance.fr), Stéphanie Barré¹, Laurent Rigal²

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Université Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre

Soumis le : 08.12.2025 // Date of submission: 12.08.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Le cancer du col de l'utérus reste un enjeu majeur de santé publique, bien que largement évitable grâce à la vaccination et au dépistage. En France, malgré la généralisation du programme national de dépistage organisé (PNDCCU) en 2018, la participation demeure insuffisante et marquée par des inégalités sociales et comportementales. Certaines dimensions individuelles, comme l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles ou les antécédents de violence influençant cette participation, restent peu explorées dans les études françaises.

Méthode – Cette étude analyse les déterminants individuels associés à la participation au dépistage parmi 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans ayant déjà eu des rapports sexuels. Les données sont issues de l'enquête nationale Contexte des sexualités en France (CSF-2023). La variable d'intérêt était la réalisation d'un test de dépistage dans les trois dernières années. Des analyses univariées, puis multivariées ajustées sur l'âge, le niveau d'études et la santé perçue ont été conduites, complétées par une stratification selon la vie en couple.

Résultats – Au total, 81,9% des participantes déclaraient être à jour de leur dépistage. En analyses multivariées, la participation changeait selon l'âge, le niveau d'études, la situation conjugale et plusieurs dimensions sexuelles : sexualité active dans l'année, considération de l'importance d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien et pratiques bucco-génitales. Une moindre participation était observée chez les femmes homosexuelles et celles ayant subi des violences sexuelles.

Conclusion – Ces résultats soulignent l'importance de dimensions intimes rarement étudiées en France et invitent à adapter les messages et les pratiques professionnelles pour améliorer l'équité du dépistage.

Introduction – Cervical cancer remains a major public health challenge, despite being largely preventable through vaccination and screening. In France, despite the nationwide rollout of the organized screening program in 2018, participation is still insufficient and marked by social and behavioral inequalities. Specific individual dimensions such as sexual orientation, sexual practices, or history of violence, remain unexplored in French research.

Method – This study analyzes individual determinants associated with cervical screening participation among 3,481 women aged 25 to 65 who have had sexual intercourse, using data from the "Contexte des sexualités en France 2023" (CSF-2023) survey. The outcome variable was whether a pap smear test had been performed in the past three years. Univariate and multivariate analyses, adjusted for age, education level, and self-perceived health were conducted, with additional stratification by life as a couple.

Results – Overall, 81.9% of participants reported being up to date with their screening. Multivariate analyses revealed that participation varied by age, education level, marital status, and several sexual dimensions: sexual activity in the past year, perceived importance of having a sex life for well-being, and oral-genital practices. Lower participation was observed among homosexual women and those who had experienced sexual violence.

Conclusion – These findings highlight the importance of rarely studied intimate dimensions in France and call for tailored messages and professional practices to improve screening equity.

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, Dépistage, Sexualité, Inégalités de recours au dépistage
// **Keywords** : Cervical cancer, Mass screening, Sexuality, Inequalities in screening uptake

Introduction

Le cancer du col de l'utérus demeure un enjeu majeur de santé publique en France comme à

l'échelle mondiale. Il est causé par une infection persistante par le papillomavirus humain (HPV) et représente toujours une source importante de morbi-mortalité évitable¹. Complémentaire de la

vaccination anti-HPV, le dépistage, par cytologie ou test HPV, outil majeur de prévention secondaire, permet de réduire significativement l'incidence et la mortalité de ce cancer¹⁻³.

En France, un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (PNDOCCU), généralisé en 2018, a pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30% en 10 ans et d'atteindre une couverture de 80% des femmes éligibles d'ici 2030. Toutefois, malgré une progression de 9,7 points depuis 2017, le taux national standardisé n'était que de 60,9% en 2024⁴. Ce chiffre global masque des disparités importantes dans le recours au dépistage, liées à des déterminants territoriaux, sociaux et individuels, comme l'ont montré plusieurs travaux européens et français^{5,6}.

Des inégalités de participation au dépistage persistent selon l'orientation sexuelle : les femmes lesbiennes, bisexuelles et queer (LBQ+) ont une probabilité plus faible d'être à jour de leur dépistage que les femmes hétérosexuelles^{7,8}, en lien avec une moindre perception du risque, un moindre accès aux conseils de santé sexuelle et des expériences de discrimination réelle ou anticipée⁹.

Les femmes ayant subi des violences sexuelles sont également décrites comme moins dépistées, en raison de barrières psychologiques et relationnelles associées au traumatisme¹⁰. Toutefois, la littérature n'est pas consensuelle et certaines études ne retrouvent pas d'association significative, suggérant que l'impact des violences sur le dépistage dépend du contexte de prise en charge, notamment du niveau de formation des professionnels à l'approche *trauma-informed* (approche axée sur les traumatismes dans les interactions avec les patients) et de l'accessibilité des services de santé sexuelle^{11,12}.

D'autres déterminants individuels et psychosociaux influencent également la participation au dépistage, tels que le niveau d'études, la situation financière, la santé perçue, le soutien social, la perception du risque ou encore la vie en couple^{13,14}. Très peu d'études françaises ont exploré des déterminants comportementaux plus fins, au-delà de la notion de couple, comme les pratiques sexuelles ou le nombre de partenaires, alors même qu'ils pourraient refléter des perceptions du risque ou des rapports au corps différents. L'analyse de ces pratiques ne vise pas à établir une norme comportementale, mais à explorer des indicateurs susceptibles d'influencer la perception du risque et l'inscription dans un parcours de prévention.

Dans ce contexte, cette étude vise à interroger les disparités dans la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France, en portant une attention particulière aux déterminants individuels et relationnels peu explorés : l'orientation sexuelle, les antécédents de violences sexuelles, les pratiques sexuelles et la structure familiale. L'objectif est d'identifier les facteurs associés à une moindre participation et de proposer des pistes d'action pour améliorer l'équité du dépistage de ce cancer.

Méthode

L'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023) a porté sur 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans, domiciliées en France hexagonale, sélectionnées par numérotation téléphonique aléatoire. Le taux de participation était de 34%, et des pondérations post-stratification ont été appliquées afin d'aligner la distribution de l'échantillon sur les données du recensement, en fonction de l'âge, du niveau d'études, de la région de résidence et de la composition du ménage (voir l'encadré sur la méthodologie de l'étude dans l'article « Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies » de Delphine Rahib et coll. dans ce numéro).

Le recueil des données a été effectué entre novembre 2022 et novembre 2023 par des enquêteurs formés.

Pour cette analyse, la variable d'intérêt était d'être à jour du dépistage, c'est-à-dire d'avoir un dernier test de dépistage datant de moins de trois ans. La population analysée était composée de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant déjà eu des rapports sexuels. Plusieurs groupes de variables ont été définis relativement à l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois : avoir eu un rapport sexuel (pas nécessairement avec pénétration) ou pratiqué la masturbation ; les pratiques sexuelles (avoir pratiqué la fellation, reçu un cunnilingus, reçu une pénétration anale) ; la satisfaction de sa vie sexuelle actuelle ; l'orientation sexuelle (se définir comme hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle ou autre) ; les dysfonctions sexuelles (douleurs lors des rapports, perte de désir, difficultés à atteindre l'orgasme, sécheresse vaginale, dysfonction quelconque, dysfonction gênant les rapports pendant au moins six mois) ; les violences sexuelles (le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle, de viol, ou de violences sexuelles) ; les opinions sur la sexualité (son importance, l'importance du clitoris dans le plaisir féminin). Les items relatifs aux opinions sur la sexualité, dont l'importance accordée au clitoris dans le plaisir féminin, ont été considérés comme des indicateurs du rapport au corps et du niveau d'appropriation des connaissances en santé sexuelle, dimensions susceptibles d'influencer l'inscription dans un suivi gynécologique et la participation au dépistage.

Après une analyse univariée des différentes variables, des modèles logistiques ajustés sur l'âge, le fait d'être en couple, le niveau d'études et la santé perçue – qui sont des variables d'ajustement classiques dans les études analysant le dépistage du cancer du col de l'utérus – ont été réalisés pour chacune des variables, significative en analyse univariée avec un seuil à 0,1, prise une à une. Pour finir, des analyses multivariées identiques ont été réalisées, en stratifiant sur la vie en couple afin de comparer l'importance des différentes variables selon cette caractéristique.

Résultats

Parmi les 3 481 femmes incluses, 2 926 déclaraient avoir réalisé un test de dépistage dans les trois années précédentes, soit un taux de 81,9% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [80,1-83,6]). Par ailleurs, plus des trois quarts des femmes interrogées étaient en couple.

En analyse univariée, la participation au dépistage variait significativement selon l'âge, le niveau d'études, la situation de couple, la santé perçue, mais aussi selon les comportements sexuels. Les femmes déclarant avoir eu un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois (85% vs 67%, $p < 0,001$) étaient davantage dépistées, tout comme celles déclarant « important d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien » (85% vs 78%, $p < 0,001$). Les pratiques bucco-génitales étaient également associées à une participation plus élevée, par exemple la fellation (88% vs 74%, $p < 0,001$) ou le cunnilingus (87% vs 74%, $p < 0,001$). En revanche, les femmes homosexuelles présentaient une participation au dépistage plus faible (58% vs 83% chez les femmes hétérosexuelles, $p < 0,001$), tout comme les femmes ayant subi des violences sexuelles (79% vs 84%, $p < 0,001$) (tableau 1).

En analyses multivariées, les modèles ajustés sur l'âge, le niveau d'études et la santé perçue montraient que le niveau d'études augmentait la participation au dépistage (odds ratio, OR=1,35 ; IC95%: [1,04-1,75]) et que celle-ci était aussi plus élevée chez les femmes en couple (2,25 [1,72-2,94]). Après ajustement, la sexualité active dans l'année était fortement associée au dépistage (1,54 [1,09-2,18]) (tableau 2), en particulier chez les femmes célibataires (tableau 3), tout comme chez celles déclarant « important d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien » (1,32 [1,00-1,74]). Les pratiques bucco-génitales, comme la fellation (1,65 [1,25-2,18]) et le cunnilingus (1,57 [1,20-2,07]), augmentaient également la probabilité d'avoir été dépistée, ce qui n'était pas le cas pour les rapports anaux ou la masturbation. À l'inverse, les femmes ayant une orientation homosexuelle présentaient un taux de dépistage plus faible (0,28 [0,13-0,63]), tout comme celles victimes de violences sexuelles (0,71 [0,56-0,91]) (tableau 2).

Discussion

Les résultats de cette étude apportent un éclairage inédit sur les déterminants individuels associés à la participation au PNDCCU. Au-delà des facteurs sociodémographiques classiquement décrits, nos analyses mettent en évidence le rôle de dimensions souvent absentes des enquêtes françaises : les antécédents de violences sexuelles, l'importance que les femmes accordent à la sexualité, l'orientation sexuelle, en particulier homosexuelle, la situation de couple et les pratiques sexuelles récentes.

Dans notre étude, conformément à la littérature¹⁴, être en couple augmente la probabilité d'être à jour de son dépistage, probablement en lien avec un

suivi gynécologique plus régulier et une intégration plus forte des recommandations préventives. En revanche, chez les femmes célibataires, nos résultats montrent que le facteur déterminant n'est pas la situation conjugale en elle-même, mais le fait d'avoir une sexualité. Nos résultats suggèrent que certaines pratiques (fellation, cunnilingus), lorsqu'elles sont associées à un partenaire dans l'année, pourraient s'inscrire dans une dynamique relationnelle et de recours aux soins favorisant l'actualisation du dépistage. L'absence d'association avec d'autres pratiques invite toutefois à une interprétation prudente. À l'inverse, l'absence de sexualité, et possiblement d'autres dimensions telles qu'un isolement relationnel ou un moindre recours aux soins, pourrait constituer une rupture dans la dynamique de prévention, indépendamment du statut de la vie en couple, se traduisant par un moindre recours au suivi gynécologique et au dépistage. Le médecin généraliste peut avoir un rôle crucial pour prévenir cet éloignement.

La littérature internationale explore peu le lien entre pratiques sexuelles et dépistage. Les travaux disponibles se concentrent sur les différences de recours au dépistage selon l'orientation sexuelle, sans analyser le rôle des pratiques sexuelles en tant que telles¹⁵.

Conformément à ces travaux, nos analyses montrent par ailleurs que les femmes déclarant une orientation homosexuelle présentent un moindre recours au dépistage, même après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et comportementaux. Ce résultat rejoint les études qui montrent que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont moins dépistées que les femmes hétérosexuelles^{15,16}, en raison d'une moindre perception du risque chez les femmes ayant des partenaires exclusivement féminins et chez les professionnels de santé qui les suivent¹⁷, et d'un accès moindre aux services de santé sexuelle, ou d'expériences de stigmatisation ou d'inconfort dans les consultations gynécologiques^{9,18}.

Les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles présentent également un moindre recours au dépistage. Cette tendance est cohérente avec plusieurs travaux internationaux montrant que les examens gynécologiques peuvent être vécus comme intrusifs ou susceptibles de réactiver le traumatisme¹⁰. Toutefois, certaines études ne retrouvent pas d'association significative entre antécédents d'agression sexuelle et non-réalisation du dépistage, suggérant que l'impact du traumatisme peut varier selon le contexte de soins, en particulier lorsque des approches prenant en compte les traumatismes sont mises en place^{11,12}. Dans notre étude, l'association négative observée pourrait refléter une exposition limitée à ce type de pratiques protectrices dans le parcours de soin français, laissant persister des barrières émotionnelles et corporelles importantes. Ces résultats soulignent la nécessité d'intégrer systématiquement une approche tenant compte du traumatisme dans les consultations gynécologiques et dans l'organisation du dépistage.

Tableau 1

Femmes à jour de leur dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse univariée, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Femmes à jour de leur dépistage (%)	p
Variables d'ajustement classiques		
Âge (ans)		<0,001
25-34	85	
35-44	88	
45-54	84	
55-65	73	
En couple		<0,001
Oui	85	
Non	70	
Niveau d'études		<0,001
≤Bac	78	
>Bac et 1 ^{er} cycle	86	
2 ^e et 3 ^e cycles	88	
Santé perçue		<0,001
(Très) mauvaise	77	
Moyenne	75	
Bonne	84	
Très bonne	86	
Activité sexuelle (dans les 12 mois)		
Partenaire		<0,001
Oui	85	
Non	67	
Masturbation		0,014
Oui	84	
Non	80	
Pratiques sexuelles (dans les 12 mois)		
Fellation		<0,001
Oui	88	
Non	74	
Cunnilingus		<0,001
Oui	87	
Non	74	
Pratiques anales		0,003
Oui	89	
Non	81	
Satisfaction de sa vie sexuelle		
Pas du tout satisfaite		0,008
Oui	73	
Non	83	
Orientation sexuelle		
		<0,001
Hétérosexuelle	83	
Homosexuelle	58	

Les forces de l'étude résident dans l'exploration de déterminants rarement étudiés en population française. Les limites incluent le design transversal, le recueil auto-rapporté potentiellement exposé aux biais de mémoire ou de désirabilité sociale.

	Femmes à jour de leur dépistage (%)	p
Bisexuelle	77	
Autre	49	
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)		
Jamais de douleurs lors des rapports		0,002
Oui	84	
Non	89	
Souvent pas de désir		0,13
Oui	82	
Non	86	
Souvent pas de plaisir		0,16
Oui	81	
Non	86	
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme		0,054
Oui	81	
Non	86	
Souvent sécheresse vaginale		0,26
Oui	83	
Non	86	
Au moins une dysfonction		0,71
Oui	85	
Non	86	
Au moins une dysfonction ayant eu une répercussion sur votre sexualité pendant au moins 6 mois		0,83
Oui	85	
Non	86	
Opinion sur la sexualité		
Sexe important		0,001
Oui	85	
Non	78	
Clitoris important		0,39
Oui	83	
Non	81	
Violences sexuelles		
Rapport forcé		0,002
Oui	72	
Non	82	
Violences sexuelles		0,006
Oui	79	
Non	84	

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

p : p-value.

Ces résultats mettent en évidence plusieurs leviers d'amélioration pour renforcer l'équité et la participation au PNDCCU :

- diffuser auprès des femmes des messages explicitant qu'aucune pratique sexuelle, qu'elle

s'inscrive dans des relations avec des partenaires de même sexe ou de sexe différent, ne dispense de dépistage ;

- intégrer dans les invitations adressées aux femmes des éléments adaptés aux femmes ayant des rapports avec les femmes ;
- intégrer également dans les invitations des éléments adaptés aux femmes célibataires ou n'ayant pas de sexualité active ;

- développer des approches *trauma-informed* en gynécologie, c'est-à-dire des pratiques de soins attentives aux antécédents de violences, visant à limiter les situations susceptibles de réactiver un traumatisme et à sécuriser le parcours de dépistage ;
- développer des outils à destination des professionnels de santé adaptés aux femmes ayant des rapports avec les femmes, à l'instar de ce qui existe en Australie¹⁹ ;

Tableau 2

Femmes à jour de leur test de dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse multivariée, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	OR	[IC95%]	p
Variabiles d'ajustement*			
Âge (réf. 25-34 ans)			<0,001
35-44	1,38	[0,93-2,05]	
45-54	1,08	[0,75-1,55]	
55-65	0,62	[0,44-0,87]	
En couple (réf. non)	2,25	[1,72-2,94]	<0,001
Niveau d'études (réf. ≤bac)			0,004
>Bac et 1 ^{er} cycle	1,35	[1,04-1,75]	
2 ^e et 3 ^e cycles	1,56	[1,19-2,04]	
Santé perçue (réf. (très) mauvaise)			0,009
Moyenne	0,71	[0,40-1,28]	
Bonne	1,12	[0,63-1,99]	
Très bonne	1,18	[0,64-2,18]	
Activité sexuelle (dans les 12 mois)			
Partenaire (réf. non)	1,54	[1,09-2,18]	0,014
Masturbation (réf. non)	1,08	[0,83-1,40]	0,58
Pratiques sexuelles (dans les douze mois)			
Fellation (réf. non)	1,65	[1,25-2,18]	<0,001
Cunnilingus (réf. non)	1,57	[1,20-2,07]	0,001
Pratiques anales (réf. non)	1,39	[0,90-2,15]	0,14
Satisfaction de sa vie sexuelle			
Pas du tout satisfait (réf. non)	0,82	[0,53-1,26]	0,37
Orientation sexuelle			
Identité sexuelle (réf. hétérosexuelle)			<0,001
Homosexuelle	0,28	[0,13-0,63]	
Bisexuelle	0,66	[0,34-1,28]	
Autre	0,27	[0,12-0,63]	
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)			
Jamais de douleurs lors des rapports (réf. non)	0,62	[0,46-0,85]	0,002
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme (réf. non)	0,65	[0,43-0,99]	0,044
Opinion sur la sexualité			
Le sexe important (réf. non)	1,32	[1,00-1,74]	0,047
Violences sexuelles			
Rapport forcé (réf. non)	0,63	[0,46-0,85]	0,003
Violences sexuelles (réf. non)	0,71	[0,56-0,91]	0,006

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

* Les résultats relatifs aux variables d'ajustement correspondent à ceux d'un modèle comprenant uniquement ces variables d'ajustement. Pour la suite du tableau, les résultats de chaque variable sont ajustés sur ces variables d'ajustement.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence.

Tableau 3

Femmes à jour de leur test de dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse* stratifiée sur la vie en couple, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	En couple		Célibataire	
	OR	[IC95%]	OR	[IC95%]
Activité sexuelle (dans les 12 mois)				
Partenaire (réf. non)	1,36	[0,82-2,27]	1,76	[1,03-3,01]
Masturbation (réf. non)	1,01	[0,75-1,37]	1,20	[0,74-1,97]
Pratiques sexuelles (dans les 12 mois)				
Fellation (réf. non)	1,56	[1,12-2,18]	1,71	[0,97-3,10]
Cunnilingus (réf. non)	1,41	[1,01-1,96]	1,98	[1,12-3,50]
Pratiques anales (réf. non)	1,31	[0,82-2,09]	1,68	[0,56-5,04]
Satisfaction de sa vie sexuelle				
Pas du tout satisfait (réf. non)	0,63	[0,33-1,18]	1,01	[0,57-1,79]
Orientation sexuelles				
Identité sexuelle# (réf. hétérosexuelle)				
Homosexuelle	0,27	[0,11-0,67]	0,35	[0,08-1,55]
Bisexuelle	0,56	[0,24-1,27]	0,76	[0,25-2,31]
Autre	0,32	[0,06-1,79]	0,24	[0,08-0,72]
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)				
Jamais de douleurs lors des rapports (réf. non)	0,52	[0,37-0,73]	1,89	[0,88-4,07]
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme (réf. non)	0,64	[0,40-1,01]	0,64	[0,24-1,70]
Au moins une dysfonction (réf. non)	0,90	[0,64-1,26]	1,47	[0,65-3,33]
Opinion sur la sexualité				
Sexe important (réf. non)	1,25	[0,88-1,76]	1,39	[0,85-2,26]
Violences sexuelles				
Rapport forcé (réf. non)	0,60	[0,41-0,86]	0,6	[0,37-1,06]
Violences sexuelles (réf. non)	0,75	[0,56-1,00]	0,61	[0,39-0,96]

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

* Les résultats de chaque variable sont ajustés sur l'âge en classes de 10 ans, le niveau d'études (\leq bac, $>$ bac et 1^{er} cycle, 2^e et 3^e cycles) et la santé perçue (très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ou très mauvaise).

p-globale respectivement 0,01 et 0,04 suivant les strates en couple et pas en couple.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; réf. : référence.

- développer le rôle de rattrapage des médecins généralistes pour les femmes éloignées du suivi gynécologique ;
- développer l'auto-prélèvement vaginal, dont l'envoi en relance est recommandé au niveau national, mais encore en cours de déploiement. Cela pourrait constituer un levier pour atteindre les femmes éloignées du suivi gynécologique. L'impact sur la réduction des inégalités mérite toutefois d'être évalué, notamment en ce qui concerne l'accès effectif à une prise en charge après un résultat positif. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient Michel Vernay et Anne Moulin de la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes pour leur relecture.

Références

- [1] Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e191-e203.
- [2] Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2013;2:35.
- [3] Jansen EEL, Zielonke N, Gini A, Anttila A, Segnan N, Vokó Z, *et al.* Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2020;127:207-23.
- [4] Audiger C, Plaine J. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Période 2014-2023. *Bulletin Dépistage des cancers.* Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 11 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/mala-dies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-periode-2014-2023>
- [5] Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, *et al.* Socio-economic inequalities

in breast and cervical cancer screening practices in Europe: Influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol.* 2010;39(3):757-65.

[6] Menvielle G, Richard JB, Ringa V, Dray-Spira R, Beck F. To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes Control.* 2014;25(8):977-83.

[7] Baumann K, Peterson CE, Geller S, Awadalla S, Holt HK. U.S. national trends in cervical cancer screening by sexual orientation and race/ethnicity in cisgender women. *Prev Med.* 2025;191:108223.

[8] Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: The role of sexual and reproductive health services. *Am J Public Health.* 2014;104(2):e68-73.

[9] Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(2):229-37.

[10] Massetti GM, Townsend JS, Thomas CC, Basile KC, Richardson LC. Healthcare access and cancer screening among victims of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt).* 2018;27(5):607-14.

[11] Danan ER, Brunner J, Bergman A, Spont M, Chanfreau C, Canelo I, *et al.* The relationship between sexual assault history and cervical cancer screening completion among women veterans in the veterans health administration. *J Womens Health (Larchmt).* 2022;31(7):1040-7.

[12] Leite FMC, Amorim MHC, Primo CC, Gigante DP. Violence against women and cervical cancer screening: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2126-36.

[13] Al-Ani A, Hammouri M, Sultan H, Al-Huneidy L, Mansour A, Al-Hussaini M. Factors affecting cervical screening using the health belief model during the last decade: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology.* 2024;33(1):e6275.

[14] Documet P, Bear TM, Flatt JD, Macia L, Trauth J, Ricci EM. The association of social support and education

with breast and cervical cancer screening. *Health Educ Behav.* 2015;42(1):55-64.

[15] Solazzo AL, Agénor M, Austin SB, Chavarro JE, Charlton BM. Sexual orientation differences in cervical cancer prevention among a cohort of U.S. women. *Womens Health Issues.* 2020;30(4):306-12.

[16] Institut national du cancer. Les femmes homosexuelles. In: Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus – étude médico-économique – Phase 1. Boulogne-Billancourt: INCa;2015. p. 33-4. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-phase-1>

[17] Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med.* 2000;19(3):141-8.

[18] McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician.* 2009;38(6):388-93.

[19] Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing. People of diverse sexualities and genders (LGBTQI+). Canberra: Department of Health, Disability and Ageing; 2025. <https://www.health.gov.au/our-work/ncsp-healthcare-provider-toolkit/working-with-patients/lgbtqi>

Citer cet article

Audiger C, Barré S, Rigal L. Inégalités de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : rôle de l'orientation sexuelle, des pratiques sexuelles et des antécédents de violences. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(12-13):274-80. https://beh.santepubli quefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_4.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



LES ENJEUX DE LA DÉSAFFECTATION POUR LA CONTRACEPTION MÉDICALE EN FRANCE

// IMPLICATIONS OF DECLINE IN THE USE OF MEDICAL CONTRACEPTION IN FRANCE

Caroline Moreau^{1,2} (cmoreau2@jhu.edu), Aline Bohet³, Nathalie Bajos³

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Villejuif

² Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, États-Unis

³ Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris), unité mixte associant l'Inserm, l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Aubervilliers

Soumis le 02.12.2025 // Date of submission: 12.02.2025

Résumé // Abstract

Introduction – En France, le paysage contraceptif s'est diversifié et partiellement démedicalisé au cours des deux dernières décennies. Cette étude explore ce phénomène et ses déterminants.

Méthode – L'analyse porte sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023) concernant 4 420 femmes, âgées de 18 à 49 ans, exposées au risque de grossesse non prévue. Sont étudiés la pratique contraceptive avec un focus sur les méthodes non médicalisées et l'absence de contraception. Les associations avec les caractéristiques sociodémographiques, l'activité sexuelle et l'état de santé sont examinées par régressions logistiques multivariées.

Résultats – En 2023, 8,3% des femmes exposées à un risque de grossesse non prévue n'ont pas de couverture contraceptive, tandis que 28,3% des utilisatrices de contraception recourent à des méthodes non médicalisées, et 8,0% optent spécifiquement pour des méthodes naturelles. L'absence de contraception et le recours aux méthodes non médicalisées sont liés à une faible activité sexuelle et à des souhaits nuancés de maternité. Ces pratiques sont plus fréquentes chez les femmes nées hors de France hexagonale et varient selon le niveau de diplôme : l'absence de couverture concerne surtout les moins diplômées, tandis que les méthodes non médicalisées sont privilégiées par les plus diplômées.

Conclusion – Les résultats montrent que le recul de la couverture contraceptive médicalisée en France ne peut être interprété de manière uniforme. D'un côté, l'absence de contraception demeure fortement corrélée à la précarité sociale ; et dans le même temps, le recours aux méthodes non médicalisées – et particulièrement naturelles – renvoie à des logiques sociales plus complexes.

Introduction – In France, the contraceptive landscape has diversified and partially shifted away from medicalization over the past two decades. This study examines this trend and its associated factors.

Methods – We analyzed data from the CSF-2023 survey, including 4,420 women, aged 18-49, at risk of unintended pregnancy. The study examines contraceptive practices, with a focus on non-medicalized methods and absence of contraception. We used multivariate logistic regressions to evaluate the associations between these indicators and sociodemographic characteristics, sexual activity, and women's health status.

Results – In 2023, 8.3% of women at risk of unintended pregnancy had no contraceptive coverage, while 28.3% of contraceptive users relied on non-medicalized methods, 8.0% specifically on natural methods. Both the absence of contraception and the use of non-medicalized methods were tied to low levels of sexual activity and nuanced fertility intentions. These practices were more common among women born outside mainland France and varied by education: lack of coverage was concentrated among less educated women, whereas non-medicalized methods were more common among highly educated women.

Conclusion – The decline in medicalized contraceptive coverage in France cannot be interpreted uniformly. The absence of contraception is linked to social disadvantage, while the use of non-medicalized – particularly natural – methods reflects more complex social dynamics.

Mots-clés : Santé sexuelle, Contraception, Comportement contraceptif, Méthode non médicalisée, Méthode naturelle

// **Keywords**: Sexual health, Contraception, Contraception behavior, Non-medicalized methods, Natural methods

Introduction

Le paysage contraceptif en France, historiquement structuré autour d'une norme liée au cycle de vie – préservatif en début de vie sexuelle depuis l'épidémie de VIH (virus de l'immunodéficience humaine), pilule lorsque les relations se stabilisent, puis dispositif intra-utérin (DIU) après la réalisation du projet parental^{1,2} – connaît depuis deux décennies une transformation rapide³. Cette évolution se traduit par une désaffection pour la pilule et une diversification des pratiques, accélérée en 2012 après la « crise de la pilule » liée à la médiatisation des risques thrombo-emboliques des pilules de troisième et quatrième génération^{4,5}. Entre 2012 et 2022, la part des contraceptifs combinant œstrogène et progestatif est passée de 54% à 35%, tandis que le recours au DIU et aux méthodes progestatives a doublé, atteignant respectivement 21% et 19%⁶.

Ces évolutions s'accompagnent d'un renforcement des inégalités sociales : les femmes favorisées accèdent plus facilement aux méthodes médicalisées, tandis que les plus précaires sont surreprésentées parmi celles sans contraception ou utilisant des méthodes non médicalisées, les exposant à un risque accru de grossesses non souhaitées⁷. Parallèlement, la littérature souligne une insatisfaction croissante vis-à-vis des méthodes hormonales, liée à la crainte ou au vécu d'effets secondaires physiques, de troubles de la santé mentale, de perturbations du cycle menstruel, de problèmes de fertilité ou de risques à long terme⁸. Les choix contraceptifs s'inscrivent aussi dans des logiques plus larges avec une recherche de « naturalité », un rejet de la médicalisation, et parfois un engagement écologique dénonçant les hormones comme perturbateurs endocriniens^{9,10}. Ces discours traduisent des tendances sociétales marquées par le *healthism*, la méfiance envers les technologies médicales et le désir croissant de modes de vie « démedicalisés » et respectueux de l'environnement, ainsi que par un mouvement féministe revendiquant un partage genré de la charge contraceptive¹⁰.

Dans ce contexte, cette étude vise à comprendre la distribution des pratiques contraceptives actuelles en les envisageant à l'intersection des aspirations individuelles et des contraintes sociales. L'analyse interroge la place de la médicalisation dans ces pratiques, en comparant les facteurs associés aux méthodes nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé (méthodes médicalisées) par rapport à celles n'impliquant pas le système de soins (méthodes non médicalisées). Parmi les méthodes non médicalisées, une attention particulière est accordée à celles dites naturelles (retrait, méthodes fondées sur le calcul ou l'observation du cycle), distinguées de l'usage du préservatif, dans la mesure où ce dernier répond aussi à un objectif de prévention des infections sexuellement transmissibles. Notre objectif n'est ni d'opposer ni de hiérarchiser les méthodes contraceptives, mais d'analyser les rapports différenciés à la médicalisation qu'elles révèlent. Ces analyses permettent ainsi d'éclairer comment les

facteurs d'exposition, les logiques de démedicalisation et les inégalités sociales se combinent pour structurer les pratiques contraceptives contemporaines des femmes.

Méthode

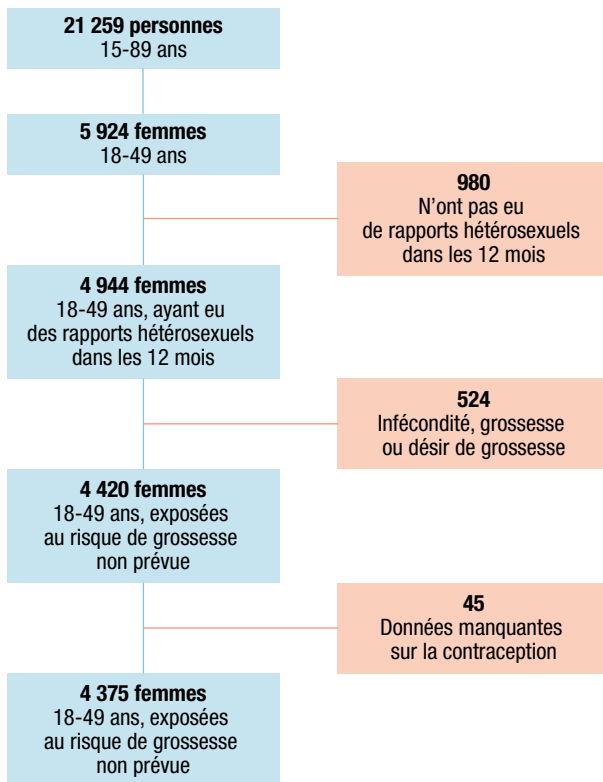
L'étude s'appuie sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023), qui inclut un échantillon représentatif de 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans résidant en France hexagonale, sélectionnées par génération aléatoire de numéros de téléphone (encadré Méthodologie de l'enquête CSF-2023 dans l'article « Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies » de Rahib et coll. dans ce numéro). Le taux de participation s'élevait à 34% avec une sous-représentation initiale des plus jeunes et des moins diplômés, corrigée par l'application de pondérations selon l'âge, le diplôme, la composition du foyer et la région d'habitation. Les participants ont d'abord répondu à un questionnaire téléphonique d'environ 33 minutes, suivi d'un questionnaire en ligne auto-administré, complété par 61% de l'échantillon initial des participants de 18 à 89 ans. L'enquête collectait des informations sociodémographiques, des données sur la sexualité et des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et à l'état de santé général. L'étude a été approuvée par le Comité de protection des personnes (CPP) Sud-Est 1, le Comité d'évaluation éthique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CEEI-IRB, Inserm) et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Pour cette analyse, nous avons retenu 4 420 femmes, âgées de 18 à 49 ans, exposées au risque de grossesse non souhaitée (74,6% des femmes de cette tranche d'âge), définies comme ayant eu des rapports hétérosexuels dans les 12 derniers mois, non enceintes, fécondes et sans intention de grossesse. Parmi les femmes exclues, 160 désiraient une grossesse, 52 étaient enceintes, 12 venaient d'accoucher, 113 étaient ménopausées, 80 avaient eu une hystérectomie et 107 étaient non concernées pour d'autres raisons non spécifiées. Dans la suite de l'analyse, ce groupe est considéré comme concerné par la contraception. Parmi ces femmes, 4 375 ont fourni des informations sur la contraception (45 données manquantes). La sélection de cet échantillon est détaillée dans la figure 1. La définition des femmes concernées s'aligne sur celle retenue dans les enquêtes précédentes (Fecond, Baromètre santé)^{11,12}, permettant la comparabilité des estimations dans le temps. Bien que la période d'activité sexuelle de 12 mois soit une convention retenue dans plusieurs enquêtes, nous avons évalué la robustesse de nos résultats en menant une analyse de sensibilité fondée sur une définition plus restrictive (rapportée aux quatre dernières semaines). Les résultats obtenus demeurent globalement similaires, confirmant la stabilité des principales conclusions.

La pratique contraceptive est appréhendée à travers plusieurs questions explorant l'ensemble des moyens

Figure 1

Sélection de l'échantillon



utilisés au moment de l'enquête pour éviter une grossesse parmi les personnes déclarant des rapports au cours des 12 derniers mois, puis les raisons de non-utilisation, afin de recoder les cas où les répondants indiquent utiliser un préservatif ou éviter les jours à risque. La liste des méthodes inclut celles médicalisées requérant un professionnel de santé (pilule, anneau vaginal, patch contraceptif, injection hormonale, dispositif intra-utérin ou implant), et celles non médicalisées (préservatif masculin et féminin, diaphragme, cap cervical, retrait, méthode fondée sur le calcul ou l'observation du cycle, crèmes spermicides et slip chauffant). Les méthodes fondées sur le calcul ou l'observation du cycle regroupent le calcul des dates, la méthode Ogino, l'observation de la température ou de la glaire cervicale, l'abstinence périodique, sans que l'enquête ne permette de distinguer ces méthodes. Ces informations ont été utilisées pour créer trois indicateurs : 1) absence de toute contraception ; 2) recours à des méthodes non médicalisées ; 3) utilisation des méthodes dites naturelles. L'indicateur « méthodes naturelles » regroupant le retrait et les méthodes basées sur le calcul ou l'observation du cycle se distingue de l'indicateur méthodes non médicalisées, en excluant le préservatif qui représente 71% des méthodes non médicalisées, ainsi que les quelques utilisatrices de spermicides ou de cape cervicale. Ensemble, les trois indicateurs visent à distinguer l'absence de prévention, les modalités d'accès à la contraception selon qu'elles impliquent ou non un professionnel de santé, ainsi que des logiques de recours potentiellement différentes au sein des méthodes non médicalisées.

Les variables explicatives incluent les caractéristiques sociodémographiques (âge, dernier diplôme, catégorie socioprofessionnelle, vie en couple, enfants, situation migratoire, revenu, perception financière, couverture maladie), des indicateurs de santé (santé perçue, maladie chronique), des indicateurs d'activité sexuelle (multipartenariat, fréquence des rapports dans les quatre dernières semaines), l'identité sexuelle, la réaction anticipée en cas de grossesse accidentelle et les antécédents de grossesse non souhaitée. La part de données manquantes n'excède pas 1,5% pour l'ensemble des variables, à l'exception de la profession et de l'identité sexuelle, pour lesquelles elle atteint 3,0%, ainsi que du revenu, recueilli uniquement dans le volet Internet, pour lequel la proportion de données manquantes s'élève à 37,8%.

L'analyse présente la distribution des indicateurs, suivie de modèles de régression logistique multivariée ajustés sur les covariables. Le choix des covariables a également été guidé par l'examen des corrélations entre les variables explicatives et par la vérification de l'absence de colinéarité problématique, à partir des facteurs d'inflation de variance (fonction VIF dans Stata®). Ainsi, l'âge et la parité étant fortement corrélés, l'âge n'est généralement pas retenu dans les modèles (sauf dans le cas de l'analyse des méthodes naturelles, l'association étant significative pour l'âge et non pour la parité). De même le multipartenariat, fortement corrélé au statut de cohabitation avec un partenaire, ou la catégorie socioprofessionnelle corrélée au diplôme et à la couverture santé ne sont pas inclus dans les modèles. Les analyses sont pondérées pour corriger les probabilités inégales de sélection et de non-réponse et réalisées avec Stata 17®.

Résultats

Les caractéristiques des femmes concernées par la contraception sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen est de 33,8 ans et 61,2% ont des enfants. Près de la moitié (49,8%) ont un diplôme supérieur au baccalauréat ; la majorité occupe une profession intermédiaire (25,4%) ou est employée (34,1%). La plupart sont nées en France hexagonale (88,0%). Près des deux tiers (64,8%) vivent avec leur partenaire et 91,6% s'identifient comme hétérosexuelles. Une femme sur 6 rapporte une grossesse non souhaitée dans les 5 dernières années et la moitié se dit « assez » ou « très mécontente » à l'idée d'une grossesse actuelle. Huit sur 10 se perçoivent en bonne ou très bonne santé, mais 37,4% déclarent une maladie chronique.

Parmi les femmes concernées par la contraception, 64,4% utilisent une méthode médicalisée, principalement le DIU (27,9%) et la pilule (26,6%), suivis de la stérilisation (5,2%) et de l'implant (4,3%) et, plus marginalement, du patch ou de l'anneau (0,4%). Par ailleurs, 18,2% utilisent le préservatif (essentiellement masculin, avec seulement 2 cas d'utilisation du préservatif féminin), et 7,2% des méthodes naturelles (retrait ou méthode fondée sur le calcul

Tableau 1

Caractéristiques des femmes de 18 à 49 ans concernées par la contraception, enquête Contexte des sexualités en France en 2023 (CSF-2023)

Indicateur	%
Âge	
18-19 ans	4,8
20-24 ans	14,5
25-29 ans	15,1
30-34 ans	17,2
35-39 ans	17,1
40-44 ans	16,8
45-49 ans	14,4
Nombre d'enfants	
0	38,8
1	17,7
2	28,1
>2	15,4
Niveau de diplôme le plus élevé	
<Bac	23,2
Bac	27,0
Bac+2	32,0
>Bac+2	17,8
Catégorie socioprofessionnelle	
Agricultrice	0,5
Artisane	3,6
Cadre	14,9
Profession intermédiaire	25,4
Employée	34,1
Ouvrière	6,2
Étudiante	8,1
Au foyer	3,8
Non renseigné	3,3
Lieu de naissance	
France hexagonale	88,0
France outre-mer	2,2
Afrique	5,2
Asie	0,8
Europe hors France	2,6
Amérique/Océanie	1,1
Non renseigné	0,2
Situation financière	
Difficile	16,2
Juste	29,3
Sans problème	54,1
Non renseigné	0,3
Revenu* en euros	
<1 000	27,5
1 000-1 999	40,0
2 000-2 999	20,4
3 000 et plus	12,1

Indicateur	%
Couverture santé	
Mutuelle	88,4
Sécurité sociale seule	4,2
AME	6,6
Autre	0,9
Situation relationnelle	
Pas de partenaire	14,7
Partenaire non cohabitant	20,5
Partenaire cohabitant	64,8
Nombre de rapports dans les 4 dernières semaines	
0	17,5
1-4	35,0
5-9	21,1
10+	26,4
Multipartenariat dans les 12 mois	
Non	83,5
Oui	16,5
Identité sexuelle déclarée	
Hétérosexuelle	91,6
Non hétérosexuelle	4,8
Non renseigné	3,6
Grossesse non souhaitée dans les 5 ans	
Non	84,0
Oui	14,6
Non renseigné	1,4
Réaction en cas de grossesse	
Très ou assez mécontente	52,4
Ni contente, ni mécontente	21,9
Assez ou très contente	23,7
Ne sait pas	2,0
Santé perçue	
Mauvaise/très mauvaise	19,9
Bonne/très bonne	79,5
Non renseigné	0,6
Maladie chronique	
Non	62,4
Oui	37,4
Non renseigné	0,2

Champ : 4 375 femmes de 18 à 49 ans concernées par la contraception.
AME : Aide médicale de l'État.

* Les données sur le revenu ne sont disponibles que pour le sous-échantillon de femmes ayant répondu à la partie Internet du questionnaire CSF-2023.

ou l'observation du cycle), tandis que 1,8% utilisent d'autres méthodes non médicalisées (cape cervicale, diaphragme et autres méthodes non précisées) et 8,3% n'ont aucune couverture contraceptive (figure 2). Parmi les femmes concernées ayant eu des rapports dans les 4 semaines, 6,3% n'ont pas utilisé de contraception.

Les pratiques contraceptives varient nettement selon l'âge. L'usage de la pilule diminue régulièrement, passant de 46,9% chez les 18-19 ans à 18,2% chez les 45-49 ans. L'usage du préservatif suit une tendance comparable, de 25,0% à 11,8% entre ces mêmes groupes d'âge. À l'inverse, le recours au DIU augmente fortement avec l'âge, de 8,5% chez les 18-19 ans à 34,4% chez les 45-49 ans, avec un maximum de 36,0% chez les 40-44 ans. Les méthodes naturelles restent globalement peu fréquentes, mais tendent à augmenter légèrement avec l'âge, passant de 5,3% chez les 18-19 ans à 8,7% chez les 45-49 ans. Enfin, l'absence de contraception varie relativement peu selon l'âge, oscillant entre 6,2% et 10,5%.

Facteurs associés à l'absence d'utilisation de contraception parmi les femmes concernées par la contraception

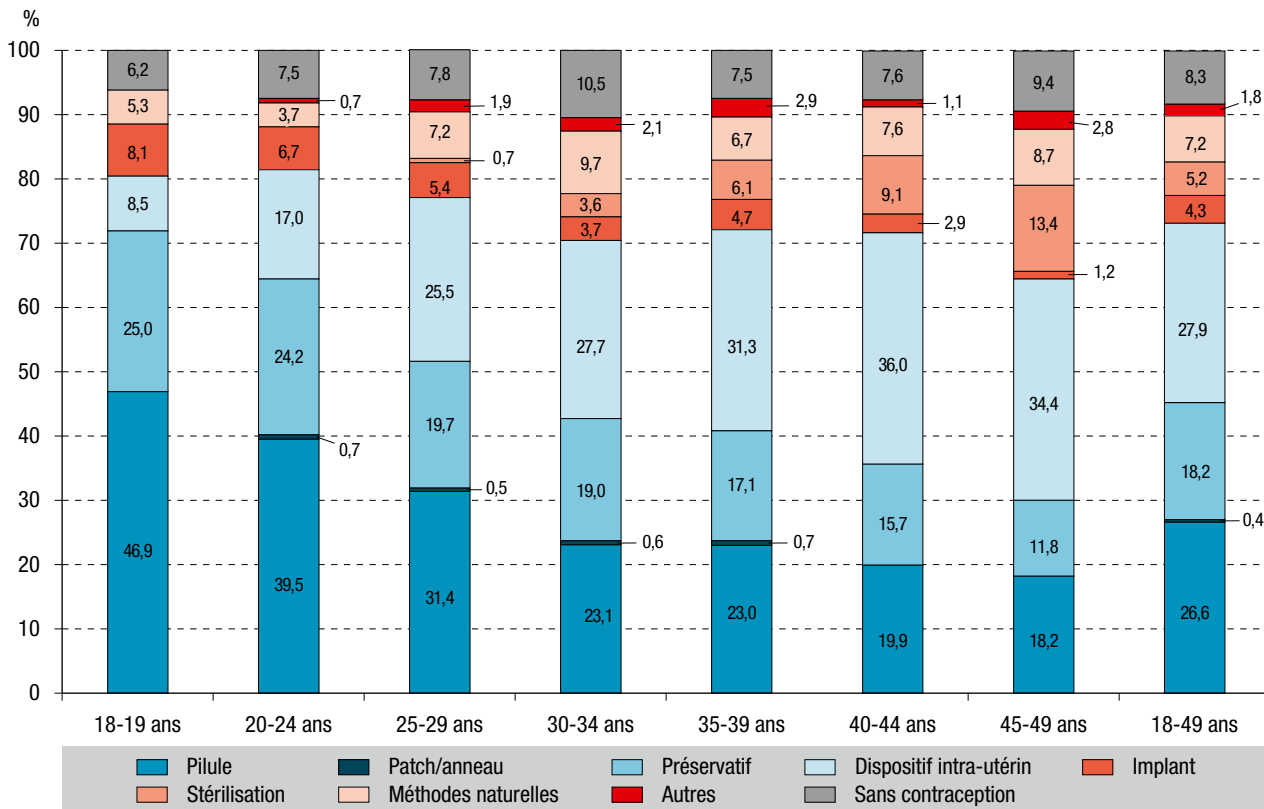
L'absence de contraception varie selon les caractéristiques des femmes, leur motivation et leur vie

sexuelle (tableau 2). Elle change modérément avec l'âge (6,2% avant 20 ans *versus* 10,5% à 30-34 ans), mais la parité est déterminante : 9,0% des femmes sans enfant et 10,5% avec un enfant n'utilisent pas de contraception, contre 5,6% avec deux enfants et 8,8% avec plus de deux enfants. La vie de couple et l'activité sexuelle jouent aussi un rôle : 16,3% des femmes sans partenaire actuel n'utilisent pas de contraception, contre 8,5% avec un partenaire non cohabitant et 6,4% de celles qui cohabitent. L'absence de rapports dans les 4 semaines est aussi fortement associée à l'absence de contraception (18,1% vs 5,8 à 6,5% selon la fréquence des rapports), tandis que les motivations jouent un rôle clé : 19,5% des femmes qui seraient « assez » ou « très contentes » en cas de grossesse n'utilisent pas de contraception, contre 4,1% de celles qui seraient « très » ou « assez mécontentes ».

Les caractéristiques sociales accentuent ces écarts. Les femmes n'ayant pas obtenu le baccalauréat sont plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception que les plus diplômées (12,5% pour celles n'ayant pas obtenu le bac vs 5,3% pour celles ayant un diplôme supérieur à bac +3). Les disparités professionnelles sont aussi présentes : 13,2% des ouvrières contre 4,7% des cadres et 7,2% des professions intermédiaires n'utilisent aucune contraception. Les inégalités se retrouvent selon la situation financière, passant de 7,6% lorsqu'il n'y a pas de problème financier

Figure 2

Distribution des méthodes de contraception par âge parmi les femmes concernées par la contraception, enquête Contexte des sexualités en France en 2023 (GSF-2023)



Champ : 4 375 femmes de 18 à 49 ans résidant en France hexagonale, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

Tableau 2

Facteurs associés à l'absence de contraception parmi les femmes de 18 à 49 ans concernées par la contraception, enquête Contexte des sexualités en France en 2023 (CSF-2023)

Indicateur	% sans contraception	p	ORa	[IC95%]	p
Échantillon	n=4 375		n=4 015		
Total	8,3				
Âge					
18-19	6,2	0,51			
20-24	7,5				
25-29	7,8				
30-34	10,5				
35-39	7,5				
40-44	7,6				
45-49	9,4				
Nombre d'enfants					
0	9,0	0,02	ref.		0,41
1	10,5		1,3	[0,8-2,1]	
2	5,6		1,1	[0,7-1,8]	
>2	8,8		1,6	[0,9-3,0]	
Diplôme					
<Bac	12,5	<0,001	ref.		<0,001
Bac	9,5		1,0	[0,6-1,7]	
Bac+2/3	5,9		0,5	[0,3-0,9]	
>Bac+3	5,3		0,5	[0,3-0,8]	
Situation financière					
Difficile	12,4	0,005	1,1	[0,7-1,9]	0,39
Juste	7,1		0,9	[0,5-1,4]	
Sans problème	7,6		ref.		
Revenu* en euros					
<1 000	10,4	0,14			
1 000-1 999	6,7				
2 000-2 999	6,5				
3 000 et plus	7,1				
Couverture santé					
Mutuelle	7,4	<0,001	ref.		0,52
Sécurité sociale seule	10,6		1,2	[0,6-2,3]	
AME (Aide médicale de l'État)	18,4		1,4	[0,7-2,8]	
Autre	20,3		3,1	[0,5-20,8]	
Catégorie socioprofessionnelle*					
Artisane	3,9	0,003			
Cadre	4,7				
Profession intermédiaire	7,2				
Employée	9,5				
Ouvrière	13,2				
Étudiante	6,9				
Au foyer	14,3				
Non renseigné	11,0				



Tableau 2 (suite)

Indicateur	% sans contraception	p	ORa	[IC95%]	p
Échantillon	n=4 375		n=4 015		
Lieu de naissance					
France hexagonale	7,2	<0,001	ref.		0,02
France outre-mer	17,6		1,3	[0,5-2,9]	
Afrique	23,7		2,7	[1,5-4,9]	
Asie	0,0		0,0		
Europe hors France	10,6		1,4	[0,6-3,3]	
Amériques/Océanie	5,8		0,7	[0,1-3,4]	
Résidence					
Urbain	9,0	0,04	ref.		0,76
Rural	6,7		1,0	[0,7-1,4]	
Situation relationnelle					
Pas de partenaire	16,3	<0,001	ref.		0,02
Partenaire non cohabitant	8,5		0,7	[0,4-1,2]	
Partenaire cohabitant	6,4		0,5	[0,3-0,8]	
Nombre de rapports dans les 4 dernières semaines					
0	18,1	<0,001	ref.		<0,001
1-4	6,5		0,4	[0,3-0,6]	
5-9	5,9		0,4	[0,2-0,6]	
10+	5,8		0,3	[0,2-0,5]	
Multipartenariat dans les 12 mois					
Non	8,4	0,54			
Oui	7,5				
Identité sexuelle déclarée					
Hétérosexuelle	8,4	0,10	ref.		0,38
Non hétérosexuelle	4,9		0,7	[0,3-1,6]	
Grossesse non souhaitée dans les 5 ans					
Non	8,4	0,47	ref.		0,06
Oui	7,2		0,6	[0,4-1,0]	
Réaction en cas de grossesse					
Très ou assez mécontente	4,1	<0,001	ref.		<0,001
Ni contente, ni mécontente	5,5		1,4	[0,9-2,3]	
Assez ou très contente	19,5		6,9	[4,8-9,9]	
Ne sait pas	4,0		1,0	[0,3-3,1]	
Santé perçue					
Mauvaise/très mauvaise	7,7	0,06	1,1	[0,8-1,7]	0,63
Bonne/très bonne	10,5		ref.		
Maladie chronique					
Non	7,6	0,09			
Oui	9,5				

Champ : 4 375 femmes de 18 à 49 ans concernées par la contraception.

* Les données sur le revenu ne sont disponibles que pour le sous-échantillon de femmes ayant répondu à la partie Internet du questionnaire CSF-2023 et ne sont donc pas incluses dans l'analyse multivariée. Par ailleurs, l'âge, le multipartenariat, et la catégorie socioprofessionnelle ne sont pas retenus en raison de multicollinéarité avec la parité, le statut de cohabitation et le diplôme.

p : p-value ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; réf. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

à 12,4% quand la situation est jugée difficile ou très difficile. Il en est de même selon la couverture santé : 18,4% des femmes bénéficiant de l'Aide médicale de l'État (AME) n'utilisent pas de contraception, contre 10,6% avec la sécurité sociale seule et 7,4% avec une mutuelle. L'origine géographique révèle aussi des écarts : 7,2% des femmes nées en France hexagonale n'utilisent pas de contraception, contre 23,7% des femmes nées en Afrique et 17,6% en outre-mer. Enfin, l'absence de contraception est plus fréquente en milieu urbain (9,0%) qu'en milieu rural (6,7%). Les indicateurs de santé, quant à eux, n'ont pas d'impact, qu'il s'agisse de la santé perçue ou de la présence d'une maladie chronique.

L'analyse multivariée (tableau 2) confirme l'influence significative de la vie en couple, du niveau de diplôme, du pays de naissance, de la fréquence des rapports sexuels et de la réaction en cas de grossesse sur l'utilisation de la contraception. En revanche, les différences liées à l'âge, au nombre d'enfants, au lieu de résidence, à la situation financière ou à la couverture santé ne sont plus significatives. L'identité sexuelle, les antécédents de grossesse non souhaitée et l'état de santé ne sont pas non plus associés à l'absence de contraception.

Facteurs associés à l'utilisation de contraception non médicalisée et à l'utilisation de méthodes naturelles parmi les utilisatrices de contraception

En 2023, 28,3% des utilisatrices de contraception recourent à des méthodes non médicalisées (préservatif, diaphragme, cape cervicale, crèmes spermicides, slip chauffant et méthodes naturelles) (tableau 3). L'usage des méthodes non médicalisées varie peu selon l'âge (32,3% avant 20 ans vs 23,4% à 45-49 ans). En revanche, il est inversement associé à la parité, diminuant de 34,4% chez les nullipares à 22,1% chez les femmes ayant plus de deux enfants. Enfin, ces méthodes sont plus fréquentes parmi les femmes ne cohabitant pas avec leur partenaire, ainsi que chez celles déclarant plusieurs partenaires au cours de l'année (35,8% en cas de multipartenariat, contre 26,8% parmi celles ne rapportant qu'un seul partenaire).

Les écarts sociaux sont marqués : le recours aux méthodes non médicalisées est de 32,9% chez les femmes ayant seulement la sécurité sociale et 39,8% chez celles bénéficiant de l'AME, contre 27,3% chez celles ayant une mutuelle. Les femmes à faible revenu et celles nées hors de la France hexagonale optent également plus souvent pour des méthodes non médicalisées (39,9% en outre-mer, 45,4% en Afrique, 54,5% en Asie vs 26,4% en France hexagonale). Ce gradient ne se retrouve pas selon la situation financière perçue, et il est inversé s'agissant du niveau de diplôme ou de la catégorie socioprofessionnelle, le recours aux méthodes non médicalisées passant de 22,5% chez les femmes n'ayant pas le bac à 33,3% chez les plus diplômées. De même, le recours à ces méthodes est plus fréquent chez les étudiantes et les cadres par rapport aux ouvrières ou aux employées.

C'est aussi le cas pour les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles résidant en milieu rural. La fréquence des rapports sexuels est déterminante : 41,3% des femmes sans rapports dans les 4 dernières semaines utilisent une méthode non médicalisée, contre 22,1% chez celles ayant eu plus de 10 rapports. Les motivations comptent aussi 32,7% des femmes « assez/très contentes » en cas de grossesse utilisent une méthode non médicalisée, contre 27,6% des « assez/très mécontentes ». Enfin, les femmes se déclarant non hétérosexuelles recourent plus fréquemment à ces méthodes que celles se déclarant hétérosexuelles (39,0% contre 27,3%). L'analyse multivariée confirme l'influence significative du diplôme, du lieu de naissance, de la fréquence des rapports sexuels, de l'identité sexuelle et des motivations à éviter une grossesse sur l'utilisation des méthodes non médicalisées. En revanche, on n'observe plus de différence selon la situation relationnelle, la couverture santé ou le lieu de résidence.

Les effets contrastés, d'une part du diplôme et de la catégorie socioprofessionnelle, et d'autre part des revenus et de la couverture santé, sur la médicalisation des pratiques contraceptives invitent à distinguer, au sein des méthodes non médicalisées, le préservatif qui représente 71,6% de ces pratiques, des méthodes naturelles (retrait ou méthodes fondées sur le calcul ou l'observation du cycle). Nous nous intéressons ici aux facteurs spécifiquement associés au recours aux méthodes naturelles, utilisées par 8,0% des femmes ayant une contraception. Comme pour l'ensemble des méthodes non médicalisées, le recours aux méthodes naturelles varie selon la couverture sociale et le lieu de naissance : il est plus fréquent chez les femmes nées à l'étranger ou en outre-mer, ainsi que chez celles bénéficiant de la seule sécurité sociale ou de l'AME. En revanche, contrairement à ce qui est observé pour les méthodes non médicalisées dans leur ensemble, l'usage des méthodes naturelles n'est pas associé au niveau de diplôme et se concentre davantage chez les femmes au foyer. Par ailleurs, cette pratique ne varie, ni selon la situation relationnelle, ni selon le multipartenariat, l'identité sexuelle ou la fréquence récente des rapports sexuels, contrairement à ce que l'on observait pour l'ensemble des méthodes non médicalisées. Elle demeure en revanche associée à la réaction émotionnelle face à une grossesse non prévue. Le recours aux méthodes naturelles varie aussi selon l'âge, avec des niveaux plus élevés parmi les femmes de 30 à 34 ans (11,1%) et de 45 à 49 ans (10,0%). Enfin, comme pour les autres analyses, les indicateurs de santé, qu'il s'agisse de la santé perçue ou de la présence de maladies chroniques, ne sont pas associés à cette pratique.

L'analyse multivariée confirme l'influence de l'âge, du lieu de naissance et de la réaction émotionnelle, tandis que le type de couverture sociale ne joue plus. De plus, la fréquence de l'activité sexuelle devient significative une fois les autres facteurs pris en compte.

Tableau 3

Facteurs associés à l'utilisation de contraception non médicalisée et à l'utilisation de méthodes naturelles parmi les femmes de 18 à 49 ans qui utilisent la contraception, enquête Contexte des sexualités en France en 2023 (CSF-2023)

Indicateur	Contraception non médicalisée					Contraception naturelle				
	%	p	ORa	[IC95%]	p	%	p	ORa	[IC95%]	p
Échantillon	n=3 992		n=3 715			n=3 992		n=3 645		
Total	28,3					8,0				
Âge										
18-19 ans	32,3	0,04				5,7	0,05	ref.		0,02
20-24 ans	30,4					4,0		0,6	[0,1-2,4]	
25-29 ans	29,8					7,9		1,0	[0,2-4,7]	
30-34 ans	32,8					11,1		1,4	[0,3-6,5]	
35-39 ans	26,5					7,4		1,0	[0,2-5,0]	
40-44 ans	25,6					8,4		1,2	[0,3-5,8]	
45-49 ans	23,4					10,0		1,9	[0,4-8,1]	
Nombre d'enfants										
0	34,4	<0,001	ref.		0,13	7,6	0,10			
1	28,4		0,8	[0,6-1,1]		10,9				
2	23,5		0,8	[0,6-1,0]		6,9				
>2	22,1		0,7	[0,5-1,0]		8,3				
Diplôme										
<Bac	22,5	0,003	ref.		0,03	7,5	0,79	ref.		0,63
Bac	29,9		1,2	[0,9-1,8]		7,7		1,3	[0,7-2,4]	
Bac+2/3	28,2		1,3	[0,9-1,8]		8,3		1,4	[0,8-2,4]	
>Bac+3	33,3		1,6	[1,1-2,2]		8,9		1,3	[0,8-2,2]	
Situation financière										
Difficile	29,1	0,21	1,0	[0,7-1,4]	0,68	8,5	0,49	1,0	[0,6-1,7]	0,44
Juste	25,9		0,9	[0,7-1,3]		8,9		1,2	[0,7-2,1]	
Sans problème	30,4		ref.			7,4		ref.		
Revenu en euros*										
<1 000	34,7	0,002				6,4	0,24			
1 000-1 999	24,3					7,6				
2 000-2 999	24,5					4,9				
3 000 et plus	27,7					9,3				
Couverture santé										
Mutuelle	27,3	0,01	ref.		0,46	7,5	0,04	ref.		0,10
Sécurité sociale seule	32,9		1,1	[0,7-1,8]		11,9		1,7	[0,8-350]	
AME	39,8		1,5	[0,9-2,4]		14,2		2,3	[1,1-4,9]	
Autre	20,5		0,9	[0,3-3,0]		7,2		1,2	[0,2-6,6]	
Catégorie socioprofessionnelle*										
Artisane	30,4	0,001				13,9	0,003			
Cadre	32,7					7,8				
Profession intermédiaire	27,0					7,7				
Employée	25,0					8,2				
Ouvrière	24,3					5,0				
Étudiante	39,6					5,3				
Au foyer	31,1					18,6				
Non renseigné	27,1					5,2				
Lieu de naissance										
France hexagonale	26,4	<0,001	ref.		0,002	7,0	<0,001	ref.		<0,001
France outre-mer	39,9		1,6	[0,8-3,2]		16,6		2,1	[0,7-6,2]	



Tableau 3 (suite)

Indicateur	Contraception non médicalisée					Contraception naturelle				
	%	p	ORa	[IC95%]	p	%	p	ORa	[IC95%]	p
Afrique	45,4		2,1	[1,4-3,3]		16,6		2,6	[1,5-4,7]	
Asie	54,5		2,9	[1,1-7,3]		26,1		4,6	[1,5-13,6]	
Europe hors France	42,3		1,9	[1,2-3,2]		16,6		2,3	[1,1-4,9]	
Amérique/Océanie	39,5		1,5	[0,8-3,2]		16,3		2,7	[1,2-6,1]	
Résidence										
Urbain	30,5	0,002	ref.		0,43	8,2	0,65			
Rural	23,6		0,9	[0,8-1,1]		7,7				
Situation relationnelle										
Pas de partenaire	39,4	<0,001	ref.		0,27	6,7	0,26	ref.		0,08
Partenaire non cohabitant	32,4		1,0	[0,7-1,5]		6,7		1,5	[0,8-2,9]	
Partenaire cohabitant	24,7		0,9	[0,6-1,2]		8,7		1,9	[1,1-3,3]	
Nombre de rapports dans les 4 dernières semaines										
0	41,3	<0,001	ref.		<0,001	11,3	0,08	ref.		0,02
1-4	30,0		0,7	[0,5-0,9]		7,9		0,6	[0,4-0,9]	
5-9	23,7		0,5	[0,4-0,7]		7,0		0,5	[0,3-0,8]	
10 ou plus	22,1		0,4	[0,3-0,6]		7,2		0,6	[0,3-0,8]	
Multipartenariat dans les 12 mois										
Non	26,8	0,001				8,4	0,15			
Oui	35,8					6,3				
Identité sexuelle										
Hétérosexuelle	27,3	0,003	ref.		0,04	8,1	0,52	ref.		0,26
Non hétérosexuelle	39,0		1,5	[1,0-2,20]		10,0		1,6	[0,7-3,3]	
Grossesse non prévue dans les 5 ans										
Non	28,0	0,40	ref.		0,40	7,7	0,14	ref.		0,43
Oui	30,3		1,1	[0,9-1,5]		10,0		1,2	[0,8-1,8]	
Réaction en cas de grossesse										
Très ou assez mécontente	27,6	<0,001	ref.		<0,001	6,4	<0,001	ref.		0,007
Ni contente ni mécontente	28,5		1,1	[0,9-1,4]		8,8		1,5	[1,0-2,1]	
Assez ou très contente	32,7		1,2	[1,0-1,6]		12,4		2,0	[1,4-2,9]	
Ne sait pas	3,5		0,1	[0,0-0,2]		1,1				
Santé perçue										
Mauvaise/très mauvaise	28,2	0,85	1,1	[0,8-1,4]	0,69	7,8	0,41	1,1	[0,8-1,7]	0,50
Bonne/très bonne	28,6		ref.			9,0		ref.		
Maladie chronique										
Non	27,6	0,23				7,4	0,15			
Oui	29,8					9,1				

Champ : 3 992 femmes de 18 à 49 ans qui utilisent la contraception.

* Les données sur le revenu ne sont disponibles que pour le sous-échantillon de femmes ayant répondu à la partie Internet du questionnaire CSF-2023 et ne sont donc pas incluses dans l'analyse multivariée. Par ailleurs, l'âge, le multipartenariat, et la catégorie socioprofessionnelle ne sont pas retenus en raison de multicollinéarité avec la parité, le statut de cohabitation et le diplôme.

p : p-value ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ref. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

Discussion

Le paysage contraceptif en France a connu des transformations importantes au cours des deux dernières décennies, marquées par un recul de la couverture contraceptive et un transfert des méthodes nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé (surtout la pilule) vers des méthodes

non médicalisées^{3,5}. Ces transformations alimentent les débats publics, dans un contexte de progression des interruptions volontaires de grossesse (IVG) observée sur la même période^{12,13}. Sans constituer en soi un problème de santé publique, cette hausse invite à mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre. L'analyse des pratiques contemporaines permet de caractériser les profils concernés, et de souligner que

contraception et IVG ne s'opposent pas, mais s'inscrivent dans un continuum de prévention des naissances non prévues.

Les résultats montrent que le recul de la couverture contraceptive médicalisée en France ne peut être interprété de manière uniforme. L'absence de contraception demeure fortement corrélée à l'origine sociale, confirmant son rôle de marqueur d'inégalités persistantes⁷. Ces disparités se concentrent avant tout sur le niveau de diplôme et le pays de naissance, plus que sur la situation financière ou la couverture sociale, suggérant que les freins tiennent moins au coût qu'à des inégalités d'accès à l'information et à une distance sociale vis-à-vis du système de santé. Ceci appelle à des politiques préventives différenciées combinant l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et en ligne, et le développement de dispositifs adaptés aux populations migrantes, qui sont moins susceptibles d'accéder à ces programmes et aux services de santé. Dans le même temps, le recours aux méthodes non médicalisées renvoie à des logiques sociales plus complexes⁸⁻¹⁰. Si les femmes nées à l'étranger y recourent plus souvent, ce qui peut traduire, pour certaines, une moindre familiarité avec le système de soins ou des inégalités de prise en charge^{11,14}, on observe parallèlement que les plus diplômées sont également davantage enclines à les utiliser tandis que les ressources économiques ont peu d'effets. Cette configuration suggère une pluralité de logiques sociales sous-jacentes. La non-médicalisation ne renvoie en effet pas à un seul rapport à la contraception : elle recouvre à la fois l'usage du préservatif, davantage inscrit dans une logique de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et dans certains contextes relationnels et sexuels, et celui des méthodes naturelles, qui peut s'ancrer dans d'autres représentations du corps et de la santé, telles que la valorisation de la « naturalité », ou le souhait de limiter le recours aux technologies médicales¹⁰. L'usage des méthodes naturelles ne relèvent toutefois pas d'un simple « retour au naturel » : ces pratiques sont hétérogènes, allant du retrait à des méthodes structurées d'observation du cycle, ces dernières supposant des apprentissages, des outils dédiés et des conditions de vie permettant un suivi régulier du cycle¹⁰. Elles s'inscrivent pour certaines dans des sensibilités contemporaines marquées par la recherche d'autonomie, le *healthism*, et certaines préoccupations écologiques^{8-10,15}. Pour d'autres, elles renvoient aussi à des parcours contraceptifs marqués par des effets secondaires et par un rejet des hormones. Enfin, ces orientations peuvent aussi être alimentées par des interrogations sur les effets secondaires, par la circulation de discours de désinformation ou par une dramatisation médiatique des risques^{16,17}. L'enquête CSF-2023 ne permet, ni d'appréhender l'hétérogénéité des méthodes naturelles, ni de saisir pleinement les logiques sous-jacentes, plus souvent explorées dans les recherches qualitatives¹⁰. Elle permet en revanche de resituer ces pratiques dans le contexte relationnel, sexuel et reproductif des personnes concernées, et de montrer qu'elles s'inscrivent

moins dans une opposition simple entre recours et non-recours à la contraception que dans des configurations différenciées d'exposition au risque et de rapport à la grossesse.

Nos résultats montrent que l'absence de contraception ou le recours à des méthodes non médicalisées, et particulièrement naturelles, apparaissent très liés à l'absence d'activité sexuelle récente et à des perspectives de fécondité nuancées (absence d'intention, mais réaction positive en cas de grossesse non prévue). Ces résultats s'inscrivent dans un contexte de diversification des pratiques sexuelles qui dissocie toujours plus le rapport entre sexualité et risque de grossesse : la fréquence des rapports vagino-péniens tend à diminuer tandis que les pratiques orales, anales ou en ligne, sans risque de grossesse, se généralisent, en particulier chez les plus jeunes générations¹⁸. Cette diversité reste largement ignorée dans les approches de prévention, qui continuent d'appliquer des recommandations uniformes, évaluant mal l'exposition réelle au risque et adaptant insuffisamment les conseils contraceptifs à la situation sexuelle des personnes concernées. Au-delà de l'exposition, c'est aussi l'impératif social de planification qui est interrogé : si un nombre de grossesses sont initialement non prévues, beaucoup sont accueillies positivement¹⁹. Le recours à des méthodes moins efficaces traduit en partie cette ambivalence, tout en laissant ouverte la possibilité d'une interruption volontaire de grossesse, si la poursuite de la grossesse n'est pas souhaitée. Ces constats interrogent la pertinence d'une stratégie de prévention binaire¹⁹ et la formation des professionnels de santé²⁰, opposant contraception et interruption de grossesse, au profit d'une approche continue, intégrant la variabilité des pratiques sexuelles et des éventuelles aspirations reproductives.

Ce travail présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. D'abord, le taux de participation à l'enquête n'était que de 34%, exposant à un possible biais de sélection. Si la post-stratification permet de corriger en partie les distorsions de l'échantillon selon les principales caractéristiques sociodémographiques, elle ne peut pas en éliminer totalement les effets. Toutefois, comme le montre la littérature, la baisse des taux de participation observée dans la plupart des pays ne constitue pas en soi un indicateur fiable du biais de réponse²¹. Ensuite, la définition de la population considérée comme exposée au risque de grossesse non souhaitée, fondée sur les conventions retenues dans les enquêtes nationales antérieures, ne permet pas de saisir ni la nature et la fréquence des rapports sexuels, ni la complexité des intentions reproductives, ce qui peut conduire à une approximation du risque réel. Néanmoins, une analyse de sensibilité restreignant la population à risque aux quatre dernières semaines aboutit à des conclusions similaires. La nature des méthodes naturelles et les logiques sociales qui les sous-tendent ne sont qu'imparfaitement appréhendées dans cette étude, qui ne permet ni de distinguer les différentes pratiques regroupées sous cette catégorie, ni de documenter précisément

les raisons de leur utilisation. Enfin, cette analyse n'intègre pas les hommes. Si l'enquête recueille certaines informations les concernant, celles-ci ne permettent pas d'interroger leur implication concrète dans les pratiques contraceptives. Cette limite est d'autant plus importante que les hommes ne sont pas seulement des partenaires, mais aussi des acteurs de la contraception et, potentiellement, des usagers du système de soins. Elle appelle ainsi au développement de recherches explorant spécifiquement leurs expériences, leurs représentations et leur rôle dans la gestion de la fécondité.

Conclusion

En dépit de ces limites, les résultats mettent en évidence la diversité des logiques sociales, relationnelles et reproductives qui sous-tendent aujourd'hui l'absence de contraception ou le recours à des méthodes non médicalisées, et invitent à repenser les stratégies de prévention dans une perspective moins uniforme, plus attentive à la variabilité des situations sexuelles, des rapports à risque et des éventuelles aspirations reproductives. Cette approche repose sur une éducation à la sexualité englobant le continuum contraception-IVG et sur un accès facilité via les pharmacies et des services en ligne homologués. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sci Soc Sante*. 2004;22(3):117-42.
- [2] Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*. 2014;12:19 p.
- [3] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Soc*. 2012;492(8):1-4.
- [4] Roux A. Pilule : défaire l'évidence. Paris: Maison des sciences de l'homme; 2022. 320 p.
- [5] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Soc*. 2014;(511):1-8. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-societes/crise-pilule-en-france-vers-nouveau-mode-le-contraceptif-0>
- [6] Poncet L, Roland N, Fortuna R, Hider-Mlynarz K, Dray-Spira R, Weill A, et al. Contraceptive use in France in 2012 and 2022: A descriptive analysis of two repeated nationwide cross-sectional studies. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;(59): 101488.
- [7] Le Guen M, Rouzot-Cornabas M, Panjo H, Rigal L, Ringa V, Moreau C. The French pill scare and the reshaping of social inequalities in access to medical contraceptives. *SSM Popul Health*. 2020;(11):100606.
- [8] Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception

in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2021;(284):114247.

- [9] Thomé C. Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones. *Sante Publique*. 2024;36(1):87-96.
- [10] Thomé C. Les « méthodes naturelles » de contraception. La construction d'une pratique entre normes de classe et reproduction de genre. *Cahiers du Genre*. 2022;72(1):143-74.
- [11] Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND working group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: Results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 2013;100(2):451-8.
- [12] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 8 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/sante-sexuelle/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se>
- [13] Vilain A, Fresson J. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. *Études et Résultats*. 2023;(1281):8 p.
- [14] Le Guen M, Poncet L. Contraception des immigrées : adaptation ou contrainte ? *Plein droit*. 2024;143(4):12-7.
- [15] Segarra I, Menárguez M, Roqué MV. Women's health, hormonal balance, and personal autonomy. *Front Med (Lausanne)*. 2023;(10):1167504.
- [16] Fabic MS, Tsui AO. Recognizing and addressing the contraceptive hesitancy-acceptability continuum: Adopting lessons learned from the immunization field. *Glob Health Sci Pract*. 2024;12(6):e2400220.
- [17] Schneider-Kamp A, Takhar J. Interrogating the pill: Rising distrust and the reshaping of health risk perceptions in the social media age. *Soc Sci Med*. 2023;(331):116081.
- [18] Andro A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. Paris: Inserm; 2024. 44 p. <https://anrs.fr/actualites/actualites/premiers-resultats-enquete-nationale-contexte-sexualites-france-2023/>
- [19] Aiken AR, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the pregnancy planning paradigm: Unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(3):147-51.
- [20] Thomé C. Après la pilule. Comment la contraception façonne la sexualité hétérosexuelle. Paris: La Découverte; 2024. 312 p.
- [21] Groves RM. Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*. 2006;70(5), 646-75.

Citer cet article

Moreau C, Bohet A, Bajos N. Les enjeux de la désaffection pour la contraception médicale en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):281-92. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_5.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

