

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

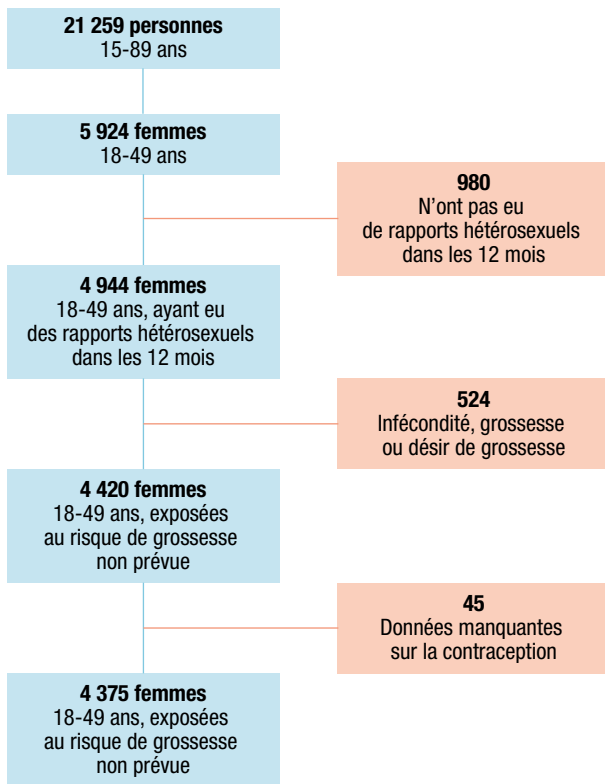
L'étude s'appuie sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023), qui inclut un échantillon représentatif de 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans résidant en France hexagonale, sélectionnées par génération aléatoire de numéros de téléphone (encadré Méthodologie de l'enquête 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

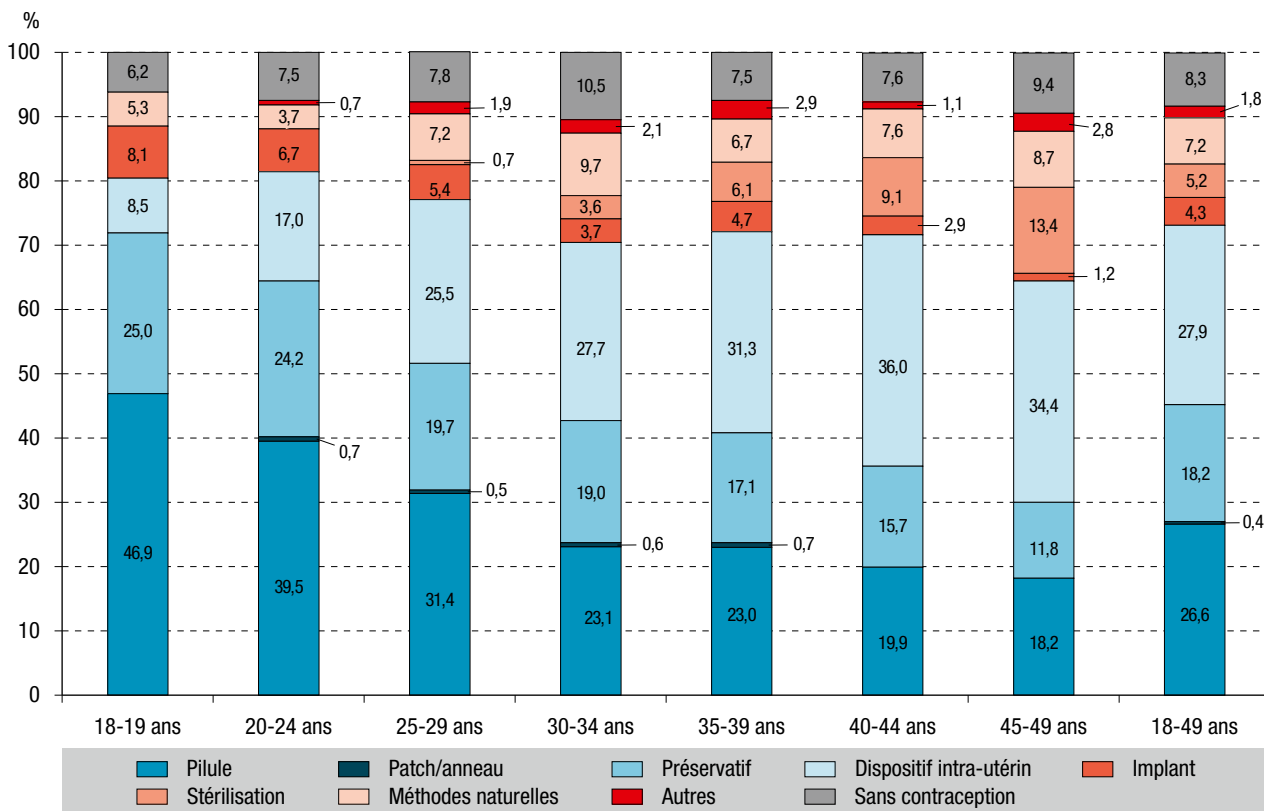
L'absence de contraception varie selon les caractéristiques des femmes, leur motivation et leur vie

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.

