

# Inégalités sociales de santé dans la gestion de la fécondité

18 juin 2026

Leslie FONQUERNE, docteure en sociologie

# Santé sexuelle et reproductive

- **Santé sexuelle**

« un état de bien-être physique, mental et social qui requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, **libres de toute coercition, discrimination ou violence** » (OMS, 2006) [https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

→ ISS dans la gestion de la fécondité (contraception & IVG)

# Santé sexuelle et reproductive

- **Santé sexuelle**

« un état de bien-être physique, mental et social qui requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, **libres de toute coercition, discrimination ou violence** » (OMS, 2006) [https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

→ ISS dans la gestion de la fécondité (contraception & IVG)

- **Promotion de la santé**

« Processus qui confère aux populations les moyens d’assurer un plus grand **contrôle sur leur propre santé**, et d’améliorer celle-ci » (charte Ottawa, 1986)

Maîtriser **déterminants de la santé** et participation population (OMS, 1999)

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/751c8af9-0e4c-4950-9388-e5bb16e468cd/content>

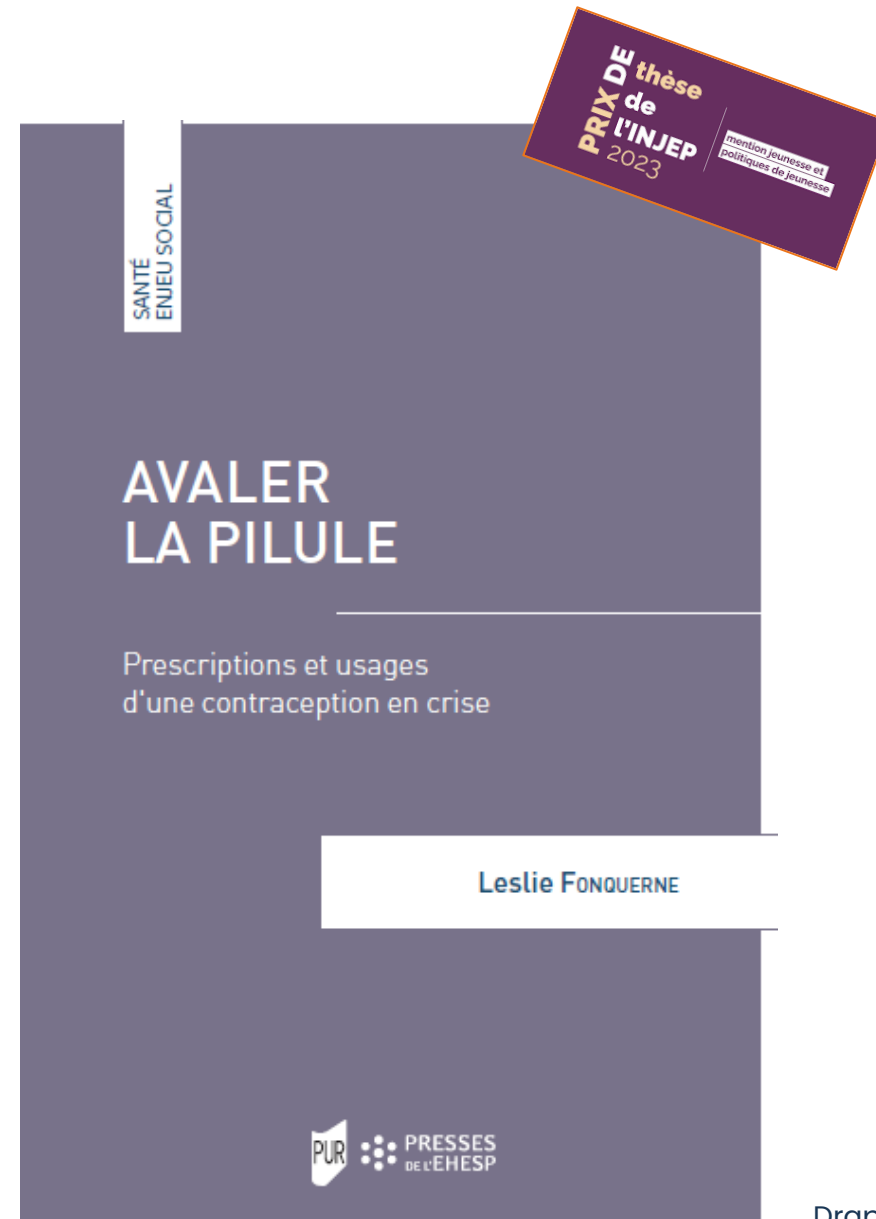
# Thèse sociologie (2021 ; 2026)

## 70 entretiens

- Usagers de CO
  - 20-30 ans
  - Hétérosexuelles
  - Diplômées
- Partenaires (hommes)
- Mères
- Pro. de santé
  - Généralistes
  - Gynécologues
  - Sages-femmes
  - Personnel pharmacie

## 98 consultations observées

- Structures publiques  
(hôpitaux, centres de santé)
- Structures privées  
(cabinets de ville, cliniques)



# Usages contraceptifs (France) (Équipe CSF 2024)

- [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)

## Risques liés aux grossesses non souhaitées

### Un paysage contraceptif en mutation

*En 2023, 91,0 % des femmes de 18 à 49 ans concernées ont recours à un moyen de contraception, le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) devient la méthode la plus utilisée (27,7 %) suivi de la pilule (26,8 %) et du préservatif (18,6 %)*

**Norme contraceptive** (Bajos & Ferrand 2004) : préservatif – CO – DIU

# Usages contraceptifs (France) (Équipe CSF 2024)

- [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)

## Risques liés aux grossesses non souhaitées

### Un paysage contraceptif en mutation

*En 2023, 91,0 % des femmes de 18 à 49 ans concernées ont recours à un moyen de contraception, le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) devient la méthode la plus utilisée (27,7 %) suivi de la pilule (26,8 %) et du préservatif (18,6 %)*

- **Désaffection de la pilule**, intensifiée avec « crise de la pilule » (2012) (Rouzaud-Cornabas 2019), qui se poursuit
- Taux usage de la pilule a chuté mais reste la **contraception la plus utilisée** chez les 15-17 ans et les 18-29 ans
- CO : n'est pas la contraception la plus choisie mais **la plus prescrite** (Fonquerne 2021 ; 2026)

**Contraception**

**Dite « féminine »**

**Dite « masculine »**

**Hormonale**



ANNEAU VAGINAL



IMPLANT



PATCH



Contraception d'urgence



DIU HORMONAL



CONTRACEPTIFS INJECTABLES



PILULE



CHM  
CONTRACEPTION HORMONALE MASCULINE

**Barrière**



CAPE CERVICALE



DIAPHRAGME



DIU AU CUIVRE



PRÉSERVATIF



SPERMICIDES



PRÉSERVATIF

**Autre**



STÉRILISATION FÉMININE



MÉTHODES DITES NATURELLES



STÉRILISATION MASCULINE



CMT  
CONTRACEPTION MASCULINE THERMIQUE

# Inégalités d'accès à la contraception selon le profil social des femmes

## Inégalités d'accès à la contraception selon le profil social des femmes

- Prévalence contraceptive élevée (< 90%) ne garanti pas un accès égal
- **L'absence de contraception** est fortement corrélée au **niveau de diplôme** et au **pays de naissance**, plus que situation financière ou 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. » (Moreau et al. 2025 : 291)




Femmes n'utilisant pas de contraception en 2023 :

- **12,5%** n'ont pas le bac / **5,3%** ont un bac +3
- **Gradient** : 13,2% des ouvrières / 7,2% des professions intermédiaires / 4,7% des cadres
- 23,7% nées en Afrique / 17,6% nées en Outre-mer / 7,2% sont nées en France hexagonale

# Inégalités d'accès à la contraception selon le profil social des femmes

- Prescription varie en fonction de la proximité sociale entre soignant·es et patientes (Bretin, Kotobi, 2016)
- Professionnel·les de santé plus enclin·es à fournir des informations aux patient·es de niveau socioculturel élevé (Fainzang 2006) : aux patient·es qui leur ressemblent
- En miroir : les patient·es jeunes et issu·es de milieux populaires sont particulièrement la cible de la rétention d'informations

# Inégalités d'accès à la contraception selon le profil social des femmes

-  **Progestatifs injectables**  
80's : « derniers recours », « marginalité », « classe populaire », « migrantes », « incapables d'auto-contrôle » ([Bretin 2004](#))
-  **Implant** « le plus efficace » et effets indésirables importants  
2000's : « femmes déviantes » (schizophrènes, en situation de handicap, enfants placés...) ([Roux et al. 2017](#))
-  **DIU**  
Proposé/imposé aux femmes d'origine d'Afrique subsaharienne ([Bajos et al. 2012](#))

→ Contraception de long cours davantage imposée à ces femmes  
VS Femmes « capables » (proximité sociale avec pro.de santé) : injonction au tout pilule ([Roux 2022](#))

# Absence d'écoute des « petits maux » quotidiens

- Personnel soignant davantage inquiet des graves effets indésirables (crise de la pilule : risques thromboemboliques)
- « **Petits maux** » pourtant vécus comme « **effets indésirables** » non secondaires et plus fréquents (prise de poids, baisse de libido, acné, etc.)

**Patiente** : « Après la pilule me fait des baisses de libido. »

**Gynécologue** : « C'est pas le premier problème ça. »

**Patiente** : « Mais c'est pour ça qu'on prend la pilule... [pour pouvoir avoir des rapports sexuels] »

**Gynécologue** : « Toutes les pilules font baisser la libido. On se l'essaye trois mois ? Parce qu'il faut que je gère trois problèmes en même temps : les règles, l'acné, le poids. [...]

(Extrait journal de terrain, cabinet de ville, 2017)

# Inégalités d'accès à la contraception selon les professions et structures de santé

# Inégalités d'accès à la contraception selon les professions et structures de santé

« Caractéristiques structurelles »\* (Le Feuvre 2008) influencent les scénarios de consultation

\*normes professionnelles, salaire, spécialisation, reconnaissance sociale du métier, système de paiement...

Structures privées avec paiement à l'acte	Structures publiques, patientèle précarisée
Consultations courtes (< 20 min) et nombreuses	Consultations longues (30-60 min)
<p><b>Peu propices à</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-présentation panel contraceptif complet</li> <li>-choix libre et éclairé</li> <li>-recueil consentement</li> </ul>	<p><b>Propices à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-présentation panel contraceptif complet</li> <li>-choix libre et éclairé</li> <li>-recueil du consentement</li> <li>-absence de violences médicales</li> </ul>
CU : échec	CU : outil de transition contraceptive
Gynécologues ++ (formation pathologie)	Généralistes et sages-femmes (formation physiologie)

# Inégalités d'accès à la contraception en officine



- Personnel de pharmacie accède inégalement aux demandes des patientes selon leur profil : exemple de **l'ordonnance de CO défailante (dépassée ou absente)** (Fonquerne 2021b)
  - Femmes jeunes
    - Proximité sociale, degré de familiarité
    - Femmes de « classe populaire », allophones : préservatif
  - Mères : accèdent à contraception de leur fille, alors que ce n'est pas la leur
- **Importance accès pilule (2G) sans prescription en pharmacie**, comme dans nombre de pays, pour répondre aux besoins d'auto-soins en santé sexuelle (Équipe CSF 2024)

# Inégalités d'accès à l'IVG

# IVG : un taux stable sur le long terme

## Nb d'IVG moyen/femme

1976 : 0,66

Depuis 1996 : autour de 0,5

2023 : 0,55

## Taux recours le plus élevé : 25-29 ans

Questionnement sur maternité, période de fortes mobilités...

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

- 1 femme sur 3 avorte au cours de sa vie (Divay 2004 ; Mathieu & Thizy 2023)
- Femmes se saisissent ++ de ce droit en cas de GNP

# IVG : inégalités territoriales (France)

- France hexagonale : 83 % des IVG ont lieu dans le dpt de résidence des femmes concernées → **Difficultés d'accès à l'IVG selon territoires (DREES 2025)**
  - En 2024, dans le département du **Gers, 64,4 praticien·nes** ont réalisé au moins une IVG en cabinet libéral (dpt le plus fourni)
  - **VS 0 praticien·ne dans la Creuse**

# Inégalités d'accès à l'IVG selon les professions et structures de santé

(Perrin 2025)

- **Selon les professions de santé**
  - Gynécologues
    - Statut « Experts IVG » mais factuellement ont moins l'habitude
    - Acte « sale boulot » (Hughes, 1963 ; Zolesio 2012)
  - MG : se spécialisent dans la pratique
- **Orientation du choix de la méthode d'IVG, en faveur de l'organisation des structures**
  - IVG médicamenteuses : si manque de moyens (lits)
  - Anesthésie locale : non proposée aux mineures, aux nullipares, aux allophones : endormir les femmes limitent le travail émotionnel et le recours aux interprètes
  - Anesthésie générale : peut représenter un travail supplémentaire (tôt le matin)
- **2024, France : 80 % des IVG sont médicamenteuses** (DREES 2025)

# Pistes d'actions

# Ce qui est fait et reste à faire : contraception (France)

- (2023) **Gratuité** CU pour les mineures
- (2022) Gratuité de la contraception pour les moins de 26 ans
- **Le remboursement n'est pas la gratuité** : faible autonomie des femmes vis-à-vis du corps médical
- **Gratuité pilule au lieu de remboursement** : suppression ordonnance pilules 2G (?)
- **Ne résout pas la gestion contraceptive inéquitable femmes/hommes (+ baisse usage préservatif, y compris au premier rapport)**
- Les politiques publiques gagneraient à investir les questions de genre
  - Négociation préservatif (Thomé 2016 ; 2024)
  - Les femmes se sentent moins légitimes de refuser rapport sexuel en étant continuellement contraceptées (Fonquerne 2021 ; 2026)

# Ce qui est fait et reste à faire : IVG (France)

- (2016) IVG médicamenteuse par les sages-femmes
- (2020) Allongement délai de recours à l'IVG médicamenteuse : 7 à 9 semaines
- (2022) Allongement délais de recours à l'IVG instrumentale : 12 à 14 semaines
- Moyens alloués (ex : nombre de lits) VS orga des structures, pour tenir délais
  
- (2023) IVG instrumentales par les sages-femmes ; (2024) même sans supervision d'un médecin, afin de garantir l'accès même dans les petites structures et déserts médicaux
  - 2024 : 52 % des IVG en cabinet de ville sont réalisées par des SF (DREES 2025)
  
- (2024) Inscription IVG dans la Constitution
  - France : 1er pays au monde à protéger l'IVG
  - IVG devient une liberté fondamentale, mais...
  - La « liberté de recourir » n'assure pas l'accès ; et quid des hommes trans ?

# Pistes d'action niveau professionnel

- **Tout au long de la consultation** (Fonquerne 2020 ; 2026)
    - Répartition équilibrée de la parole entre personne soignante et soignée
    - Vocabulaire valorisant
    - Questions ouvertes
    - Montrer les dispositifs favorise un choix libre et éclairé
  - **Partie interrogatoire**  
Favoriser temps de parole par rapport au temps de l'acte : « savoir être » (Zolesio 2012)
  - **Partie examen**  
Proposer participation des patient·es à leurs examens (héritage *self-help*) (Ruault 2023)
- **Objectif d'autonomie, a fortiori pour des femmes non malades !**

# Bibliographie (1/2)

- Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., & Moreau, C. (2012). La contraception en France : Nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, (492), 1-4.
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*, 22(3), 117-142.
- Bretin, H. (2004). Marginalité contraceptive et figures du féminin : Une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sciences sociales et santé*, 22(3), 87-110. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1628>
- Bretin, H., & Kotobi, L. (2016). Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*, 1(58), 123-134.
- Divay, S. (2004). L'avortement : Une déviance légale. *Déviance et Société*, 28(2), 195. <https://doi.org/10.3917/ds.282.0195>
- DREES. (2025). Etudes et Résultats. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses (1350; p. 1-8).
- Équipe CSF (2024). Contexte des sexualités en France. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. INSERM-ANRS-MIE. [https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. PUF.
- Fonquerne, L. (2020). À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception. *Émulations - Revue de sciences sociales*, (35-36), 65-79.
- Fonquerne, L. (2021b). Être (re)connue dans la pharmacie : Délivrance d'une contraception « en crise » en France et contournement de l'autorité (para)médicale. *Enfances Familles Générations*, (38), 22.
- Fonquerne, L. (2021). (Faire) Avaler la pilule. Une sociologie des prescriptions et des usages d'une contraception en « crise » [Thèse de doctorat en sociologie]. Université Toulouse II Jean Jaurès.
- Fonquerne, L. (2026). *Avaler la pilule. Prescriptions et usages d'une contraception en crise*. PUR.
- Gelly, M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée* (L'Harmattan).
- Hughes, E. C. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, 10(1), 3-11. <https://doi.org/10.2307/799402>

## Bibliographie (2/2)

- Le Feuvre, N. (2008). La pluralité des modèles de féminisation des professions supérieures en France et en Grande-Bretagne. In *Travail et genre: Regards croisés France, Europe, Amérique latine* (p. 263-275). Ed. la Découverte.
- Mathieu, M., & Thizy, L. (2023). *Sociologie de l'avortement*. La Découverte.
- Moreau, C., Bohet, A., & Bajos, N. (2026). Les enjeux de la désaffection pour la contraception médicale en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (12-13), 281-292.
- Perrin, R. (2025). *Le choix d'avorter. Contrôle médical et corps des femmes* (Agone).
- Roux, A. (2022). *Pilule: Défaire l'évidence*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Roux, A., Ventola, C., & Bajos, N. (2017). Des experts aux logiques profanes: Les prescripteurs de contraception en France. *Sciences sociales et santé*, 35(3), 41-70.
- Rouzaud-Cornabas, M. (2019). « Alerte à la pilule ». *Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre* [Thèse de doctorat en Santé publique, option sociologie]. Paris Saclay.
- Ruault, L. (2023). *Le spéculum, la canule et le miroir: Avorter au MLAC, une histoire entre féminisme et médecine*. ENS éditions.
- Thomé, C. (2016). D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes: Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines*, 104(4), 67-94. <https://doi.org/10.3917/soco.104.0067>
- Thomé, C. (2024). *Des corps disponibles. Comment la contraception façonne la sexualité hétérosexuelle*. La Découverte.
- Zolesio, E. (2012). La relation chirurgien-patient. « J'ai pas fait parleuse ». *Sciences Sociales et Santé*, 30(4), 75-98. <https://doi.org/10.1684/sss.2012.0405>