

Regard sur la santé des jeunes

La sexualité des jeunes en Hainaut

Santé en Hainaut - Numéro 9 - 2014



- **Connaissances**
- **Représentations**
- **Pratiques**

La santé pour mieux vivre

Préface

Depuis 1997, l'Observatoire de la Santé du Hainaut scrute la santé des jeunes hainuyers avec la collaboration des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV) (services de Promotion Santé à l'École (PSE) et centres Psycho-Médico-Sociaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles (PMS-FWB)). Nos enquêtes portent sur des indicateurs de base comme le poids, la taille, la consommation de tabac ou la sédentarité, mais aussi sur des thèmes plus précis en fonction des problématiques soulevées par nos partenaires.

Le choix de la thématique s'est porté sur la sexualité en 2002-2003 et en 2009-2010. C'est ce sujet que nous vous présentons dans cette publication.

Plusieurs éléments ont contribué à orienter ce choix. L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) est un sujet d'intérêt constant pour la communauté éducative et a fait récemment l'objet de plusieurs initiatives en Fédération Wallonie-Bruxelles dont les points appuis EVRAS mis en place par les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS). D'autre part, le Hainaut est une province qui connaît un taux élevé de grossesses chez des adolescentes.

Ce document reprend les principaux résultats de ces enquêtes en abordant les représentations, les attitudes et les connaissances des jeunes hainuyers dans trois domaines : la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Un chapitre est consacré à leurs demandes d'information sur ces différentes thématiques.

La diffusion et l'exploitation des résultats se font en collaboration avec les services de promotion de la santé à l'école et les fédérations de planning familial. Les points appuis EVRAS seront également sollicités.

Nous espérons que les informations recueillies auprès des jeunes seront utiles aux professionnels de terrain, qu'elles alimenteront le débat et contribueront à orienter les activités d'EVRAS en fonction des attentes des jeunes et aussi des lacunes dans leurs connaissances en matière de contraception et d'infections sexuellement transmissibles.

Bonne lecture,

Michel Demarteau,
Directeur en Chef

Dr Christian Massot,
Coordinateur Service Information Sanitaire

Colophon

Ce "Regard sur la santé des jeunes" est le résultat du travail de toute une équipe.

Coordination de l'édition

Christian Massot

Conception des enquêtes sexualité

Norbert Jates • Christian Massot • Véronique Tellier • Valérie Wathieu

Enquêtrices OSH

Sylvie Brohé • Martine Hautain • Nicole Thauvoye

Analyse des données – Rédaction

Catherine Grégoire • Christian Massot • Annick Vanlierde • Valérie Wathieu

Secrétariat

Maria Milioto

Informatique

Alain Léonard

Graphisme et mise en page

Daniela Majois

Relecteurs

Pierre Bizel • Geneviève Pensis

Expertise externe

Béatrice Swennen • Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles

Remerciements

A toutes les écoles qui ont participé aux enquêtes, leurs pouvoirs organisateurs, les élèves et leurs parents.

Aux Centres de Santé Scolaire Vigies partenaires.

Un remerciement personnel à Madame Béatrice Swennen • Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles.

Droits d'auteur et référence de la publication

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé du Hainaut encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication.

L'information extraite portera la référence : "Observatoire de la Santé du Hainaut - Santé en Hainaut n° 9 - Regard sur la santé des jeunes : La sexualité des jeunes en Hainaut, 2014".

Editeur responsable : Observatoire de la Santé du Hainaut • Michel Demarteau • rue de Saint-Antoine 1 • 7021 Havré

Edition : Décembre 2014 - Tirage : 2 000 exemplaires

Table des matières

Préface	1
Introduction.....	7
Chapitre 1 - Sexualité	
Faits marquants.....	9
1. Début de la sexualité.....	10
1.1. Expérience des rapports sexuels dans le groupe des "16 ans"	10
1.2. Moment idéal des premiers rapports sexuels.....	12
1.3. Motif de la première relation sexuelle	14
2. Représentations, comportements et attitudes.....	15
2.1. Difficultés rencontrées par les jeunes par rapport à la sexualité.....	15
2.2. Amour et sexualité	16
2.3. Amusement et craintes	17
2.4. Préjugés sur la sexualité	19
2.5. Perception de contrôle et choix des comportements	21
2.6. Effet du tabac et de l'alcool	24
3. Relation non désirée et abus.....	25
3.1. Attitude par rapport à une relation sexuelle non désirée	25
3.2. Représentation de l'abus sexuel	26
3.3. SMS dérangeants à caractère sexuel	28
3.4. Abus via internet	29
4. Image corporelle et sexualité	30
4.1. Expérience sexuelle et motif de la première relation sexuelle	30
4.2. Relation non désirée et abus sexuel	31
Chapitre 2 - Contraception	
Faits marquants.....	33
1. Données statistiques	35
1.1. Naissances chez les mères de 13-17 ans.....	35
1.2. Interruptions volontaires de grossesse	36
2. Nécessité de connaître les méthodes de contraception	37
3. Représentations liées à la vie reproductive	38
3.1. Age idéal pour commencer à avoir des enfants	38
3.2. Age en dessous duquel il n'est pas souhaitable pour une fille d'être enceinte	39
3.3. Avoir un enfant pendant l'adolescence	40
4. Connaissances par rapport à la vie reproductive.....	41
4.1. Période du cycle menstruel où la fécondité est maximale	41
4.2. Risque de grossesse à la première relation sexuelle	41
4.3. Examen gynécologique préventif	41
5. Connaissances et pratiques contraceptives.....	42
5.1. Moyens de contraception utilisés	42
5.2. Protection efficace contre la grossesse	43
5.3. Où se procurer les moyens de contraception ?	44
5.4. Prescription médicale et moyens contraceptifs	48
5.5. Préservatif	49
5.6. Pilule contraceptive	50
5.7. Pilule du lendemain	52
5.8. Interruption volontaire de grossesse pratiquée à la demande de l'adolescente	54
5.9. Avoir renoncé à un contraceptif pour des raisons financières	54

Chapitre 3 - Infections sexuellement transmissibles

Faits marquants.....	55
1. Quelles sont les IST ?	56
2. Modes de transmission des IST	58
3. Connaissances spécifiques chez les 16 ans	59
3.1. Avoir une IST sans le savoir	59
3.2. Une IST peut s’attraper plusieurs fois	60
3.3. Traiter une IST	60
3.4. Grossesse et IST	61
3.5. IST et stérilité	62
4. Sida	62
4.1. Test de dépistage du VIH.....	62
4.2. Avis sur le sida	63
5. Prévention contre les IST et le sida	64
5.1. Méthodes de protection	64
5.2. Vaccin HPV	65
5.3. Usage du préservatif	66
6. Score de connaissance sur les IST	68

Chapitre 4 - Information reçue ou souhaitée sur la sexualité

Faits marquants.....	69
1. Information reçue.....	70
1.1. En dehors de l’école	70
1.2. En classe	71
2. Par qui, les jeunes, reçoivent-ils l’information sur la sexualité ?	72
2.1. Par des non-professionnels	72
2.2. Par des professionnels	75
3. Focus sur les centres de planning familial	78
3.1. Connaissance des centres de planning familial.....	78
3.2. Consultation dans un planning familial.....	78
3.3. Motifs et satisfaction de la consultation dans un planning familial	78
4. Support de l’information	79
5. Information souhaitée	81
Bibliographie	83
Abréviations	85
Annexe - Méthode d’enquête	88

Introduction



Depuis 1997, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) mène périodiquement une vaste enquête épidémiologique sur la santé des jeunes scolarisés en Hainaut. Outre un module de biométrie (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle), l'enquête comprend un questionnaire dont une partie porte sur des indicateurs de base relatifs à l'état de santé et aux comportements de santé (alimentation, activité physique, sédentarité, tabac, alcool, drogue...) et dont une autre partie est consacrée à une thématique spécifique. Depuis 1999, ces enquêtes sont réalisées en collaboration avec les Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV) (services Promotion Santé à l'Ecole (PSE) et centres Psycho-Médico-Sociaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles (PMS-FWB))¹.

Durant l'année scolaire 2009-2010, le thème spécifique était "Les jeunes et la sexualité". Environ 1 200 jeunes de 10 à 17 ans ont ainsi été interrogés sur leurs représentations, leurs connaissances, leurs pratiques et leurs besoins d'information par rapport à la sexualité, la vie reproductive, la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Le questionnaire est adapté en fonction de l'âge du jeune auquel il s'adresse. Certaines questions n'ont pas été posées dans le groupe des plus jeunes. Cette même enquête avait déjà été réalisée en 2002-2003 et sa répétition permet de percevoir l'évolution au fil du temps.

L'échantillon de jeunes de 6^e primaire, 2^e et 4^e secondaire, classes passant la visite médicale scolaire, est constitué d'au moins 400 élèves par niveau d'étude. L'échantillonnage est réalisé selon la méthode aléatoire en grappe stratifiée par réseau et type d'enseignement secondaire (général, technique de transition, technique de qualification, professionnel).

Les réponses des jeunes sont systématiquement analysées selon les facteurs socioéconomiques suivants : la profession du père, le nombre de revenus du travail dans le ménage, le type de famille et pour les élèves du secondaire, la filière scolaire.

Seule la filière scolaire montre des effets significatifs qui sont présentés dans ce document. Pour les autres facteurs socioéconomiques testés, des liens clairs et univoques n'ayant pas pu être dégagés, nous avons pris le parti de ne pas en faire mention ici.

Pour alléger le présent document et faciliter la lecture, l'ensemble des tableaux présentant les chiffres des évolutions sont disponibles sur le site de l'OSH : <http://observatoiresante.hainaut.be>

La description de l'échantillon ainsi que les méthodes d'enquête et d'analyse sont reprises en annexe.

Les données sont présentées par catégorie d'âge : le groupe des "11 ans" comprend les jeunes de 10-12 ans, les "13 ans" les 13-14 ans et les "16 ans" les 15-17 ans. Par ailleurs, le groupe des "16 ans" est subdivisé en deux selon que les jeunes déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles (RS) et les autres (ceux qui n'ont pas répondu à la question et ceux ayant répondu "non").

1. Cf. Annexe "Le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV)"

Tableau 1. Echantillon selon les groupes d'âge et le sexe

	2003			2010		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
11 ans	239	232	471	196	255	451
13 ans	234	245	479	181	243	424
16 ans autres	190	168	358	131	150	281
16 ans ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels (RS)	91	65	156	75	77	152
16 ans	281	233	514	206	227	433
Echantillon total	754	710	1 464	583	725	1 308

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010



Le groupe des jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles comprend moins de jeunes que les autres groupes. Lorsque les résultats sont présentés par âge et sexe, la marge d'erreur à 95 % dans le groupe 16 ans RS est de 11 %. Cela signifie que lorsque la valeur d'un résultat est de 50 %, la valeur réelle se situe entre 39 % et 61 %.

L'adolescence est le moment de toutes les découvertes, des expériences, de la prise de risque dans tous les domaines de la vie dont la sexualité et les relations à l'autre. Cette période se caractérise par de grands bouleversements physiologiques et psychologiques faisant naître des représentations et de nouveaux comportements.

Les données présentées dans ce document sont une image, un instantané des jeunes en Hainaut et de leur sexualité, il est évident que cette image est partielle et ne peut se réduire à des données chiffrées. La sexualité reste de surcroît de l'ordre de l'intime, propre à chacun et qui se construit tout au long de la vie. Cependant, mieux comprendre les représentations et les comportements des jeunes en matière de sexualité permet de dégager les facteurs associés à l'utilisation des moyens de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Chapitre 1

Sexualité

Faits marquants

- En 2010, 35 % des jeunes de 16 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. La proportion de filles (34 %) est similaire à celle des garçons (36 %).
- A 13 ou 16 ans, les garçons ont tendance à donner un âge idéal (15 à 19 ans) pour une première expérience sexuelle alors que les filles citent davantage une circonstance "quand on se sent prêt" ou "au mariage".
- Le principal motif invoqué par les jeunes pour avoir une première relation sexuelle est "l'amour" (90 %). A 16 ans, ils pensent également qu'il est important d'aimer quand on a une relation sexuelle mais ils sont conscients que ce n'est pas l'unique motif, l'attrance physique, la curiosité, et le sentiment de se sentir obligé sont également évoqués comme motivation d'une première relation sexuelle.
- La plus grande difficulté rencontrée par les jeunes dans leur sexualité est la peur du sida ou d'autres maladies.
- Les préjugés reculent doucement, 70 % des jeunes de 16 ans pensent que les homosexuels doivent être respectés comme les autres et 71 % ne sont pas d'accord avec l'affirmation que les filles qui prennent la pilule ou ont des préservatifs sont des filles faciles.
- L'expérience joue sur le sentiment de contrôle que les jeunes ont sur leur vie sexuelle. Les jeunes qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles se perçoivent davantage capables que les autres d'avoir le contrôle dans leur relations sexuelles (70 % contre 54 %) mais également de prendre l'initiative sexuelle (60 % contre 37 %).
- Les jeunes de 16 ans sont 20 % à déclarer qu'ils accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie. En même temps, 10 % des 13 et 16 ans ne considèrent pas comme un abus le fait d'être obligé à un acte sexuel. Ce pourcentage atteint 13 % pour le fait d'être filmé ou photographié déshabillé et 24 % pour les caresses non désirées.
- 22 % des jeunes qui ont un GSM et 29 % des jeunes qui vont sur internet déclarent avoir reçu des messages ou des images dérangeants à caractère sexuel.

Dans ce premier chapitre, nous aborderons les comportements, les attitudes et les représentations liés à la vie sexuelle des jeunes hainuyers. Existe-t-il un moment idéal pour commencer sa vie sexuelle ? Quels sont les motifs de la première relation sexuelle ? Se sentent-ils capables de contrôler leur vie amoureuse ? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent en matière de sexualité ? Comment se positionnent-ils par rapport aux préjugés ?

I. Début de la sexualité

I.1. Expérience des rapports sexuels dans le groupe des "16 ans"

Il a été demandé aux jeunes de 16 ans s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels. Cependant, aucune définition ne leur a été donnée, ce qui laisse le champ libre à leur propre interprétation du terme "relation sexuelle". Il est généralement accepté qu'un rapport sexuel implique une pénétration mais le coït n'est pas l'unique forme.

Tableau I.1. Evolution de l'expérience des rapports sexuels chez les jeunes de 16 ans
(2003 N = 514 ; 2010 N = 437)

%	Garçons		Filles		Total	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010
Oui	32,4	36,4	27,9	33,9	30,4	35,3
Non	32,0	48,5	49,4	49,3	39,9	48,9
Ne souhaite pas répondre	10,0	6,3	8,2	7,5	9,1	6,9
Absence de réponse	25,6	8,7	14,6	9,3	20,6	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010



En 2010, 35 % des jeunes de 16 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. La proportion de filles (34 %) est similaire à celle des garçons (36 %).

La principale différence entre 2003 et 2010 est la forte diminution du nombre de non-réponses à la question, essentiellement chez les garçons (de 26 % à 9 %). Ceci rend délicate l'interprétation de l'évolution des proportions de garçons qui répondent oui ou non à la question. Il est à noter que le groupe des "16 ans" est subdivisé en deux avec d'un côté, les jeunes qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles et de l'autre ceux qui n'ont pas répondu à la question, qui ne souhaitent pas répondre et ceux ayant répondu "non".

Tableau 1.2. Expérience des rapports sexuels chez les jeunes de 16 ans en fonction de la filière scolaire
(N = 437)

%	Garçons	Filles	Total
Enseignement de transition	21,6	19,8	20,5
Enseignement de qualification	51,0	48,6	49,8

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

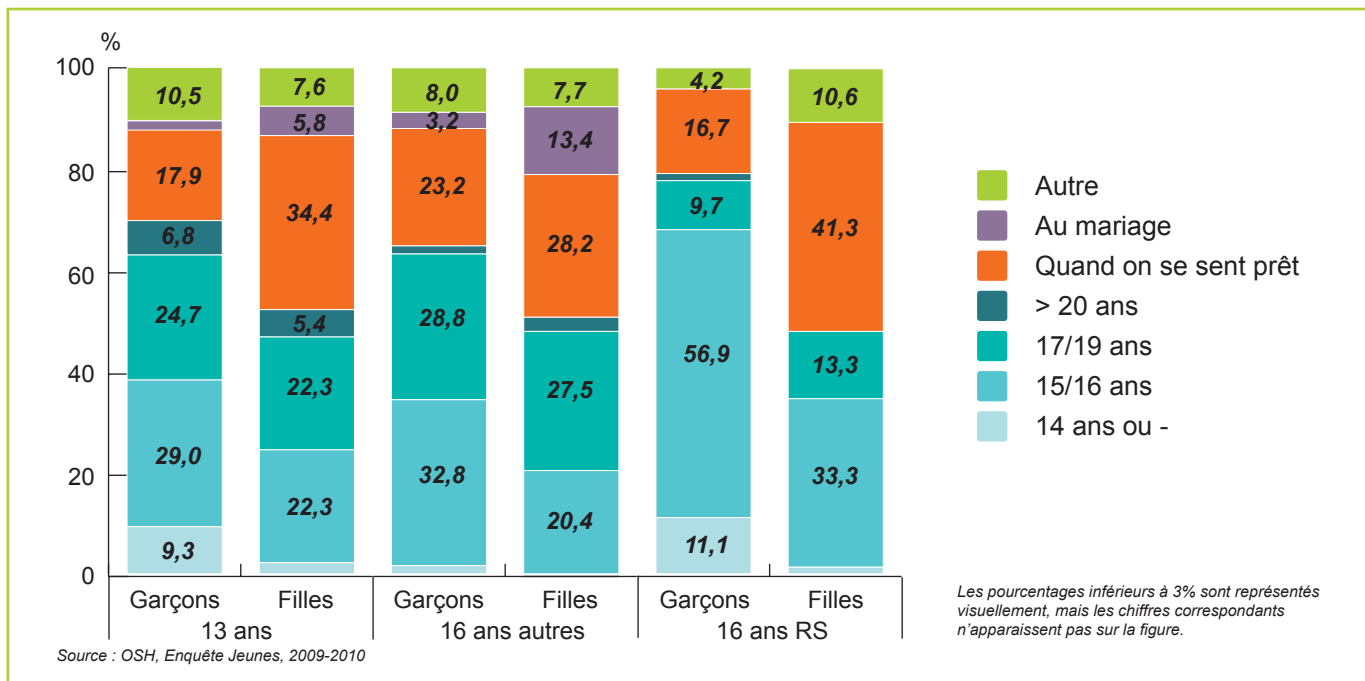


En 2010, les proportions de jeunes de 16 ans déclarant avoir eu des relations sexuelles varient significativement entre les filières d'enseignement. Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification sont 50 % à déclarer avoir déjà eu des rapports sexuels alors que des jeunes de l'enseignement de transition sont 21 %. Cette différence entre les jeunes fréquentant ces deux filières d'enseignement apparaît dans d'autres enquêtes, dont l'enquête HBSC réalisée en FWB en 2010 (Moreau, 2013 ; Herbigniaux, 2006).

1.2. Moment idéal des premiers rapports sexuels

Il a été demandé aux jeunes de 13 et 16 ans quel était selon eux le moment idéal pour avoir les premiers rapports sexuels. Le jeune pouvait choisir une tranche d'âge (14 ans ou moins, 15-16 ans, 17-19 ans, après 20 ans), une situation (quand on se sent prêt(e), au mariage). Trois modalités de réponses ("il n'y a pas d'âge idéal", "je n'y ai pas encore réfléchi", "je ne sais pas") ont été regroupées sous le label "autre" car elles étaient peu fréquemment citées.

Figure 1.1. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur le moment idéal pour avoir un premier rapport sexuel (N = 800)

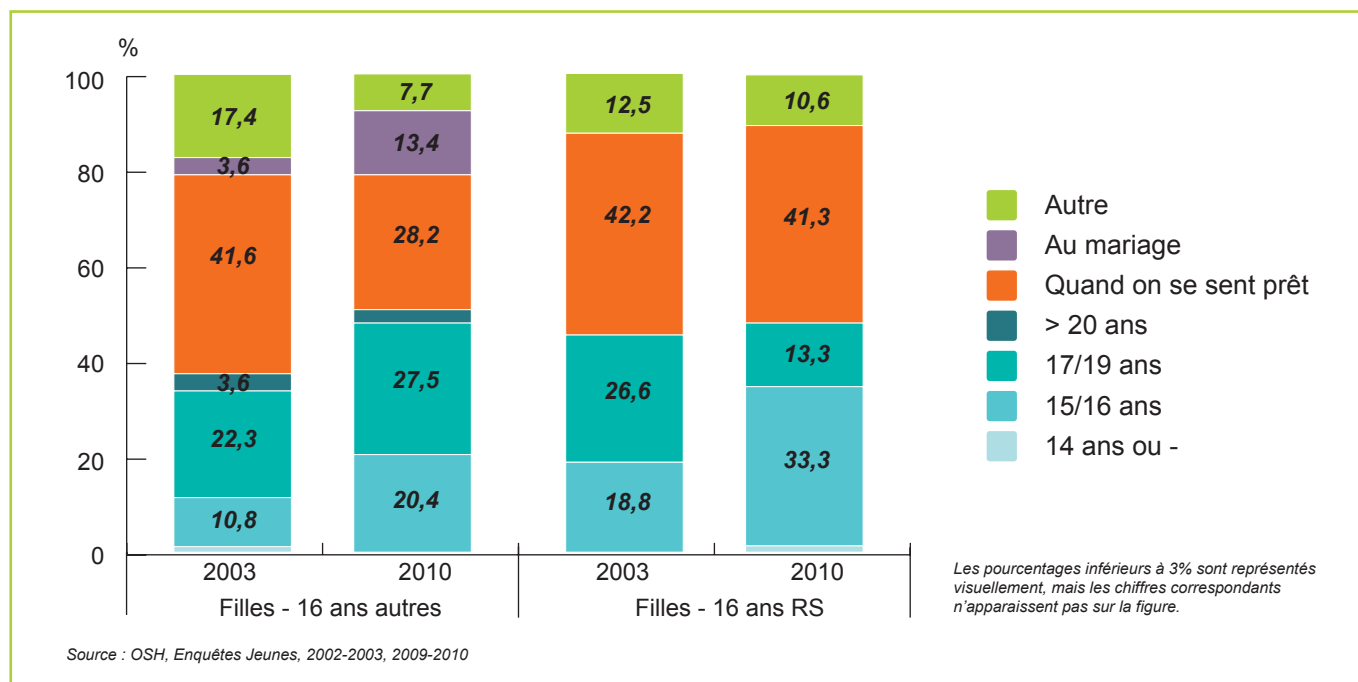


Les jeunes de 13 ans et ceux de 16 ans qui ne déclarent pas avoir déjà eu des relations sexuelles présentent des réponses assez semblables. Les garçons donnent davantage un âge idéal pour les premières relations sexuelles allant de 15 à 19 ans qu'une situation, alors que les filles mettent en avant aussi bien une situation "quand on se sent prêt(e)" ou "le mariage" qu'un âge idéal.

Lorsqu'ils expriment un âge, les garçons choisissent plus fréquemment un âge idéal (15-16 ans) pour le premier rapport sexuel inférieur à celui déclaré par les filles (17-19 ans).

Ce profil de réponse se retrouve partiellement chez les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles : les filles (41 %) répondent le plus souvent "quand le jeune se sent prêt" alors que les garçons citent préférentiellement un âge : "15-16 ans" pour 57 % des garçons contre 33 % des filles. Ceci correspond probablement à l'âge de leur première expérience. Le mariage n'est jamais cité dans ce groupe alors qu'il est choisi par 13 % des filles de 16 ans qui ne déclarent pas avoir eu des relations sexuelles.

Figure 1.2. Evolution de l'opinion des filles de 16 ans sur l'âge idéal des premiers rapports sexuels (2003 N = 230 ; 2010 N = 207)

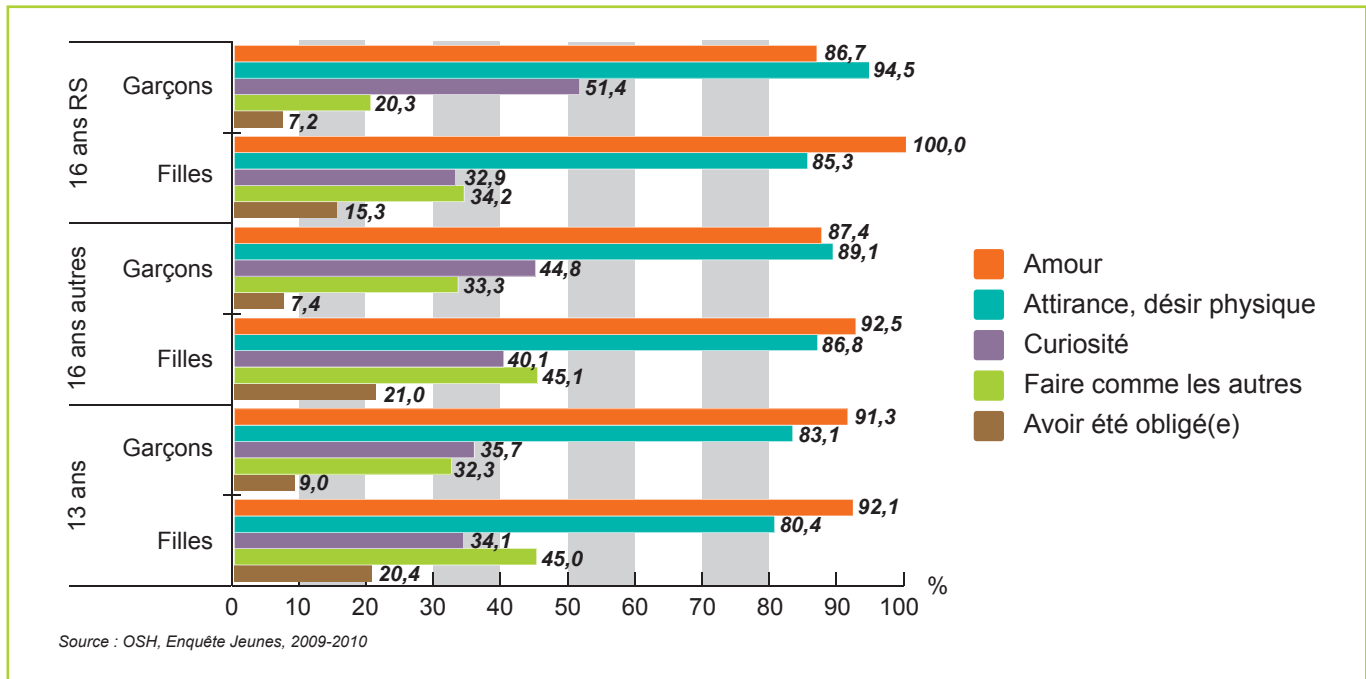


▼
 Par rapport aux résultats de 2003, les variations observées ne sont significatives que pour les filles de 16 ans. En effet, celles qui n'ont pas déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels déclarent moins fréquemment que l'âge idéal des premiers rapports se situe quand le jeune se sent prêt et citent plus fréquemment la tranche d'âge 15-16 ans et le mariage. Celles qui ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles déclarent également plus fréquemment que l'âge idéal est 15-16 ans alors qu'en 2003, l'âge le plus fréquemment cité était 17-19 ans.

1.3. Motif de la première relation sexuelle

Cette question comporte six propositions de réponse. Pour chacune, le jeune a évalué s'il s'agit oui ou non d'un motif amenant les jeunes à avoir une première relation sexuelle. La question interroge donc plutôt les représentations des jeunes de 13 ans et de 16 ans qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles et les raisons qui ont amené les autres jeunes de 16 ans à avoir une première relation sexuelle.

Figure 1.3. Motifs d'une première relation sexuelle pour les jeunes de 13 et 16 ans (N = 782 à 813 selon les propositions)



▼
D'une manière générale, en 2010, plus de 90 % des jeunes déclarent que l'amour est un motif qui incite le jeune à avoir une première relation sexuelle. Les filles citent davantage l'amour que les garçons. Vient ensuite l'attirance physique, citée par plus de 85 % de ces jeunes. Les garçons de 16 ans ayant déjà eu des rapports ou non voient plus fréquemment l'attirance physique comme motivation à avoir une première relation sexuelle que l'amour.

Les garçons placent en troisième position la curiosité et en quatrième le fait d'avoir été obligés. A l'inverse, les filles parlent d'abord de se sentir obligées avant la curiosité comme raison pour avoir une première expérience sexuelle.

Le motif de "faire comme les autres" est davantage cité par les filles que par les garçons et par les jeunes de 16 ans qui ne déclarent pas avoir déjà eu des relations sexuelles.

L'item "avoir été obligé" ne fait pas la différence entre un acte criminel (viol, inceste, agression) et une pression sociale ou affective par un autre jeune qui amènerait le jeune à accepter une relation sexuelle contre son souhait. Une fille sur 5 déclare que le fait d'être obligé est un facteur pouvant amener un jeune à avoir une première relation sexuelle, contre moins d'un garçon sur 10.

Sur les 23 jeunes qui disent qu'il peut y avoir une autre raison, 12 précisent : l'envie (4), l'ivresse (2), l'argent (2), se rendre intéressant (2), les sentiments (1), le mariage (1).

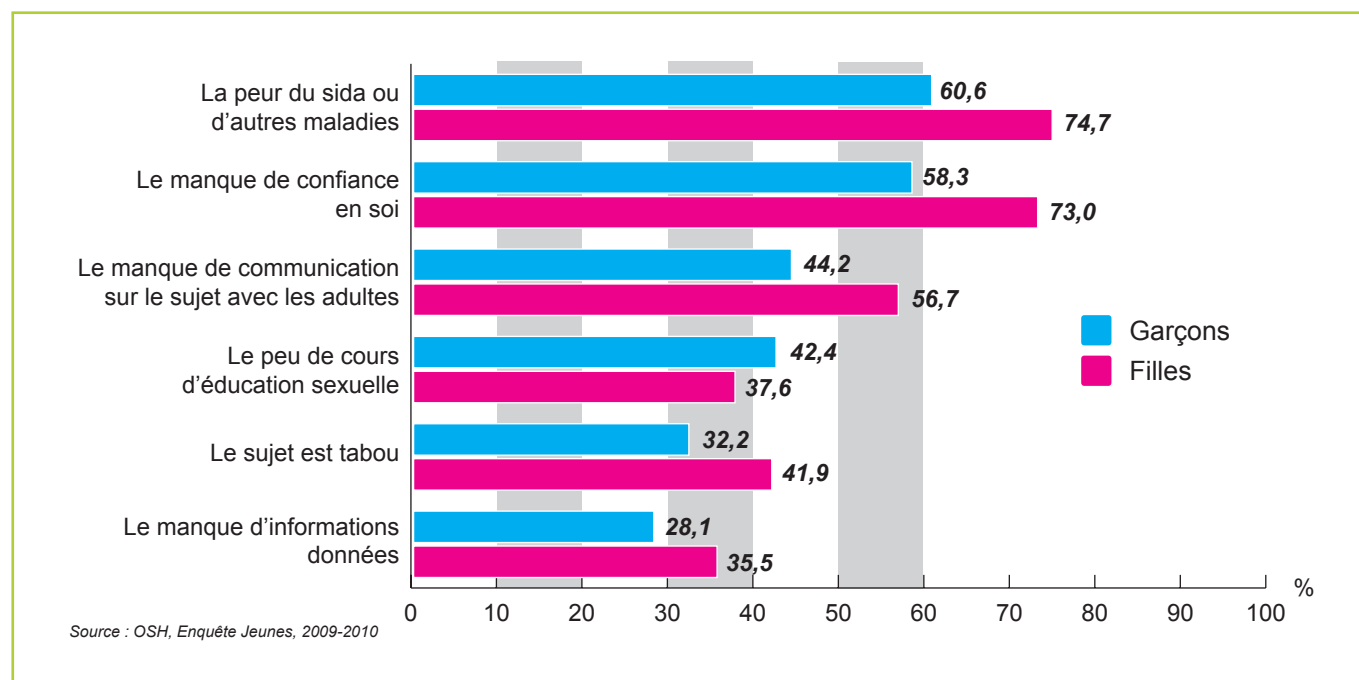
Les chiffres varient peu entre 2003 et 2010, l'amour reste le motif le plus souvent évoqué pour une première relation sexuelle chez tous les jeunes. En 2010, les garçons de 13 ans citent davantage l'amour, l'attraction physique et le fait d'avoir été obligé comme raison d'une première relation sexuelle qu'en 2003. Les filles de 16 ans qui ne déclarent pas avoir eu des relations sexuelles mentionnent davantage le fait d'être obligées en 2010 qu'en 2003.

2. Représentations, comportements et attitudes

L'identité sexuelle se construit à l'adolescence mais s'accompagne souvent de questions et parfois d'angoisses par rapport à ces nouvelles expériences. Le jeune se cherche, expérimente, pose des questions, s'informe, découvre ce qu'il aime ou pas, teste ses limites et prend des risques.

2.1. Difficultés rencontrées par les jeunes par rapport à la sexualité

Figure I.4. Avis des jeunes de 13 et 16 ans sur leurs difficultés par rapport à la sexualité (N = 768 à 789 selon les propositions)



En 2010, les jeunes de 13 et 16 ans ont été interrogés sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer par rapport à la sexualité. Parmi les réponses proposées, plus de 7 filles sur 10 et 6 garçons sur 10 citent "la peur du sida ou d'autres maladies" et/ou "le manque de confiance en soi". Viennent ensuite, les motifs liés à un manque de communication et d'information. Au total, 88 % des filles et 75 % des garçons citent au moins un motif lié à la communication (manque d'informations données, sujet tabou, peu de cours d'éducation sexuelle, manque de communication avec les adultes). Le fait que la sexualité reste un sujet tabou est ressenti comme une difficulté pour un tiers des jeunes.

Les réponses ne diffèrent pas entre les groupes d'âge. Par contre, les filles de tous âges choisissent davantage que les garçons la peur du sida et des autres maladies, le manque de confiance et le manque de communication.

On constate, également, un effet de la filière scolaire sur le manque ressenti de cours d'éducation sexuelle. Ainsi, les jeunes fréquentant l'enseignement de transition (42 %) sont plus nombreux à déclarer qu'il s'agit d'une difficulté par rapport à leur sexualité que les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification (34 %).

Cette question a été reformulée entre l'enquête de 2003 et celle de 2010, ce qui ne permet pas la comparaison des résultats.

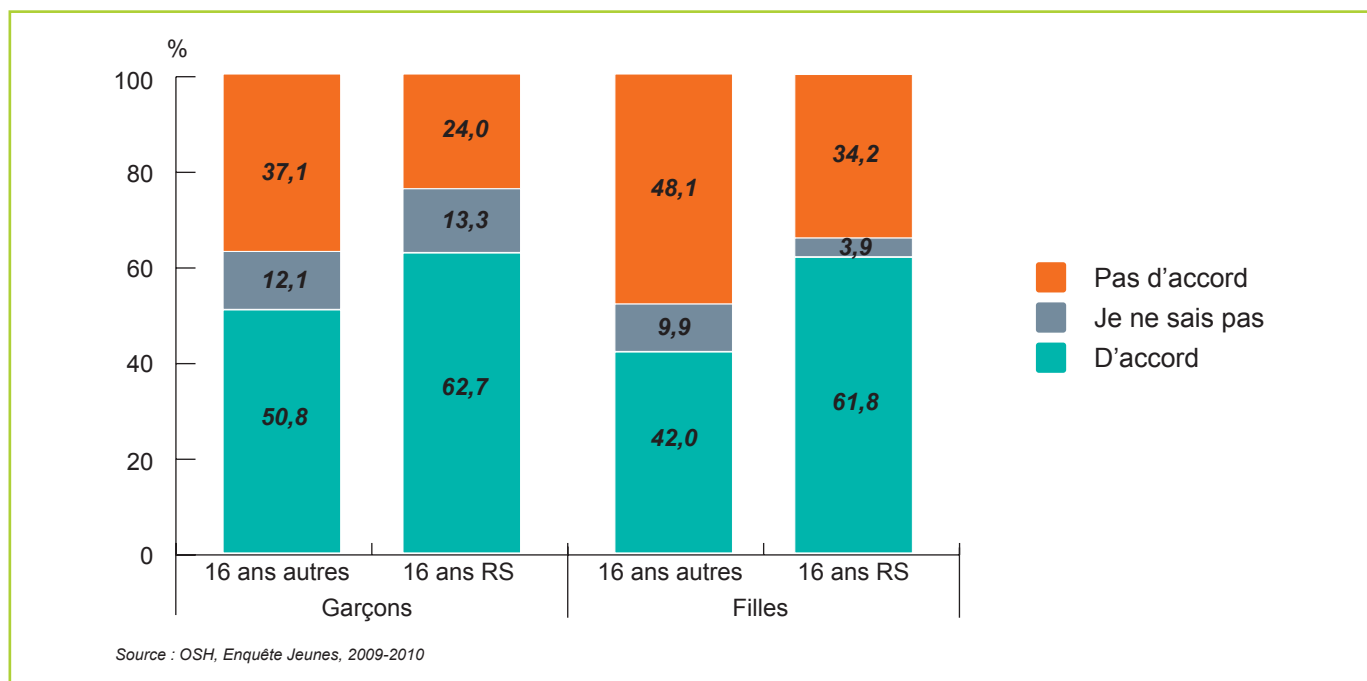
2.2. Amour et sexualité

En 2010, 84 % des jeunes de 16 ans qu'ils aient eu ou non des relations sexuelles sont d'accord (plutôt ou tout à fait) avec l'affirmation "c'est important d'aimer quand on a une relation sexuelle", les filles (94 %) davantage que les garçons (76 %).

L'opinion des jeunes par rapport à cette question n'a pas évolué de façon significative depuis l'enquête de 2003.

Si la majorité des jeunes de 16 ans pensent qu'il est important d'aimer quand on a une relation sexuelle et que cet amour peut motiver l'acte sexuel, ils sont conscients que ce n'est pas l'unique motif et donnent d'autres raisons comme mentionné dans le point précédent.

Figure 1.5. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "faire l'amour est une preuve d'amour" (N = 398)



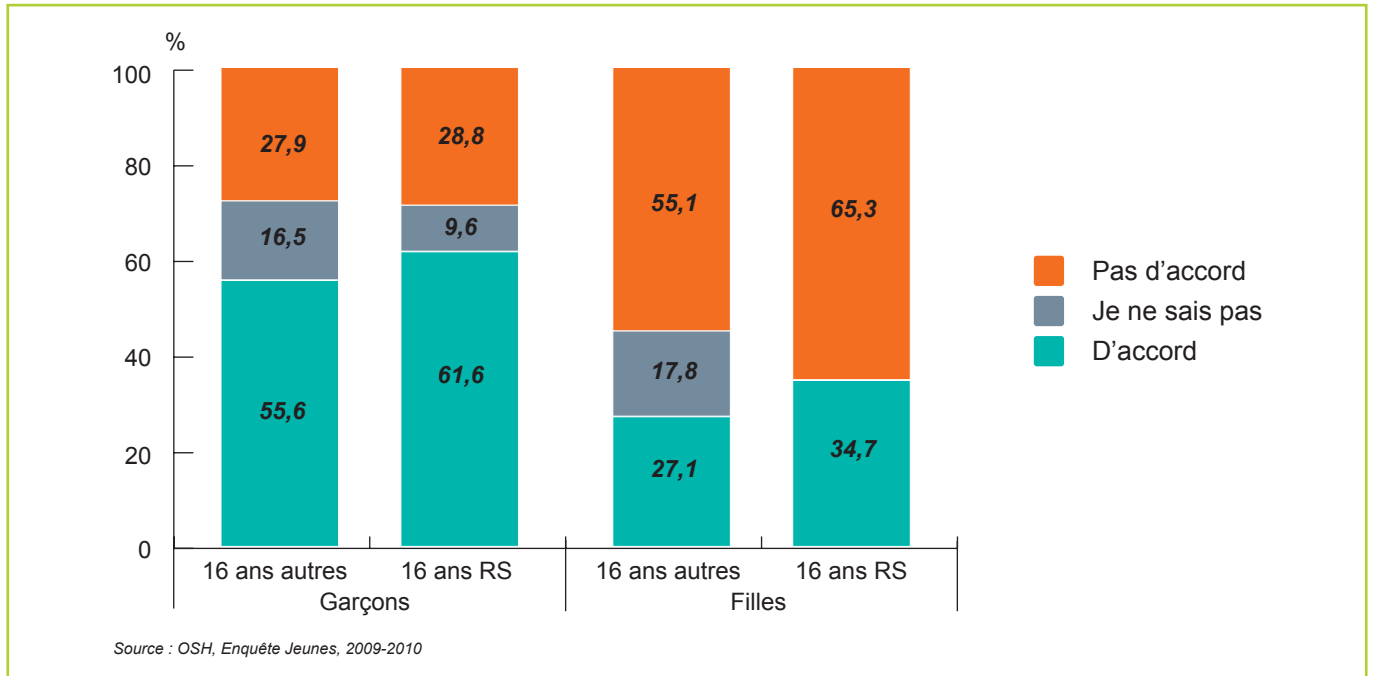
▼
En 2010, 53 % des jeunes de 16 ans sont aussi d'accord (plutôt ou tout à fait) avec l'affirmation "faire l'amour est une preuve d'amour", 37 % ne sont pas d'accord et 10 % ne se positionnent pas. Les garçons sont à la fois plus souvent d'accord mais également plus indécis que les filles. Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles sont davantage d'accord avec cette affirmation que les autres (62 % contre 47 %).

Entre 2003 et 2010, les proportions de filles de 16 ans étant d'accord avec l'affirmation "faire l'amour est une preuve d'amour" ont significativement diminué (passant de 64 % à 49 %) ainsi que chez les garçons qui n'ont pas déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles (passant de 71 % à 63 %).

2.3. Amusement et craintes

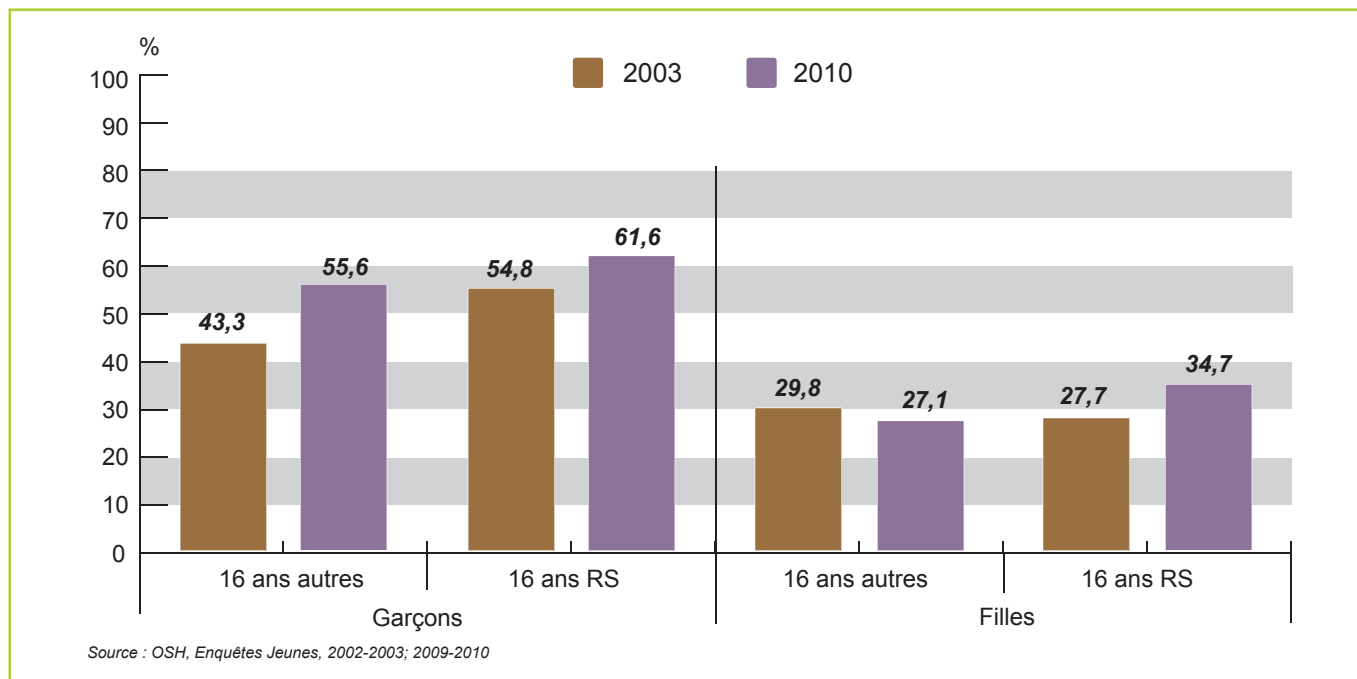
Il a été demandé aux jeunes de 16 ans de donner leur avis sur le fait que s'amuser dans une relation sexuelle était essentiel et sur le risque qu'ils prenaient en parlant de leurs craintes à leur partenaire.

Figure 1.6. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser" (N = 392)



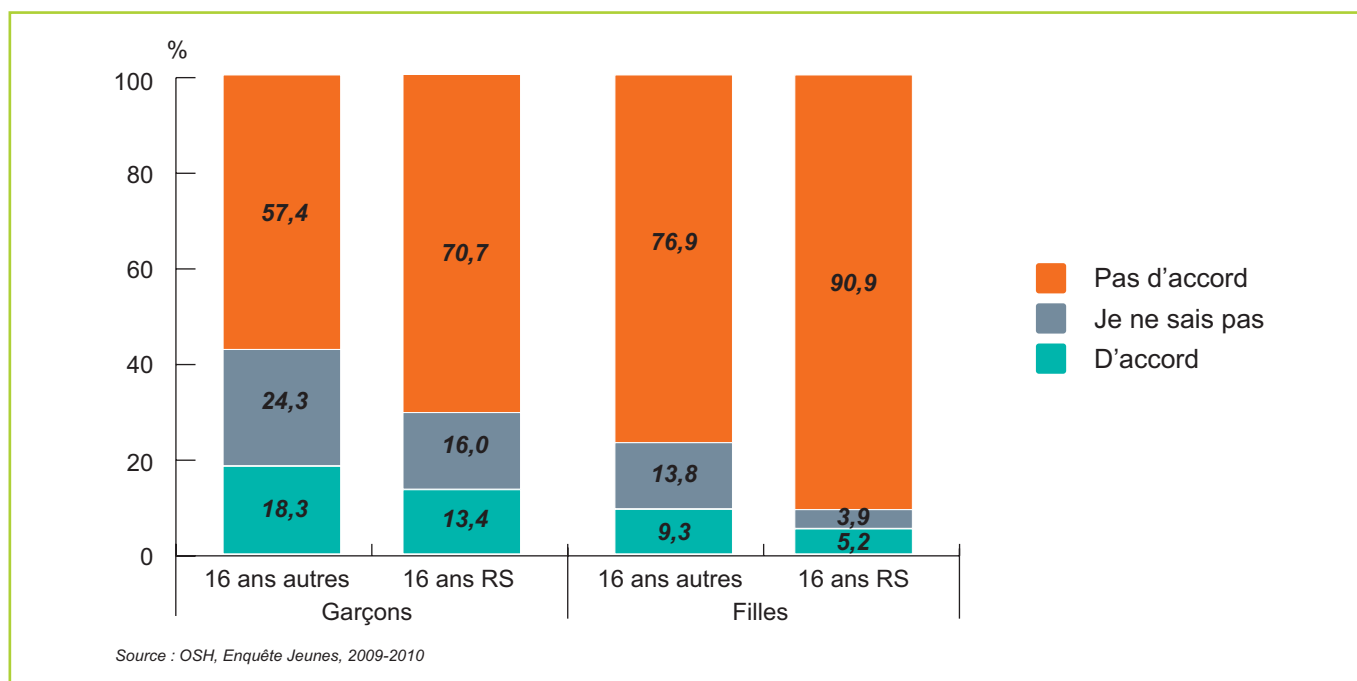
En 2010, 45 % des jeunes de 16 ans sont d'accord avec l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser", les garçons davantage que les filles.

Figure 1.7. Evolution de la proportion de jeunes de 16 ans d'accord avec l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser" (2003 N = 393 ; 2010 N = 392)



▼
La proportion de jeunes d'accord avec l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser" a significativement augmenté entre 2003 et 2010 passant de 39 % à 45 %. Cette évolution concerne, d'une part, tous les garçons et, d'autre part, les filles déclarant des relations sexuelles.

Figure 1.8. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "si je parle de mes craintes à mon ami(e), ça va tout gâcher" (N = 397)



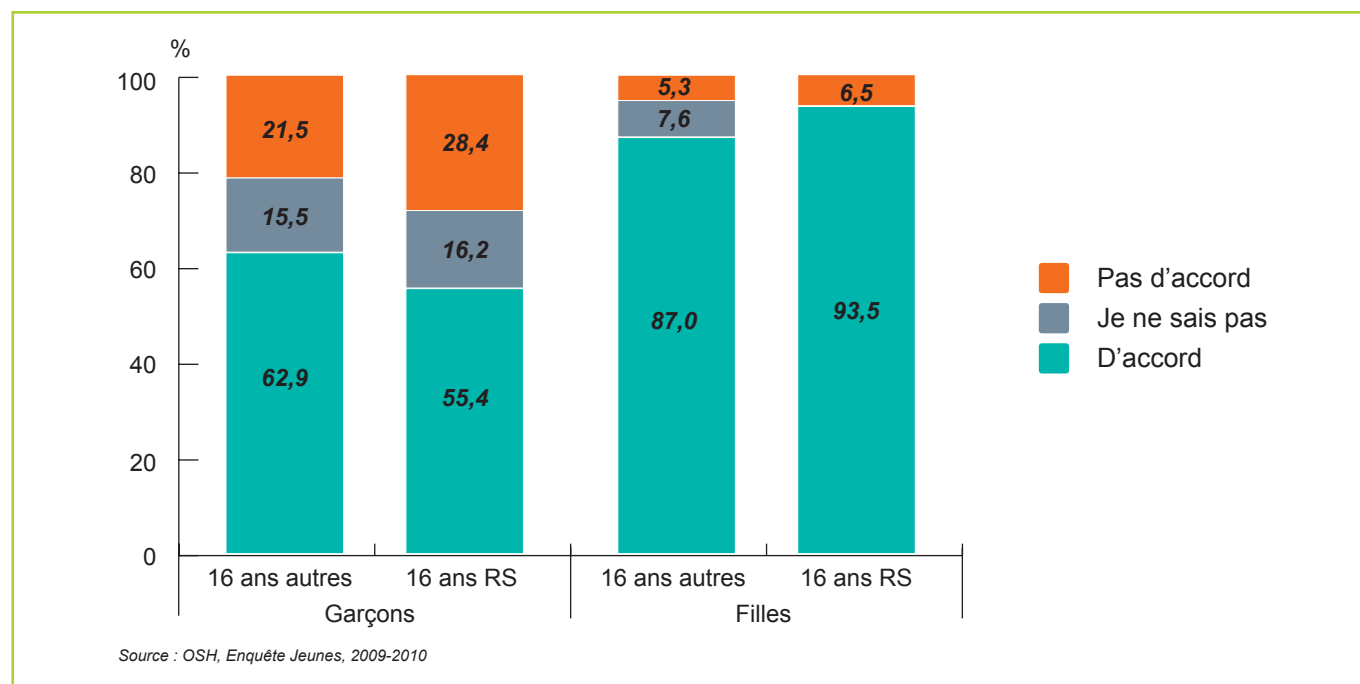
▼
Plus de 70 % des jeunes de 16 ans ne sont pas d'accord (plutôt ou tout à fait) avec l'affirmation "si je parle de mes craintes à mon ami(e), ça va tout gâcher", les filles davantage que les garçons. Ces proportions de jeunes n'ont pas évolué de façon significative entre 2003 et 2010.

2.4. Préjugés sur la sexualité

On a demandé aux jeunes de 16 ans de donner leur avis sur le fait que les homosexuels étaient des personnes comme les autres et que les filles qui utilisent un moyen de contraception étaient des filles faciles.

Le libellé de la question reprenait le terme "homosexuels" au sens large (homme et femme). Cependant, rien ne permet de dire si les jeunes l'ont compris dans ce sens. Certains ont pu se positionner uniquement par rapport à l'homosexualité masculine.

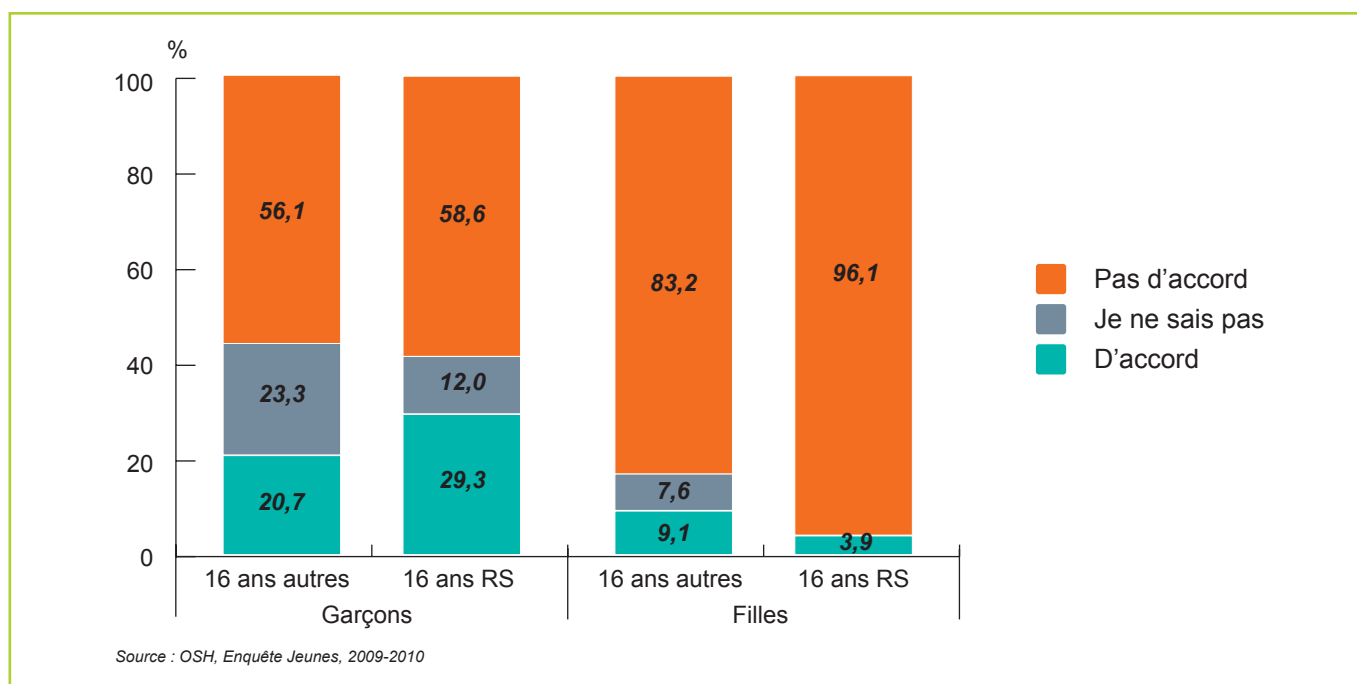
Figure 1.9. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "les homosexuels doivent être respectés comme les autres" (N = 398)



▼
Plus de 70 % des jeunes sont d'accord avec l'affirmation "les homosexuels doivent être respectés comme les autres". Les filles sont davantage en accord avec cette affirmation que les garçons. Elles semblent donc plus tolérantes que les garçons. Le fait d'avoir eu ou non des relations sexuelles n'influence pas l'accord avec cette affirmation. Ces données sont comparables avec celles de 2003.

La filière d'enseignement semble être un facteur influençant l'accord avec cette affirmation chez les garçons. On observe une forte différence entre les proportions de garçons se déclarant d'accord de respecter les homosexuels entre la filière de transition (73 %) et celle de qualification (48 %).

Figure 1.10. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "une fille qui prend la pilule ou qui a des préservatifs est une fille facile" (N = 399)



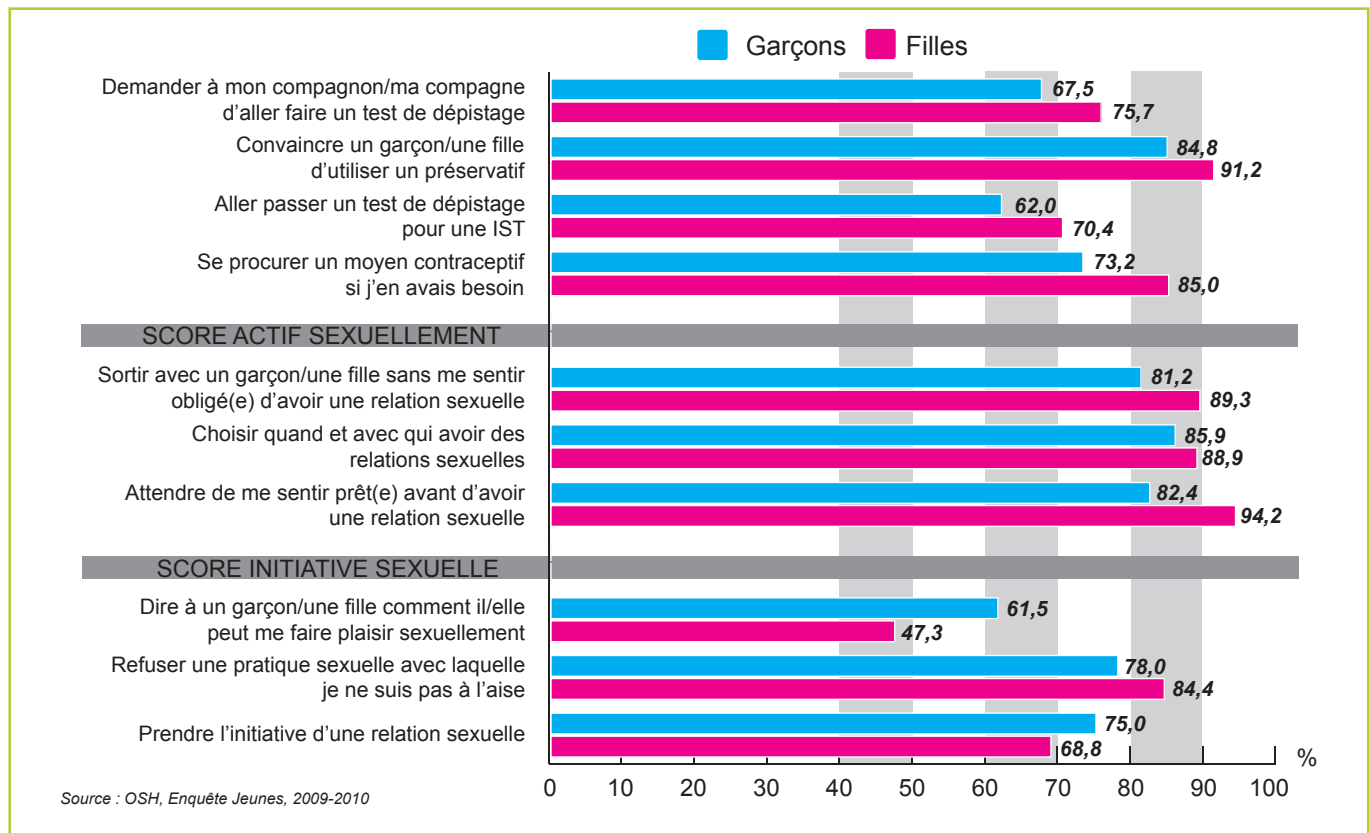
En 2010, 71 % des jeunes de 16 ans ne sont pas d'accord avec l'affirmation "une fille qui prend la pilule ou qui a des préservatifs est une fille facile". Les filles expriment davantage leur désaccord que les garçons. Par contre, 24 % des garçons de 16 ans pensent que ce sont des filles faciles. Cependant, c'est nettement moins qu'en 2003 où ils étaient 38 % à le penser. D'une manière générale, entre 2003 et 2010, les jeunes sont moins d'accord avec cette affirmation (passant de 23 % à 16 %) et principalement, les jeunes qui ne déclarent pas avoir déjà eu des relations sexuelles (passant de 23 % à 15 %).

La filière scolaire semble également être un facteur influençant l'acceptation de cette affirmation. Ainsi, les jeunes fréquentant l'enseignement de qualification sont plus fréquemment d'accord avec cette affirmation (21 %) que les jeunes de l'enseignement de transition (11 %). Ce sont les garçons qui fréquentent l'enseignement de qualification et qui ne déclarent pas avoir déjà eu des relations sexuelles qui pensent davantage qu'une fille qui prend la pilule ou qui a des préservatifs est une fille facile (33 % contre 12 % dans l'enseignement de transition).

2.5. Perception de contrôle et choix des comportements

Les jeunes de 16 ans se sont évalués par rapport à leur capacité à adopter certains comportements.

Figure 1.II. Jugement personnel des jeunes de 16 ans par rapport à leur capacité d'adopter les comportements décrits (N = 395 à 399 selon les propositions)



En 2010, environ 9 jeunes de 16 ans sur 10 se sentent capables de choisir leur partenaire et le moment pour avoir une relation sexuelle et également, d'attendre de se sentir prêts pour avoir des relations sexuelles, les filles davantage que les garçons. Huit jeunes sur 10 se déclarent capables de sortir avec une fille/un garçon sans se sentir obligés d'avoir une relation sexuelle avec elle/lui et 8 sur 10 également, de refuser une pratique sexuelle avec laquelle ils ne seraient pas à l'aise.

Par contre, les jeunes se disent moins fréquemment capables de prendre l'initiative d'une relation sexuelle (environ 7 jeunes sur 10) et d'exprimer comment la/le partenaire peut leur faire plaisir sexuellement, les filles (47 %) encore plus difficilement que les garçons (62 %). Les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles se perçoivent davantage capables de prendre l'initiative d'une relation sexuelle (86 % contre 64 %) et d'exprimer comment leur faire plaisir sexuellement que les autres (73 % contre 45 %).

La filière scolaire semble être un facteur influençant certains comportements, ainsi les jeunes de 16 ans fréquentant l'enseignement de qualification se déclarent moins fréquemment capables que ceux de l'enseignement de transition, de choisir leur partenaire et le moment pour avoir une relation sexuelle (83 % contre 92 %), de se procurer un moyen de contraception s'ils en avaient besoin (72 % contre 85 %) et de refuser une pratique sexuelle avec laquelle ils ne seraient pas à l'aise (76 % contre 86 %). Ces différences entre les deux filières se marquent principalement chez les garçons.

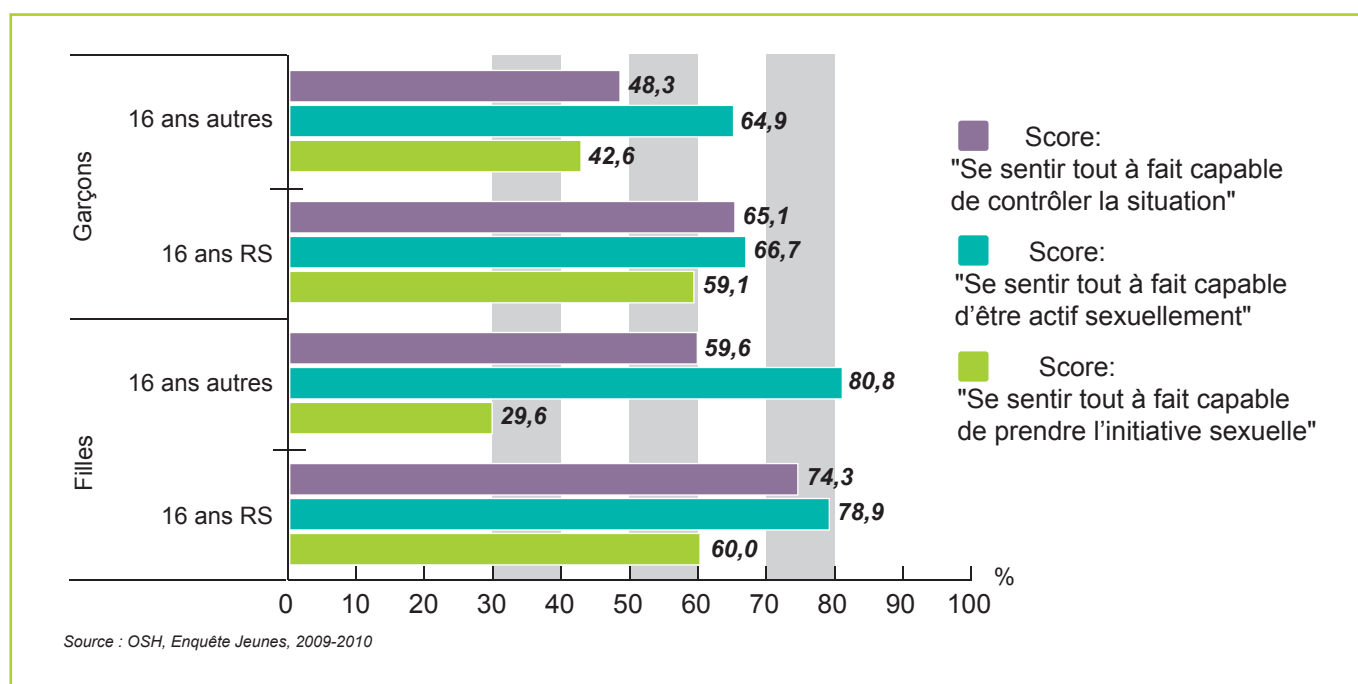
Par rapport au comportement lié à la contraception et à la protection contre les IST, environ 8 jeunes de 16 ans sur 10 se sentent capables de se procurer un moyen de contraception s'ils en avaient besoin, les filles (85 %) davantage que les garçons (73 %), les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles (82 %) davantage que les autres (76 %) et principalement, les filles qui ont déjà eu des relations sexuelles (95 %). D'autre part, presque 9 sur 10 se sentent capables de convaincre leur partenaire d'utiliser un préservatif, les filles (91 %) également plus que les garçons (85 %). Par contre, 7 jeunes sur 10 se sentent capables de demander à leur partenaire de faire un test de dépistage et presque autant se sentent capables de passer un test de dépistage pour une IST.

De manière générale, ces résultats sont comparables à ceux qui avaient été observés en 2003.

Les réponses (de "tout à fait capable" à "tout à fait incapable") données à ces dix questions ont permis de calculer un score représentant la perception que les jeunes ont du contrôle par rapport à leur sexualité. Deux sous-scores ont également été construits, l'un portant sur la perception de contrôle quant au choix d'être actif sexuellement et l'autre quant à l'initiative de la relation sexuelle (Cf. Annexe).

Ce score s'inspire de la théorie du comportement planifié ^(Ajzen 1985 ; Fishbein, 1975) qui met en avant que le comportement humain est influencé par trois facteurs : l'attitude, les normes sociales et le sentiment d'auto-efficacité. Les croyances d'efficacité prédisent à la fois les intentions et les comportements. Cette théorie a été largement testée dans des études sur les pratiques de santé ^(de Vries, 1988 ; Lavoie, 1991) et dans d'autres enquêtes sur la sexualité des jeunes ^(Fernet, 2002 ; Otis, 1991).

Figure 1.12. Score de perception du contrôle de la situation relative à la sexualité (N = 335), de l'activité sexuelle (N = 383) et de l'initiative d'une relation sexuelle (N = 357) des jeunes de 16 ans



▼
 En 2010, 6 jeunes de 16 ans sur 10 se sentent capables de contrôler les situations relatives à leur sexualité. On n'observe pas de différence entre les filles et les garçons mais bien une différence entre les jeunes qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles et les autres. Ainsi, les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles se perçoivent davantage capables de gérer leur relation que les autres (70 % contre 54 %).

Sept jeunes de 16 ans sur 10 se perçoivent fortement capables de choisir d'être sexuellement actifs, les filles davantage que les garçons.

Ils sont aussi 5 jeunes sur 10 à se percevoir capables de prendre l'initiative de la relation sexuelle, les jeunes qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles davantage que les autres, aussi bien les filles (60 % contre 30 %) que les garçons (59 % contre 43 %).

Les données de 2010 sont comparables avec celles obtenues en 2003.

2.6. Effet du tabac et de l'alcool

En 2010, 58 % des jeunes de 16 ans sont informés que le tabac nuit à l'érection et à la qualité des spermatozoïdes. Les proportions sont semblables chez les filles (57 %) et les garçons (58 %). Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles sont mieux informés sur le sujet puisqu'ils sont 68 % à répondre correctement à la question contre 52 % pour les autres. D'une manière générale, les proportions de jeunes, garçons et filles, ayant déjà eu ou non des relations sexuelles, qui répondent correctement à la question sont nettement plus élevées qu'en 2003 où seuls 32 % des jeunes de 16 ans avaient répondu correctement à la question.

Tableau 1.3. Connaissance par les jeunes de 16 ans des effets du tabac sur l'érection et la qualité du sperme en fonction du statut tabagique (N = 399)

%	Bonne réponse
Non-fumeurs	49,5
Anciens fumeurs	58,6
Fumeurs	78,7

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



Les proportions de jeunes informés des effets du tabac sur l'érection et la qualité des spermatozoïdes varient en fonction de leur statut tabagique. En effet, 79 % des fumeurs, 59 % des anciens fumeurs et 50 % des jeunes qui déclarent ne jamais avoir fumé répondent correctement à la question.

En 2010, 33 % des jeunes de 16 ans sont informés que l'alcool nuit à l'érection et à la qualité des spermatozoïdes. Les filles (39 %) sont mieux informées que les garçons (28 %) et les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles sont également mieux informés (40 %) que les autres (29 %). Ces pourcentages montrent une légère augmentation entre 2003 et 2010 (passant de 28 % à 33 %) principalement chez les jeunes qui ne déclarent pas avoir déjà eu des relations sexuelles (de 22 % à 29 %) et indépendamment de leur consommation déclarée d'alcool.

3. Relation non désirée et abus

3.1. Attitude par rapport à une relation sexuelle non désirée

Tableau 1.4. Proportion de jeunes de 16 ans qui accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie (N = 396)

%	Garçons		Filles		Total	
	16 ans autres	16 ans RS	16 ans autres	16 ans RS	16 ans autres	16 ans RS
Oui	23,3	47,3	3,8	8,0	14,1	30,5
Je ne sais pas	12,9	9,5	3,1	0,0	8,5	5,3
Non	63,8	43,2	93,1	92,0	77,4	64,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

▼
En 2010, 20 % des jeunes de 16 ans déclarent qu'ils accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie, davantage les garçons que les filles. Les garçons qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent davantage qu'ils accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie.

Il est intéressant de noter les distorsions qui peuvent apparaître entre les réponses des jeunes aux différentes questions de cette enquête. Alors que seuls 5 % des filles déclarent qu'elles accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie, elles sont 19 % à déclarer qu'une raison pour une première relation sexuelle est le fait d'y être obligé. Cela peut mettre en lumière la pression que ressentent les jeunes filles en matière de sexualité.

La proportion de jeunes filles qui accepteraient une relation sexuelle sans en avoir envie a baissé significativement depuis 2003 (de 11 % en 2003 à 5 % en 2010), principalement pour les filles qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles (de 20 % en 2003 à 8 % en 2010) mais est restée comparable pour les garçons (31 % en 2003 et 33 % en 2010).

Quelles sont les raisons invoquées pour accepter une relation sexuelle sans en avoir réellement envie ?

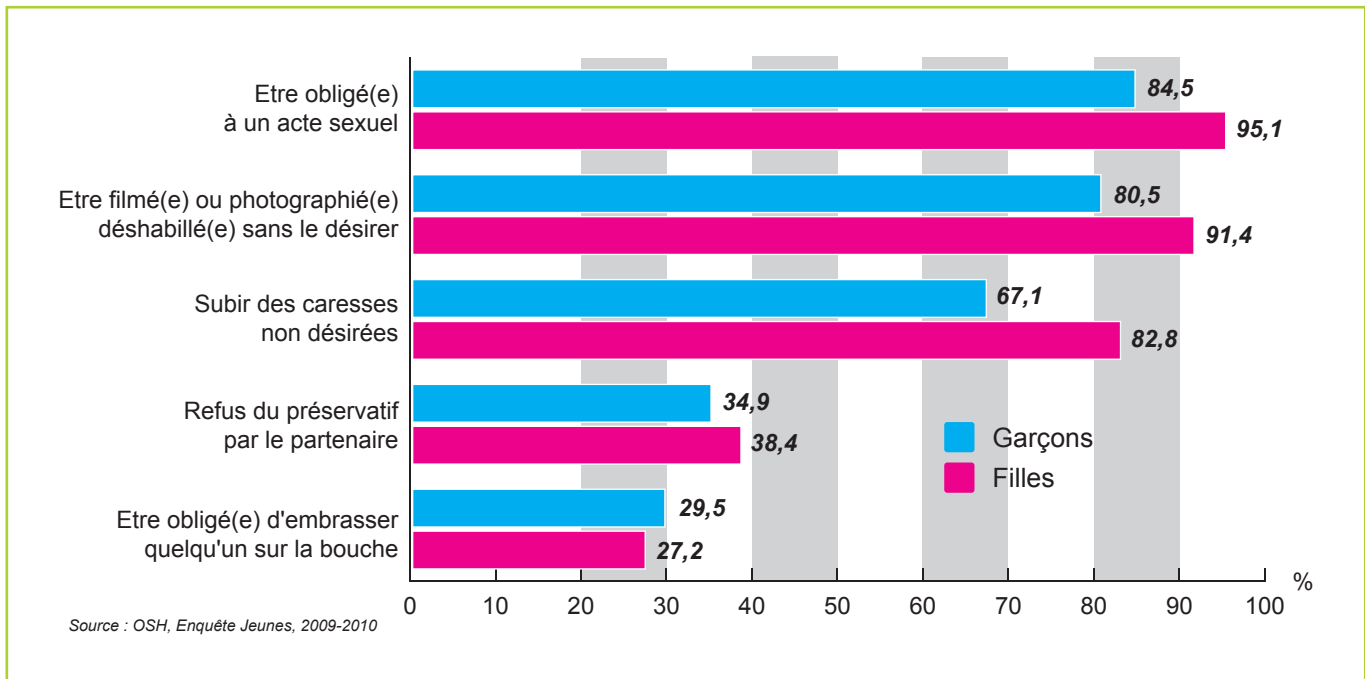
Parmi les 71 garçons qui déclarent qu'ils accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie, 46 d'entre eux estiment qu'ils ont l'âge de le faire, 38 le feraient pour essayer, 14 pour éviter d'être abandonné, 13 pour éviter d'être critiqué, 9 pour faire comme les autres et 13 ont donné une autre raison (8 "pourquoi pas" et 4 "pour le partenaire").

Les 10 filles qui déclarent qu'elles accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie ont donné comme motif : pour éviter d'être abandonnée (4), parce qu'elles estiment avoir l'âge de le faire (4), pour essayer (3), pour faire plaisir (1).

3.2. Représentation de l'abus sexuel

Les jeunes de 13 et 16 ans ont été interrogés sur ce qu'ils considéraient comme "abus sexuel". Ils devaient se prononcer par rapport à chaque acte. On ne demandait pas au jeune s'il avait déjà subi ces actes mais plutôt s'ils les considéraient comme des abus. La question portait donc sur leurs représentations. On ne précisait pas si l'acte était le fait d'un autre jeune ou d'un adulte.

Figure 1.13. Représentations des jeunes de 13 et 16 ans selon qu'ils considèrent les différents actes comme des abus sexuels (N = 811 à 820 selon les propositions)



La figure 1.13. présente les proportions de jeunes qui considèrent les différents actes comme étant des abus sexuels. Filles et garçons considèrent comme abus sexuel principalement le fait d'être obligé(e) à un acte sexuel non désiré, d'être filmé(e) ou photographié(e) sans en avoir envie et d'être caressé(e) sans le désirer.

A contrario, parmi les jeunes hainuyers de 13 et 16 ans,

- 10 % ne considèrent pas qu'être obligé(e) à un acte sexuel soit un abus sexuel ;
- 13 % ne considèrent pas qu'être filmé(e) ou photographié(e) déshabillé(e) sans le désirer soit un abus sexuel ;
- 24 % ne considèrent pas que subir des caresses non désirées soit un abus sexuel ;
- 63 % ne considèrent pas que le fait que le partenaire refuse d'utiliser un préservatif soit un abus sexuel ;
- 72 % ne considèrent pas que d'être obligé(e) d'embrasser quelqu'un sur la bouche soit un abus sexuel.

D'une manière générale, les filles considèrent plus fréquemment que les garçons les comportements cités comme des abus à l'exception d'être obligé d'embrasser et le refus du préservatif. Les opinions des 13 et 16 ans ne divergent pas, à l'exception des jeunes de 16 ans qui considèrent plus fréquemment le refus du préservatif comme un abus que ceux de 13 ans (39 % contre 34 %) et des jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles (84 %) qui considèrent davantage que subir des caresses est un abus par rapport aux 13 ans (73 %) et aux autres jeunes de 16 ans (72 %).

Tableau 1.5. Evolution des proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui considèrent que d'être filmé ou photographié déshabillé sans l'avoir désiré soit un abus sexuel (2003 N = 502 ; 2010 N = 427)

%	2003	2010
Garçons	73,9	80,5
Filles	86,4	91,4
Total	80,0	86,5

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003 ; 2009-2010



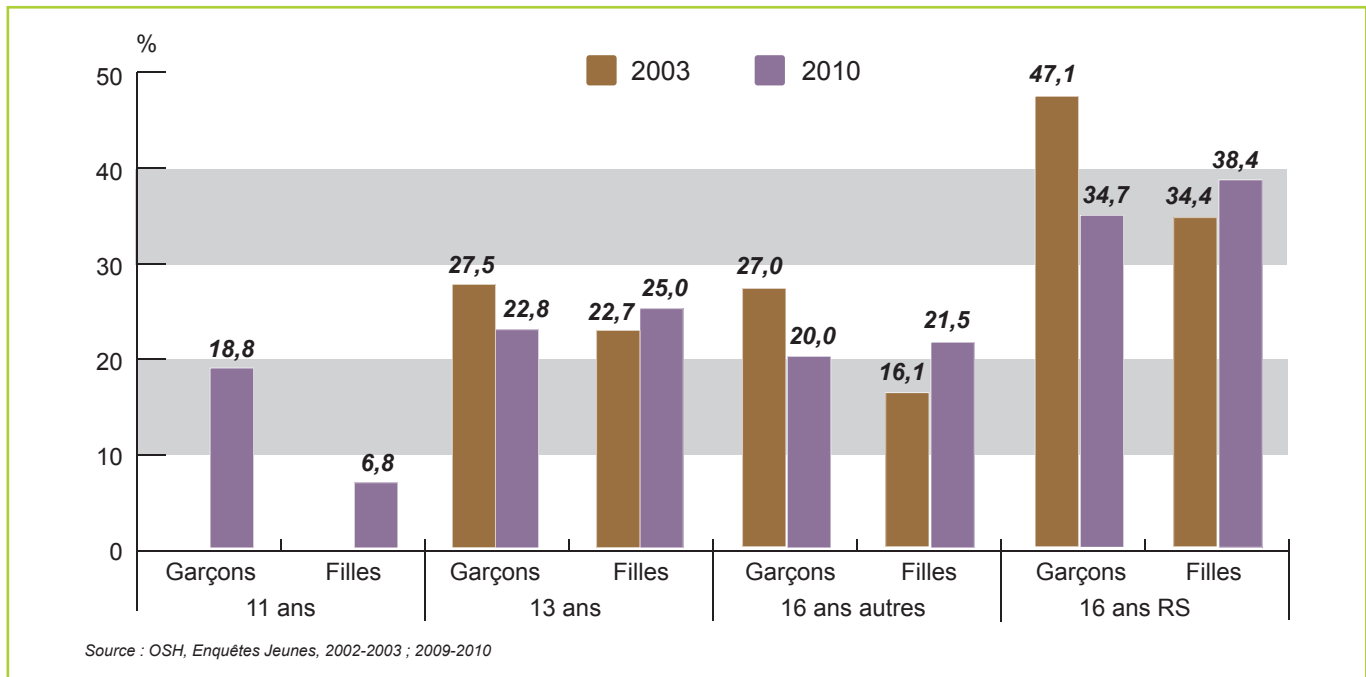
Par rapport aux résultats obtenus en 2003, on constate une augmentation significative du nombre de jeunes, filles (86 % à 91 %) et garçons (74 % à 80 %), qui considèrent comme abus sexuel le fait d'être filmé(e) ou photographié(e) sans l'avoir désiré. Cette augmentation est de 10 points chez les plus jeunes (76 % à 86 %). Pour les autres propositions, il n'y a pas d'évolution marquée entre 2003 et 2010.

L'analyse montre aussi que les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition considèrent plus fréquemment (32 %) que les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification (19 %) qu'être obligé(e) d'embrasser sur la bouche soit un abus sexuel. Cette différence se retrouve principalement chez les jeunes de 16 ans aussi bien chez les filles (33 % contre 19 %) que chez les garçons (41 % contre 18 %).

3.3. SMS dérangeants à caractère sexuel

En 2010, le pourcentage de jeunes qui possèdent un GSM personnel varie en fonction de l'âge : 73 % à 11 ans, 93 % à 13 ans et 98 % à 16 ans.

Figure 1.14. Evolution de la réception de SMS dérangeants à caractère sexuel parmi les jeunes de 11, 13 et 16 ans qui ont un GSM personnel (2003 N = 841 ; 2010 N = 1 136)



En 2003, la question n'avait pas été posée aux jeunes de 11 ans.

En 2010, parmi les jeunes qui ont un GSM personnel, 22 % déclarent avoir déjà reçu des SMS dérangeants à caractère sexuel. Les proportions augmentent significativement avec l'âge. Parmi les jeunes de 16 ans, ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent davantage recevoir des SMS dérangeants à caractère sexuel que les autres aussi bien chez les filles (38 % RS contre 21 %) que chez les garçons (35 % RS contre 20 %).

D'une manière générale, le nombre de garçons déclarant recevoir des SMS dérangeants à caractère sexuel est en diminution entre 2003 et 2010 (passant de 31 % à 24 %).

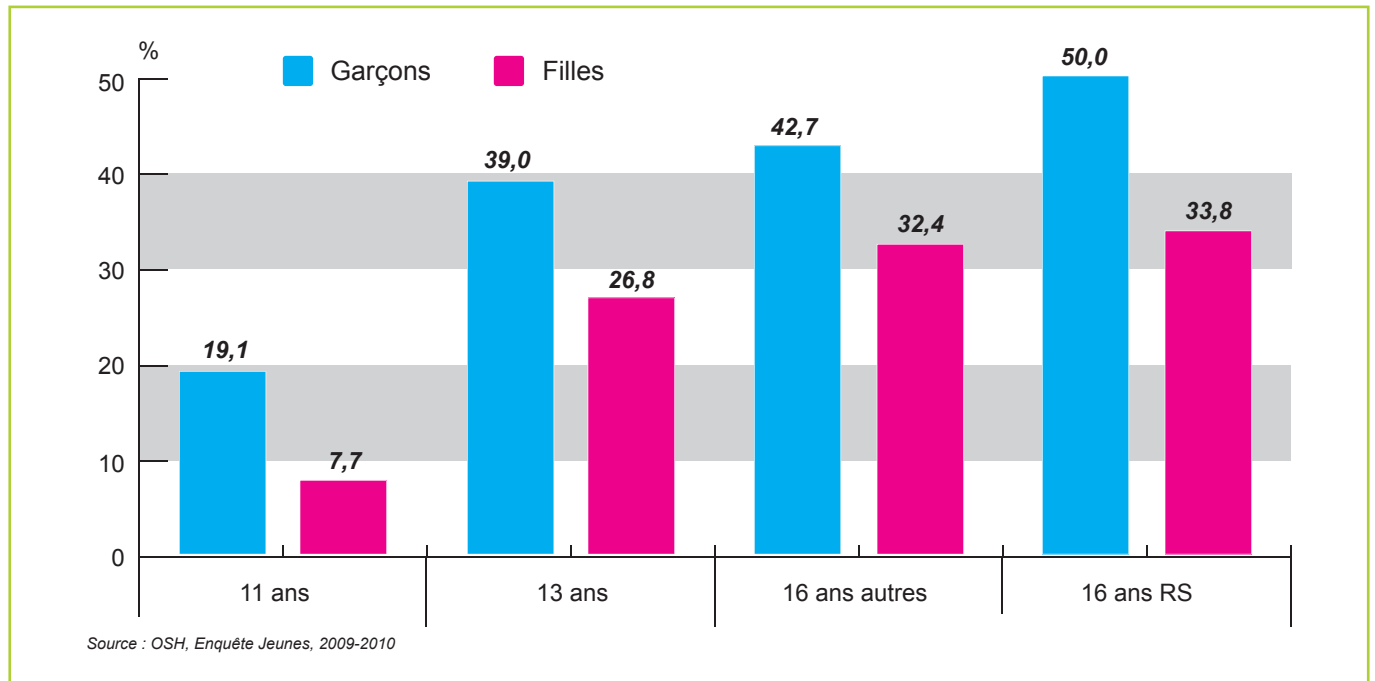
Cependant, on peut se demander si cette évolution correspond vraiment à une diminution du nombre de SMS à caractère sexuel reçus ou s'il s'agit d'une banalisation de la part des garçons par rapport à ce type de SMS. Il est à noter que, de plus en plus, les jeunes utilisent de nouvelles façons de se rencontrer et que les codes de séduction et de communication sont en évolution. Il s'agit d'une nouvelle façon de provoquer une relation intime. Ces messages ont alors perdu leur caractère dérangeant (Lachance, 2012).

Dans la majorité des cas, les SMS dérangeants à caractère sexuel proviennent d'autres jeunes. L'origine est parfois inconnue. Quelques jeunes signalent cependant en avoir reçu de la part d'adultes qu'ils connaissent.

3.4. Abus via internet

En 2010, 93 % des jeunes interrogés déclarent aller sur internet.

Figure 1.15. Images ou textes dérangeants à caractère sexuel sur internet parmi les jeunes de 11, 13 et 16 ans qui vont sur internet (N = 1 190)



▼
Parmi les jeunes qui vont sur internet, 29 % déclarent avoir déjà reçu des images ou des textes dérangeants à caractère sexuel. Cette proportion varie en fonction de l'âge, probablement parce que les jeunes ne fréquentent pas les mêmes sites à 11 ans qu'à 16 ans. Ainsi, 14 % des jeunes de 11 ans qui se connectent à internet ont déjà reçu de telles images ou de tels textes contre 33 % des jeunes de 13 ans et 40 % pour les jeunes de 16 ans. A tout âge, les garçons sont plus concernés que les filles.

Ce sont les messages électroniques (messagerie instantanée et e-mails personnels) qui sont le plus souvent incriminés dans la réception de ces textes et images suivis par les publicités et les pop up. Viennent ensuite les spam et les réseaux sociaux. Il n'est pas sûr que tous les jeunes fassent une distinction claire entre les spam et les e-mails personnels surtout dans le groupe des 11 ans.

4. Image corporelle et sexualité

Dans une société où l'image du corps est largement valorisée, la minceur chez les femmes et la musculature chez les hommes, l'adolescence peut se révéler être une période de grande vulnérabilité en lien avec les modifications physiologiques vécues. Le corps se transforme et ne devient pas toujours un objet de satisfaction.

De nombreux auteurs mettent en évidence l'existence d'une relation entre la satisfaction de l'image corporelle et le processus d'estime de soi (Frost, 2004 ; Furnham, 2002 ; Seidah, 2004). Ce lien semble plus fort chez les jeunes filles que chez les garçons suite aux pressions sociétales (Paxton, 2006).

Cependant, le lien entre niveau d'estime de soi et comportements sexuels est difficile à cerner et est peu concluant (Goodson, 2006). Dans certaines études, un fort sentiment d'estime de soi est lié à une initiation sexuelle plus tardive (Longmore, 2004) alors que dans d'autres un niveau élevé d'estime de soi à 18 ans est corrélé avec une première relation sexuelle précoce (à 14 ans ou avant) (Blackburn, 2008).

Nous avons cependant mis en lumière certains liens entre l'insatisfaction par rapport au corps et des attitudes face à la sexualité.

4.1. Expérience sexuelle et motif de la première relation sexuelle

La proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels ne varie pas en fonction du fait que le jeune, fille ou garçon, soit satisfait de son corps ou non.

La pression sociale semble être davantage un motif pour une première relation sexuelle, parmi les jeunes qui ne sont pas satisfaits de leur corps.

Tableau 1.6. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur les raisons qui les amèneraient à avoir une première relation sexuelle en fonction de la satisfaction éprouvée par le jeune à l'égard de son corps (N = 749)

%	Satisfait de son corps	Pas satisfait de son corps
Avoir été obligé(e)	11,0	19,3
Faire comme les autres	32,6	44,2

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

▼
D'une manière générale, le fait d'avoir été obligé(e) et le sentiment de devoir faire comme les autres sont plus largement évoqués comme motifs d'un premier rapport sexuel chez les jeunes non satisfaits de leur corps que chez ceux satisfaits de leur corps.

De manière plus spécifique, l'obligation de passer à l'acte est plus fortement évoquée par les jeunes filles de 13 ans qui ne sont pas satisfaites de leur corps que chez celles qui le sont (30 % contre 12 %) et chez les filles de 16 ans ayant eu des rapports sexuels (22 % parmi celles qui ne sont pas satisfaites de leur corps contre 6 % parmi les autres).

4.2. Relation non désirée et abus sexuel

Les jeunes non satisfaits de leur corps ne sont pas plus enclins que les autres à accepter une relation sexuelle sans en avoir réellement envie, alors qu'ils citent plus fréquemment l'obligation comme motif d'une première relation sexuelle.

Tableau 1.7. Proportions de jeunes qui considèrent les actes non désirés comme des abus sexuels en fonction du fait qu'ils soient satisfaits de leur corps ou non (N = 406 à 410 selon les propositions)

%	Garçons 16 ans		Filles 16 ans	
	Satisfait	Pas satisfait	Satisfaite	Pas satisfaite
Caresses non désirées	72,7	57,7*	77,9	93,7 *
Acte sexuel obligé	90,1	76,9*	91,3	98,2 *
Film ou photo déshabillé(e) non désiré	85,9	69,2*	87,5	93,6
Refus du préservatif par le partenaire	42,6	21,2*	38,5	42,2

* Différence significative au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



Chez les jeunes de 16 ans, l'analyse met également en lumière des liens entre le fait de considérer comme abus sexuel un acte particulier non désiré et la satisfaction que le jeune éprouve par rapport à son corps.

Ainsi, les filles de 16 ans qui ne sont pas satisfaites de leur corps considèrent plus fréquemment que celles qui sont satisfaites que subir des caresses non désirées ou être obligé(e) à un acte sexuel soient des abus sexuels.

Par contre, chez les garçons de 16 ans, les tendances s'inversent : ceux qui ne sont pas satisfaits de leurs corps caractérisent moins fréquemment d'abus sexuel des actes non désirés que ceux qui sont satisfaits.

Chapitre 2

Contraception

Faits marquants

- En 2009-2010, on dénombrait en Hainaut environ 190 naissances et 208 interruptions volontaires de grossesse (IVG) par an chez des femmes de 13 à 17 ans.
- Un âge supérieur à 20 ans est le plus souvent cité comme moment idéal pour avoir des enfants surtout par les filles (50 %). Le fait d'être prêt est un peu plus souvent évoqué par les garçons (32 %) que les filles (25 %). Le mariage est cité par 17 % des jeunes.
- 75 % des filles et 87 % des garçons pensent qu'il n'est pas souhaitable pour une fille d'être enceinte avant l'âge de 18 ans ou plus. Cependant, 3 % des filles de 16 ans pensent qu'avoir un enfant à l'adolescence permet de se sentir important.
- Parmi les jeunes de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, 92 % des filles et 86 % des garçons déclarent utiliser un préservatif et 77 % des filles disent prendre la pilule.
- En 2010, 88 % des jeunes de 16 ans sont d'accord sur le fait que tous les adolescents devraient connaître les méthodes de contraception et comment se protéger des IST.
- D'une manière générale, l'information sur l'efficacité des moyens de contraception est meilleure chez les filles que chez les garçons et augmente avec l'âge.
- Les jeunes de 16 ans ayant eu des relations sexuelles sont en général mieux informés que les autres. Il persiste des lacunes dans la connaissance de l'efficacité des moyens contraceptifs chez un grand pourcentage de jeunes (de 17 % à 50 % selon le moyen considéré chez les jeunes de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles).
- 97 % des filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles considèrent la pilule du lendemain comme un moyen de contraception d'urgence et connaissent le délai pour la prendre. Cependant, 15 % des jeunes de 13 ans et 7 % des jeunes de 16 ans la considèrent comme un moyen de contraception régulier.
- D'une manière globale, 61 % des jeunes savent que la pilule du lendemain se prend dans les 72 heures après un rapport non protégé, les filles davantage que les garçons et les plus âgés davantage que les plus jeunes. Cependant, la majorité des jeunes déclarent que la prise doit se faire dans un délai de 24 heures.
- Les filles (56 %) sont mieux informées que les garçons (37 %) qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente. Néanmoins, un quart des jeunes de 16 ans interrogés pensent qu'une IVG se pratique uniquement à la demande des parents de l'adolescente.

Il existe de nombreux moyens contraceptifs : le préservatif, la pilule contraceptive, la pilule du lendemain, le stérilet, l'anneau vaginal, la piquête contraceptive et l'implant.

La pilule contraceptive se compose d'une combinaison d'hormones (œstrogène et progestatif) qui agissent principalement en bloquant l'ovulation. Il s'agit d'un moyen de contraception sûr pour autant qu'elle soit prise correctement quotidiennement à la même heure, particulièrement les pilules récentes faiblement dosées en œstrogène.

Depuis mai 2004, il existe une intervention supplémentaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour les jeunes femmes jusqu'à l'âge de 20 ans inclus. Celle-ci donne droit à un remboursement supplémentaire de 3 € par mois pour la pilule, le patch, l'anneau vaginal, l'implant et le stérilet. Ce qui rend certaines pilules totalement gratuites (pilule de 2^e génération et pilule générique de 3^e génération) ainsi que le stérilet en cuivre. Dans le cadre de consultation gynécologique, les centres de planning familial peuvent également fournir gratuitement la pilule.

Le préservatif n'est pas remboursé mais peut être obtenu gratuitement dans les centres de planning familial et chez Infor Jeunes.

La pilule du lendemain se prend en une seule prise et inhibe ou retarde l'ovulation et peut éviter ainsi une fécondation. Il s'agit d'une contraception d'urgence, ce n'est pas une contraception régulière mais une solution en cas d'oubli de pilule, de rupture du préservatif lors du rapport ou encore d'un rapport sexuel non protégé. Son usage doit rester exceptionnel (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2012).

La pilule du lendemain de première génération au levonorgestrel (Norlévo®, Postinor®) est disponible depuis 1999 et se prend au plus tard 72 heures après un rapport sexuel non protégé. Son efficacité est maximale dans les 24 premières heures (95 %) puis diminue progressivement ensuite pour atteindre 60 % à 48 heures. Après 72 heures, son efficacité n'est pas significative (Furelaud, 2002). Elle est disponible en vente libre sans ordonnance dans les pharmacies et gratuitement sur ordonnance pour les moins de 21 ans, elle peut également s'obtenir gratuitement dans les centres de planning familial.

Il existe maintenant une nouvelle pilule à l'ulipristal (Ella one®). Dans ce cas, elle s'utilise dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel non protégé avec une efficacité constante de 97 %. Elle est disponible uniquement en pharmacie sur ordonnance et sans remboursement. Il est à noter qu'elle n'était pas encore disponible lors de notre enquête.

Depuis le 3 avril 1990, une loi belge permet aussi l'accès à l'IVG pour toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur état civil ou leur origine, dans de bonnes conditions médicales et sanitaires, avec un soutien psychologique. La loi fixe le délai maximum de l'intervention à douze semaines de grossesse lorsque la femme se trouve en situation de détresse sociale, psychologique ou économique. Au-delà de ce délai, seules des raisons médicales liées à la santé de la mère ou de l'enfant peuvent être invoquées pour pratiquer une interruption thérapeutique de grossesse.

Pour les adolescentes mineures d'âge mais capables de discernement, le consentement des parents n'est pas nécessaire pour obtenir une IVG et le médecin reste tenu au secret professionnel. Depuis 2003, le coût d'un avortement est pris en charge quasi en totalité par l'assurance maladie dans le cadre d'une convention entre l'INAMI et les centres de planning familial pratiquant l'avortement. Une totale discrétion est garantie à la patiente adolescente, en effet aucun remboursement ne sera mentionné dans le récapitulatif demandé par le titulaire (Groupe d'action des centres extra hospitaliers pratiquant l'avortement, 2014).

I. Données statistiques

I.1. Naissances chez les mères de 13-17 ans

Tableau 2.1. Nombre moyen par an de naissances chez des mères adolescentes, Belgique - Wallonie - Hainaut (2002-2003 et 2009-2010)

	Nombre moyen par an de naissances chez les 13 à 17 ans	
	Période 2002-2003	Période 2009-2010
Belgique	765	769
Wallonie	385	378
Hainaut	191	186

Source : SPF Economie, 2002-2003, 2009-2010

▼
En Hainaut, on enregistre chaque année environ 190 naissances vivantes chez des mères adolescentes. Ce nombre est similaire pour les deux périodes considérées.

Tableau 2.2. Naissances chez les 13-17 ans pour 1 000 naissances et taux de natalité pour 1 000 adolescentes (13-17 ans) par an, Belgique - Wallonie - Hainaut (2002-2003 et 2009-2010)

	Naissances chez les mères de 13-17 ans pour 1 000 naissances		Taux de natalité chez les 13-17 ans pour 1 000 adolescentes par an	
	Période 2002-2003	Période 2009-2010	Période 2002-2003	Période 2009-2010
Belgique	6,7	6,0	1,8	1,8
Wallonie	10,3	9,4	2,6	2,3
Hainaut	13,4	12,2	3,4	3,5

Source : SPF Economie, 2002-2003, 2009-2010

▼
En Hainaut, en 2009-2010, il y a eu 12 naissances vivantes chez des adolescentes de moins de 18 ans pour 1 000 naissances soit 3,5 naissances par an pour 1 000 adolescentes de 13 à 17 ans par an. Ces chiffres sont plus élevés que ceux de la Wallonie et de la Belgique. Par rapport à 2002-2003, les proportions de naissances chez des adolescentes pour 1 000 naissances diminuent dans les trois territoires tandis les taux de natalité pour 1 000 adolescentes par an restent à peu près stables. Ceci indique plutôt une augmentation de la fécondité dans les autres tranches d'âge qu'une diminution de la fécondité chez les adolescentes.

1.2. Interruptions volontaires de grossesse

Tableau 2.3. Nombre moyen par an d'IVG chez des adolescentes (13-17 ans), Belgique - Wallonie - Hainaut (2002-2003 et 2009-2010)

	Nombre moyen d'IVG par an chez les 13-17 ans	
	Période 2002-2003	Période 2009-2010
Belgique	1 000	1 141
Wallonie	445	488
Hainaut	190	208

Source : Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse



En Hainaut, en 2009-2010, en moyenne, 208 IVG ont été déclarées chaque année chez des adolescentes de moins de 18 ans. C'est un peu plus que sur la période 2002-2003.

Tableau 2.4. IVG déclarées chez les 13-17 ans (sur l'ensemble des IVG déclarées) et taux d'IVG des 13-17 ans pour 1 000 adolescentes (13-17 ans) par an, Belgique - Wallonie - Hainaut (2002-2003 et 2009-2010)

	% IVG chez les 13-17 ans sur le total des IVG		Taux d'IVG chez les 13-17 ans pour 1 000 adolescentes par an	
	Période 2002-2003	Période 2009-2010	Période 2002-2003	Période 2009-2010
Belgique	6,8	6,1	2,4	2,7
Wallonie	9,3	7,8	3,0	3,0
Hainaut	9,7	8,5	3,4	3,9

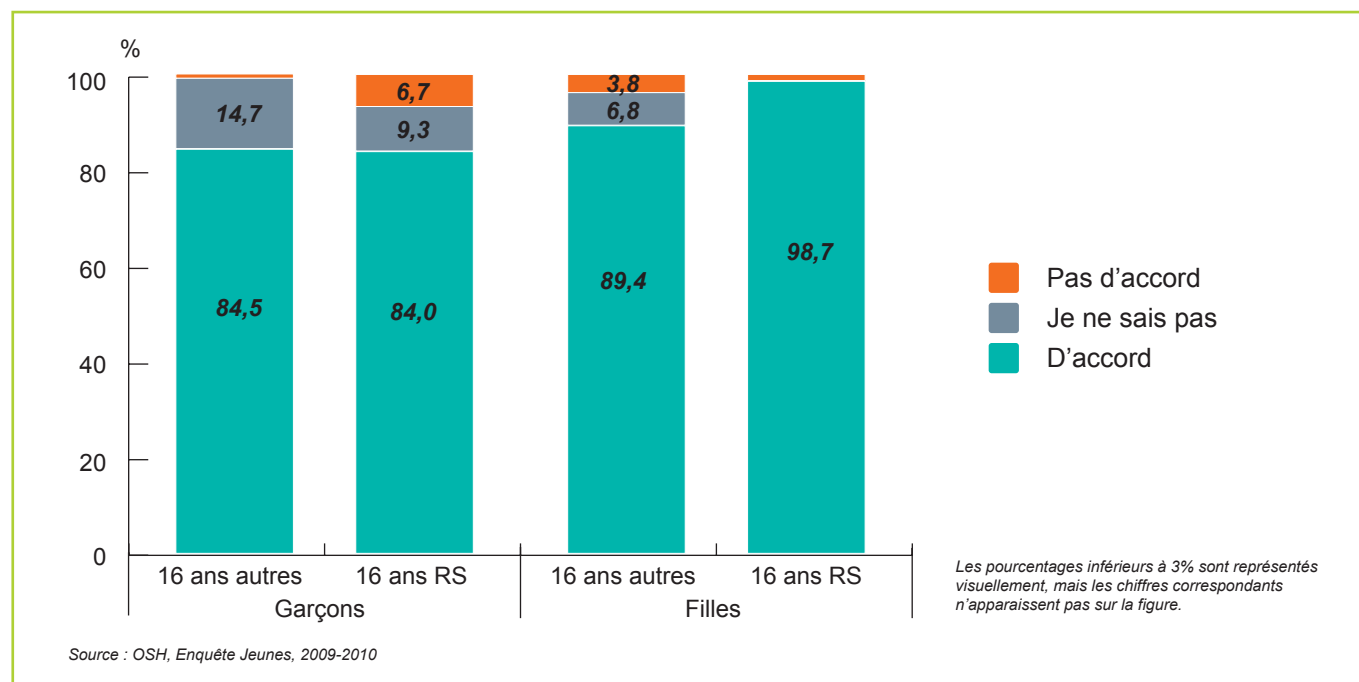
Source : Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse



Le Hainaut présente un taux d'IVG chez les adolescentes (3,9 IVG pour 1 000 adolescentes par an) plus élevé qu'en Wallonie (3,0 ‰) et en Belgique (2,7 ‰). Ces chiffres sont en légère progression depuis 2002-2003. En Hainaut il y a autant de grossesses menées à terme que d'IVG déclarées chez des adolescentes de moins de 18 ans.

2. Nécessité de connaître les méthodes de contraception

Figure 2.1. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "tous les adolescents devraient connaître les méthodes de contraception et comment se protéger" (N = 398)



▼
En 2010, 88 % des jeunes de 16 ans sont d'accord que tous les adolescents devraient connaître les méthodes de contraception et comment se protéger. Les filles en sont encore plus convaincues que les garçons. Les avis contraires représentent 3 % des opinions exprimées.

Les résultats observés ici sont comparables à ceux obtenus lors de l'enquête de 2003.

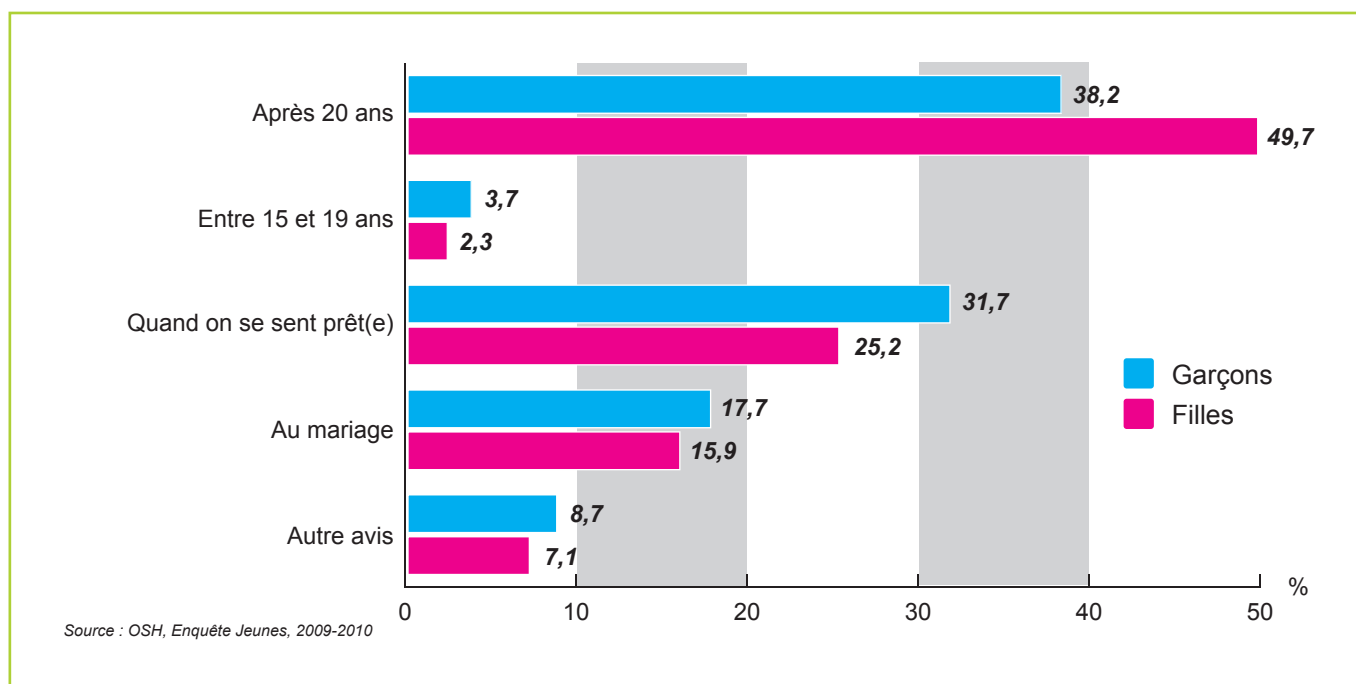
3. Représentations liées à la vie reproductive

En 2009, l'âge médian d'une femme au premier accouchement était de 26 ans en Hainaut et de 27 ans en Belgique.

3.1. Age idéal pour commencer à avoir des enfants

Il a été demandé aux jeunes de 13 et 16 ans quel était selon eux l'âge idéal pour commencer à avoir des enfants. Comme pour le début des relations sexuelles, le jeune pouvait répondre par un âge ou une situation. Vu le nombre restreint de réponses "il n'y a pas d'âge idéal", "je ne sais pas" et "je n'y ai pas encore réfléchi", nous les avons regroupés sous l'item "autre avis".

Figure 2.2. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'âge qu'ils jugent idéal pour commencer à avoir des enfants (N = 797)

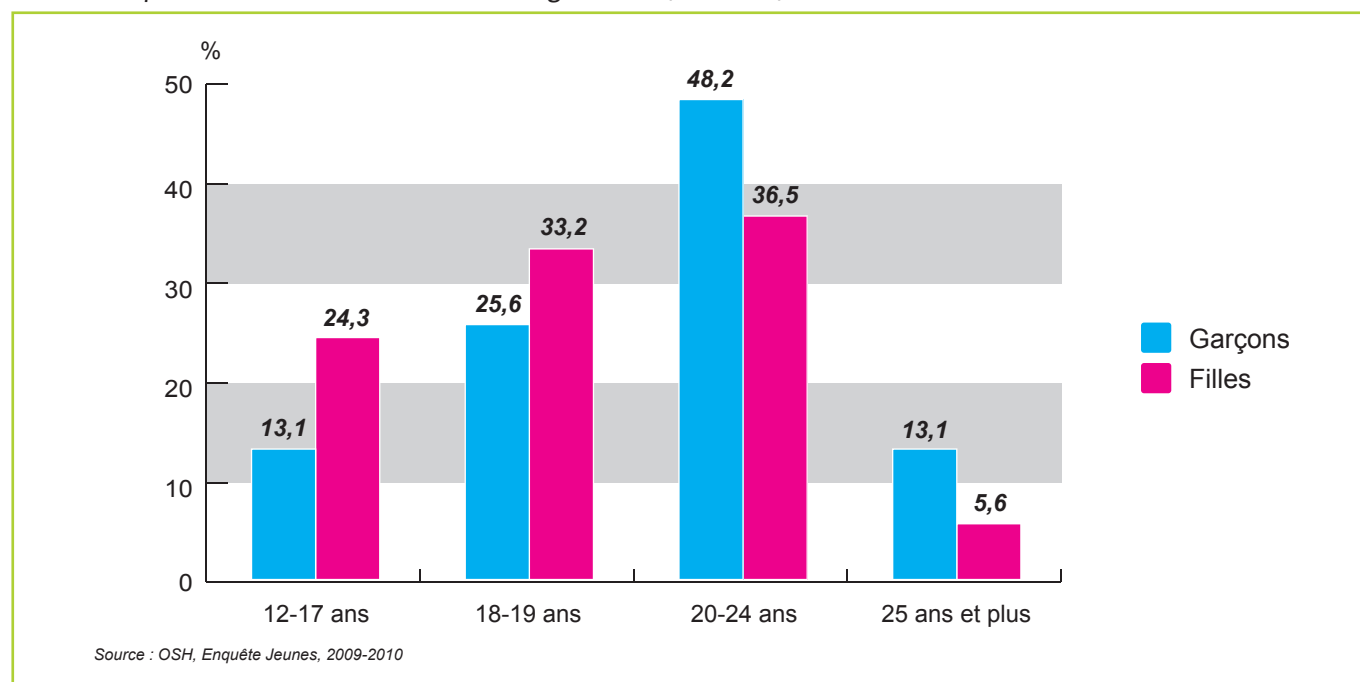


Les réponses varient de façon significative entre les sexes mais pas entre les deux groupes d'âge (13 et 16 ans). Ainsi, 44 % des jeunes jugent idéal de commencer à avoir des enfants après l'âge de 20 ans, les filles (50 %) plus que les garçons (38 %). La seconde réponse la plus fréquemment donnée par les jeunes est "quand on se sent prêt(e)"; elle est plus citée par les garçons (32 %) que par les filles (25 %). Seize pour cent des filles et 18 % des garçons jugent idéal d'attendre d'être marié(e) pour commencer à avoir des enfants. Une minorité de jeunes (3 %) pensent que l'âge idéal pour commencer à avoir des enfants se situe entre 15 et 19 ans. Les jeunes de 16 ans qui ont eu des relations sexuelles n'ont pas un avis significativement différent des autres. Aucun jeune n'a cité un âge égal ou inférieur à 14 ans.

Par rapport aux résultats de l'enquête menée en 2003, les filles pensent moins fréquemment en 2010 que l'idéal pour commencer à avoir un enfant est de se sentir prêt(e) (25 % contre 33 % en 2003) et davantage que le moment idéal correspond à un âge supérieur à 20 ans (50 % contre 41 % en 2003). Le groupe des jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles pense davantage en 2010 qu'en 2003 que le moment idéal pour commencer avoir des enfants est d'attendre le mariage (13 % contre 4 %).

3.2. Age en dessous duquel il n'est pas souhaitable pour une fille d'être enceinte

Figure 2.3. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans par rapport à la question "selon toi, il n'est pas souhaitable qu'une fille soit enceinte avant l'âge de..." (N = 807)



▼
Interrogés sur l'âge en dessous duquel il n'est pas souhaitable qu'une fille soit enceinte, les jeunes de 13 et 16 ans répondent de manière similaire. Cependant, on constate des différences entre filles et garçons. Ainsi, les filles répondent des âges inférieurs à ceux donnés par les garçons. Au total, 24 % des filles et 13 % des garçons donnent un âge inférieur ou égal à 17 ans, 75 % des filles et 87 % des garçons un âge supérieur ou égal à 18 ans. Le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ne semble pas influencer l'âge donné.

Par rapport à 2003, les jeunes de 13 ans ont tendance à reculer l'âge en deçà duquel il n'est pas souhaitable qu'une fille soit enceinte. Ce sont les garçons qui, d'une manière générale, pensent davantage en 2010 qu'il n'est pas souhaitable qu'une fille soit enceinte en dessous de l'âge de 18 ans (79 % en 2003 et 87 % en 2010) et principalement les garçons de 13 ans (passant de 74 % à 86 %) et les jeunes de 16 ans qui ne déclarent pas avoir eu des relations sexuelles (passant de 75 % à 84 %).

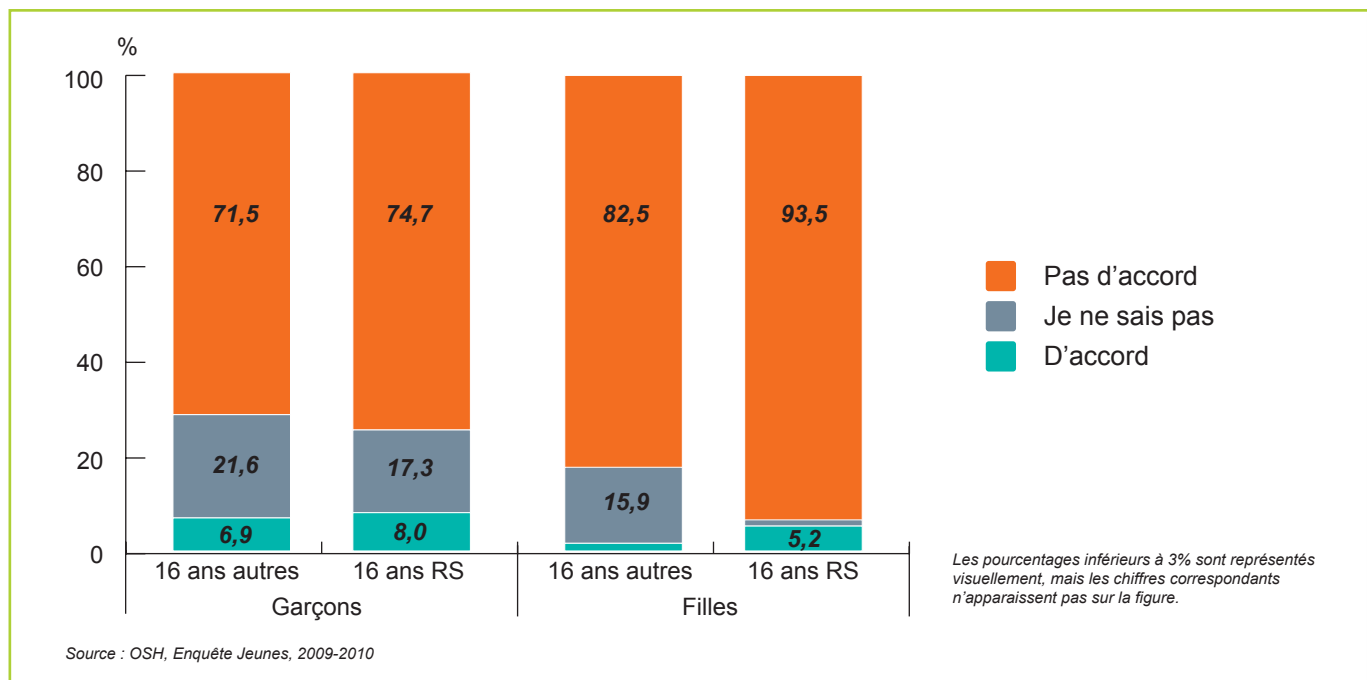
3.3. Avoir un enfant pendant l'adolescence

De nombreux facteurs peuvent expliquer la survenue d'une grossesse à l'adolescence. Nombre d'auteurs ont mis en évidence des facteurs socioéconomiques, sociodémographiques, culturels, psychologiques, sociaux, cognitifs, liés à l'entourage, à la famille, aux amis mais également à l'environnement et aux politiques sociales (Berrewaerts, 2006).

A l'adolescence, il peut déjà y avoir un désir réel de grossesse (Davies, 2003). Dans certains cas, il s'agit pour la jeune fille de combler des carences affectives liées à ses propres relations parentales (Hillis, 2004), ou d'avoir un projet de vie valorisant alors que les milieux scolaire et familial ne le sont pas. Il s'agit de trouver une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien plus accru de la part de la société (Arai, 2003).

Il a été demandé aux jeunes du groupe des 16 ans dans quelle mesure ils étaient d'accord avec l'affirmation suivante : "avoir un enfant pendant l'adolescence permet de se sentir important(e)".

Figure 2.4. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "avoir un enfant pendant l'adolescence permet de se sentir important" (N = 399)



En 2010, 79 % des jeunes de 16 ans ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 16 % n'ont pas d'opinion et 5 % sont d'accord avec celle-ci.

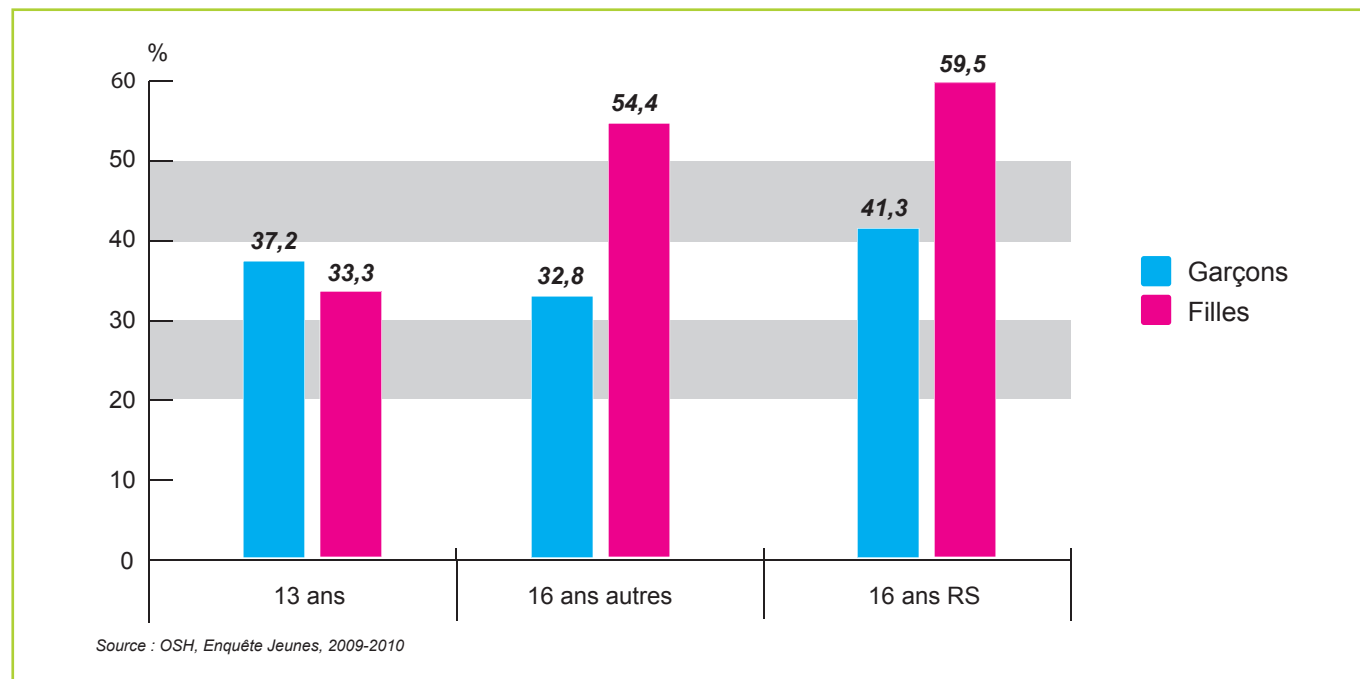
Les filles sont davantage en désaccord (le plus souvent total) avec cette affirmation que les garçons et les filles qui ont déjà eu des relations sexuelles le sont encore plus que les autres filles de 16 ans (94 % contre 83 %). La proportion de jeunes filles qui pensent qu'avoir un enfant pendant l'adolescence permet de se sentir important est de 3 %. Cette proportion pourrait correspondre aux filles qui ont un plus grand risque de vivre une grossesse à l'adolescence. En effet, elles expriment une représentation plutôt positive de celle-ci et pourrait exprimer ainsi une intention floue de grossesse (Rosengard, 2004).

On relève une légère évolution par rapport aux résultats observés en 2003, les réponses glissent de "plutôt pas d'accord" à "pas du tout d'accord". Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles se positionnent également davantage comme pas du tout d'accord avec cette affirmation (passant de 57 % à 77 %).

4. Connaissances par rapport à la vie reproductive

4.1. Période du cycle menstruel où la fécondité est maximale

Figure 2.5. Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de la période de fécondité maximale du cycle menstruel (N = 821)



▼
En 2010, 40 % des jeunes savent qu'une femme risque le plus d'être enceinte entre le 10^e et le 18^e jour après le premier jour des règles. Cette proportion atteint 56 % pour les filles de 16 ans et avoisine les 35 % pour les autres groupes.

Globalement, l'ensemble des jeunes semblent mieux informés qu'en 2003 sur le moment du cycle menstruel où une femme risque le plus d'être enceinte (passant de 30 à 40 %). Cette amélioration est surtout attribuable à une augmentation chez les jeunes de 13 ans (passant de 22 % à 35 %) et chez les garçons (passant de 17 % à 37 %).

4.2. Risque de grossesse à la première relation sexuelle (sans contraception)

En 2010, 84 % des jeunes de 16 ans sont conscients qu'une fille peut tomber enceinte dès sa première relation sexuelle, les filles davantage que les garçons (90 % contre 80 %). On n'observe aucune différence significative entre les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles et les autres.

Ces proportions sont comparables à celles observées en 2003.

4.3. Examen gynécologique préventif

En 2010, 87 % des filles et 62 % des garçons de 16 ans sont informés qu'un examen gynécologique annuel est conseillé à toute femme qui a des relations sexuelles.

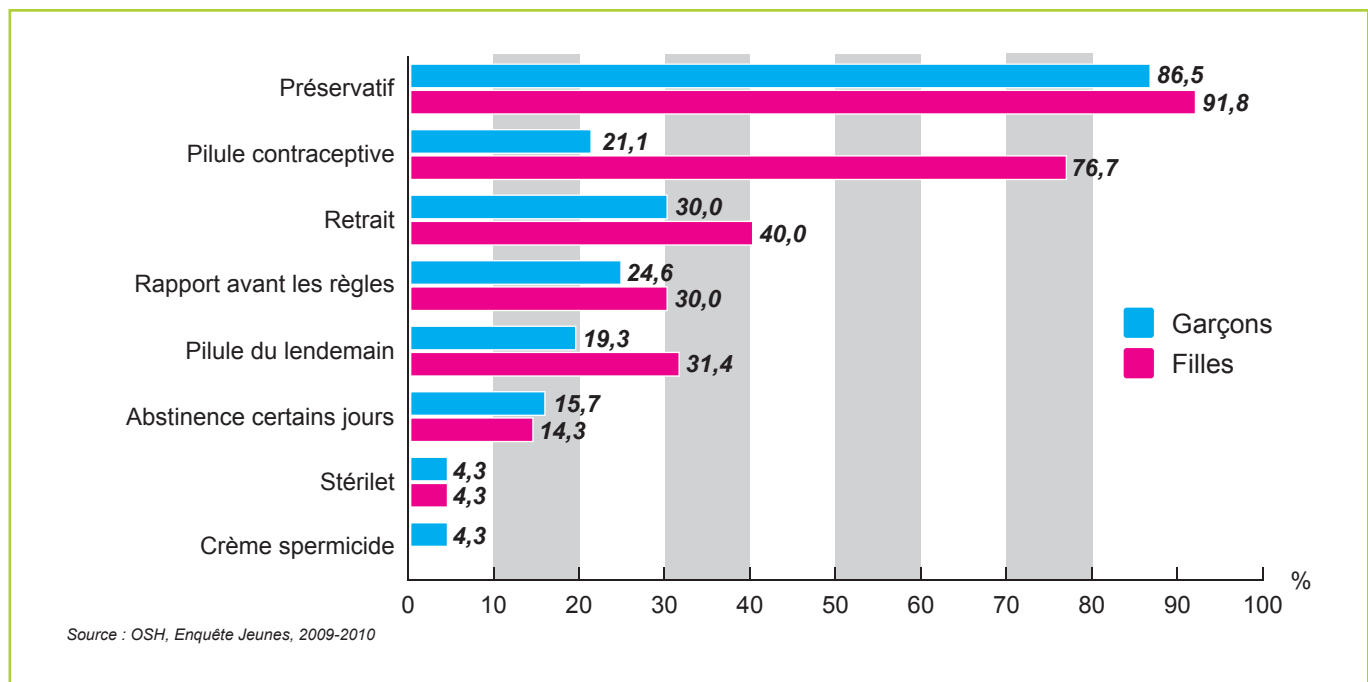
Il n'y a pas d'évolution par rapport aux résultats de 2003.

5. Connaissances et pratiques contraceptives

5.1. Moyens de contraception utilisés

Quels sont, en 2010, les moyens de contraception utilisés par les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels ?

Figure 2.6. Moyens de contraception déjà utilisés par les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels (N = 138 à 150 selon les moyens utilisés)



Le préservatif est le contraceptif le plus utilisé : 92 % des filles et 87 % des garçons ont déclaré l'avoir déjà utilisé. La pilule contraceptive a déjà été utilisée par 77 % des filles. Les contraceptifs les moins souvent cités sont la crème spermicide (3 jeunes) et le stérilet (6 jeunes).

En se basant sur l'efficacité des moyens de contraception, on constate que 50 % des filles et 37 % des garçons déclarent avoir utilisé au moins une fois un moyen de contraception peu fiable (crème spermicide, abstinence certains jours (calendrier, température), rapport avant les règles, retrait (rapport interrompu)).

En 2010, 31 % des filles et 19 % des garçons qui ont déjà eu des rapports sexuels déclarent avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain. L'analyse montre un effet de la filière scolaire, les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition (26 %) déclarent davantage avoir eu recours à la pilule du lendemain que les jeunes de l'enseignement de qualification (17 %).

Par rapport aux données récoltées en 2003, on ne constate aucune évolution significative dans les moyens de contraception utilisés par les jeunes de 16 ans.

5.2. Protection efficace contre la grossesse

Les jeunes de 13 et 16 ans ont été interrogés sur l'efficacité de différents moyens de contraception. Les réponses possibles étaient "efficace", "pas efficace" et "je ne sais pas". Le tableau suivant reprend uniquement les proportions de bonnes réponses en séparant les moyens de contraception jugés efficaces de ceux jugés inefficaces. Il convient cependant d'apporter quelques nuances : la pilule contraceptive est efficace si elle est correctement prise tous les jours, le préservatif est efficace s'il est bien utilisé mais est plutôt conseillé aux jeunes comme protection contre les IST à utiliser en complément d'un autre moyen de contraception efficace. Les moyens de contraception dits non efficaces ne sont pas fiables au niveau individuel, mais réduisent la fécondité des groupes qui les utilisent. La fécondité a commencé à baisser en Europe dans le courant du XIX^e siècle (Van de Walle, 1986) alors que les moyens de contraception modernes n'apparaissent qu'après la Seconde Guerre mondiale.

Tableau 2.5. Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de l'efficacité ou de l'inefficacité de différents moyens de contraception (N = 786 à 800 selon les moyens de contraception)

%	Garçons			Filles		
	13 ans	16 ans autres	16 ans RS	13 ans	16 ans autres	16 ans RS
Moyens de contraception efficaces						
Pilule contraceptive	30,8	52,0	64,8	43,2	71,7	82,9
Stérilet	26,5	43,2	43,5	32,7	61,4	77,6
Pilule du lendemain	24,4	38,4	49,3	25,9	59,9	76,7
Préservatif	46,8	57,7	65,7	41,6	70,1	76,6
Absence de rapport sexuel	42,3	52,8	57,1	55,6	68,8	76,3
Anneau vaginal	27,6	25,8	47,1	22,7	53,8	72,6
Piqûre contraceptive, implant	21,4	39,0	43,7	24,8	53,8	68,8
Moyens de contraception pas efficaces						
Rapport sexuel pendant les règles	23,4	26,0	37,1	28,1	33,8	48,7
Retrait (rapport interrompu)	21,9	28,2	30,0	25,1	39,0	43,4
Crèmes spermicides	15,4	9,8	18,6	16,4	21,7	22,1

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

▼
D'une manière générale, l'information sur l'efficacité des moyens de contraception est meilleure chez les filles que chez les garçons et augmente avec l'âge, les jeunes de 16 ans sont mieux informés que ceux de 13 ans. Parmi les jeunes de 16 ans, ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles répondent plus fréquemment correctement sur l'efficacité des moyens de contraception que les autres. Cependant, les chiffres mettent en lumière le manque de connaissance des jeunes par rapport à l'efficacité des moyens de contraception.

Il faut également noter que certains moyens de contraception sont moins bien connus que d'autres. Pour la piqûre contraceptive, l'implant, le stérilet, l'anneau vaginal, le retrait au cours du rapport, le rapport pendant les règles et la crème spermicide, plus de la moitié des jeunes répondent qu'ils ne savent pas si la méthode est efficace ou pas.

On observe également un effet de la filière scolaire sur la connaissance de l'efficacité ou non des moyens de contraception. D'une manière générale, les garçons de 16 ans fréquentant l'enseignement de transition semblent mieux informés que les garçons de l'enseignement de qualification à l'exception de la crème spermicide qui est mieux reconnue comme inefficace par les jeunes de l'enseignement de qualification.

On constate peu d'évolution positive par rapport à la connaissance de l'efficacité des moyens de contraception entre 2003 et 2010. D'une manière générale, les jeunes sont mieux informés sur l'efficacité de la piqûre contraceptive/l'implant comme moyen de contraception (la proportion de bonnes réponses passant de 27 % à 37 %) et les garçons de 13 ans pensent davantage que la pilule du lendemain est un moyen de contraception efficace (15 % en 2003 contre 24 % en 2010).

Par contre, la proportion de jeunes qui pensent que le préservatif est un moyen de contraception efficace diminue entre 2003 et 2010 pour l'ensemble des jeunes (de 60 % à 56 %) mais surtout pour les filles (de 62 % à 57 %) et pour les garçons de 16 ans qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels (de 63 % à 58 %). Les jeunes de 13 ans sont aussi plus nombreux en 2010 à penser que la pilule contraceptive est un moyen de contraception pas efficace (de 8 % à 15 %), principalement chez les garçons (de 3 % à 12 %).

La proportion de jeunes qui pensent que les crèmes spermicides sont des moyens de contraception efficaces augmente pour l'ensemble des jeunes (de 10 % à 16 %), mais surtout pour les filles de 13 ans (de 4 % à 11 %). La proportion de jeunes qui pensent qu'avoir des rapports sexuels pendant les règles est un moyen efficace pour prévenir les grossesses augmente pour l'ensemble des jeunes (de 13 % à 20 %), surtout chez les filles de 16 ans et les garçons de 13 ans.

Il n'y a pas de comparaison possible pour l'anneau vaginal car ce moyen de contraception n'était pas repris dans la question lors de l'enquête de 2003.

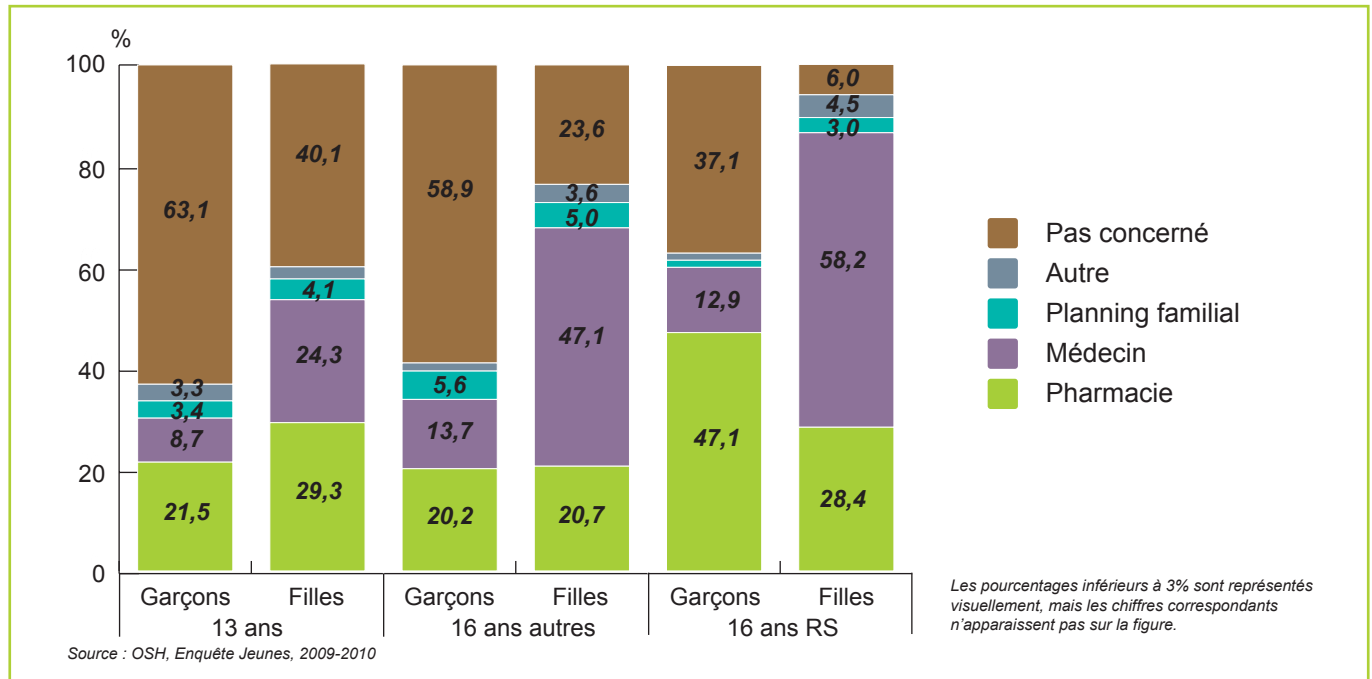
5.3. Où se procurer les moyens de contraception ?

Il a été demandé aux jeunes de 13 et 16 ans où ils s'adresseraient de préférence pour se procurer la pilule contraceptive, la pilule du lendemain et le préservatif. Il ne s'agit pas d'une question de connaissance mais bien d'une question subjective portant sur les préférences du jeune.

Trois modalités de réponses (PMS-médecine scolaire, grande surface, autre) ont été regroupées sous le label "autre" car elles étaient peu fréquemment citées.

Pilule contraceptive

Figure 2.7. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement une pilule contraceptive (N = 772)



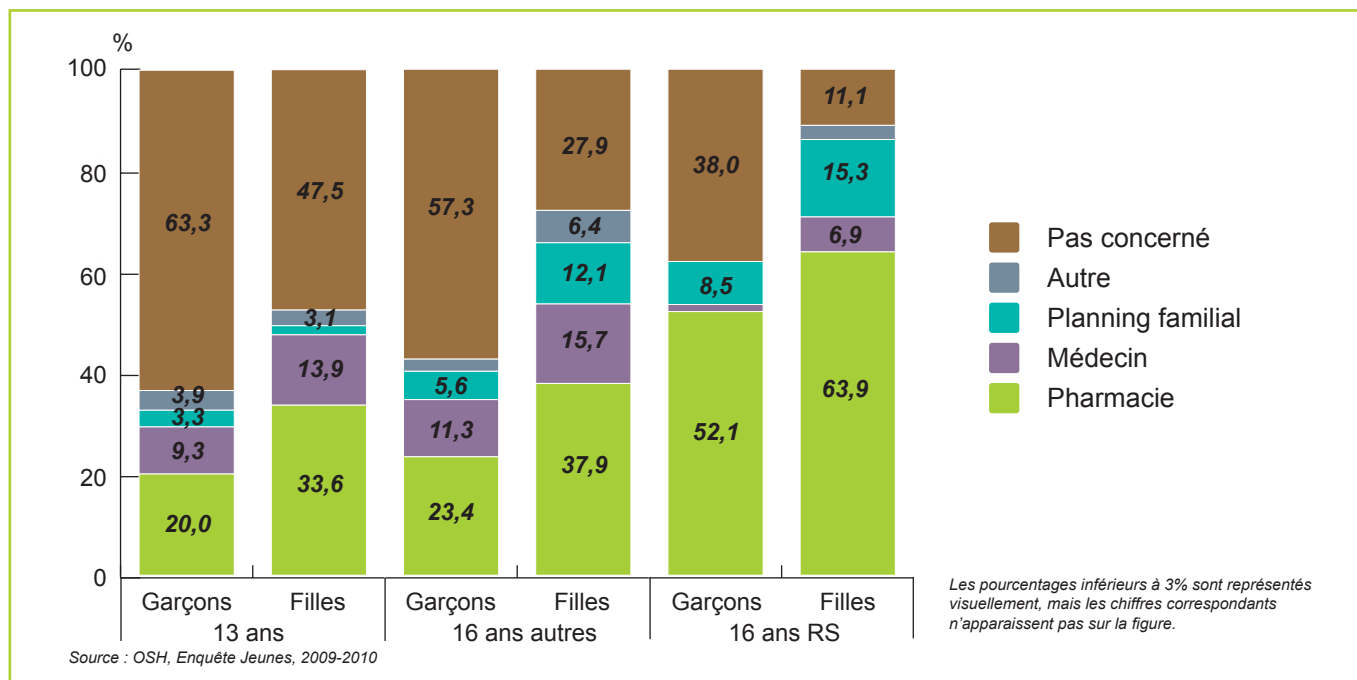
Assez logiquement, les proportions de jeunes qui ne se sentent pas concernés par la question sont élevées surtout chez les garçons et les plus jeunes. Chez les garçons, le pourcentage de non concernés passe de 63 % chez les 13 ans à 37 % des 16 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels. Chez les filles, les proportions sont respectivement de 40 % et 6 %.

Les filles de 16 ans s'adresseraient de préférence à un médecin pour se procurer une pilule contraceptive, puis à la pharmacie et nettement moins à un planning familial. Les garçons et les filles de 13 ans se rendraient plus fréquemment dans une pharmacie et puis chez un médecin. Le centre PMS ou le centre médical scolaire sont rarement cités.

On ne note pas d'évolution significative entre 2003 et 2010.

Pilule du lendemain

Figure 2.8. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement la pilule du lendemain (N = 780)



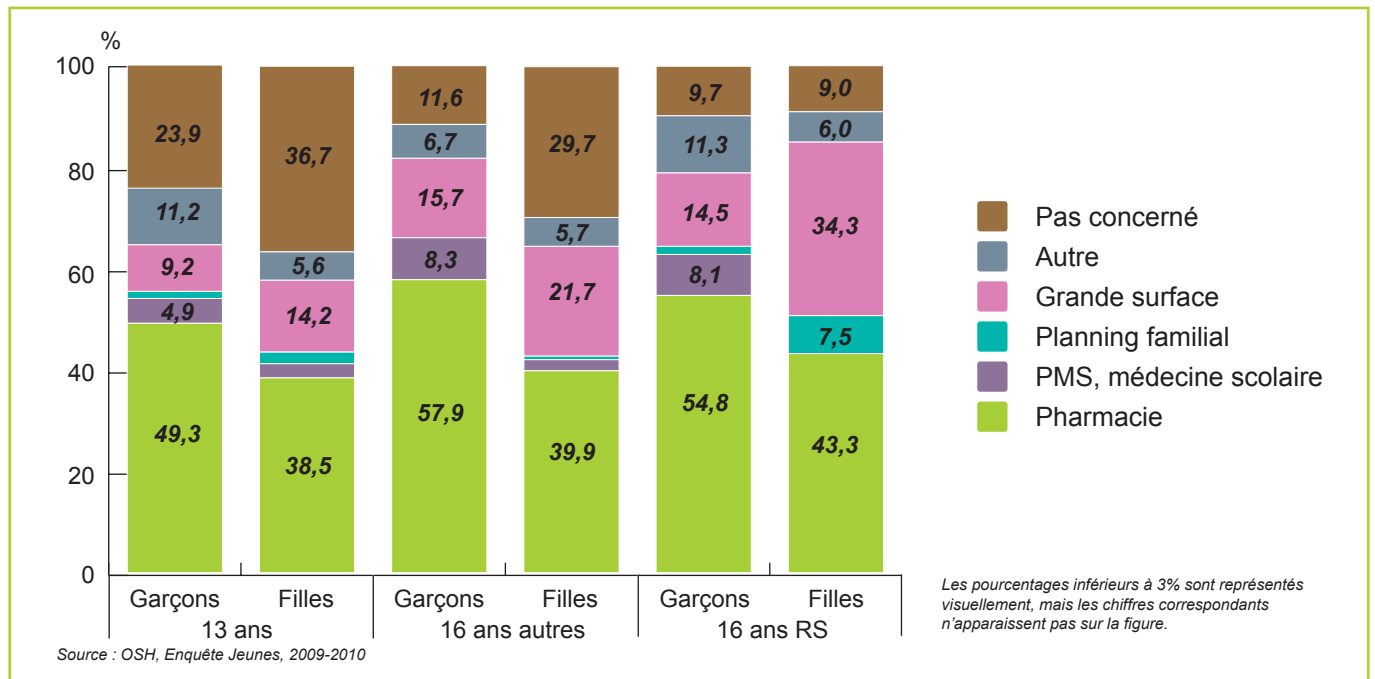
Les proportions de jeunes qui ne se sentent pas concernés par la question (55 % des jeunes de 13 ans et 38 % des jeunes de 16 ans) sont comparables à celles observées pour la pilule contraceptive. De nouveau, les pourcentages sont plus importants chez les 13 ans, les garçons et les jeunes qui n'ont pas déclaré de rapport sexuel.

Pour se procurer la pilule du lendemain, l'ensemble des jeunes s'adresseraient de préférence à une pharmacie, ensuite à un médecin. Les jeunes de 16 ans, filles et garçons qui ont déjà eu des relations sexuelles, s'adresseraient plus fréquemment à un planning familial qu'à un médecin.

Globalement, entre 2003 et 2010, les jeunes ont tendance à citer davantage la pharmacie et un peu moins le médecin pour se procurer la pilule du lendemain, c'est principalement le cas pour les garçons de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles.

Préservatif

Figure 2.9. Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement des préservatifs (N = 748)



Les proportions de jeunes qui ne se sentent pas concernés par la question sont moins élevées que pour les autres moyens de contraception évoqués ici. En effet, seuls 31 % des 13 ans ne se sentent pas concernés et 16 % des 16 ans. Les filles se sentent moins concernées que les garçons ainsi que les jeunes qui n'ont pas déclaré avoir eu de relations sexuelles.

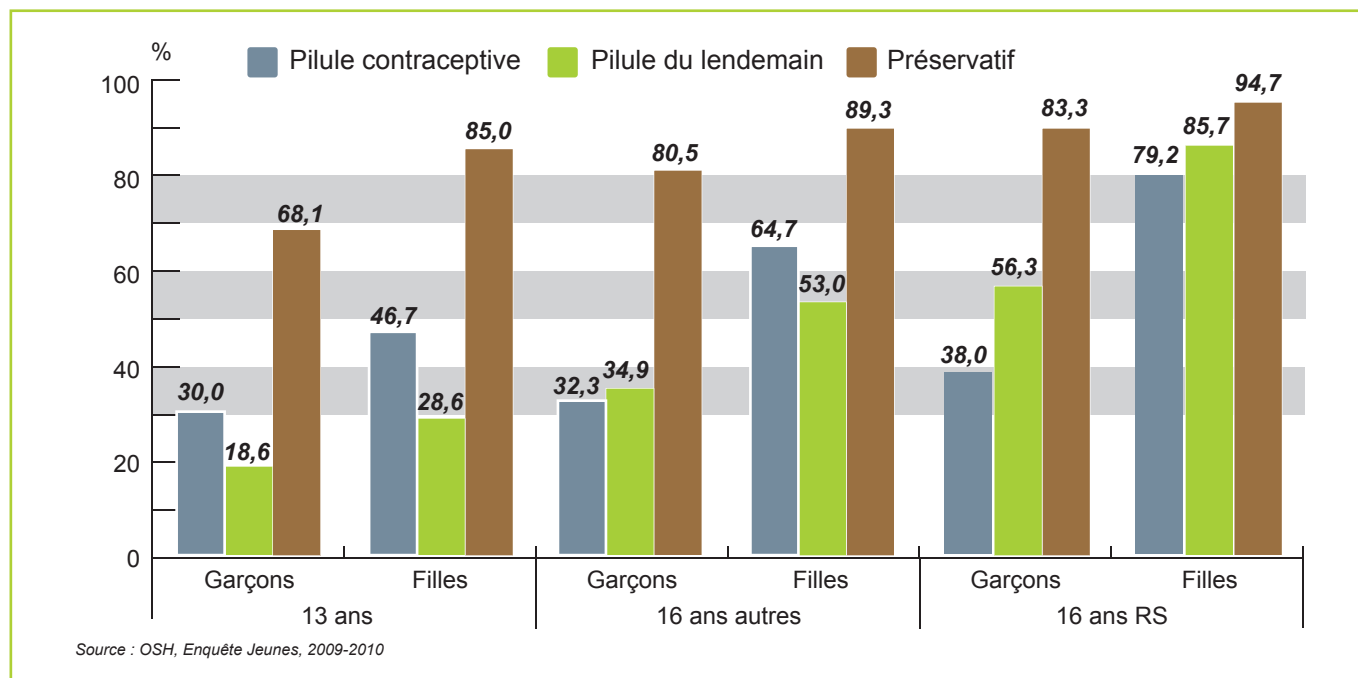
A tout âge, davantage de jeunes s'adresseraient à une pharmacie pour se procurer des préservatifs. Leur préférence va ensuite pour l'achat en grande surface, suivi de la demande au centre médical scolaire. Seuls 2 % de l'ensemble des jeunes s'adresseraient à un médecin ou à un planning familial.

Globalement, entre 2003 et 2010, on constate que les jeunes déclarent moins souvent se procurer des préservatifs dans les pharmacies mais davantage dans les centres PMS ou de médecine scolaire, ce sont les garçons de 16 ans qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles qui citent davantage les centres (0 % en 2003 contre 8 % en 2010).

5.4. Prescription médicale et moyens contraceptifs

Une prescription médicale est nécessaire pour obtenir la pilule contraceptive. Par contre, la pilule du lendemain et le préservatif peuvent être obtenus sans ordonnance.

Figure 2.10. Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de la nécessité ou pas d'une ordonnance pour obtenir la pilule contraceptive, la pilule du lendemain ou le préservatif (N = 814)



Les proportions de bonnes réponses varient fortement en fonction de l'âge, du sexe et de l'activité sexuelle. Les filles sont mieux informées que les garçons à tout âge et pour tous les moyens de contraception cités. Les jeunes de 16 ans sont mieux informés que ceux de 13 ans. Les jeunes de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles sont également mieux informés que les autres sur le fait qu'il ne faut pas nécessairement d'ordonnance pour obtenir la pilule du lendemain.

D'une manière générale, il semble qu'en 2010, les jeunes soient mieux informés qu'en 2003 sur la nécessité d'avoir une ordonnance ou pas pour se procurer la pilule contraceptive et la pilule du lendemain.

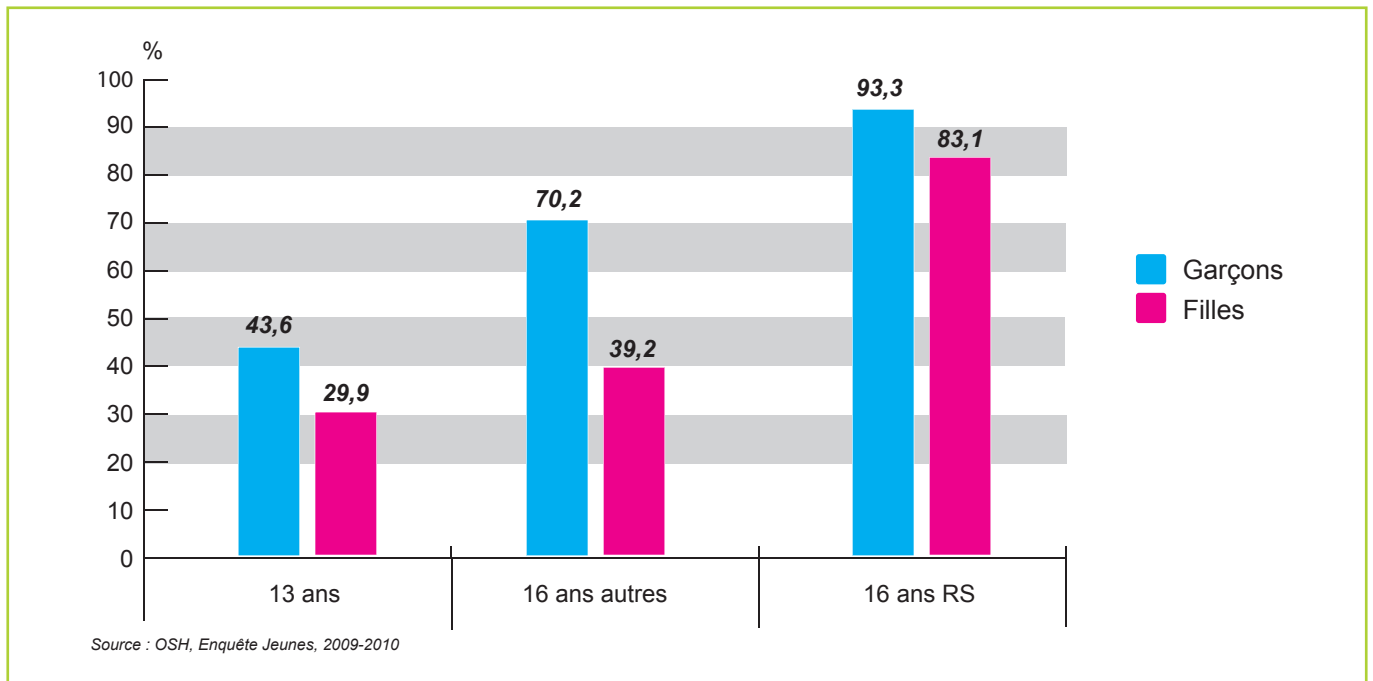
La nécessité d'une prescription médicale pour la pilule contraceptive est mieux connue en 2010 principalement chez les jeunes de 13 ans (filles et garçons). Par contre, on constate que la proportion de filles de 16 ans ayant eu des relations sexuelles qui savent qu'il faut une ordonnance pour se procurer la pilule contraceptive diminue entre 2003 et 2010 passant de 89 % à 79 %.

Chez les jeunes de 16 ans, les filles ayant eu ou non des relations sexuelles et les garçons ayant déjà eu des relations sexuelles savent davantage en 2010 qu'il ne faut pas nécessairement une ordonnance pour se procurer la pilule du lendemain.

Pour le préservatif, on constate que les filles de 13 ans savent davantage en 2010 qu'il est en vente libre. Par contre, les garçons de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles semblent moins au fait qu'en 2003.

5.5. Préservatif

Figure 2.II. Jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir déjà manipulé un préservatif (N = 827)



En 2010, les proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà manipulé un préservatif varient fortement entre les sexes et les groupes d'âge. Ainsi, 37 % des jeunes de 13 ans et 68 % des jeunes de 16 ans ont déjà manipulé un préservatif. Les garçons déclarent davantage avoir déjà manipulé un préservatif que les filles quel que soit l'âge.

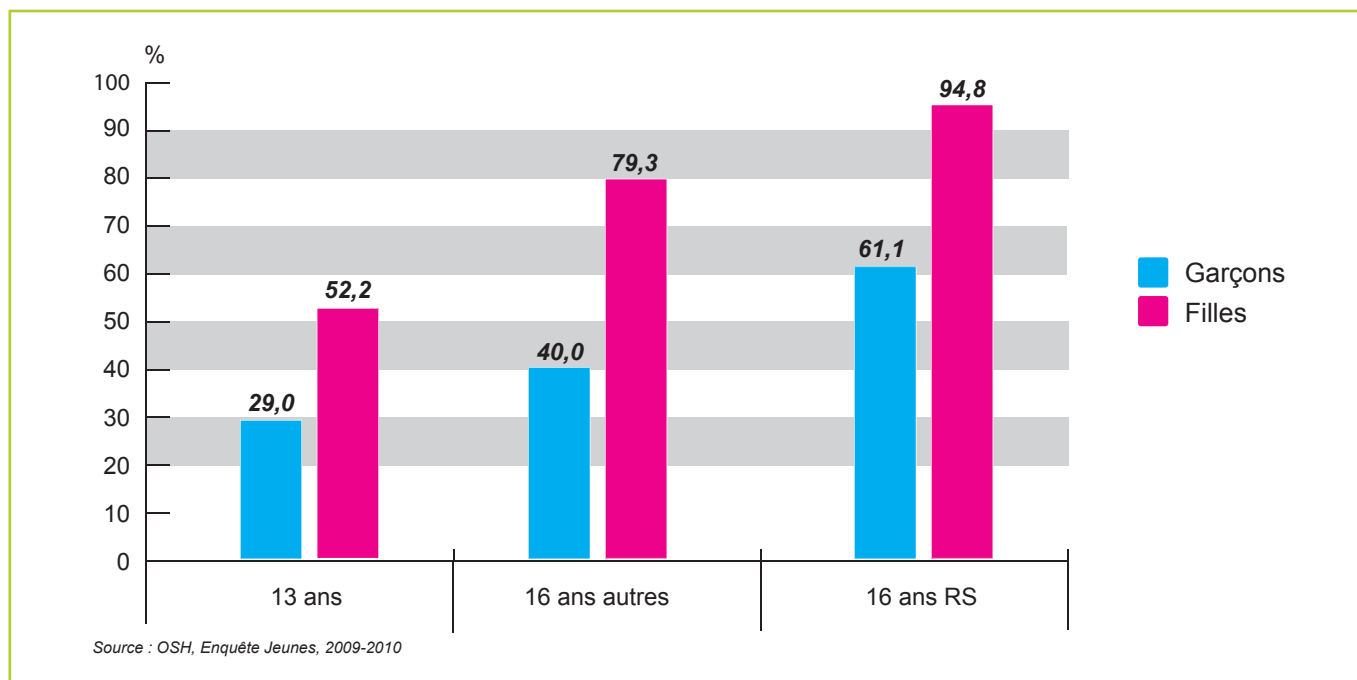
Les proportions de jeunes de 16 ans qui ont déjà manipulé un préservatif sont nettement plus élevées parmi les jeunes qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels que parmi les autres. On peut imaginer qu'ils ont davantage d'expérience et l'ont probablement utilisé lors de relations sexuelles. En effet, 53 % des jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent toujours utiliser un préservatif. Rappelons également que les jeunes de 16 ans qui ont eu des relations sexuelles se sentent davantage capables de se procurer un moyen contraceptif que les autres et que les filles qui ont déjà eu des relations sexuelles se sentent davantage capables que les autres de convaincre leur partenaire de mettre un préservatif.

D'une manière générale, davantage de jeunes répondent qu'ils ont déjà manipulé un préservatif en 2010 (53 %) qu'en 2003 (50 %). L'augmentation est la plus forte pour les filles de 13 ans (de 22 % à 30 %).

En 2010, la majorité des jeunes de 16 ans savent qu'un préservatif ne s'utilise qu'une seule fois (94 %). Ce résultat est comparable à celui observé en 2003 (93 %). La question n'a pas été posée aux jeunes de 13 ans.

5.6. Pilule contraceptive

Figure 2.12. Jeunes qui savent que la pilule contraceptive doit être prise tous les jours à la même heure (N = 819)



▼
En 2010, les proportions de jeunes qui savent que la pilule contraceptive doit être prise tous les jours à la même heure varient entre les sexes, les filles sont mieux informées que les garçons, et entre les groupes d'âge. A 13 ans, 9,5 % des filles pensent qu'il faut prendre la pilule avant d'avoir un rapport et 5,5 % tous les jours à n'importe quelle heure. A 16 ans, ces proportions tombent à 2 %. Cependant, il ne faut pas oublier qu'un des facteurs expliquant une grossesse à l'adolescence est le mauvais usage d'une méthode contraceptive (Blais, 2005).

Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles connaissent davantage la bonne façon de prendre la pilule contraceptive que les autres (76 % contre 58 %). Les jeunes filles de 16 ans ayant eu des rapports sexuels connaissent mieux l'utilisation correcte de la pilule contraceptive ce qui pourrait être lié à l'information donnée au cours d'une consultation gynécologique chez un médecin ou dans un planning familial.

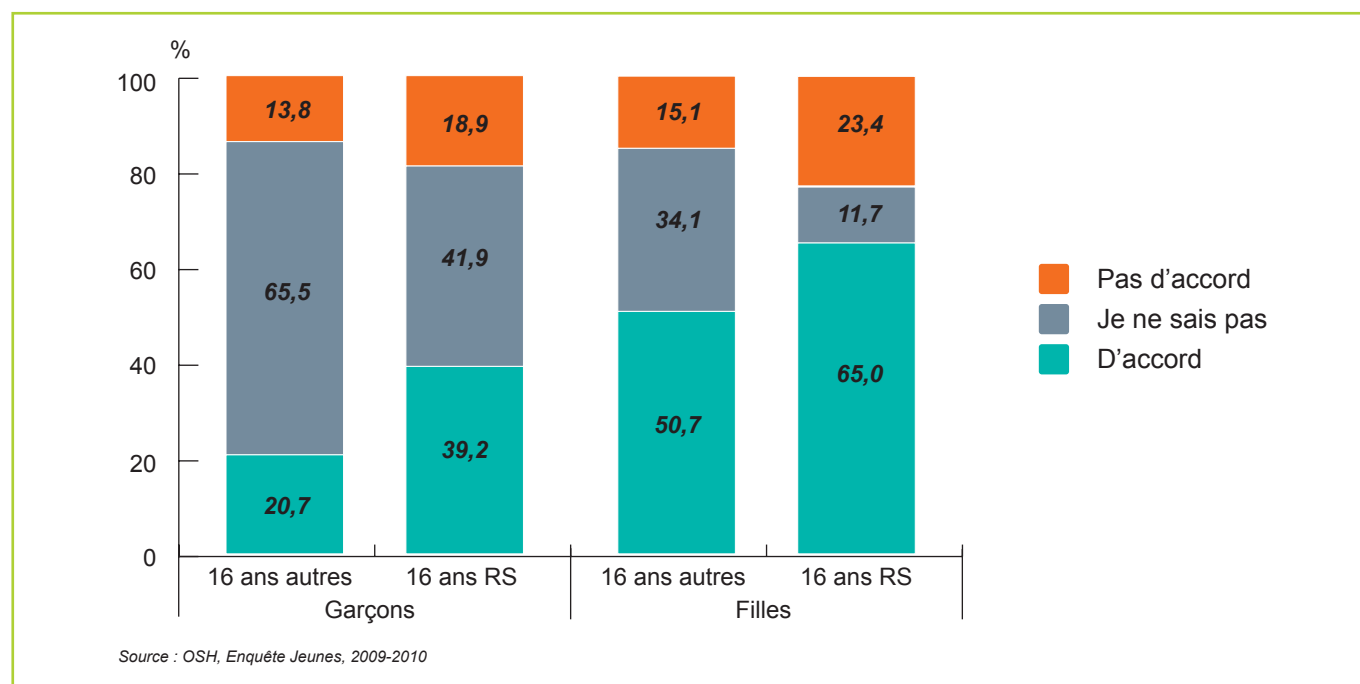
D'une manière générale, les filles sont mieux informées en 2010 (68 % de bonnes réponses) qu'en 2003 (60 %) et principalement les filles de 13 ans (44 % en 2003 et 52 % en 2010).

L'utilisation ou non de la pilule contraceptive est parfois liée à de fausses croyances qui circulent à propos des risques ou des conséquences de son emploi sur sa future fécondité. Ainsi, en 2010, 64 % des jeunes de 16 ans savent que si une fille prend la pilule, cela ne l'empêchera pas d'avoir des enfants quand elle le souhaitera. Les filles (72 %) sont mieux informées que les garçons (58 %) et principalement les filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles (79 %) par rapport aux autres filles (66 %). Les données sont comparables à celles de 2003.

En 2010, 42 % des jeunes de 16 ans savent qu'il n'est pas nécessaire que les filles arrêtent la pilule de temps en temps pour reposer le corps ; les filles (53 %) plus que les garçons (32 %). Les filles sont mieux informées qu'en 2003, puisque 47 % le pensaient alors contre 53 % en 2010.

Une autre croyance est le fait que la pilule contraceptive fait prendre du poids. Cette question est largement discutée sur les forums consacrés à la santé féminine et nombreuses sont celles qui déclarent avoir pris du poids en prenant la pilule. Cependant, il n'existe aucune donnée scientifique mettant en avant un lien entre une prise de poids et la prise d'une contraception orale. Dans certains cas, il semble que la pilule peut amener à un phénomène de rétention d'eau augmentant légèrement le poids. Les auteurs mettent davantage l'accent sur les modifications physiologiques de la fin de la puberté et les changements de mode de vie pour expliquer la prise de poids plutôt que l'utilisation d'un contraceptif oral (Edelman, 2011 ; Gupta, 2000).

Figure 2.13. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "la pilule fait prendre du poids" (N = 399)

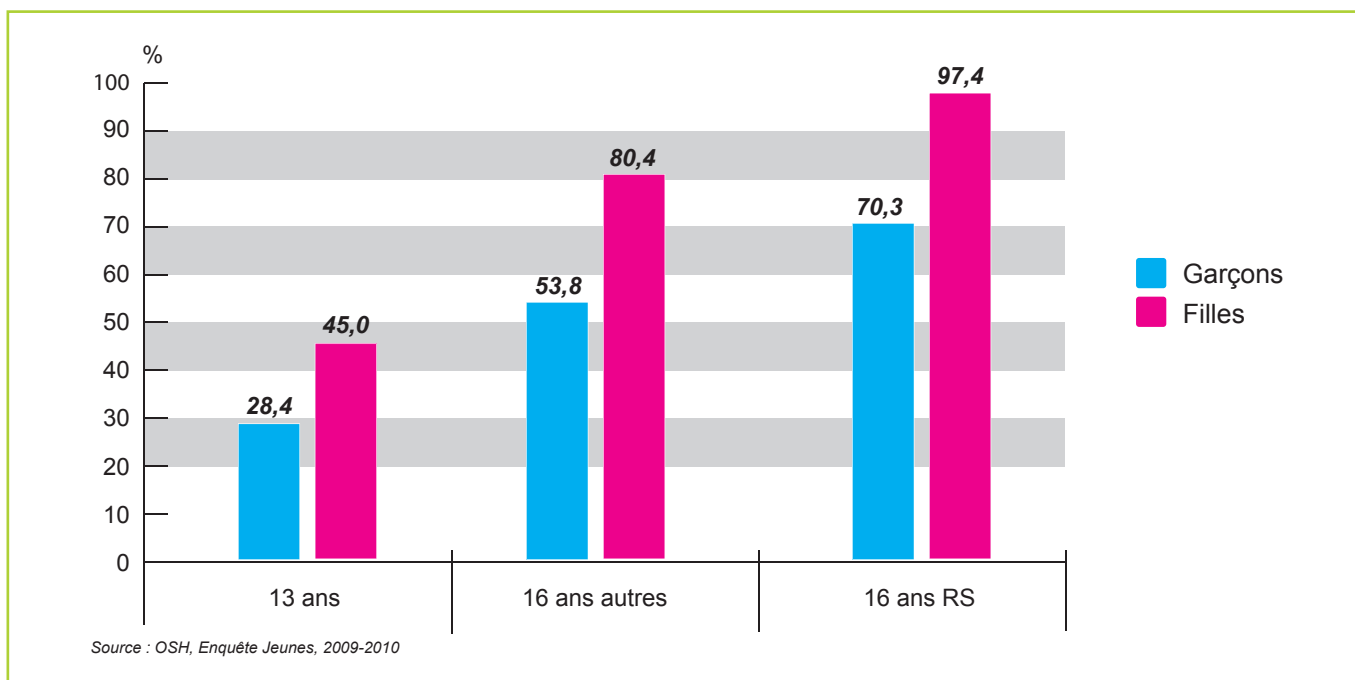


En 2010, 41 % des jeunes de 16 ans sont d'avis que la pilule fait prendre du poids et 17 % pensent le contraire. Chez les filles, 56 % le pensent et il est probable que certaines préfèrent ne pas la prendre pour éviter de grossir. Les filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles le pensent davantage que les autres (65 % contre 51 %).

La seule évolution significative est observée chez les garçons de 16 ans qui n'ont pas eu de relations sexuelles ; ils sont plus nombreux à penser que la pilule fait grossir en 2010 (21 %) qu'en 2003 (8,7 %).

5.7. Pilule du lendemain

Figure 2.14. Jeunes de 13 et 16 ans qui considèrent la pilule du lendemain comme un moyen de contraception d'urgence (N = 822)

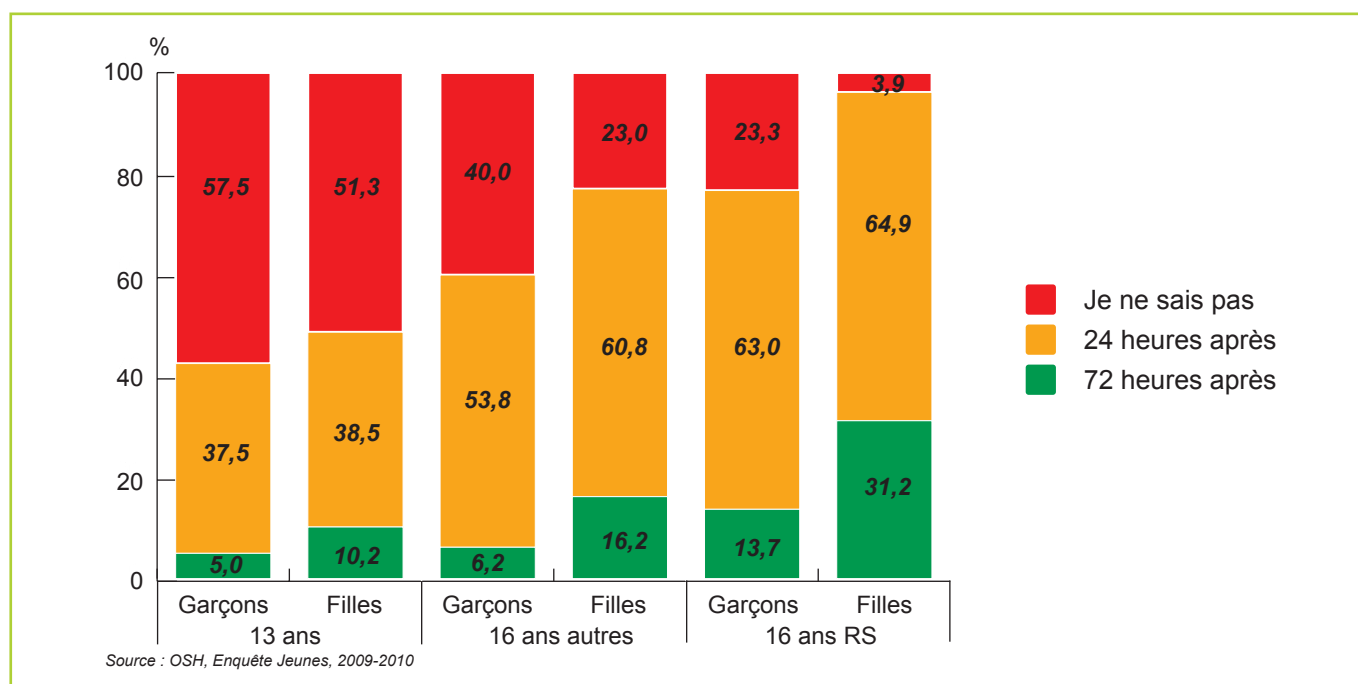


En 2010, 55 % des jeunes de 13 et 16 ans considèrent que la pilule du lendemain est un moyen de contraception d'urgence. Les proportions varient fortement entre les âges et les sexes. Les filles sont mieux informées que les garçons et les filles de 16 ans davantage encore que les filles de 13 ans. Cependant, la pilule du lendemain est considérée comme un moyen de contraception régulier pour 15 % des jeunes de 13 ans et 7 % des jeunes de 16 ans.

Les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels considèrent davantage la pilule du lendemain comme un moyen de contraception d'urgence (82 %) que les autres jeunes de 16 ans (66 %). Cette proportion est même de 97 % pour les filles de 16 ans qui ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels.

D'une manière générale entre 2003 et 2010, on observe une augmentation des proportions de jeunes, quel que soit l'âge ou le sexe, qui savent que la pilule du lendemain est un moyen contraceptif d'urgence.

Figure 2.15. Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans du délai maximum pour prendre la pilule du lendemain après un rapport sexuel non protégé (N = 814)



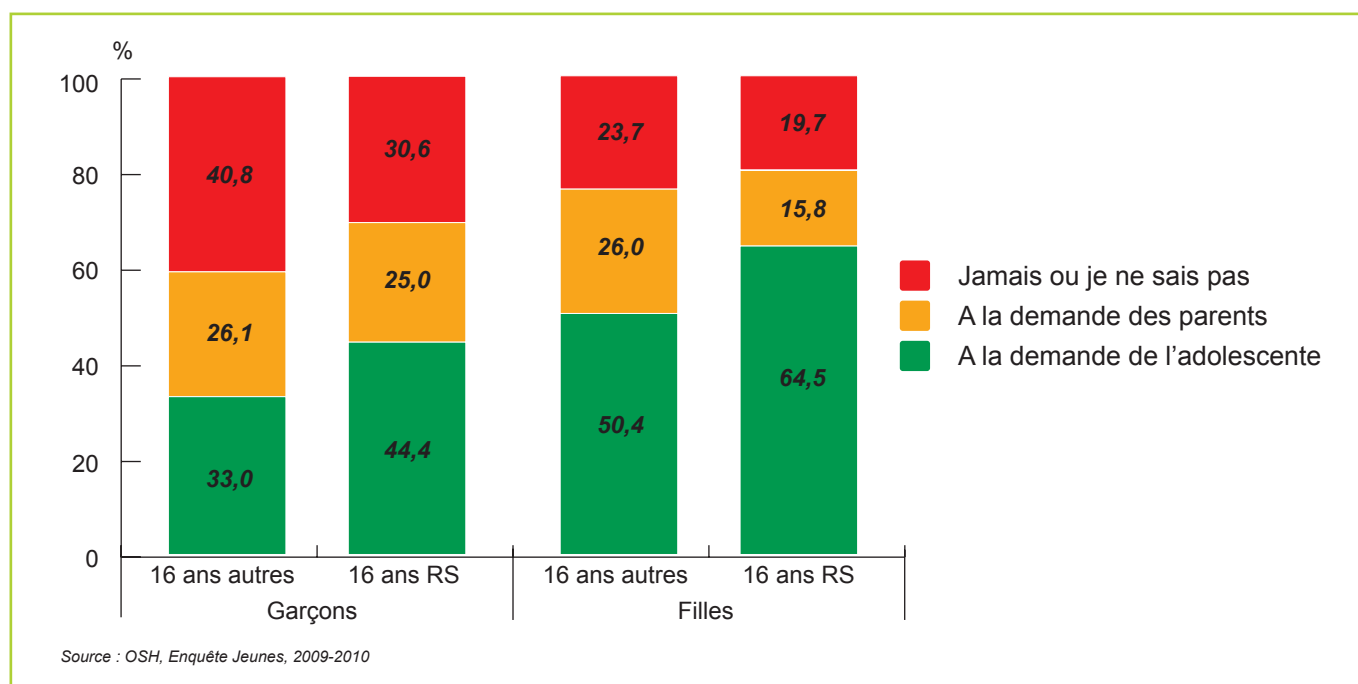
D'une manière globale, 61 % des jeunes savent que la pilule du lendemain doit être prise dans un délai de maximum 72 heures après un rapport, les filles davantage que les garçons. L'information est également mieux connue des plus âgés. Ainsi à 13 ans, plus de la moitié des jeunes interrogés ignorent le délai pour prendre la pilule du lendemain (53 %). A 16 ans, cette proportion tombe à 23 %. Parmi les jeunes de 16 ans, ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles sont mieux informés sur le délai de la prise de la pilule du lendemain. Ainsi parmi eux, 96 % des filles répondent 24 ou 72 heures de délai.

Lorsqu'un délai est donné, la majorité des jeunes déclarent que la pilule du lendemain doit être prise dans les 24 heures. Cette information partielle peut avoir deux effets contraires sur le comportement des jeunes : soit elle pousse les jeunes à trouver au plus vite une aide, ce qui peut être une bonne chose ; soit elle dissuade une partie d'aller chercher cette pilule car ils pensent que c'est déjà trop tard alors que celle-ci aurait été encore efficace. Un nombre limité (de 5 % à 31 %) de jeunes choisissent le délai de 72 heures alors qu'il s'agit de la meilleure réponse.

D'une manière générale, en 2010, moins de jeunes qu'en 2003 déclarent ne pas connaître le délai (39 % en 2010 contre 53 % en 2003) et davantage citent les délais de 24 et de 72 heures. Cette évolution se retrouve dans chaque groupe d'âge et de sexe.

5.8. Interruption volontaire de grossesse pratiquée à la demande de l'adolescente

Figure 2.16. Jeunes de 16 ans qui pensent qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente ou à la demande de ses parents (N = 394)



En 2010, 46 % des jeunes de 16 ans sont informés qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente. Les filles sont mieux informées que les garçons. Néanmoins, un quart des jeunes de 16 ans interrogés, autant les filles que les garçons, pensent qu'une IVG se pratique uniquement à la demande des parents de l'adolescente.

Les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles savent globalement mieux que les autres qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente.

D'une manière générale en 2010, les jeunes sont mieux informés qu'en 2003 sur le fait qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente (46 % contre 34 %) et ceci principalement chez les filles (56 % contre 40 %). Ce sont les filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles pour lesquelles on observe la plus forte augmentation entre 2003 et 2010 (passant de 38 % à 65 %).

Lors de cette enquête, 4 jeunes (2 filles et 2 garçons) ont déclaré avoir eu recours à l'IVG pour éviter d'avoir un enfant.

5.9. Avoir renoncé à un contraceptif pour des raisons financières

En 2010, 7 % des jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels ont déjà renoncé au préservatif, 3 % à la pilule contraceptive et 5 % à la pilule du lendemain pour des raisons financières. Ces proportions sont observées tant chez les filles que chez les garçons. Cependant, plus de 50 % des garçons ne se sentent pas concernés par la question en ce qui concerne la pilule contraceptive et la pilule du lendemain. Ces proportions sont comparables à celles observées en 2003.

Chapitre 3

Infections sexuellement transmissibles

Faits marquants

- D'une manière générale, les connaissances des jeunes concernant les IST, leurs modes de transmission et les moyens de protection et de prévention présentent de nombreuses lacunes. Comme pour la contraception, ces connaissances augmentent avec l'âge et sont meilleures chez les filles que chez les garçons.
- Pour plusieurs questions, le niveau de connaissance diminue entre 2003 et 2010.
- Le sida est connu comme IST (96 % des jeunes en 2010), mais les autres IST (gonorrhée, syphilis, hépatite B, herpès...) sont peu connues (moins de 50 % des jeunes).
- Les jeunes (93 %) savent que les IST se transmettent lors d'un rapport sexuel sans préservatif et par contact sanguin (76 %) mais seulement 34 % savent que le tatouage ou le piercing sont des sources potentielles d'infection.
- A 16 ans, trois quart des jeunes savent qu'une personne peut avoir une IST sans le savoir, un peu moins savent qu'une IST ne disparaît pas si elle n'est pas traitée (63 %) ou encore qu'une femme enceinte peut transmettre l'infection au bébé (67 %). Par contre, moins de 50 % savent qu'une IST peut s'attraper plusieurs fois et seulement un quart savent que les IST non guéries rapidement peuvent causer la stérilité.
- La majorité des jeunes sont d'accord que le sida est un problème qui concerne tout le monde. Les jeunes de 13 et 16 ans (88 %) savent que le préservatif est un moyen de protection efficace contre le sida et les IST et 72 % que l'absence de rapport sexuel l'est aussi.
- Seulement, 53 % des jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent toujours utiliser un préservatif. Les garçons adoptent plus fréquemment cette pratique (69 %) que les filles (34 %). Dans 40 % des cas, lorsqu'ils ne l'utilisent pas c'est qu'il n'en avait pas avec eux et dans 35 % des cas, parce qu'une autre contraception était utilisée. Les filles donnent par ailleurs plus souvent comme raison le fait d'utiliser un autre moyen de contraception (48 %), elles pensent davantage à prévenir une grossesse qu'une IST.

Les IST se transmettent principalement lors de rapports sexuels non protégés mais aussi par contact sanguin ou de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. Il s'agit de bactéries, de virus ou de parasites. Elles sont courantes dans la population et se soignent facilement en général. Cependant, dans certains cas, les personnes infectées ne présentent pas de signe visible et ne se soignent pas, ce qui peut avoir de graves conséquences à la fois pour les autres (risque accru de transmission) et pour eux-mêmes (complications et séquelles comme la stérilité) (Plateforme Prévention Sida, 2014).

I. Quelles sont les IST ?

Les jeunes reconnaissent-ils certaines maladies comme des IST ? Une liste de maladies contenant des IST et d'autres infections a été présentée aux jeunes, qui devaient répondre si oui ou non ces maladies étaient sexuellement transmissibles.

Tableau 3.1. Jeunes de 13 et 16 ans qui savent si les maladies sont sexuellement transmissibles ou non (N = 810 à 819 selon les maladies)

%	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
IST						
Sida	91,9	96,0	96,9	98,0	97,3	98,7
Syphilis	15,0	13,5	36,7	51,7	44,4	52,6
Hépatite B	15,0	11,7	27,9	33,1	42,5	50,0
Chlamydia	3,8	2,6	10,9	12,2	11,1	7,9
Gonorrhée	5,0	1,8	7,1	5,4	8,3	7,9
Herpès	13,1	11,5	30,5	41,9	41,1	48,7
Pas une IST						
Rhume des foies	56,0	68,4	67,7	77,2	69,4	73,3
Rubéole	39,4	50,0	34,1	59,1	33,3	56,6
Eczéma	36,5	41,2	34,1	53,0	37,5	50,0

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

▼
D'une manière générale, la plupart des jeunes sont informés que le sida est une IST, 96 % des jeunes (quel que soit le groupe d'âge ou le sexe) le mettent dans cette catégorie. En 2003, les jeunes étaient déjà aussi bien informés et on ne relève aucune évolution significative.

Par contre, les jeunes sont nettement moins bien informés sur les autres maladies. Globalement, les proportions de jeunes qui savent que la syphilis, l'hépatite B et l'herpès sont des IST sont respectivement de 31 %, 25 % et 26 %. Les filles sont mieux informées que les garçons et les jeunes de 16 ans, mieux que ceux de 13 ans. Pour l'hépatite B, les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles (46 %) sont mieux informés que les autres (30 %) qu'il s'agit d'une IST.

En ce qui concerne la chlamydia et la gonorrhée, plus de 85 % des jeunes ne savent pas qu'il s'agit d'IST et les proportions de bonnes réponses sont nettement plus faibles (7 % et 5 %). Elles ne varient pas entre les sexes mais entre les groupes d'âge pour la chlamydia.

Par rapport aux résultats de l'enquête de 2003, les jeunes sont mieux informés sur la syphilis (16 % en 2003), l'herpès (14 % en 2003), la chlamydia (4 % en 2003) et la gonorrhée (2 % en 2003).

Pour les infections qui ne sont pas des IST, on observe également que les jeunes sont mal informés : les proportions de bonnes réponses sont de 67 % pour le rhume des foies, 45 % pour la rubéole et 41 % pour l'eczéma.

2. Modes de transmission des IST

Tableau 3.2. Jeunes de 13 et 16 ans qui savent si certains actes sont des modes de transmission des IST ou non (N = 810 à 822 selon les propositions)

%	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Transmission des IST						
Lors d'un rapport sexuel sans préservatif	89,5	93,5	93,0	94,0	94,6	89,2
Lors d'un contact sanguin	68,8	64,5	81,4	80,4	89,2	90,5
En faisant un piercing ou un tatouage	26,3	18,9	42,6	37,7	48,0	50,7
Pas de transmission des IST						
En se donnant la main	81,1	90,8	84,3	93,9	87,8	94,7
Par l'eau de la piscine	63,8	63,2	71,7	85,8	73,0	79,5
En s'embrassant sur la bouche	67,7	64,5	66,1	70,5	60,0	76,0
En allant aux toilettes	70,2	62,8	67,5	70,5	64,9	55,4

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010

▼
 En 2010, 93 % des jeunes de 13 et 16 ans sont informés que les IST se transmettent lors d'un rapport sexuel sans préservatif ; 76 % par contact sanguin et 34 % en faisant un piercing ou un tatouage. Pour ce dernier, les garçons sont mieux informés que les filles. Les jeunes de 16 ans sont également mieux informés que ceux de 13 ans en ce qui concerne la transmission par contact sanguin et par piercing ou tatouage. Parmi les 16 ans, ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles savent davantage que les autres que la transmission peut se faire par contact sanguin.

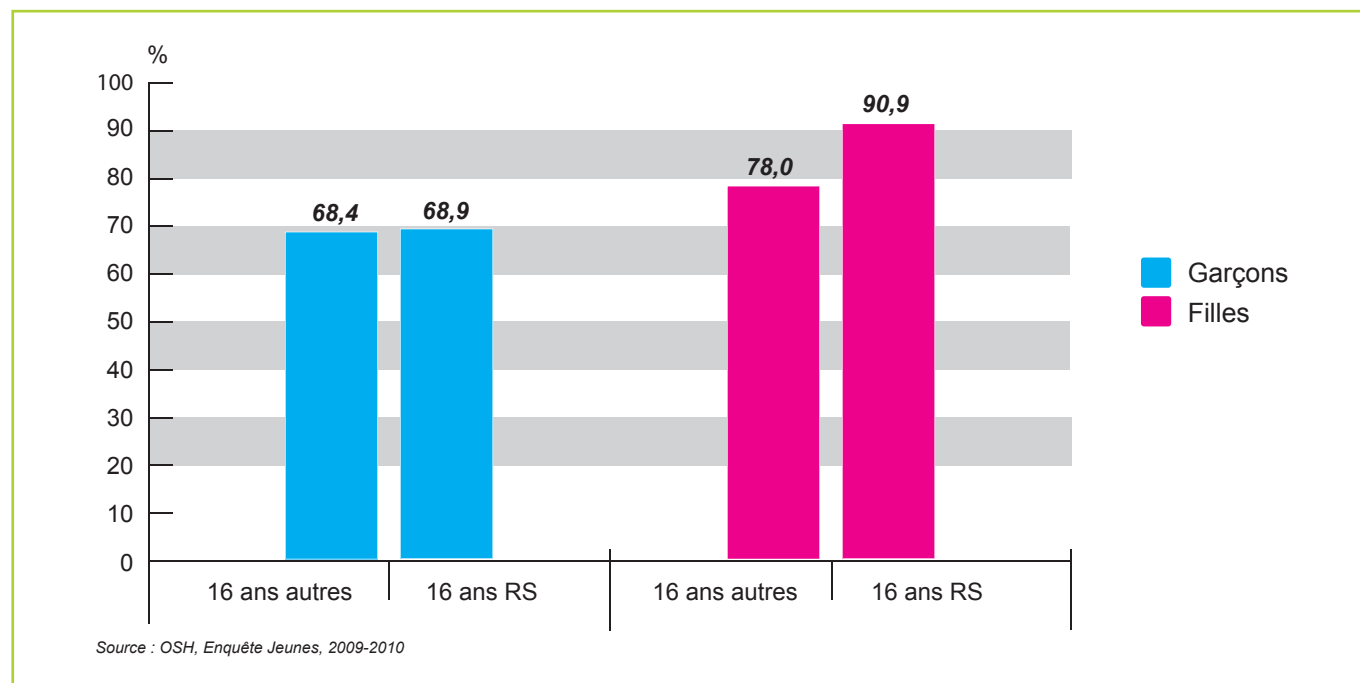
Les jeunes de 13 et 16 ans sont 88 % à être conscients que les IST ne se transmettent pas en se donnant la main, 71 % par l'eau de la piscine, 67 % en s'embrassant sur la bouche et 66 % en allant aux toilettes. Les filles sont mieux informées que les garçons que les IST ne se transmettent pas en se donnant la main ou par l'eau de la piscine. Les autres différences observées entre les filles et les garçons ne sont pas significatives. D'autre part, les jeunes de 16 ans sont mieux informés que ceux de 13 ans que les IST ne se transmettent pas via l'eau de la piscine.

Par rapport aux résultats de l'enquête de 2003, on observe peu d'évolution. Les garçons sont mieux informés qu'en 2003 que les IST peuvent se transmettre par contact sanguin (69 % en 2003 et 78 % en 2010). Les garçons de 13 ans sont également mieux informés qu'en 2003 que les IST ne se transmettent pas en embrassant sur la bouche (51 % en 2003 et 68 % en 2010), ni par l'eau de la piscine (52 % en 2003 et 64 % en 2010). Par contre, les filles de 13 ans sont moins informées que les IST peuvent se transmettre par piercing ou par tatouage (34 % en 2003 et 19 % en 2010).

3. Connaissances spécifiques chez les 16 ans

3.1. Avoir une IST sans le savoir

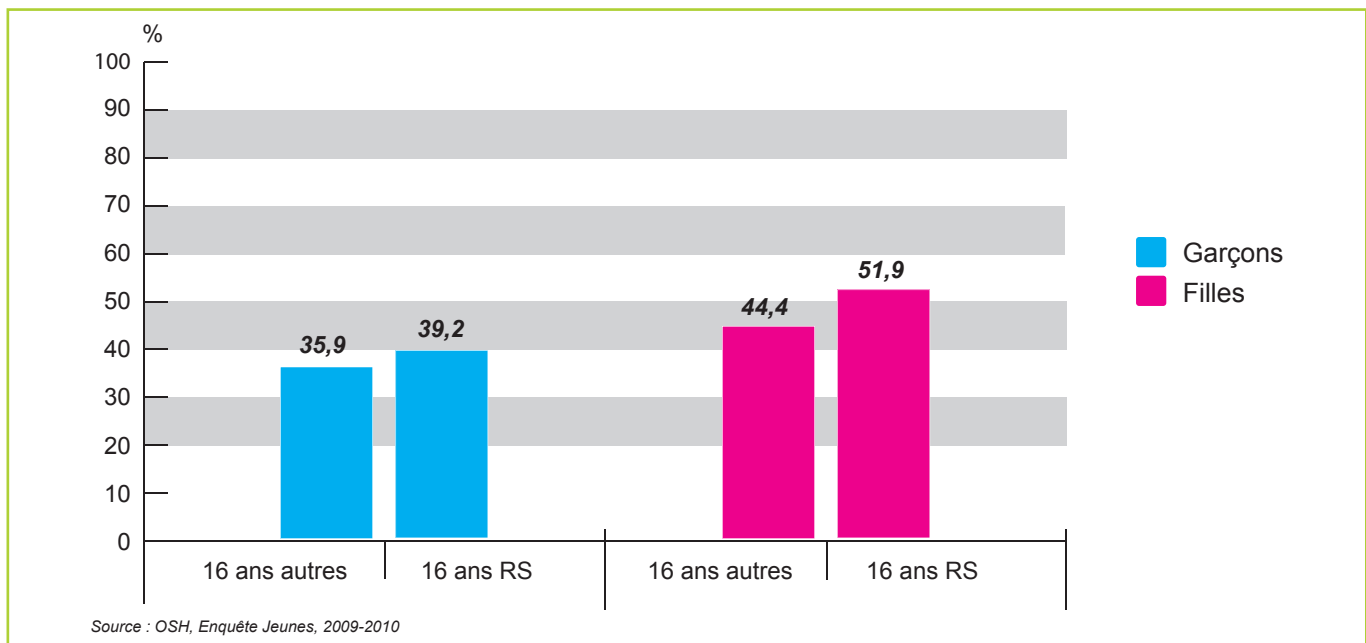
Figure 3.1. Jeunes de 16 ans qui savent qu'une personne peut avoir une IST sans le savoir (N = 400)



▼
En 2010, 75 % des jeunes de 16 ans sont informés qu'une personne peut avoir une IST sans le savoir, les filles plus que les garçons. On constate aussi que les jeunes filles qui ont déjà eu des relations sexuelles sont mieux informées que les autres. D'une manière générale, les jeunes sont moins bien informés en 2010 qu'en 2003 (75 % contre 85 %), cette diminution est principalement le fait des garçons.

3.2. Une IST peut s'attraper plusieurs fois

Figure 3.2. Jeunes de 16 ans qui savent qu'une IST peut s'attraper plusieurs fois (N = 397)

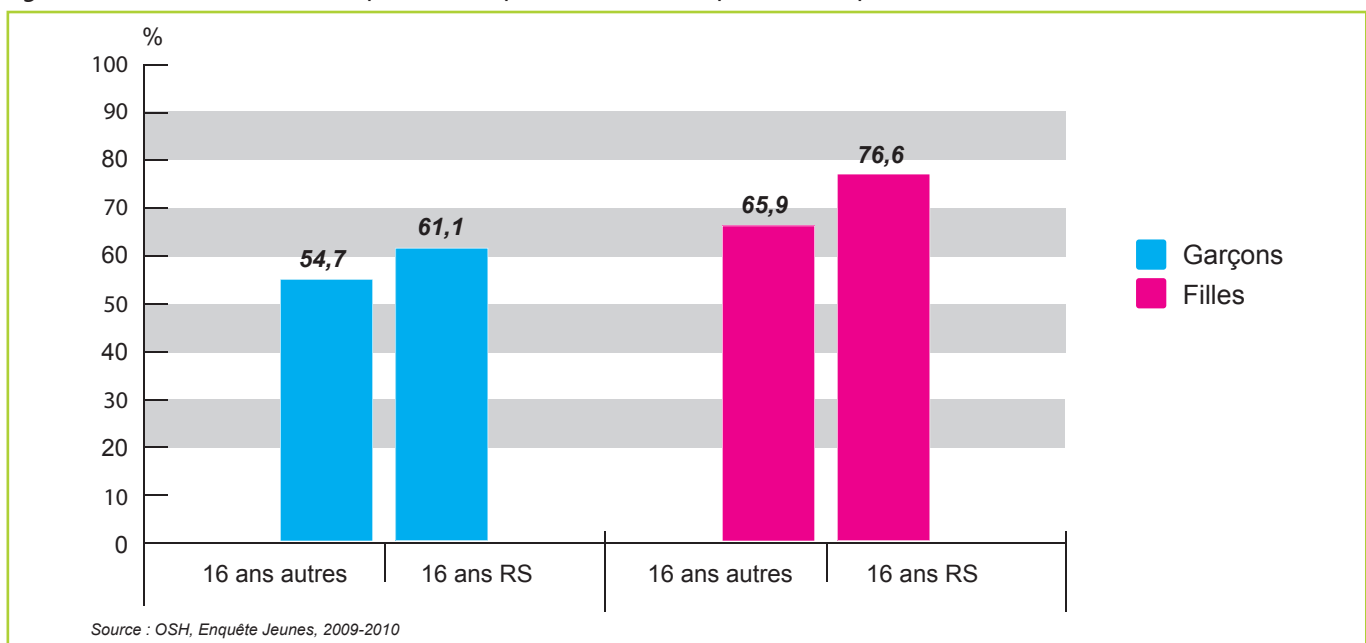


En 2010, 37 % des garçons et 47 % des filles de 16 ans sont informés qu'une même IST peut s'attraper plusieurs fois.

Entre 2003 et 2010, on observe une diminution du nombre de bonnes réponses passant de 54 % à 42 %, tant pour les filles (59 % contre 47 %) que pour les garçons (50 % contre 37 %).

3.3. Traiter une IST

Figure 3.3. Jeunes de 16 ans qui savent que les IST ne disparaissent pas sans traitement (N = 398)

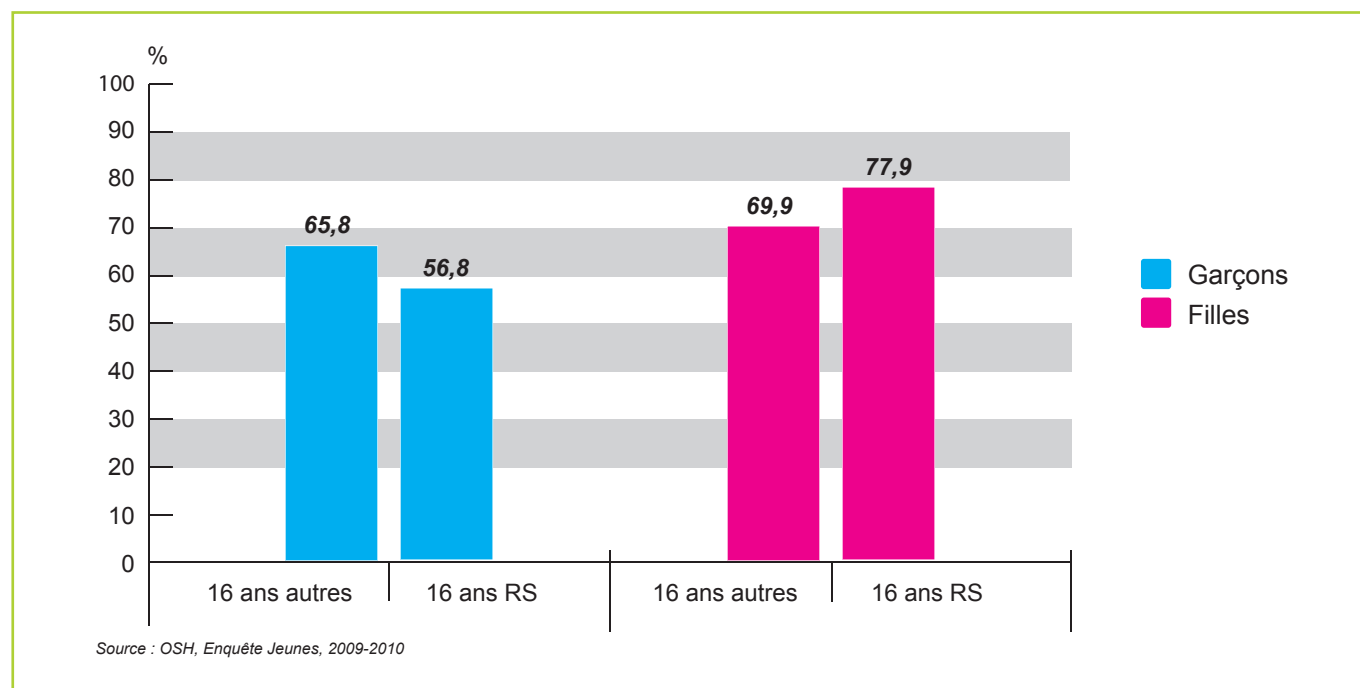


En 2010, 63 % des jeunes sont informés qu'une IST ne disparaît pas si elle n'est pas traitée. Les filles sont mieux informées que les garçons et les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles le sont davantage que les autres.

En 2010, les jeunes sont moins informés qu'en 2003 (72 % contre 63 %) qu'une IST ne disparaît pas si elle n'est pas traitée, surtout les garçons (69 % en 2003 contre 57 % en 2010).

3.4. Grossesse et IST

Figure 3.4. Jeunes de 16 ans qui savent qu'une femme enceinte qui fait une IST peut transmettre l'infection au bébé qu'elle porte (N = 401)



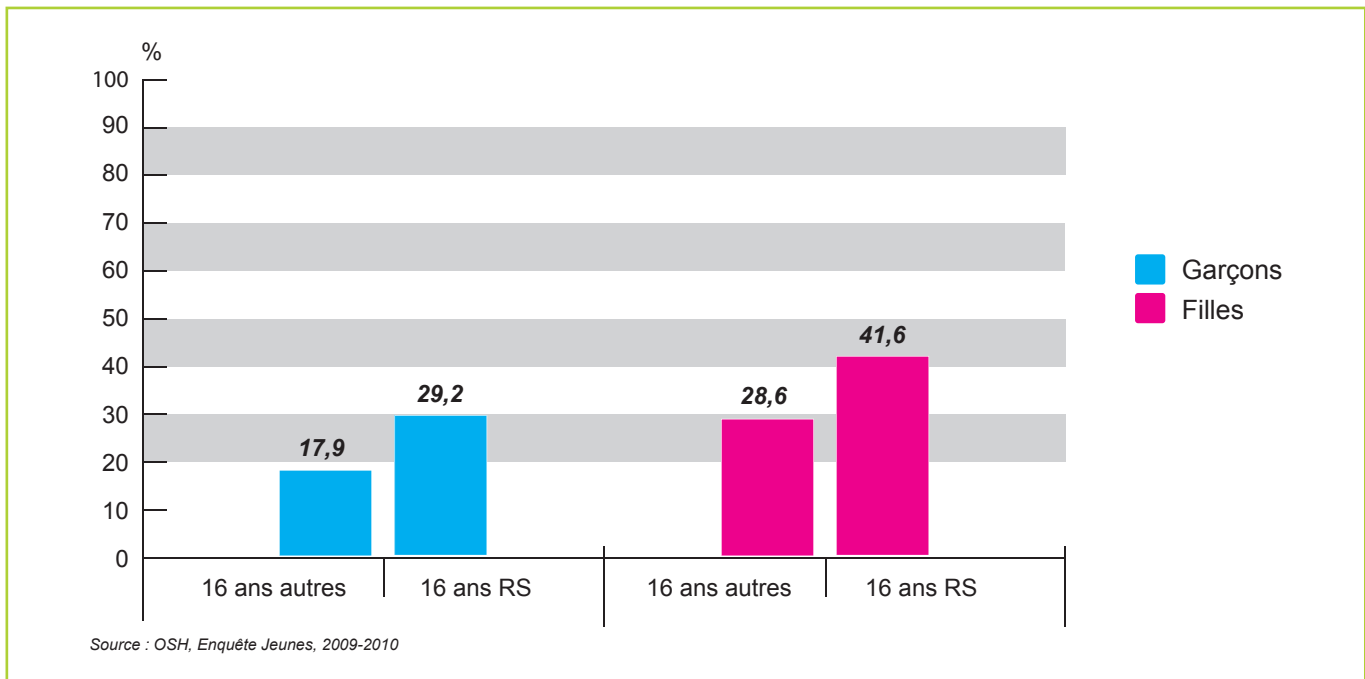
▼
En 2010, 67 % des jeunes de 16 ans sont informés qu'une femme enceinte qui fait une IST peut transmettre l'infection au bébé qu'elle porte. Les filles sont mieux informées que les garçons.

Il semble également y avoir un lien avec la filière scolaire, les jeunes fréquentant l'enseignement de transition (75 %) sont mieux informés que les jeunes de l'enseignement de qualification (59 %), c'est principalement le cas chez les garçons (78 % pour l'enseignement de transition contre 48 % pour l'enseignement de qualification).

D'une manière générale, entre 2003 et 2010, les jeunes sont moins bien informés sur les conséquences d'une IST durant la grossesse (78 % en 2003 et 67 % en 2010). Cette évolution concerne surtout les filles (85 % contre 73 %).

3.5. IST et stérilité

Figure 3.5. Jeunes de 16 ans qui savent que les IST qui ne sont pas guéries rapidement peuvent causer la stérilité (N = 399)



▼
En 2010, seuls 27 % des jeunes de 16 ans sont informés que les IST qui ne sont pas guéries rapidement peuvent causer la stérilité. Les filles sont mieux informées que les garçons et les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles sont également mieux informés que les autres.

On constate une seule évolution positive : pour les filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles, la proportion de bonnes réponses passe de 25 % en 2003 à 42 % en 2010.

4. Sida

Le sida ou syndrome d'immunodéficience acquise est le stade ultime d'une infection sexuellement transmise due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il peut se transmettre de trois façons : par un rapport sexuel non protégé, par un contact sanguin et de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

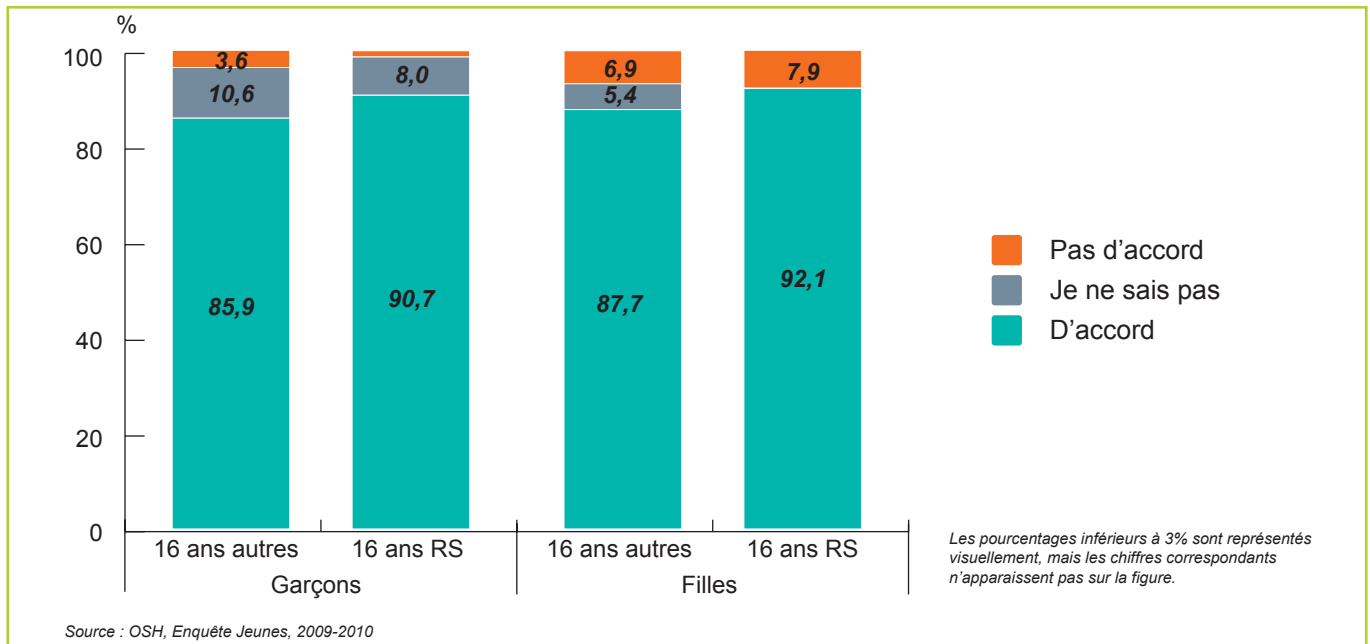
4.1. Test de dépistage du VIH

Globalement, en 2010, 25 % des jeunes de 16 ans sont informés qu'un test de dépistage du VIH se passe trois mois après un rapport non protégé. La différence entre les filles et les garçons n'est pas significative ainsi qu'entre les jeunes qui ont eu ou non des relations sexuelles.

En 2003, les proportions de bonnes réponses données par les filles et par les garçons étaient comparables.

4.2. Avis sur le sida

Figure 3.6. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "le sida est un problème qui concerne tout le monde" (N = 394)



En 2010, la majorité des jeunes de 16 ans (88 %) sont d'accord que le sida est un problème qui concerne tout le monde. Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles sont davantage d'accord avec cette affirmation que les autres. D'une manière générale en 2010, les jeunes sont significativement moins d'accord avec cette affirmation qu'en 2003 (94 %).

Figure 3.7. Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "la fidélité des deux partenaires protège du sida" (N = 395)



En 2010, 56 % des jeunes de 16 ans sont d'accord que la fidélité des deux partenaires protège du sida et 29 % ne sont, par contre, pas d'accord. Les proportions observées ici sont similaires à celles observées en 2003.

5. Prévention contre les IST et le sida

Comme nous l'avons déjà mis en évidence dans le chapitre "Sexualité", environ 7 jeunes de 16 ans sur 10 se sentent capables de passer un test de dépistage pour une IST et de demander à leur compagne/compagnon de faire le test.

5.1. Méthodes de protection

Tableau 3.3. Proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui savent quels sont les moyens qui permettent de se protéger efficacement ou pas contre les IST et le sida (N = 802 à 820 selon les propositions)

%	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Protections efficaces						
Préservatif	85,2	84,4	90,0	89,2	90,4	98,7
Absence de rapport sexuel	61,4	75,8	70,1	76,7	70,8	79,2
Protections pas efficaces						
Pilule contraceptive	26,7	31,6	38,3	58,8	41,7	71,1
Piqûre contraceptive, implant	24,7	25,7	35,4	45,9	43,1	57,9
Crèmes spermicides	20,1	18,2	33,1	31,7	26,8	39,0
Retrait (rapport interrompu)	29,7	31,4	45,2	42,9	39,4	68,0
Rapport sexuel pendant les règles	29,5	39,8	48,1	56,6	57,1	77,6
Stérilet	16,5	18,5	28,7	45,9	28,2	60,0
Pilule du lendemain	20,4	31,7	32,3	56,5	38,0	69,9

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



En 2010, 88 % des jeunes de 13 et 16 ans sont informés que le préservatif est un moyen de protection efficace contre les IST et le sida, les plus âgés davantage que les plus jeunes. L'efficacité de l'absence de rapport sexuel est également connue : 72 % des jeunes en sont informés, les filles davantage que les garçons. Le fait d'avoir eu des relations sexuelles n'influence pas le niveau de connaissance. Par contre, la filière scolaire semble jouer un rôle : 74 % des jeunes de l'enseignement de transition savent que l'absence de rapport protège des IST contre 64 % des jeunes de l'enseignement de qualification.

En ce qui concerne les autres moyens, les proportions de jeunes qui sont conscients de leur inefficacité contre les IST sont inférieures à 50 % : 26 % pour les crèmes spermicides, 29 % pour le stérilet, 35 % pour la piqûre contraceptive, 37 % pour la pilule du lendemain, 39 % pour le retrait (rapport interrompu), 40 % pour la pilule contraceptive et 47 % pour les rapports pendant les règles.

D'une manière générale, les jeunes sont de mieux en mieux informés avec l'avancée en âge. Les filles sont mieux informées que les garçons sur l'inefficacité, par rapport aux IST et au sida, de la pilule contraceptive, des rapports pendant les règles, du stérilet et de la pilule du lendemain. Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles sont mieux informés que les autres sur l'inefficacité de la pilule contraceptive (55 % contre 48 %), de la piqûre contraceptive (50 % contre 40 %), du retrait (rapport interrompu) (52 % contre 44 %), des rapports pendant les règles (68 % contre 52 %) et de la pilule du lendemain (52 % contre 43 %) comme moyen de protection contre les IST et le sida.

La filière scolaire semble également être un facteur lié à la connaissance de l'inefficacité de certains moyens de contraception contre les IST chez les filles. Celles fréquentant l'enseignement de qualification sont mieux informées que celles qui fréquentent l'enseignement de transition pour la pilule contraceptive (54 % contre 45 %), la piqûre contraceptive (47 % contre 34 %), le retrait (47 % contre 39 %) et la pilule du lendemain (52 % contre 44 %).

Pour qu'un préservatif protège efficacement contre les IST et le sida, il doit être utilisé correctement et en particulier une seule fois : 94 % des filles et garçons de 16 ans le savent.

En termes d'évolution par rapport à 2003, les jeunes sont mieux informés en ce qui concerne l'inefficacité de la crème spermicide (22 % à 26 %) et de la pilule du lendemain (31 % à 37 %), ils sont aussi mieux informés sur l'efficacité de l'absence de rapport (67 % à 72 %). Cette évolution se marque principalement chez les 13 ans.

On n'observe aucune évolution significative pour les filles de 16 ans qui ont eu ou non des rapports sexuels. Par contre, on observe une augmentation significative de la proportion de garçons de 16 ans qui n'ont pas eu de relations sexuelles qui sont informés que les crèmes spermicides ne sont pas efficaces pour se protéger des IST et du sida (33 % en 2010 contre 19 % en 2003).

5.2. Vaccin HPV

L'infection à papillomavirus humain (HPV) peut aussi bien infecter les filles que les garçons. Il existe plus de cent types de HPV. La grande majorité des infections passent inaperçues et disparaissent spontanément dans les six à huit mois. Cependant, certaines peuvent devenir chroniques et entraîner des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus. Si elles ne sont pas soignées, elles peuvent se transformer en cancer. Depuis 2007, deux vaccins sont disponibles dans notre pays, le Cervarix® (vaccin bivalent contre les types 16 et 18 du HPV) et le Gardasil® (vaccin quadrivalent contre les types 16, 18, 6 et 11). Depuis septembre 2011, la FWB offre la gratuité du vaccin (Cervarix®) aux jeunes filles de 13-14 ans fréquentant la deuxième secondaire ou la première différenciée ou spécialisée. Comme la médecine scolaire, tous les médecins peuvent obtenir le vaccin pour leurs jeunes patientes. Il s'agit de trois injections intramusculaires sur six mois. Le vaccin est administré aux jeunes filles n'ayant pas encore eu d'activité sexuelle mais ne constitue pas une protection totale puisque le vaccin ne protège pas contre toutes les souches de HPV susceptibles d'entraîner un cancer du col de l'utérus. Le dépistage par frottis reste essentiel et se fait à partir de l'âge de 25 ans tous les trois ans (Communauté française de Belgique, 1992 ; Mahé, 2007).

Tableau 3.4. Jeunes de 13 et 16 ans qui savent que le vaccin HPV ne protège pas contre la grossesse, le sida et les autres IST (N = 809 à 814 selon les propositions)

%	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Protection contre la grossesse	32,9	58,5	42,2	73,5	43,8	80,3
Protection contre le sida	19,9	31,4	38,3	60,8	40,3	65,3
Protection contre d'autres IST	7,5	16,2	25,2	25,9	25,0	39,5

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



En 2010, 52 % des jeunes de 13 et 16 ans sont conscients que le vaccin HPV ne protège pas contre la grossesse, 38 % savent qu'il ne protège pas contre le sida et 20 % contre les autres IST. Une fois de plus, les filles sont mieux informées que les garçons et les 16 ans, mieux que les 13 ans.

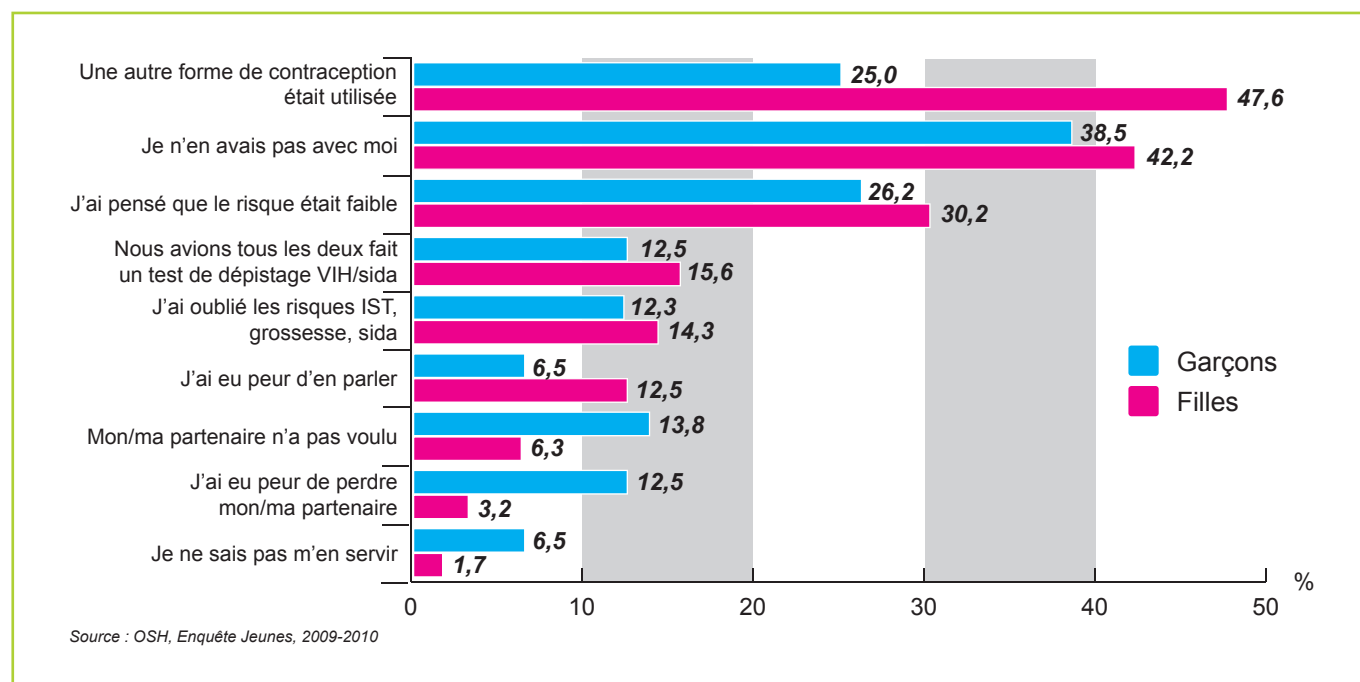
Les jeunes de l'enseignement de qualification sont mieux informés que les jeunes de l'enseignement de transition que le vaccin HPV n'assure aucune protection contre le sida (41 % contre 38 %).

5.3. Usage du préservatif

En 2010, 53 % des jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels déclarent qu'ils utilisent toujours un préservatif. Les garçons interrogés adoptent beaucoup plus fréquemment cette pratique (69 %) que les filles (34 %). Ce résultat montre combien il existe de différences entre l'utilisation réelle et le sentiment de contrôle que les jeunes ont par rapport à l'emploi du préservatif puisque qu'ils sont environ 8 sur 10 à déclarer se sentir tout à fait capables de convaincre leur partenaire d'utiliser un préservatif, les filles (89 %) davantage que les garçons (65 %).

Cette question sur l'usage du préservatif lors de rapport sexuel n'avait pas été posée lors de l'enquête de 2003.

Figure 3.8. Motifs invoqués pour ne pas avoir utilisé de préservatif (% parmi les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui n'utilisent pas toujours un préservatif) (N = 126 à 129 selon les propositions)



▼
 Parmi les jeunes qui n'utilisent pas toujours un préservatif (47 % en 2010), la raison la plus souvent invoquée est qu'ils n'en avaient pas avec eux (40 %), la seconde qu'une autre forme de contraception était utilisée (35 %), 28 % n'en ont pas utilisé parce qu'ils ont pensé que le risque d'IST était faible et 13 % ont carrément oublié les risques. Le refus du partenaire est évoqué par 11 % des jeunes, 9 % ont eu peur d'en parler avec leur partenaire et 9 % des jeunes ont eu peur de le perdre. Seuls 14 % n'en ont pas utilisé parce que les deux partenaires avaient préalablement fait un test de dépistage VIH.

Les filles donnent davantage comme raison pour ne pas utiliser un préservatif le fait d'avoir utilisé une autre contraception que les garçons (48 % contre 25 %). Cela révèle que les jeunes filles pensent plus à se protéger contre un risque de grossesse que contre les IST et le sida.

Treize jeunes ont répondu qu'ils n'avaient pas utilisé un préservatif pour une autre raison que celles proposées dans le questionnaire. Parmi eux, 8 en ont donné la raison : allergie au latex (1 fille – 1 garçon), pas envie ou n'aime pas (3 filles – 1 garçon), premier rapport sexuel pour les deux partenaires (1 fille) et décision des deux partenaires (1 garçon).

6. Score de connaissance sur les IST

Les jeunes ont répondu à de nombreuses questions portant sur leurs connaissances dans le domaine de la sexualité. Un score a été créé afin de mieux cerner leur niveau de connaissance globale des IST.

Les jeunes de 13 ans ont répondu à 22 questions et les jeunes de 16 ans à 27 questions portant sur leurs connaissances sur les IST, leurs modes de transmission et les moyens de protection et de prévention. Le score a été ramené sur 10 pour permettre une comparaison plus aisée des résultats.

Tableau 3.5. Moyenne du score de connaissance sur les IST par les jeunes de 13 et 16 ans (score sur 10)
(N = 803)

	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Score	4,0	4,3	4,9	5,7	5,1	6,4

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



En moyenne, les jeunes ont un score de 4,8 sur 10. Ce qui montre bien les connaissances limitées qu'ils ont sur les IST. Les filles sont meilleures que les garçons et ce score augmente significativement avec l'âge. Les filles de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles ont un meilleur score que les autres (6,4/10 contre 5,7/10). On observe aussi chez les filles un lien avec la filière scolaire, les filles fréquentant l'enseignement de qualification (5,8/10) ont en moyenne un meilleur score que celles qui fréquentent l'enseignement de transition (4,9/10).

Aucun autre facteur socioéconomique n'est ressorti de notre analyse. Cependant, des liens avec des connaissances spécifiques ont parfois été mis en évidence. Cette dispersion dans les résultats ne nous permet pas de tirer des conclusions claires quant à l'influence de ces facteurs sur le niveau global de connaissance des jeunes.

Chapitre 4

Information reçue ou souhaitée sur la sexualité

Faits marquants

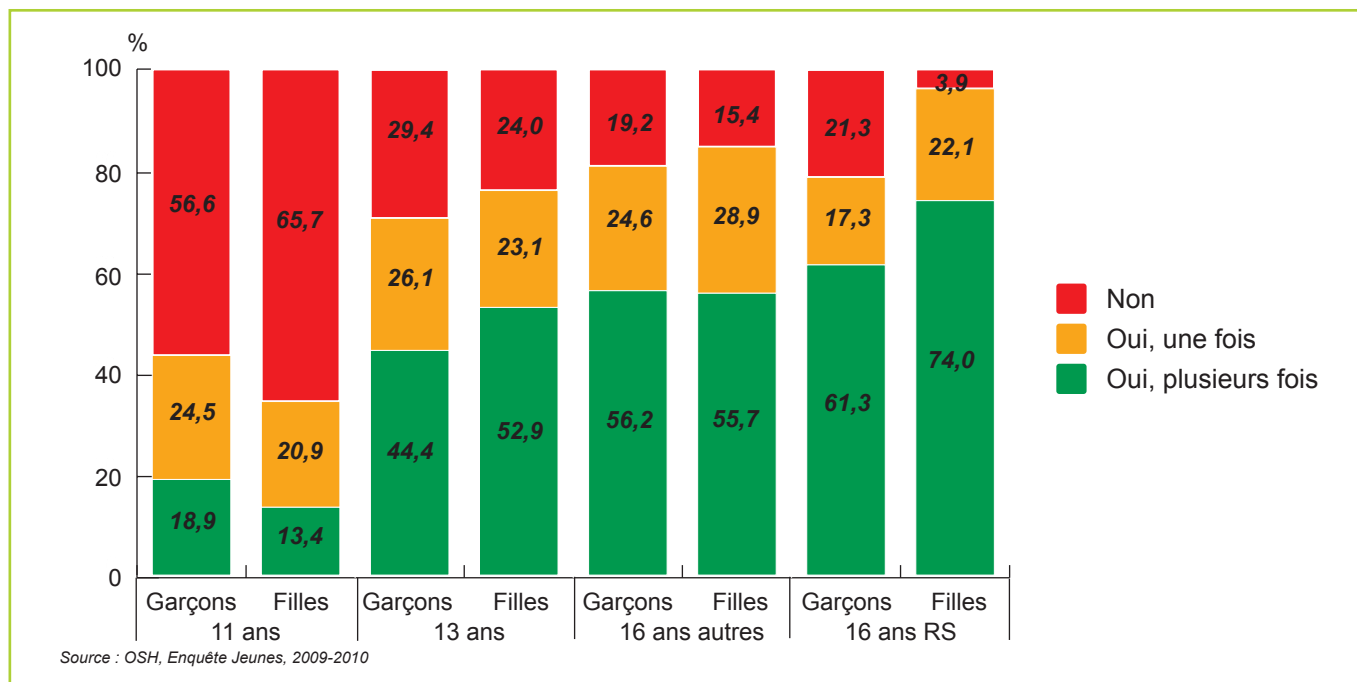
- Assez logiquement, plus les jeunes avancent en âge, plus ils ont eu l'occasion de recevoir de l'information sur la sexualité. La discussion individuelle constitue le moyen le plus répandu pour obtenir de l'information (43 %). La télévision et la radio restent le deuxième moyen (30 %), viennent ensuite les animations de groupes et les brochures (27 %). Entre 2003 et 2010, le support qui montre le plus de changement dans son emploi comme source d'information sur la sexualité est internet passant de 13 % à 23 %.
- Les copains et copines sont la source d'information sur la sexualité la plus souvent citée aussi bien à l'école qu'en dehors. Il n'est donc pas étonnant que l'éducation par les pairs ait été retenue comme méthode d'intervention par ONUSIDA (ONUSIDA, 2000).
- En dehors de l'école, la mère est la première source d'information tant pour les filles que les garçons. Pour les autres personnes de l'entourage, les filles ont tendance à recevoir davantage de l'information via des membres féminins et les garçons via des membres masculins. Si l'information reçue de la mère atteint un maximum de 73 % chez les filles de 16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, les jeunes déclarent moins souvent des discussions sur le sujet avec leurs parents (maximum de 55 % dans le même groupe). L'absence de discussion est la plupart du temps attribuée au fait que le jeune n'en a pas envie.
- Les jeunes sont 27 % à 11 ans, 77 % à 13 ans et 85 % à 16 ans à recevoir de l'information à l'école. On ne note pas de différence entre les proportions observées dans l'enseignement de transition et dans l'enseignement de qualification. Ces proportions sont supérieures en 2010 par rapport à 2003.
- Au sein de l'école, le professeur de sciences informe le plus les jeunes sur la sexualité. La proportion de jeunes déclarant avoir reçu de l'information sur la sexualité par leur professeur de science double pratiquement entre 2003 et 2010 (passant de 22 % à 40 %).
- Un quart des jeunes de 16 ans citent le centre de planning familial comme source d'information sur la sexualité en dehors de l'école et 51 % disent le connaître. Ce sont les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles qui déclarent le plus être informés par le centre de planning familial (39 %) et qui le connaissent le mieux (69 %).
- Le sida et les IST est le thème pour lequel le plus de jeunes souhaite recevoir de l'information. Ceci paraît utile au vu des lacunes dans leurs connaissances en ce domaine. Les autres thèmes cités sont le fait de devenir parent, l'amour et le préservatif. Les filles, plus que les garçons, sont demandeuses d'information sur la grossesse, la contraception, la violence dans le couple, l'IVG.

I. Information reçue

I.1. En dehors de l'école

Globalement, deux tiers des jeunes de 10 à 17 ans ont déjà eu (au moins une fois) de l'information sur la sexualité en dehors de l'école.

Figure 4.1. Information reçue sur la sexualité en dehors de l'école (N = 1 303)



▼
D'une manière générale, les plus âgés se déclarent plus souvent informés sur la sexualité en dehors de l'école. En 2010, 39 % des jeunes de 11 ans, 73 % des jeunes de 13 ans et 84 % des jeunes de 16 ans déclarent avoir reçu de l'information sur la sexualité en dehors de l'école. Les filles sont plus souvent informées dans le groupe plus âgé. Dans le groupe des 16 ans, on ne constate pas de différence entre ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles et les autres.

Par rapport à 2003, on constate que les jeunes de 11 ans sont moins fréquemment informés en dehors de l'école sur le thème de la sexualité. Cette diminution est plus forte chez les filles. A l'inverse, les filles de 16 ans sont plus fréquemment informées en 2010 qu'en 2003.

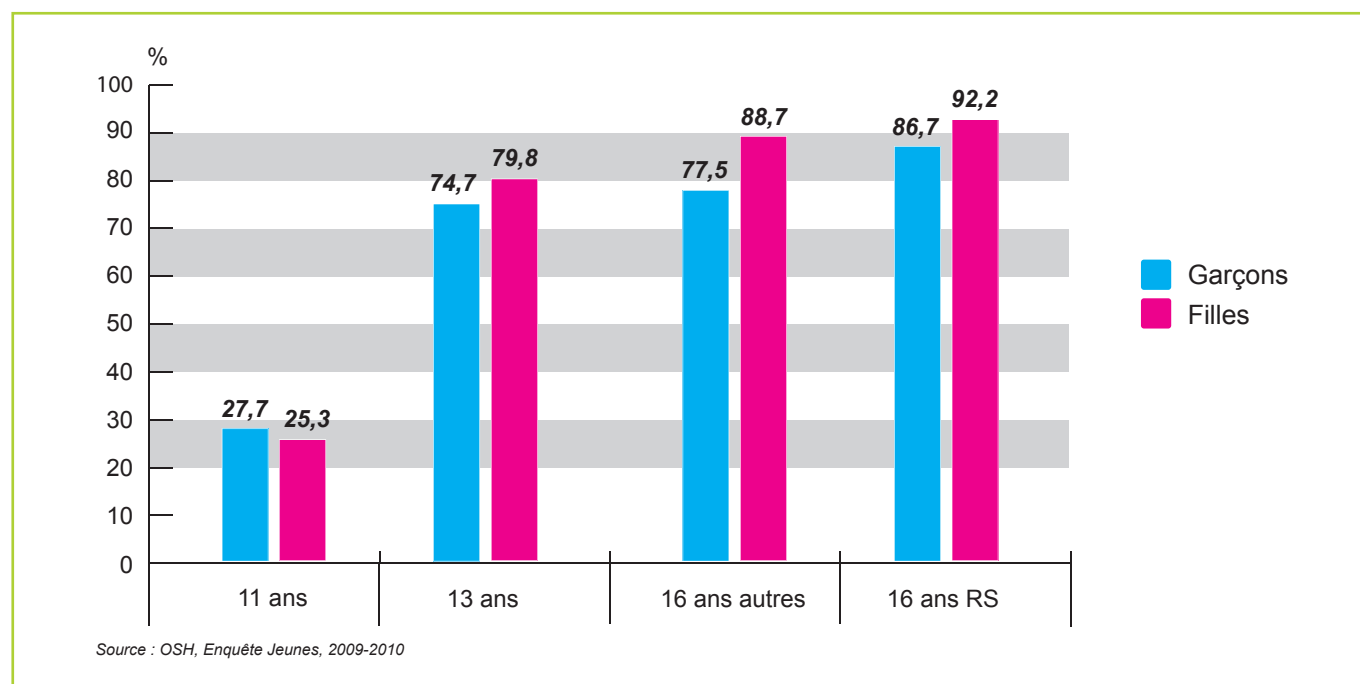
1.2. En classe

Dans la plupart des écoles, les animations d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) sont organisées, soit régulièrement, soit ponctuellement pour répondre à une situation particulière. Le cours de biologie de la reproduction fait souvent office de cours d'éducation sexuelle. Certains établissements font appel à des intervenants extérieurs (centre de planning familial, PMS, PSE, associations...). Une étude interuniversitaire de 2003 (Andrien, 2003) a montré que 20 % des élèves des classes de 2^e, 3^e et 4^e années du secondaire n'avaient jamais participé à une animation EVRAS lors de leur parcours scolaire. Selon cette enquête, les jeunes de l'enseignement technique, professionnel et artistique étaient moins fréquemment touchés que les jeunes du général par les animations.

Depuis notre enquête, l'EVRAS a été inscrite dans les missions de l'enseignement obligatoire. En 2012, le protocole précise que "Les acteurs scolaires sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'EVRAS en milieu scolaire. Ils ont l'obligation de prendre des initiatives en la matière, dans le cadre de leur autonomie". Cependant, aucune modalité d'application n'est définie et les objectifs et les thématiques varient selon les établissements. Pour aider les écoles dans la mise en œuvre, des points d'appui EVRAS sont intégrés au sein des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) depuis 2013. Ils sont chargés de sensibiliser et d'encourager la mise en œuvre de l'EVRAS dans les écoles en facilitant les partenariats (centre de planning familial, PMS, PSE, associations luttant contre le sida, l'homophobie, la violence...)

(Centre Liégeois de Promotion de la Santé, 2014). Actuellement, il est encore trop tôt pour connaître l'impact de ce dispositif sur l'évolution des connaissances des jeunes.

Figure 4.2. Information reçue sur la sexualité en classe (N = 1 299)



▼
Globalement, 62 % des jeunes déclarent avoir reçu de l'information sur la sexualité en classe. Cette proportion augmente avec l'âge allant de 27 % pour les 11 ans, à 85 % pour les 16 ans.

Les proportions observées ne varient pas selon le type d'enseignement.

En 2010, tous les jeunes à l'exception des garçons de 11 ans déclarent plus fréquemment avoir reçu de l'information sur la sexualité en classe qu'en 2003.

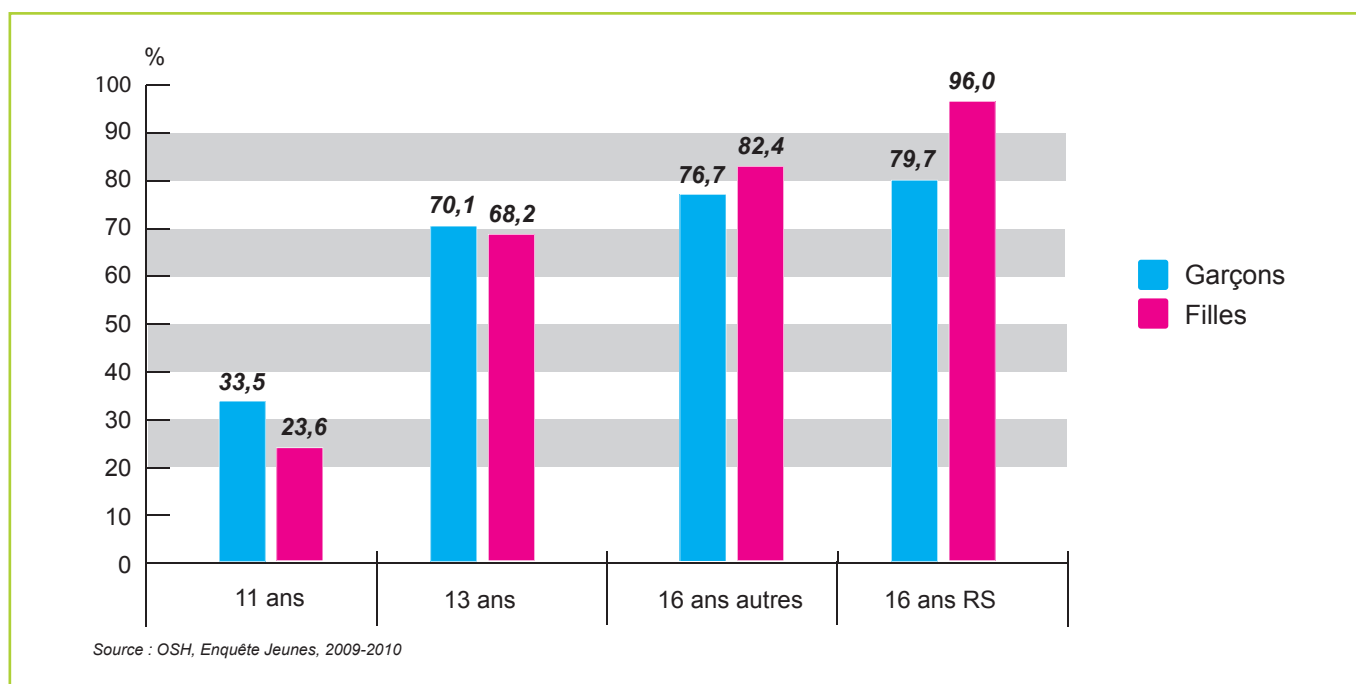
2. Par qui, les jeunes, reçoivent-ils l'information sur la sexualité ?

2.1. Par des non-professionnels

Copains et copines

D'une manière générale, les jeunes de tout âge déclarent que leur principale source d'information sur la sexualité à l'école et en dehors est leurs copains et copines.

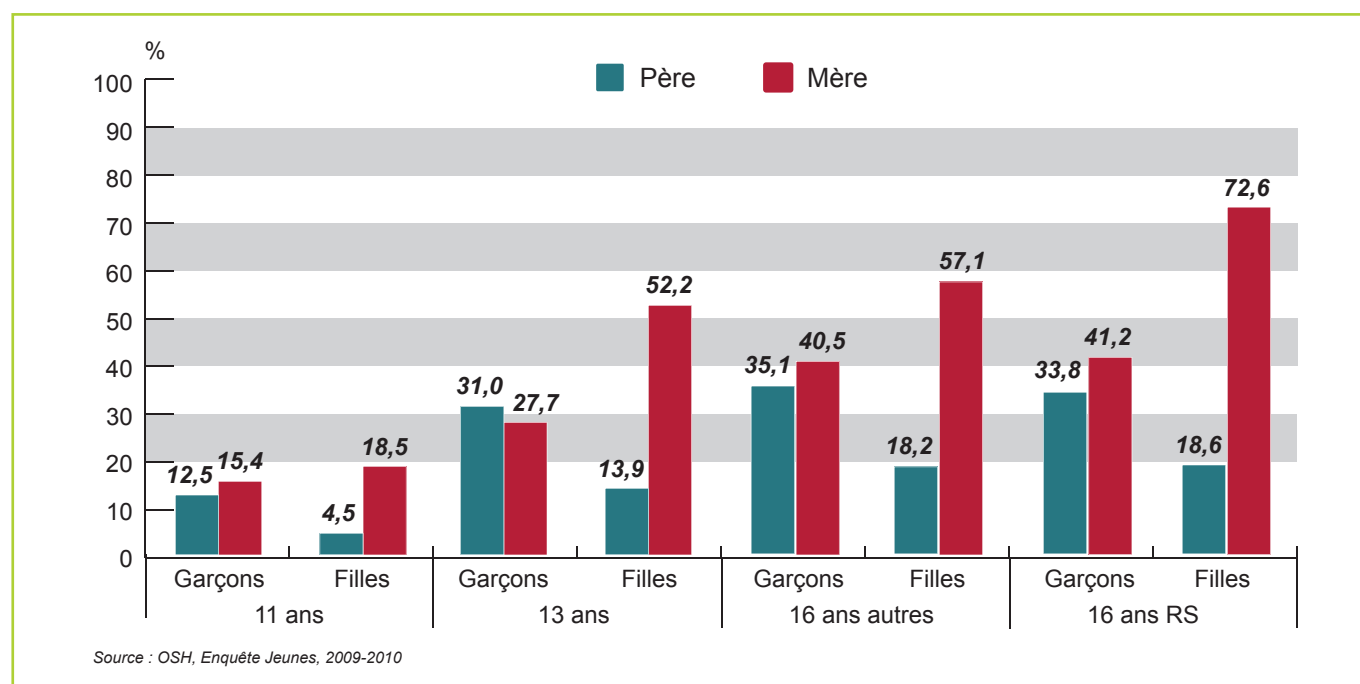
Figure 4.3. Information reçue sur la sexualité par les copains/copines (N = 1 267)



▼
Que ce soit au sein de l'école ou en dehors, la proportion de jeunes qui déclarent avoir des discussions sur la sexualité avec leurs copains/copines augmente avec l'âge (29 % à 11 ans, 69 % à 13 ans et 82 % à 16 ans) aussi bien chez les filles que chez les garçons. Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles, principalement les filles, discutent aussi davantage de sexualité avec leurs copains/copines que les autres. Les proportions restent stables entre 2003 et 2010.

Parents, fratrie et famille

Figure 4.4. Information reçue sur la sexualité par le père/la mère (père N = 1 212 et mère N = 1 226)



▼
La mère est une importante pourvoyeuse d'information sur la sexualité en dehors de l'école à chaque âge. Cependant, les proportions augmentent au fur et à mesure de l'avancée en âge (17 % à 11 ans, 40 % à 13 ans, 51 % à 16 ans). Les filles reçoivent aussi plus fréquemment de l'information sur la sexualité par la mère que les garçons et ceci pour tous les groupes d'âge. Les jeunes disent recevoir également de l'information sur la sexualité par leur père, les garçons davantage que les filles.

Les frères et sœurs sont aussi des personnes vers qui les jeunes se tournent pour avoir de l'information sur la sexualité. D'une manière générale, les filles déclarent recevoir davantage d'information de leurs sœurs (14 % contre 8 % des garçons) et les garçons de leurs frères (16 % contre 7 % des filles). Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent davantage avoir reçu de l'information sur la sexualité par leurs frères (16 %) que les autres (9 %).

D'une manière générale, les filles ont tendance à recevoir davantage de l'information via d'autres membres féminins de leur entourage (mère et sœurs) et les garçons des membres masculins (père et frères).

D'autres adultes sont cités par les jeunes comme leur fournissant de l'information sur la sexualité (13 %), davantage pour les filles (17 %) que pour les garçons (9 %). Parmi les autres adultes non-professionnels, les jeunes citent les oncles et tantes, les grands-parents, les cousins et cousines, les parrains et marraines, les beaux-parents, les amis des parents et les parents des copains.

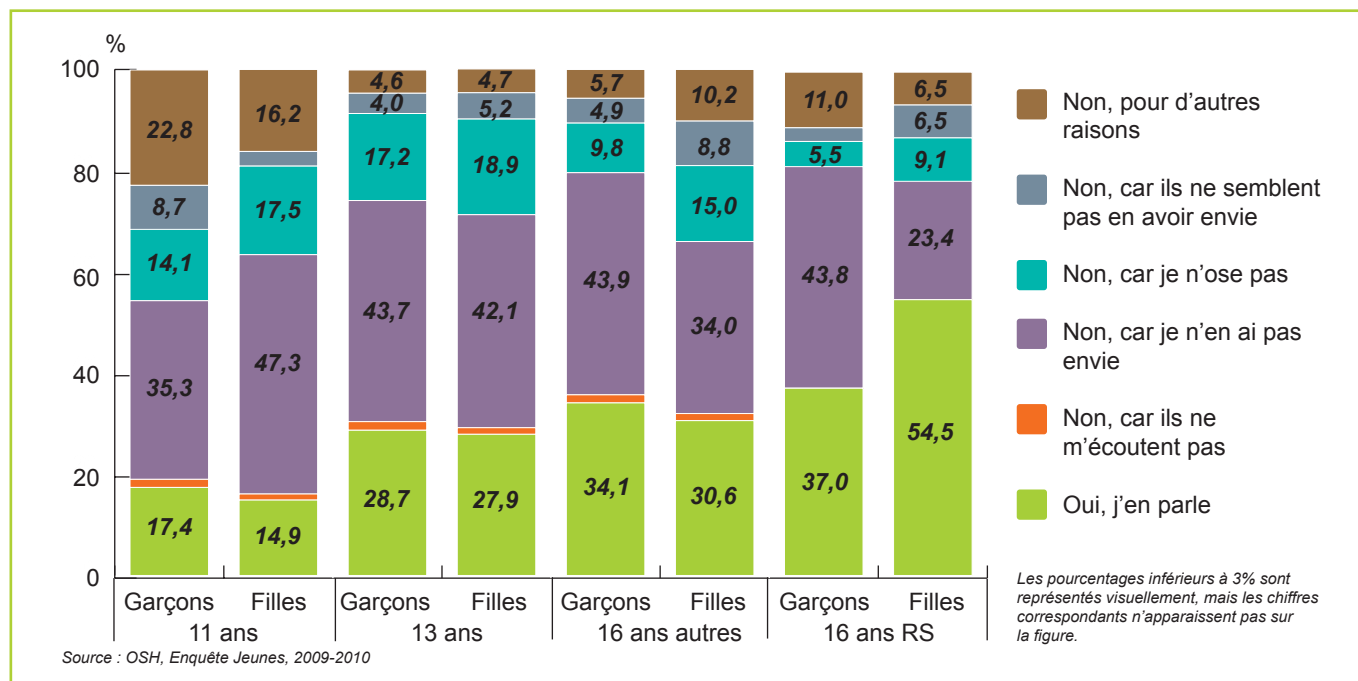
Entre 2003 et 2010, on constate une diminution des jeunes de 11 ans qui reçoivent de l'information de leurs parents. Par contre, chez les 13 et les 16 ans, on assiste à une augmentation de la proportion des jeunes qui reçoivent de l'information de leurs parents.

On constate également que les jeunes déclarent recevoir davantage d'information sur la sexualité en dehors de l'école, via les frères (de 7 % en 2003 à 11 % en 2010). C'est principalement le cas chez les garçons plus jeunes (à 11 ans de 5 % à 11 % et à 13 ans de 7 % à 21 %).

Dialogue avec les parents

Dans les paragraphes précédents, il a été mis en avant que les parents, principalement la mère, est source d'information sur la sexualité en dehors de l'école après les copains. Ils représentent donc des interlocuteurs importants pour les jeunes dans la construction de leur sexualité.

Figure 4.5. Discussions des jeunes sur la sexualité avec leurs parents (N = 1 252)



En 2010, 27 % des jeunes déclarent avoir des discussions sur la sexualité avec leurs parents, autant les filles que les garçons. Les proportions de jeunes déclarant ces discussions augmentent avec l'âge (16 % à 11 ans, 28 % à 13 ans, 37 % à 16 ans). Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles déclarent davantage avoir eu des discussions avec leurs parents à propos de la sexualité que les autres.

S'ils n'ont pas de discussion avec leurs parents, c'est d'abord parce qu'ils n'en ont pas envie. Cette proportion diminue chez les filles avec l'âge, passant de 47 % à 11 ans à 30 % à 16 ans. A l'inverse, cette proportion augmente chez les garçons, passant de 35 % chez les 11 ans à 44 % chez les 13 et les 16 ans.

Dans certains cas, c'est parce qu'ils n'osent pas, mais cette raison semble être moins évoquée chez les 16 ans. Il semble que ce soit à 13 ans que les jeunes osent moins parler de sexualité avec leurs parents, chez les filles comme chez les garçons.

Dans d'autres cas, il semble que ce soit l'attitude des parents qui les pousse à ne pas en parler. Cinq pour cent évoquent le fait que les parents semblent ne pas en avoir envie et 1 % qu'ils ne les écoutent pas.

Les jeunes évoquent d'autres raisons, principalement chez les plus jeunes (23 % des garçons et 16 % des filles de 11 ans). Les raisons citées sont : des difficultés de communication avec les parents, le fait d'être trop jeune pour en parler, le manque d'intérêt du jeune pour le sujet, l'absence de vie sexuelle, le fait que cela reste un sujet tabou, l'absence des parents, le respect pour les parents, "cela ne se fait pas" ou ils apprennent seuls la sexualité.

De 2003 à 2010, on assiste à une diminution du nombre de filles (surtout les plus jeunes) qui disent discuter de sexualité avec leurs parents (de 34 % à 27 %), et une légère augmentation du nombre de garçons (de 22 % à 27 %). La proportion de jeunes qui ne parlent pas avec leurs parents car ces derniers ne semblent pas en avoir envie est plus élevée en 2010 (5,4 %) qu'en 2003 (3,9 %).

2.2. Par des professionnels

Professeurs et équipe éducative

L'école reste un lieu important d'information sur la sexualité pour le jeune. Celle-ci peut venir des enseignants, de personnes extérieures comme les PMS, les PSE ou les centres de planning familial, mais aussi des amis. Comme nous l'avons décrit plus haut, les copains sont une source non négligeable d'information sur la sexualité aussi bien en dehors de l'école qu'en son sein.

Tableau 4.1. Information donnée en classe sur la sexualité par différentes personnes (N = 1 300)

%	11 ans		13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Professeur de sciences	7,7	11,1	56,2	60,5	50,4	60,0	44,0	62,3
Professeur de morale/religion	6,7	4,7	19,1	24,7	36,4	27,3	38,7	26,0
Educateur	2,1	1,2	1,1	1,6	1,6	2,7	6,7	1,3
Autres	8,7	4,7	5,1	4,5	3,1	4,0	4,0	1,3

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



En classe, c'est le professeur de sciences qui informe le plus les jeunes sur la sexualité, suivi du professeur de morale ou de religion. Les éducateurs donnent rarement des informations sur la sexualité.

Les filles citent le professeur de sciences davantage que les garçons (43 % contre 37 %) alors que c'est l'inverse pour le professeur de morale ou religion (18 % pour les filles, 21 % pour les garçons). D'autres professeurs sont parfois cités.

Les jeunes fréquentant l'enseignement de transition déclarent davantage avoir reçu de l'information sur la sexualité en classe par leur professeur de sciences que les jeunes de l'enseignement de qualification (63 % contre 45 %).

D'une manière générale, la proportion de jeunes déclarant avoir reçu de l'information sur la sexualité par leur professeur de sciences augmente entre 2003 et 2010 passant de 22 % à 40 %. Cette augmentation se retrouve chez les filles et chez les garçons et dans tous les groupes d'âge. L'information reçue via le professeur de morale ou de religion reste stable entre 2003 et 2010 pour tous les jeunes à l'exception des filles de 16 ans pour lesquelles la proportion diminue de 46 % à 27 %.

Centre de planning familial, PMS, PSE

Le planning familial est reconnu à la fois comme un intervenant au sein de l'école et en dehors de l'école. En effet, il peut être présent en milieu scolaire par des animations dans les classes mais il est aussi reconnu comme un lieu de service et d'information sur la vie affective et sexuelle.

En dehors de l'école, le planning familial est cité par 2 % des jeunes de 11 ans, 12 % des 13 ans et 26 % des 16 ans comme source d'information sur la sexualité. Globalement, les plus âgés s'informent davantage auprès des plannings familiaux que les plus jeunes et les filles déclarent plus fréquemment s'y être informées que les garçons (16 % contre 9 %). Ce sont les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles qui citent le plus souvent le planning familial (39 %). Les filles fréquentant l'enseignement de qualification (35 %) déclarent davantage avoir reçu de l'information sur la sexualité via le planning familial en dehors de l'école que les filles de l'enseignement de transition (23 %).

En dehors de l'école, seulement 13 jeunes déclarent avoir reçu de l'information via les professionnels des centres PMS.

D'une manière générale, entre 2003 et 2010, les jeunes déclarent davantage recevoir de l'information sur la sexualité via le planning familial en dehors de l'école (de 6 % à 13 %). Cette augmentation est présente aussi bien chez les filles (de 7 % à 16 %) que chez les garçons (de 5 % à 8 %) et dans les groupes plus âgés (à 13 ans de 4 % à 12 % et à 16 ans de 13 % à 26 %).

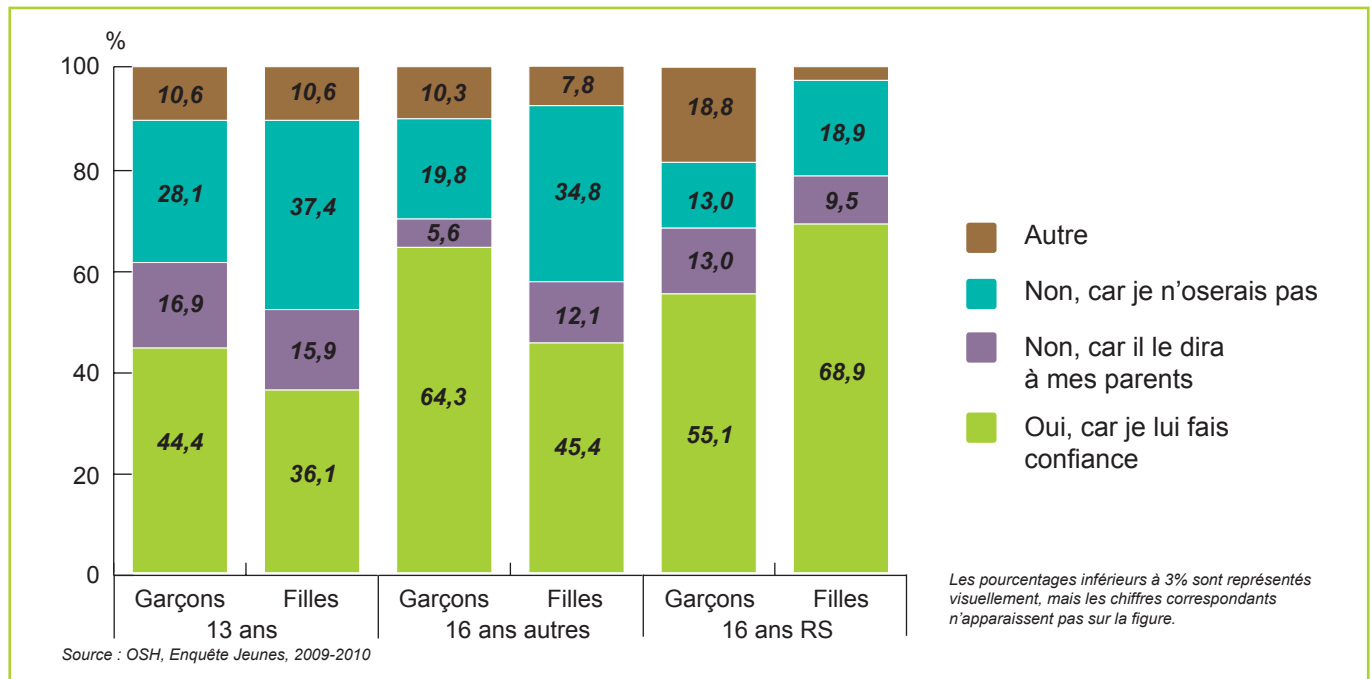
A l'école, les plannings familiaux et les centres de médecine scolaire sont davantage cités avec l'avancée en âge comme source d'information (1 % à 11 ans, 7 % à 13 ans et 26 % à 16 ans). A tous les âges, les filles ont davantage reçu de l'information via le planning familial que les garçons (16 % contre 7 %). Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles ont davantage reçu de l'information sur la sexualité à l'école (40 % contre 19 % pour les autres).

Par contre, on ne constate pas de différence entre les filles et les garçons, ni entre les jeunes qui ont déjà eu ou non des relations sexuelles par rapport à l'information reçue à l'école via les centres de médecine scolaire et PMS. La filière scolaire intervient puisque les jeunes de 16 ans fréquentant l'enseignement de transition déclarent avoir davantage reçu de l'information via les centres de médecine scolaire et les PMS que ceux fréquentant l'enseignement de qualification (37 % contre 24 %).

D'une manière générale, entre 2003 et 2010, on observe une augmentation des proportions de filles et de garçons ayant reçu de l'information en classe via les plannings familiaux, les centres de médecine scolaire, PMS et PSE (5 % à 11 % pour les plannings et 6 % à 16 % pour les PMS et PSE).

Médecin de famille

Figure 4.6. Confiance des jeunes de 13 et 16 ans en leur médecin traitant pour discuter de problèmes relatifs à la sexualité (N = 797)



En 2010, 49 % des jeunes de 13 et 16 ans estiment qu'ils peuvent parler en confiance de problèmes intimes tels que la contraception, la prévention des IST... avec leur médecin traitant. Les garçons font davantage confiance à leur médecin traitant que les filles et les jeunes de 16 ans plus que ceux de 13 ans.

Quels que soient l'âge et le sexe, si les jeunes ne parlent pas avec leur médecin traitant c'est d'abord, parce qu'ils n'osent pas aborder les sujets en rapport avec la sexualité. Ils craignent aussi que le médecin ne rapporte la discussion aux parents. Onze pour cent des jeunes invoquent d'autres raisons : pas envie, pas encore de vie sexuelle, manque de confiance, pas besoin, ne sont pas seuls chez le médecin, n'ont de pas de médecin traitant ou le médecin est un homme.

On observe les mêmes proportions de jeunes qui font confiance à leur médecin traitant en 2010 qu'en 2003.

3. Focus sur les centres de planning familial

Les centres de planning familial ont pour missions d'accueillir, d'informer, d'aider dans toutes les matières familiales. Des consultations sont données par des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, gynécologues, psychologues, juristes, conseillers conjugaux, sexologues et assistants sociaux. Ils organisent aussi des animations afin de préparer les jeunes à la vie affective et sexuelle. Ils informent individuellement ou en groupe sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'IVG, les IST et tout aspect de la vie affective et sexuelle.

3.1. Connaissance des centres de planning familial

En 2010, 20 % des jeunes de 13 ans et 51 % des jeunes de 16 ans déclarent connaître les plannings familiaux. Les filles en ont plus fréquemment connaissance que les garçons (43 % contre 31 %). Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles connaissent davantage les centres de planning familial (70 % contre 41 % pour les autres).

Chez les plus âgés, 26 % des jeunes déclarent avoir eu des informations sur la sexualité en classe via le planning familial.

En 2010, les jeunes sont nettement mieux informés de l'existence des centres de planning familial (37 %) qu'en 2003 (9 %) et cela, quels que soient l'âge et le sexe.

3.2. Consultation dans un planning familial

En 2010, 9 % des jeunes de 13 et 16 ans ont déjà consulté le planning familial, les filles davantage que les garçons (11 % contre 6 %) et les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles davantage que les autres (22 % contre 6 %).

On observe une forte différence par rapport à 2003 pour les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles puisqu'ils consultent davantage en 2010 (22 % contre 12 % en 2003).

3.3. Motifs et satisfaction de la consultation dans un planning familial

Au total, en 2010, 74 jeunes ont déclaré avoir déjà consulté un planning familial, deux tiers sont des filles. Les motifs pour lesquels les jeunes de 16 ans consultent le planning familial sont, tout d'abord, pour obtenir de l'information (16), viennent ensuite les consultations médicales (12) ou gynécologiques pour les filles (13). Les jeunes de 13 ans viennent au planning familial pour obtenir d'abord une consultation sociale (7) ou psychologique (5) et obtenir de l'information (3). Quelques jeunes expriment également d'autres raisons comme obtenir des préservatifs, obtenir la pilule du lendemain, le sida, le stress et accompagner un(e) ami(e). Seize jeunes déclarent être venus en visite avec l'école.

Peu de choses ont changé entre 2003 et 2010 concernant les consultations en centre de planning familial.

Parmi les jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir consulté un centre de planning familial, 61 % se disent tout à fait satisfaits, 36 % plus ou moins satisfaits et 3 % pas satisfaits. Les filles sont proportionnellement plus nombreuses à être tout à fait satisfaites que les garçons (76 % contre 39 %).

Par rapport à 2003, la proportion de filles qui sont tout à fait satisfaites du service rendu par le planning familial a globalement augmenté (46 % à 76 %).

4. Support de l'information

Tableau 4.2. Supports d'information sur la sexualité les plus utilisés par les jeunes en dehors de l'école
(N = 1 198 à 1 252 selon les propositions)

%	11 ans		13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Discussions individuelles	22,7	20,1	45,3	52,2	57,2	63,4	59,2	82,9
Télévision/radio	13,5	9,3	35,7	35,2	46,6	44,0	51,5	39,7
Magazines pour jeunes	11,3	9,4	16,7	35,1	16,5	47,8	33,8	52,7
Internet	12,7	4,9	30,8	17,0	42,7	23,1	56,7	42,5
Brochures	9,2	5,4	21,7	34,1	36,8	47,8	49,3	58,7
Animations de groupe	9,7	4,5	29,3	33,3	39,5	40,6	47,1	53,4

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



Afin de faciliter la lecture des données dans le tableau, nous avons surligné en couleur les supports qui arrivent en première place (jaune), en deuxième place (vert) et en troisième place (rose) dans les choix des jeunes. L'ordre n'a pas été établi selon un test statistique mais selon un regroupement de proximité de proportions.

Avec l'avancée en âge, les jeunes reçoivent davantage d'information sur la sexualité, il est donc normal de constater que les différents supports sont davantage cités par les groupes les plus âgés.

D'une manière générale, les discussions individuelles constituent le moyen le plus répandu pour obtenir de l'information aussi bien chez les garçons que chez les filles dans tous les groupes d'âge. Ce sont les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles qui ont davantage de discussions individuelles par rapport à la sexualité (70 % contre 60 % pour les autres jeunes de 16 ans).

La télévision/la radio est le deuxième moyen le plus répandu. Les jeunes citent également les animations de groupes et les brochures. Les jeunes de 16 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles sont environ 50 % à déclarer avoir reçu de l'information via ces deux supports contre environ 40 % pour les autres jeunes de 16 ans. Pour les brochures, on constate également un effet de la filière scolaire pour le groupe des 16 ans : les jeunes fréquentant l'enseignement de transition déclarent davantage avoir reçu de l'information via ce support que les jeunes de l'enseignement de qualification (59 % contre 40 %).

Les magazines pour jeunes sont surtout cités par les filles (30 % contre 17 % pour les garçons), et par les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles (43 % contre 31 % pour les autres jeunes de 16 ans).

Comme nous l'avons vu dans le chapitre "Sexualité", les jeunes ont de plus en plus accès à internet. Ce support est cité davantage par les garçons que par les filles et par les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles.

Les livres spécialisés sur la sexualité et les journaux sont cités par 12 % des jeunes. Les livres spécialisés sur la sexualité sont davantage cités par les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles que les autres. Les revues pornographiques sont citées comme source d'information sur la sexualité par 8 % des jeunes et davantage par les garçons.

Peu de jeunes mentionnent d'autres supports d'information sur la sexualité. Parmi les exemples, on retrouve des photos, un jeu, l'église protestante, des bandes dessinées et des livres généraux ou destinés aux filles.

Entre 2003 et 2010, le support qui évolue le plus comme source d'information sur la sexualité est internet. Ainsi, l'ensemble des jeunes citent plus fréquemment ce support comme source d'information sur la sexualité en dehors de l'école (13 % en 2003 contre 24 % en 2010). L'animation de groupe est également davantage citée en 2010 qu'en 2003 (passant de 21 % à 27 %) aussi bien par les filles que par les garçons. Les brochures sont citées davantage par les jeunes de 13 ans (18 % à 28 %) et par les jeunes de 16 ans (39 % à 46 %), par contre elles sont moins citées par les jeunes de 11 ans (12 % à 7 %). Les magazines pour jeunes perdent des points (de 28 % en 2003 à 24 % en 2010) principalement chez les garçons (23 % à 17 %).

5. Information souhaitée

On a demandé aux jeunes de 13 ans et de 16 ans s'ils souhaitaient avoir des informations complémentaires sur une dizaine de thèmes en lien avec la vie affective et sexuelle. Pour les thèmes qui les intéressaient, ils ont été interrogés sur le type de support sur lequel ils préféraient recevoir l'information. Les jeunes avaient également la possibilité d'ajouter des thèmes.

Tableau 4.3. Principaux thèmes sur lesquels les jeunes de 13 ans et 16 ans souhaitent recevoir des informations complémentaires (N = 801 à 811 selon les propositions)

%	13 ans		16 ans autres		16 ans RS	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Grossesse	16,9	43,6	17,1	37,5	15,1	47,3
Sida et IST	36,0	42,1	39,8	42,7	25,7	48,6
Violence dans le couple	22,8	35,7	21,9	36,2	16,2	37,0
Devenir parent	40,1	34,4	26,4	31,9	23,0	41,9
Contraception	20,2	32,5	24,0	42,9	16,7	43,8
Relation du couple	33,1	30,8	22,7	29,4	19,4	30,1
Amour	39,0	29,7	19,7	26,4	21,9	29,7
IVG	17,0	28,4	18,6	32,6	17,8	50,0
Préservatif	30,2	18,4	20,9	20,8	17,6	13,5

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2009-2010



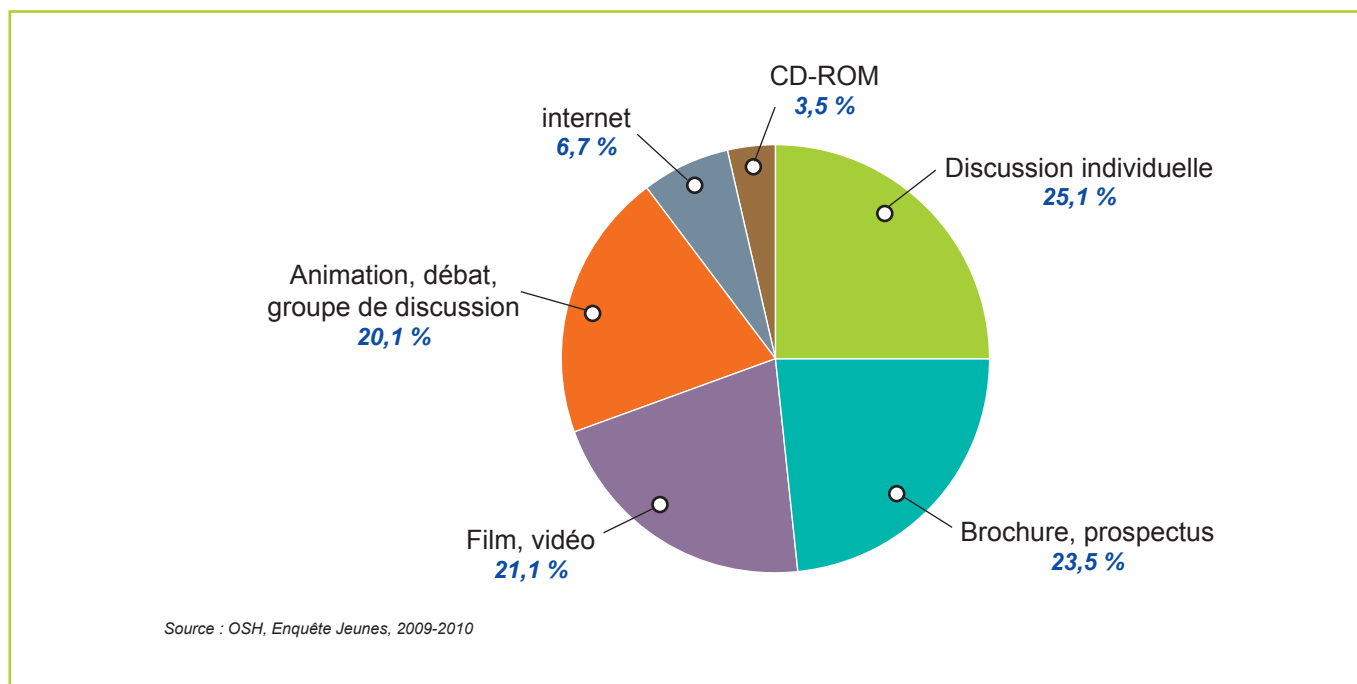
Tout comme pour le tableau précédent, nous avons surligné en couleur les thèmes qui arrivent en première place (jaune), en deuxième place (vert) et en troisième place (rose) dans les choix des jeunes. L'ordre n'a pas été établi selon un test statistique mais selon un regroupement de proximité de proportions.

Globalement, le sida et les IST sont les thèmes sur lesquels les jeunes de 13 ans et de 16 ans souhaitent le plus avoir de l'information, viennent ensuite le fait de devenir parent, la grossesse, la contraception, l'amour, les relations et la violence dans le couple, l'IVG, les préservatifs et l'information concernant des associations d'aide aux jeunes.

D'une manière générale, on observe des différences entre filles et garçons. Les filles sont plus intéressées par de l'information sur le sida et les IST (43 % contre 35 %), sur la grossesse (42 % contre 17 %), sur l'IVG (33 % contre 18 %), sur la contraception (38 % contre 21 %) et sur la violence dans le couple (36 % contre 21 %). Par contre, les garçons sont plus intéressés par recevoir de l'information sur les préservatifs (24 % contre 18 % pour les filles).

D'autres thèmes sont cités quelques fois : comment faire l'amour, la sexualité, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, les problèmes familiaux ou comment élever un enfant.

Figure 4.7. Choix des supports d'information par les jeunes de 13 et 16 ans (% du nombre de réponses)



Globalement, les jeunes de 13 et 16 ans préfèrent les méthodes plus traditionnelles pour être informés sur la vie sexuelle et affective.

Un jeune sur 5 qui souhaite de l'information préfère des animations et des discussions de groupe pour tous les sujets proposés.

Les discussions individuelles, les brochures, les films et vidéos ont aussi la côte. En 2010, internet et le CD-ROM ne sont pas les supports les plus demandés par les jeunes.

Le support varie avec le type d'information souhaitée. Les jeunes préféreraient recevoir principalement de l'information sur l'amour et les relations de couple par des discussions individuelles ; sur la contraception, les préservatifs, le sida et les IST, l'IVG et sur les associations d'aide aux jeunes via des brochures ; sur la violence dans le couple, la grossesse et le fait de devenir parent par des films et des vidéos.

Bibliographie

- Ajzen I. From Intentions to Actions : A Theory of Planned Behavior. In Kuhl J., Beckmann J. (eds), Action-Control : From Cognition to Behavior. Berlin, Heidelberg : Springer, pp.11-39, 1985
- Andrien M, Renard K, Vanorlé H. "Animations à la vie affective et sexuelle à l'école. Propositions d'objectifs, de thématiques et de stratégies" - Rapport de l'équipe interuniversitaire. Bruxelles, 2003
- Arai L. Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. The Sociological Review 2003 ; 51 : 199-217
- Berrewaerts J, Noirhomme-Renard F. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? Bruxelles Woluwe : UCL-RESO, Unité d'Education pour la Santé. Ecole de santé Publique, Juin 2006
- Blackburn M-È, Auclair J, Dion J, Laberge L, Veillette S, Gaudreault M, Lapierre R, Perron M. Évolution de l'estime de soi et de l'insatisfaction de son image corporelle de 14 à 18 ans. Enquête longitudinale auprès des élèves saguenéens et jeannois. Jonquière : Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière, 116 pages, 2008
- Blais J. La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! Ça s'exprime, le magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité auprès des jeunes du secondaire. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal, 2005 : 1-8
- Centre Liégeois de Promotion de la Santé. Ressources pédagogiques et théoriques EVRAS disponibles au Centre de documentation du CLPS. Liège : CLPS Liège ; 2014 Feb
- Communauté française de Belgique. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Santé et communauté ; 1992
- Davies SL, DiClemente RJ, Wingood GM, Harrington KF, Crosby RA, Sionean C. Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females, American Journal of Health Behavior 2003 ; 27 (1) : 55-62
- de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy : the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health Education Research 1988 ; 3 (3) : 273-282
- Edelman A, Jensen JT, Bulechowsky M, Cameron J. Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain ? A primate model. Human Reproduction 2011 ; 26 (2) : 330-336
- Fernet M, Imbleau M, Pilote F. Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse. Dans Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999. Québec : Institut de la statistique du Québec, collection la santé et le bien-être ; 2002, chapitre 12 : 273-291
- Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research, Reading, Massachusetts : Addison-Wesley ; 1975
- Frost J, McKelvie S. Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school, and university students. Sex Roles 2004 ; 51 (1-2) : 45-54
- Furelaud G, Germanaud D. Des pilules pour la contraception d'urgence et l'avortement : Lévonorgestrel et RU-486 (Mifépristone). Paris : "BioMédia", Université Paris VI ; 2002
- Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body images dissatisfaction : gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. The Journal of Psychology 2002 ; 136 (6) : 581-596
- Goodson P, Buhi ER, Dunsmore SC. Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions : a systematic review. Journal of Adolescent Health 2006 ; 38 : 310-319
- Gupta S. Weight gain on combined pill – it's real ? Human Reproduction Update 2000 ; 6 (5) : 427-431
- Herbigniaux F, Thai Y. L'affirmation de soi dans les relations amoureuses et affectives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13 – 21 ans par la fédération des Femmes Prévoyantes Socialistes, mars 2006

Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and foetal death. *Pediatrics* 2004 ; 113 (2) : 320-327

Lachance J. Internet et sexualité des adolescents : comprendre leurs rituels d'interactions et de séduction. *La santé de l'Homme* 2012 ; 418 : 19-20

Lavoie M, Godin G. Correlates of Intention to Use Condoms Among Auto Mechanic Students. *Health Education Research* 1991 ; 6 : 313-316

Longmore MA, Manning WD, Giordano PC, Rudolph JL. Self-esteem, depressive symptoms and adolescents' sexual onset. *Social Psychology Quarterly* 2004 ; 67 : 279-295

Mahé C, Cocqueel F, Garnier A, (coord.). Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Version IV après relecture. INCa (Institut National du Cancer) ; 2007 Mar

Moreau N, de Smet P, Godin I. La Santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie - Bruxelles. Bruxelles : Service d'information Promotion Education Santé (SIPES), ESP – ULB ; février 2013

OMS media centre. Contraception d'urgence. OMS media centre, Aide-mémoire n° 244. 2012 : 1-4

ONUSIDA. Education par les pairs et VIH/SIDA : Concepts, utilisations et défis. Genève : ONUSIDA ; 2000 May

Otis J, Godin G, Lambert J, Pronovost R. Etude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes du cinquième secondaire, Greenfield Park, Rapport de recherche. Institut national de santé publique du Québec ; 1991

Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2006 ; 35 (4) : 539-549

Rosengard C, Phipps MG, Adler N.E, Ellen JM. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes : a longitudinal examination. *Journal of Adolescent Health* 2004 ; 35 (6) : 453-461

Seidah A, Bouffard T, Vezeau C. Perceptions de soi à l'adolescence : différences entre filles et garçons. *Enfance* 2004 ; 56 (4) : 405-420

Van de Walle E. La fécondité française au XIX^e siècle. *Communications* 1986 ; 44 : 35-45

Sites internet

Fédération des centres de Planning familial en Wallonie et Bruxelles : www.loveattitude.be
(dernière consultation 25/08/2014)

Groupe d'action des centres extra hospitaliers pratiquant l'avortement www.gacehpa.be
(dernière consultation 25/08/2014)

Impact Santé : www.vaccination-info.be
(dernière consultation 25/08/2014)

Plateforme Prévention Sida : www.preventionsida.org
(dernière consultation 25/08/2014)

Pour en savoir plus

Carabin S (éd. resp.). L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle à l'école. Liège : Le Centre Liégeois de Promotion de la Santé 2013

Plasman D (éd. resp.). Education à la vie relationnelle et sexuelle en Belgique : Quelle actualité ? Quelles politiques ? *Femmes Prévoyantes Socialistes* 2013

Abréviations

CLPS	Centre Local de Promotion de la Santé
CSSV	Centre de Santé Scolaire Vigies
EVRAS	Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
HPV	Infection à papillomavirus humain
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
N	Nombre total de répondants
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PMS	Psycho-médico-social
PSE	Promotion de la santé à l'école
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
I6 ans autres	Caractérise les jeunes de 16 ans qui, soit déclarent ne pas avoir eu de rapport sexuel, soit n'ont pas répondu à la question
I6 ans RS	Caractérise les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des tableaux, figures et cartes

Tableau 1.	Echantillon selon les groupes d'âge et de sexe	8
Tableau 1.1.	Evolution de l'expérience des rapports sexuels chez les jeunes de 16 ans	10
Tableau 1.2.	Expérience des rapports sexuels chez les jeunes de 16 ans en fonction de la filière scolaire	11
Figure 1.1.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur le moment idéal pour avoir un premier rapport sexuel	12
Figure 1.2.	Evolution de l'opinion des filles de 16 ans sur l'âge idéal des premiers rapports sexuels	13
Figure 1.3.	Motifs d'une première relation sexuelle pour les jeunes de 13 et 16 ans	14
Figure 1.4.	Avis des jeunes de 13 et 16 ans sur leurs difficultés par rapport à la sexualité	15
Figure 1.5.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "faire l'amour est une preuve d'amour"	16
Figure 1.6.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser"	17
Figure 1.7.	Evolution de la proportion de jeunes de 16 ans d'accord avec l'affirmation "dans les rapports sexuels, l'essentiel est de s'amuser"	18
Figure 1.8.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "si je parle de mes craintes à mon ami(e), ça va tout gâcher"	18
Figure 1.9.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "les homosexuels doivent être respectés comme les autres"	19
Figure 1.10.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "une fille qui prend la pilule ou qui a des préservatifs est une fille facile"	20
Figure 1.11.	Jugement personnel des jeunes de 16 ans par rapport à leur capacité d'adopter les comportements décrits	21
Figure 1.12.	Score de perception du contrôle de la situation relative à la sexualité, de l'activité sexuelle et de l'initiative d'une relation sexuelle des jeunes de 16 ans	23
Tableau 1.3.	Connaissance par les jeunes de 16 ans des effets du tabac sur l'érection et la qualité du sperme en fonction du statut tabagique	24
Tableau 1.4.	Proportion de jeunes de 16 ans qui accepteraient une relation sexuelle sans en avoir réellement envie	25
Figure 1.13.	Représentations des jeunes de 13 et 16 ans selon qu'ils considèrent les différents actes comme des abus sexuels	26
Tableau 1.5.	Evolution des proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui considèrent que d'être filmé ou photographié déshabillé sans l'avoir désiré soit un abus sexuel	27
Figure 1.14.	Evolution de la réception de SMS dérangeants à caractère sexuel parmi les jeunes de 11, 13 et 16 ans qui ont un GSM personnel	28
Figure 1.15.	Images ou textes dérangeants à caractère sexuel sur internet parmi les jeunes de 11, 13 et 16 ans qui vont sur internet	29
Tableau 1.6.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur les raisons qui les amèneraient à avoir une première relation sexuelle en fonction de la satisfaction éprouvée par le jeune à l'égard de son corps	30
Tableau 1.7.	Proportions de jeunes qui considèrent les actes non désirés comme des abus sexuels en fonction du fait qu'ils soient satisfaits de leur corps ou non	31
Tableau 2.1.	Nombre moyen par an de naissances chez des mères adolescentes, Belgique - Wallonie - Hainaut	35
Tableau 2.2.	Naissances chez les 13-17 ans pour 1 000 naissances et taux de natalité pour 1 000 adolescentes par an, Belgique - Wallonie - Hainaut	35
Tableau 2.3.	Nombre moyen par an d'IVG chez des adolescentes, Belgique - Wallonie - Hainaut	36
Tableau 2.4.	IVG déclarées chez les 13-17 ans et taux d'IVG des 13-17 ans pour 1 000 adolescentes par an, Belgique - Wallonie - Hainaut	36
Figure 2.1.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "tous les adolescents devraient connaître les méthodes de contraception et comment se protéger"	37
Figure 2.2.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'âge qu'ils jugent idéal pour commencer à avoir des enfants	38
Figure 2.3.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans par rapport à la question "selon toi, il n'est pas souhaitable qu'une fille soit enceinte avant l'âge de..."	39
Figure 2.4.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "avoir un enfant pendant l'adolescence permet de se sentir important"	40
Figure 2.5.	Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de la période de fécondité maximale du cycle menstruel	41
Figure 2.6.	Moyens de contraception déjà utilisés par les jeunes de 16 ans qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels	42

Tableau 2.5.	Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de l'efficacité ou de l'inefficacité de différents moyens de contraception	43
Figure 2.7.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement une pilule contraceptive	45
Figure 2.8.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement la pilule du lendemain	46
Figure 2.9.	Opinion des jeunes de 13 et 16 ans sur l'endroit où se procurer préférentiellement des préservatifs	47
Figure 2.10.	Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans de la nécessité ou pas d'une ordonnance pour obtenir la pilule contraceptive, la pilule du lendemain ou le préservatif.	48
Figure 2.11.	Jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir déjà manipulé un préservatif	49
Figure 2.12.	Jeunes qui savent que la pilule contraceptive doit être prise tous les jours à la même heure	50
Figure 2.13.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "la pilule fait prendre du poids"	51
Figure 2.14.	Jeunes de 13 et 16 ans qui considèrent la pilule du lendemain comme un moyen de contraception d'urgence	52
Figure 2.15.	Connaissance par les jeunes de 13 et 16 ans du délai maximum pour prendre la pilule du lendemain après un rapport sexuel non protégé	53
Figure 2.16.	Jeunes de 16 ans qui pensent qu'une IVG se pratique à la demande de l'adolescente ou à la demande de ses parents	54
Tableau 3.1.	Jeunes de 13 et 16 ans qui savent si les maladies sont sexuellement transmissibles ou non	56
Tableau 3.2.	Jeunes de 13 et 16 ans qui savent si certains actes sont des modes de transmission des IST ou non	58
Figure 3.1.	Jeunes de 16 ans qui savent qu'une personne peut avoir une IST sans le savoir	59
Figure 3.2.	Jeunes de 16 ans qui savent qu'une IST peut s'attraper plusieurs fois	60
Figure 3.3.	Jeunes de 16 ans qui savent que les IST ne disparaissent pas sans traitement	60
Figure 3.4.	Jeunes de 16 ans qui savent qu'une femme enceinte qui fait une IST peut transmettre l'infection au bébé qu'elle porte	61
Figure 3.5.	Jeunes de 16 ans qui savent que les IST qui ne sont pas guéries rapidement peuvent causer la stérilité	62
Figure 3.6.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "le sida est un problème qui concerne tout le monde"	63
Figure 3.7.	Opinion des jeunes de 16 ans par rapport à l'affirmation "la fidélité des deux partenaires protège du sida"	63
Tableau 3.3.	Proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui savent quels sont les moyens qui permettent de se protéger efficacement ou pas contre les IST et le sida	64
Tableau 3.4.	Jeunes de 13 et 16 ans qui savent que le vaccin HPV ne protège pas contre la grossesse, le sida et les autres IST	66
Figure 3.8.	Motifs invoqués pour ne pas avoir utilisé de préservatif	67
Tableau 3.5.	Moyenne du score de connaissance sur les IST par les jeunes de 13 et 16 ans	68
Figure 4.1.	Information reçue sur la sexualité en dehors de l'école	70
Figure 4.2.	Information reçue sur la sexualité en classe	71
Figure 4.3.	Information reçue sur la sexualité par les copains/copines	72
Figure 4.4.	Information reçue sur la sexualité par le père/la mère	73
Figure 4.5.	Discussions des jeunes sur la sexualité avec leurs parents	74
Tableau 4.1.	Information donnée en classe sur la sexualité par différentes personnes	75
Figure 4.6.	Confiance des jeunes de 13 et 16 ans en leur médecin traitant pour discuter de problèmes relatifs à la sexualité	77
Tableau 4.2.	Supports d'information sur la sexualité les plus utilisés par les jeunes en dehors de l'école	79
Tableau 4.3.	Principaux thèmes sur lesquels les jeunes de 13 ans et 16 ans souhaitent recevoir des informations complémentaires	81
Figure 4.7.	Choix des supports d'information par les jeunes de 13 et 16 ans	82
Tableau A.1.	Echantillons	89
Tableau A.2.	Filière d'enseignement	90
Tableau A.3.	Réseau d'enseignement	91
Carte A.1.	Ecoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2002-2003	92
Carte A.2.	Ecoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2009-2010	92
Tableau A.4.	Répartition des jeunes selon le sexe et le niveau scolaire	93
Tableau A.5.	Répartition des jeunes selon les facteurs socioéconomiques	94

Annexe - Méthode d'enquête

Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies - CSSV

En 1997, l'OSH réalise sa première enquête épidémiologique auprès des jeunes hainuyers. Le constat est double : d'une part, les jeunes présentent déjà des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et, d'autre part, les facteurs socioéconomiques agissent comme des déterminants de la santé des jeunes.

L'OSH sollicite alors les centres PSE et centres PMS de la FWB pour créer le réseau des CSSV afin d'assurer un suivi épidémiologique de la santé des jeunes scolarisés dans la province de Hainaut. Initialement, le réseau comptait 10 centres. En 2009-2010, il en compte 23 répartis sur 31 implantations. Ils couvrent l'ensemble de la province de Hainaut et relèvent des différents réseaux d'enseignement.

Périodiquement, l'OSH réalise une enquête dans le cadre du réseau CSSV. Au moins 1 200 jeunes de 6^e primaire, 2^e secondaire et 4^e secondaire sont interrogés et passent un examen biométrique (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle). Le questionnaire comporte deux volets : le premier comprend les questions de suivi épidémiologique (représentations et perceptions de la santé, bien-être (satisfaction par rapport à son corps, souhait de maigrir, ennui, sommeil, plaintes de santé et consommation de soins), les comportements de santé (alimentation, activité physique, activités de loisirs, consommation de tabac, d'alcool et de drogue), l'information sur la santé et le contexte socioéconomique du jeune et le second traite un thème spécifique.

Les thèmes spécifiques qui ont déjà été investigués sont : les assuétudes (2000-2001), le bien-être (2001-2002), la sexualité et la contraception (2002-2003 et 2009-2010), la santé bucco-dentaire (2005-2006 et 2010-2011-2012), l'alcool (2007-2008-2009), l'asthme et les allergies (2006-2007).

Enquêtes sur le thème de la sexualité de 2002-2003 et 2009-2010

Protocole

Les enquêtes de 2002-2003 et 2009-2010 sont basées sur le même protocole d'enquête. En particulier, elles utilisent le même questionnaire. De légères adaptations ont néanmoins été apportées à un nombre restreint de questions lors de l'enquête de 2009-2010 car les jeunes avaient éprouvé des difficultés pour y répondre lors de la première enquête. Dans ce cas, la comparabilité des résultats est altérée et le commentaire le signale explicitement.

Les enquêtes ont été menées par du personnel de l'OSH dans les centres de santé scolaire lors de la visite médicale. Une ou deux enquêtrice(s) expérimentée(s) (selon le profil de la classe et le nombre d'élèves) supervise(nt) le questionnaire. Elles veillent à la bonne compréhension des questions, sans induire les réponses.

Le protocole et les questionnaires ont été validés par le comité d'éthique du CHU de Tivoli (La Louvière). Les parents sont informés de l'enquête et peuvent s'opposer par écrit à ce que leur enfant participe.

Echantillons

Les jeunes sont interrogés sur base de leur appartenance à une classe. Pour chaque niveau d'étude (6^e primaire, 2^e secondaire, 4^e secondaire), l'objectif est d'avoir au moins 400 répondants. Les classes sont sélectionnées de manière aléatoire selon la méthode en grappes, stratifiées sur base :

- du réseau d'enseignement : communal-provincial (regroupés), FWB, libre ;
- pour le secondaire, du type d'enseignement : enseignement de transition versus enseignement de qualification.

En 2002-2003, l'enseignement de transition représente les classes de 2^e général, 5^e général et 5^e technique de transition et l'enseignement de qualification, les classes de 2^e professionnel, 4^e technique de qualification, 4^e professionnel et les CEFA. En 2009-2010, l'enseignement de transition représente les classes de 2^e général, 4^e général et 4^e technique de transition et l'enseignement de qualification, les classes de 2^e différenciée, 4^e technique de qualification et 4^e professionnel.

Comme l'échantillon 2002-2003 n'est pas basé sur les mêmes classes que l'échantillon 2009-2010, l'effet de l'âge (en années) a été testé par régression logistique quand une évolution significative était mise en évidence.

Le nombre de classes dans chaque catégorie est proportionnel aux populations scolaires respectives. Pour les enquêtes 2002-2003 et 2009-2010, ce sont respectivement les populations scolaires de 2000-2001 et 2006-2007 qui ont été utilisées. Un ou plusieurs établissements sont tirés au hasard. Au sein de l'établissement, c'est le CSSV qui choisit une classe en fonction du calendrier de passage à la visite médicale.

Tableau A.1. Echantillons

	Enquête 2002-2003		
	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre de jeunes
6 ^e primaire	25	27	478
2 ^e secondaire	25	33	523
4 ^e secondaire = 4 ^e sec + 5 ^e sec + CEFA	16 + 10 + 9 = 35	17 + 14 + 9 = 40	463
Total	85	100	1 464
	Enquête 2009-2010		
	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre de jeunes
6 ^e primaire	27	30	459
2 ^e secondaire	22	26	438
4 ^e secondaire	25	35	411
Total	74	91	1 308

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010

La taille de l'échantillon était de 1 464 participants en 2003 et 1 308 en 2010.

Nous ne disposons pas des chiffres de population scolaire par année d'étude. Par conséquent, les chiffres présentés ici correspondent à l'ensemble des élèves du primaire (6 années) pour l'échantillon de 6^e primaire, au 1^e degré (1^e et 2^e années) du secondaire pour l'échantillon de 2^e secondaire et au 2^e degré (3^e et 4^e années) du secondaire pour l'échantillon de 4^e secondaire.

Tableau A.2. Filière d'enseignement

Filière d'enseignement	2002-2003		2009-2010			
	Echantillon		Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%
2^e secondaire	523	100,0	32 107	100,0	438	100,0
Enseignement de transition	330	63,1	27 546	85,8	412	94,1 *
Enseignement de qualification	193	36,9	4 561	14,2	26	5,9 *
4^e secondaire	463	100,0	38 156	100,0	411	100,0
Enseignement de transition	218	47,1	19 441	51,0	201	48,9
Enseignement de qualification	245	52,9	18 715	49,0	210	51,1
Total	986	100,0	70 263	100,0	849	100,0
Enseignement de transition	548	55,6	46 987	66,9	613	72,2
Enseignement de qualification	438	44,4	23 276	33,1	236	27,8

Sources : Hainaut : Fédération Wallonie-Bruxelles, statistiques de population scolaire 2007-2008

Echantillon : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010

* Différence significative au seuil de 5 %

En 2002-2003, il est difficile de comparer l'échantillon et les populations scolaires. D'une part, la réforme de 2001 a changé la structure du 1^e degré de l'enseignement secondaire par rapport à l'année 2000-2001 qui a servi de base à l'élaboration de l'échantillon et d'autre part, l'échantillon "4^e secondaire" rassemble des classes de 4^e secondaire (2^e degré) et 5^e secondaire (3^e degré). En 2009-2010, l'échantillon est représentatif des filières scolaires en 4^e année, mais en 2^e année, il existe une sous-représentation de la filière de qualification, liée au nombre moins élevé d'élèves dans ces classes.

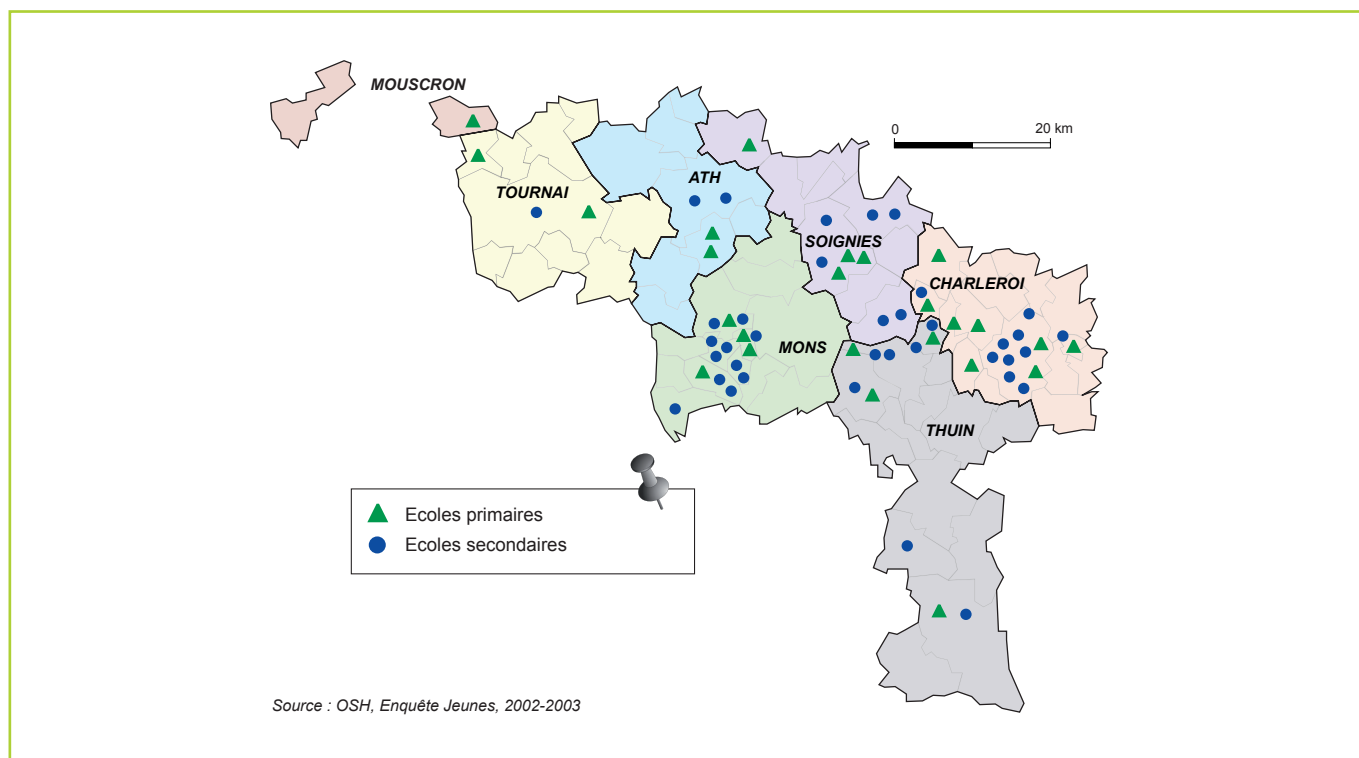
Tableau A.3. Réseau d'enseignement

	Hainaut 2000-2001		Echantillon		Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enseignement primaire	95 164	100,0	478	100,0	90 132	100,0	459	100,0
Communal - Provincial	44 657	46,9	192	40,2 *	43 262	48,0	142	30,9 *
Libre	41 875	44,0	209	43,7	39 919	44,3	222	48,4
Fédération Wallonie-Bruxelles	8 632	9,1	77	16,1 *	6 951	7,7	95	20,7 *
Enseignement secondaire	69 218	100,0	986	100,0	70 263	100,0	849	100,0
Communal - Provincial	11 024	15,9	285	28,9 *	11 609	16,5	151	17,8
Libre	38 716	55,9	448	45,4 *	40 521	57,7	407	47,9 *
Fédération Wallonie-Bruxelles	19 478	28,1	253	25,7	18 133	25,8	291	34,3 *
Total	164 382	100,0	1 464	100,0	160 395	100,0	1 308	100,0
Communal - Provincial	55 681	33,9	477	32,6	54 871	34,2	293	22,4 *
Libre	80 591	49,0	657	44,9 *	80 440	50,2	629	48,1
Fédération Wallonie-Bruxelles	28 110	17,1	330	22,5 *	25 084	15,6	386	29,5 *

Source : Hainaut : Fédération Wallonie-Bruxelles, statistiques de population scolaire 2000-2001, 2007-2008
 Echantillon : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010
 * Différence significative au seuil de 5 %

Pour les deux échantillons, en primaire, la répartition enseignement libre – enseignement officiel est respectée, mais la FWB est surreprésentée par rapport à l'enseignement communal et provincial. En secondaire, l'enseignement libre est sous-représenté d'environ 10 %.

Carte A.1. Ecoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2002-2003



Carte A.2. Ecoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2009-2010

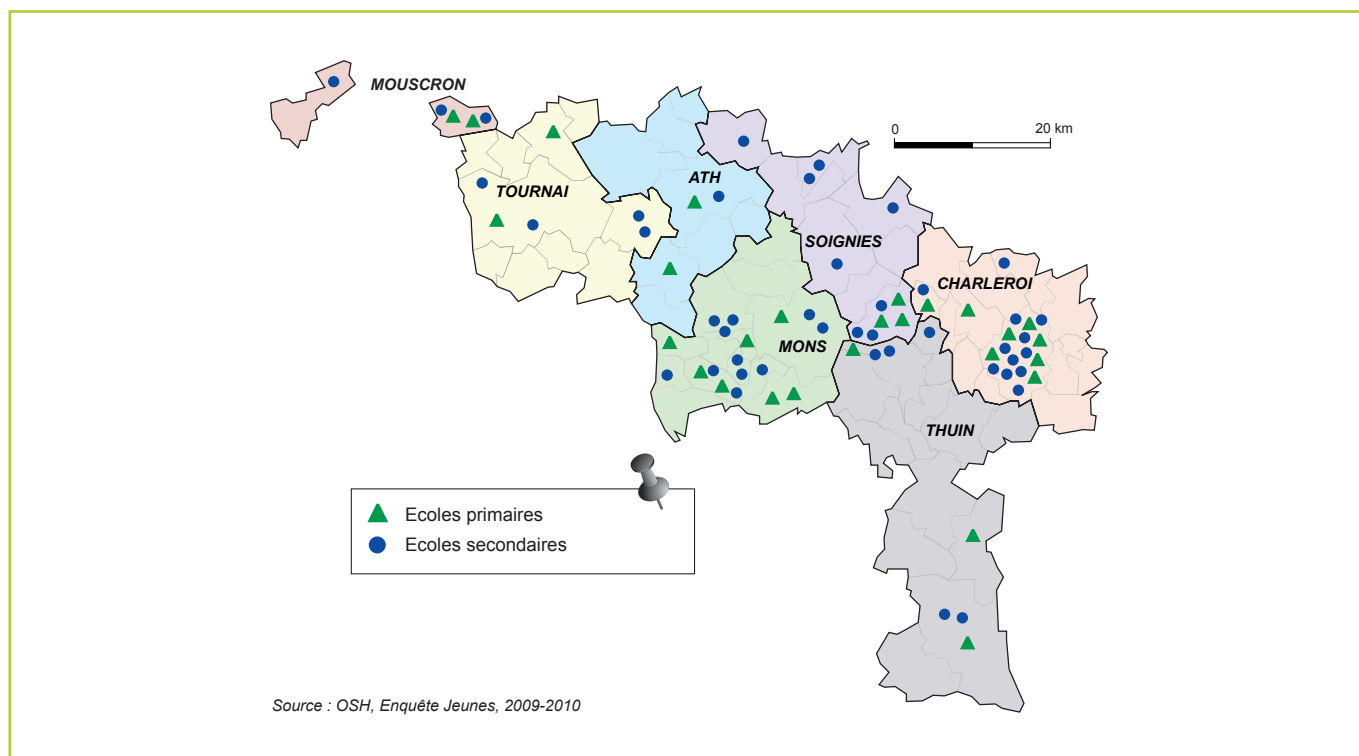


Tableau A.4. Répartition des jeunes selon le sexe et le niveau scolaire

	Enquête 2002-2003				Enquête 2009-2010			
	Hainaut 2000-2001		Echantillon		Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
6^e primaire	95 164	100,0	478	100,0	90 132	100,0	459	100,0
Garçons	48 671	51,1	241	50,4	45 615	50,6	206	44,9
Filles	46 493	48,9	237	49,6	44 517	49,4	253	55,1
2^e secondaire	33 367	100,0	523	100,0	32 107	100,0	438	100,0
Garçons	17 255	51,7	265	50,7	16 720	52,1	180	41,1
Filles	16 112	48,3	258	49,3	15 387	47,9	258	58,9
4^e secondaire	35 851	100,0	463	100,0	38 156	100,0	411	100,0
Garçons	18 453	51,5	248	53,6	19 265	50,5	197	47,9
Filles	17 398	48,5	215	46,4	18 891	49,5	214	52,1
Total	164 382	100,0	1 464	100,0	160 395	100,0	1 308	100,0
Garçons	84 379	51,3	754	51,5	81 600	50,9	583	44,6
Filles	80 003	48,7	710	48,5	78 795	49,1	725	55,4

Source : Hainaut : Fédération Wallonie-Bruxelles, statistiques de population scolaire 2000-2001, 2007-2008
Echantillon : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003 ; 2009-2010

La répartition des jeunes entre les sexes est contrôlée a posteriori. En 2002-2003, la répartition garçons-filles de l'échantillon correspond aux populations scolaires quel que soit le niveau considéré. En 2009-2010, l'échantillon comporte trop de filles par rapport aux populations scolaires. Un facteur de pondération a été appliqué dans les résultats combinant garçons et filles.

Pour l'analyse et la présentation des résultats, les jeunes sont regroupés en fonction de leur âge au moment de l'enquête. Trois groupes d'âge sont définis : le groupe des II ans regroupant les jeunes de 10, 11 et 12 ans, le groupe des 13 ans pour les jeunes de 13 et 14 ans et le groupe des 16 ans qui reprend les 15, 16 et 17 ans. Les jeunes de moins de 10 ans et ceux de 18 ans et plus sont exclus de l'analyse.

Pour un certain nombre d'indicateurs, une analyse des liens entre les variables socioéconomiques et les variables décrivant des comportements de santé ou de bien-être a été menée. Les variables utilisées sont toutes issues du questionnaire. Elles ont été choisies en fonction de la capacité des jeunes à répondre aux questions avec une certaine fiabilité.

Tableau A.5. Répartition des jeunes selon les facteurs socioéconomiques

Variables socioéconomiques	2002-2003		2009-2010	
	N	%	N	%
Type de famille	1 369		1 218	
Vit avec ses deux parents		74,4		66,2
Monoparentale		16,5		17,9
Recomposée		9,1		15,9
Nombres de revenus professionnels dans la famille	1 399		1 214	
2 revenus		42,5		1 214
1 revenu		38,6		35,3
0 revenu		18,9		14,4
Catégorie socioprofessionnelle du père	1 313		1 142	
Manuel peu qualifié		57,3		51,8
Manuel qualifié		15,5		51,8
Employé peu ou moyennement qualifié		13,3		15,8
Employé qualifié ou cadre		13,9		16,0
Catégorie socioprofessionnelle de la mère	1 071		959	
Manuelle peu qualifiée		50,0		42,9
Manuelle qualifiée		8,6		8,1
Employée peu ou moyennement qualifiée		19,0		25,4
Employée qualifiée ou cadre		22,4		23,6
Filière d'enseignement (groupes 13 et 16 ans)	986		849	
Enseignement de transition		55,6		72,2
Enseignement de qualification		44,4		27,8

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2002-2003, 2009-2010

Méthodes d'analyse

Ce document est consacré à la présentation des résultats des deux enquêtes sur la sexualité et la contraception des jeunes (enquêtes réalisées durant les années scolaires 2002-2003 et 2009-2010). D'une manière générale, les résultats les plus récents sont détaillés (analyse descriptive : fréquence totale, par sexe, par groupe d'âge) et sont ensuite comparés aux résultats de la première enquête. Pour corriger le nombre insuffisant de garçons dans l'échantillon, un coefficient de pondération a été appliqué pour les résultats qui regroupent filles et garçons. Tous les pourcentages totaux présentés sont des résultats pondérés pour le sexe.

Les liens avec les indicateurs de bien-être et de comportements de santé mentionnés dans la description de l'échantillon sont ensuite étudiés via une analyse bivariée à l'aide du test du Chi carré de Pearson. Par contre, les liens avec les facteurs socioéconomiques sont étudiés simultanément via une analyse multivariée par des régressions logistiques.

Dans le souci d'alléger la présentation des résultats, seuls les résultats statistiquement significatifs sont présentés. Pour tous les tests, c'est le seuil de 5 % qui a été retenu comme limite de test significatif. Le lecteur désireux de connaître le détail des résultats trouvera des résultats plus complets sur le site internet de l'OSH : <http://observatoiresante.hainaut.be> à la rubrique Publications – Données de Santé.

Les questionnaires variaient en fonction de la classe. Les jeunes de 6^e primaire ont été interrogés essentiellement sur les informations reçues sur la sexualité. Les jeunes de 2^e secondaire répondaient en plus à des questions de connaissance et à des questions portant sur leurs représentations et enfin, ceux de 4^e secondaire à davantage de questions de connaissance et sur leurs représentations et également à des questions portant sur leurs comportements sexuels. Pour chaque indicateur présenté, il est explicitement stipulé quels sont les groupes d'âge concernés. Par ailleurs, les résultats des jeunes de 16 ans sont en général présentés en faisant la distinction entre, d'une part, les jeunes qui ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels et, d'autre part, ceux qui ont déclaré ne pas en avoir eu ou qui ont souhaité ne pas répondre à la question ou qui n'ont rien répondu (valeur manquante).

Scores

Score de connaissance sur les IST

A chaque question portant sur les connaissances sur les IST, les modes de transmission et les moyens de protection et de prévention était attribué un point si la réponse donnée était correcte, l'ensemble des bonnes réponses donne un score sur 28 pour les jeunes de 13 ans et un score sur 34 pour les jeunes de 16 ans. Seuls les scores des jeunes ayant répondu à 80 % (seuil arbitrairement choisi) des questions sont pris en considération dans l'analyse, soit au moins 22 réponses sur 28 pour les jeunes de 13 ans et 27 réponses sur 34 pour ceux de 16 ans. Chaque score a été ramené sur 10 via une règle de trois en tenant compte du nombre de questions auxquelles le jeune a répondu.

Une analyse multivariée par des régressions logistiques a été réalisée pour analyser le lien entre le score sur 10 et les facteurs socioéconomiques (type de famille, nombre de revenus professionnels dans la famille, catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère et la filière d'enseignement) afin de déterminer si le niveau de connaissance pouvait être influencé par le contexte socioéconomique des jeunes.

Scores de perception du contrôle de la situation

Ces scores s'inspirent des scores utilisés par Fernet (2002) et validés par Otis (1991) et Lavoie (1991).

Les jeunes de 16 ans se sont positionnés (de "tout à fait capable" à "tout à fait incapable") par rapport à dix affirmations portant sur des comportements sexuels.

1. Sortir avec un garçon/une fille sans se sentir obligé(e) d'avoir une relation sexuelle avec lui/elle.
2. Attendre de se sentir prêt(e) avant d'avoir une relation sexuelle.
3. Choisir quand et avec qui avoir des relations sexuelles.
4. Se procurer un moyen de contraception s'il/elle en avait besoin.
5. De dire à un garçon/une fille comment il/elle peut lui faire plaisir sexuellement
6. De refuser une pratique sexuelle avec laquelle il/elle n'est pas à l'aise.
7. D'aller passer un test de dépistage pour une IST.
8. De demander à son compagnon/sa compagne d'aller faire un test de dépistage.
9. De prendre l'initiative d'une relation sexuelle.
10. De convaincre un garçon/une fille d'utiliser un préservatif.

Pour le score global ("contrôle de la situation"), les dix questions ont été utilisées.

On ne considère le score que si le jeune a répondu à au moins huit questions sur les dix en donnant une réponse autre que "je ne sais pas".

Une échelle est créée de "tout à fait capable" à "tout à fait incapable". Le jeune est classé dans un groupe en fonction du nombre de fois où il a répondu "tout à fait capable" : 4 fois ou plus le classe dans le groupe "tout à fait capable", 3 fois dans "plutôt capable", 2 fois dans "plutôt incapable" et 1 ou 0 fois dans "tout à fait incapable".

A partir des mêmes questions, deux autres sous-dimensions ont été explorées par les scores partiels correspondant :

- le fait d'être sexuellement actif (qui fait appel aux propositions 1 à 3) ;
- l'initiative sexuelle (qui fait appel aux propositions 5, 6 et 9).

On ne considère le score que si le jeune a répondu à au moins deux questions sur les trois en donnant une réponse autre que "je ne sais pas".

Le jeune qui a répondu à au moins deux questions par "tout à fait capable", est classé dans le groupe "tout à fait capable".



Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut provincial de promotion de la santé
Domaine provincial du Bois d'Havré
rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique
Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be



Retrouvez-nous sur Facebook
www.facebook.com/hainaut.sante

Ce document est téléchargeable via
<http://observatoiresante.hainaut.be>

