



ENQUÊTE SUR LA
**VIE AFFECTIVE, RELATIONNELLE
ET SEXUELLE ET SUR LES
VIOLENCES SEXISTES ET
SEXUELLES**

Edition 2025-2026

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
1. METHODOLOGIE	4
1.1. Elaboration de l'enquête	4
1.2. Échantillon	4
2. PRESENTATION DES INDICATEURS	7
2.1. L'identité de genre	7
2.2. L'orientation sexuelle	8
2.3. Au croisement du genre et de l'orientation sexuelle	9
2.4. Les autres variables sociodémographiques	10
3. ANALYSE	11
3.1. Une littéracie inscrite dans des rapports sociaux structurels	11
3.2. Littéracie en santé sexuelle	11
3.2.1. Présentation des indicateurs	11
3.2.2. Connaissances en matière d'infections sexuellement transmissibles	13
3.2.3. Connaissances en matière de contraception	18
3.2.4. Perception des risques sanitaires	23
3.2.5. Littéracie sur les pratiques de prévention des risques	30
3.3. Entrée (consentie) dans la sexualité	38
3.4. Initiation sexuelle	38
3.4.1. Âge du premier rapport	39
3.4.2. Consentement lors du premier rapport	39
3.4.3. Pratiques lors du premier rapport sexuel consenti en matière de protection contre les IST et de contraception	41
3.5. Pratiques actuelles	50
3.5.1. Utilisation des protections barrières	51
3.5.2. Recours à une protection contre les IST au cours des 12 derniers mois	58
3.5.3. Recours à une protection contre les grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois	60
3.6. Les violences sexistes et sexuelles	63
3.6.1. Définitions	63
3.6.2. Méthodologie	65
3.6.3. Atteintes à l'intégrité sexuelle et voyeurisme	66
3.6.4. Agressions sexuelles	73
3.6.5. Les pratiques festives	80
3.7. L'autoévaluation des connaissances et les ressources	84
3.7.1. L'auto-évaluation des connaissances	84
3.7.2. Savoir s'orienter à l'université	87
3.7.3. L'identification et la mobilisation des ressources d'aide	91
POUR CONCLURE	97
Bibliographie	99

■ INTRODUCTION

La vie affective, relationnelle et sexuelle constitue une dimension essentielle du bien-être et de la santé globale. Elle relève à la fois de la vie privée des individus, des interactions sociales, et des rapports de pouvoir qui traversent les espaces privés comme publics. Dans ce contexte, l'Université libre de Bruxelles, par le biais de son Observatoire de la vie étudiante (OVE), a réalisé une enquête approfondie afin de mieux cerner les pratiques, connaissances et perceptions des étudiant·es en matière de contraception, de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que des enjeux liés au consentement.

Cette enquête s'inscrit dans une volonté institutionnelle de mieux comprendre les besoins et les comportements des étudiant·es sur ces thématiques cruciales, afin d'adapter et d'améliorer les dispositifs d'information, de prévention et d'accompagnement existants. Elle permet de dresser un état des lieux actualisé des connaissances et des usages des moyens de protection contre les grossesses non désirées et les IST au sein de la population étudiante de l'ULB, mais aussi d'interroger plus largement leur rapport à la sexualité, au consentement, et aux violences sexistes et sexuelles.

En fournissant des données précises et contextualisées, ce rapport ambitionne d'alimenter la réflexion sur les politiques de santé, de prévention et de lutte contre les violences au sein de l'enseignement supérieur, et espère constituer une base solide pour nourrir et orienter les dispositifs existants et actions futures en matière de santé sexuelle et affective, contribuant ainsi à promouvoir un environnement universitaire sûr, inclusif et informé.

Le rapport se structure en trois grandes parties. La première revient sur la méthodologie de l'enquête : son élaboration, les caractéristiques de l'échantillon, ainsi que les précautions à prendre dans l'interprétation des données. La deuxième partie présente les principaux indicateurs sociodémographiques : l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'activité sexuelle, l'origine sociale et la nationalité des répondant·es. Enfin, la troisième partie propose une analyse détaillée des résultats, organisée autour de plusieurs axes : la littéracie en santé sexuelle (connaissances sur les IST, la contraception, la santé, le préservatif), les conditions d'entrée dans la vie sexuelle, l'usage des moyens de protection, les expériences de violences sexistes et sexuelles, et enfin l'accès aux ressources d'information et de soutien, tant à l'université qu'en dehors.

Arnaud Destrebecqz,
Vice-recteur aux affaires étudiantes et sociales.

1. METHODOLOGIE

1.1. Elaboration de l'enquête

Ce rapport présente les résultats d'une enquête sur la vie affective, relationnelle et sexuelle des étudiant·es de l'ULB. La construction de l'enquête ainsi que son analyse furent menées avec le soutien de Giulia Olyff, de l'Observatoire du sida et des sexualités. Le rapport fut également enrichi par les commentaires de ses collègues Sarah Demart et Ioannis Koliopoulos. Le questionnaire a bénéficié de la relecture attentive de membres de Modus Vivendi (Raoul Thelen, Janice El Founti), dont l'expertise de terrain a été précieuse. Enfin, Jade Cauwe, de l'Observatoire Qualité de l'ULB fut un soutien de l'enquête sur le plan technique.

Le questionnaire a été diffusé au mois de novembre 2024, à tous·tes les étudiant·es de l'ULB inscrit·es en bachelier, master et master de spécialisation. Sa diffusion fut faite par l'envoi d'un email d'invitation signé par le Vice-recteur aux affaires étudiantes et sociales. Sa construction a été faite en s'inspirant d'enquêtes existantes, dont notamment :

- Sexual Misconduct Survey, 2023 (Office for Students¹ - Royaume-Uni)
- Baromètre Santé, 2016 (Santé Publique - France)
- Enquête de Santé - Santé sexuelle, 2018 (Sciensano - Belgique)
- Enquête sur la santé des étudiant·es, 2015-2016 (Observatoire de la vie étudiante – France)

Il a également été construit en tenant compte des conclusions d'entretiens exploratoires menés auprès d'acteur·rices de terrain de ULB Santé, du Planning familial, de CARE, et de Modus Vivendi.

La base de données de l'enquête a été enrichie de données issues du service Statistiques et études prospectives (STEP) de l'ULB, telles que, entre autres, la nationalité, l'âge, ou le niveau d'études, conformément à ce qui fut annoncé aux répondant·es dans les mentions sur le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Après nettoyage de la base de données, **le taux de réponses pris en compte pour les analyses fut de 5,2%** (1998 réponses).

Dans notre cas, le taux de réponses (le nombre de réponses divisé par le nombre de personnes auxquelles le questionnaire a été adressé) est égal au taux de sondage (la taille de l'échantillon divisé par la taille de la population) puisque le questionnaire est adressé à l'ensemble de la population étudiante. Cette méthode de création de l'échantillon, bien que peu coûteuse, s'éloigne de l'idéal de tirage aléatoire vers lequel doivent tendre les enquêtes² et rend l'échantillon sensible aux biais de sélection sur lesquels nous reviendrons.

Conformément aux règles éthiques, les traitements des réponses individuelles sont strictement anonymisés.

1.2. Échantillon

Afin de documenter les biais de sélection potentiels lors de la constitution de l'échantillon, nous allons revenir ici sur la comparaison de nos échantillons avec la population étudiante. Pour l'année académique 2024-2025, l'ULB compte au total 38050 étudiant·es inscrit·es. Parmi ces dernier·es, 1998 ont répondu à cette enquête, formant donc un échantillon d'enquête qui reprend 5,3% de la population d'enquête (les étudiant·es inscrit·es).

Pour évaluer la représentativité de l'échantillon, la distribution des effectifs dans la population d'étude (les inscrit·es) est comparée à celle de l'échantillon d'enquête selon l'identité de genre, le niveau d'études, l'âge et la nationalité.

¹ Régulateur indépendant de l'enseignement supérieur en Angleterre, chargé de garantir la qualité, l'accessibilité et la viabilité économique des études universitaires tout en protégeant les intérêts des étudiant·es.

² Notons que pour les enquêtes telles que celle menée par Statbel sur le budget des ménages, les ménages sont tirés au hasard au sein d'une population stratifiée. Une fois le tirage réalisé, des enquêteurs dédiés interrogent ces personnes, et ces dernières sont défrayées pour leurs réponses. Autant de choses mises en place pour éviter les non-réponses et obtenir un échantillon dont la composition se rapproche du tirage aléatoire. Ce type de design d'enquête est bien plus coûteux mais il permet contourner le problème des biais de sélection.

Il faut noter que dans ce tableau, destiné à mesurer la représentativité de l'échantillon, nous utilisons l'identité de genre indiquée dans les données d'inscription des répondant-es, afin d'avoir des données comparables avec celles de la population totale des inscrit-es de l'université (données d'inscription également). Toutefois, nous utiliserons dans le reste du rapport et dans l'analyse le genre indiqué par les répondant-es, qui diffère dans une minorité de cas du genre renseigné dans les données d'inscription (cf. chapitre 2.1.).

Tableau 1 : comparaison de l'échantillon d'enquête à la population étudiante inscrite.

Catégorie	Population d'enquête (inscrit-es) (%)	Échantillon d'enquête (répondant-es) (%)
Genre (données d'inscription)		
Femmes	59,1	66,4
Hommes	40,9	33,5
Niveau d'études		
BA1	30,5	27,2
Autres BA	23,0	27,9
Master	41,0	39,2
Doctorat	5,5	5,7
Âge		
20 ans et moins	33,9	28,9
21-23 ans	31,0	32,9
24-26 ans	17,1	20,0
27 ans et plus	18,1	18,3
Nationalité		
Belgique	69,0	72,8
Europe	21,4	21,9
Hors Europe	9,6	5,3
Effectif total	38050	1998 (5,2%)

L'échantillon se distribue globalement de manière similaire pour l'âge, le niveau d'étude et la nationalité, **mais on observe une surreprésentation des femmes (+7,3% dans la population d'enquête), ce qui est classique dans ce type d'enquête, a fortiori lorsqu'elles concernent un sujet lié au genre ou à la sexualité.**

On distingue également une légère sous-représentation des BA poursuite (-4,9%) et des 20 ans et moins (-4,5%), et une légère sur-représentation des étudiant-es non européen-nes (+4%).

L'échantillon semble – malgré les différences notables soulignées – relativement comparable à la population d'enquête, d'après les quelques critères mentionnés ci-dessus. Néanmoins, il n'est pas certain que les variables utilisées ici permettent d'appréhender la diversité entre les étudiant-es. Le questionnaire ayant été envoyé à toute la population étudiante et les réponses ayant été récoltées de façon volontaire, l'échantillon peut présenter des biais de sélection ; c'est-à-dire que les étudiant-es qui ont répondu à l'enquête présentent un autre profil (social, démographique, économique ou scolaire) que celles et ceux qui n'ont pas répondu, sans qu'il soit possible de mesurer son ampleur.

En effet, si on compare par exemple la présente enquête à notre enquête sur les ressources économiques (2023), **la proportion d'étudiant-es venant de milieux favorisés est significativement plus élevée** (56,8% des répondant-es de la présente enquête, contre 46,9% des répondant-es de l'enquête sur les ressources économiques). Les étudiant-es issu-es d'origines sociales favorisées peuvent en effet être davantage enclin-es à répondre à une enquête portant sur l'intimité ou la sexualité, en raison d'un rapport plus distancié ou plus « légitime » à ces sujets (Bourdieu, 1979), ou simplement parce qu'ils et elles disposent de plus de temps et de ressources pour s'investir dans ce type de démarche. Inversement, une enquête centrée sur les ressources économiques ou la précarité peut potentiellement susciter un intérêt plus direct chez les étudiant-es concerné-es, même si ceux-ci restent souvent sous-représenté-es en raison d'un éloignement structurel des dispositifs institutionnels (Observatoire de la vie étudiante, 2024).

De la même manière, l'enquête sur la précarité comptait 12,7% de répondant-es de nationalité d'un pays non européen (présentant d'ailleurs une proportion plus importante d'étudiant-es d'origine sociale défavorisée), tandis que la présente enquête en compte 5,3% seulement – ce qui est certainement dû au fait que le sujet même de l'enquête présente une plus grande attractivité pour les étudiant-es européen-nes.

Un constat similaire pourrait être mené sur bien d'autres variables. Cela souligne l'existence de biais d'échantillonnage structurels et invite à la prudence dans l'interprétation des résultats. De ce fait, les résultats concernant la distribution d'une variable, le calcul d'une proportion ou d'une moyenne sur tous-tes les étudiant-es doivent être considérés de manière prudente ; ils concernent avant tout l'échantillon.

Pour diminuer les biais potentiels impliqués par la sur ou sous-représentation de certains profils, **ce rapport se focalise plus spécifiquement sur les relations entre variables et aux comparaisons entre les groupes** (de genre ou de sexualité, par exemple). Ce type d'analyses est moins impacté par la sur/sous-représentation d'un groupe ou l'autre, dans la mesure où l'impact de leurs tailles relatives est neutralisé par le fait que ceux-ci sont distingués dans l'analyse. Il est bien sûr tout à fait possible que dans chaque groupe, certains profils aient davantage répondu que d'autres, mais l'on peut néanmoins plus facilement supposer que les écarts relatifs entre les groupes sont indicatifs de mécanismes sociaux à l'œuvre dans la population d'étude. Cela implique donc qu'il ne faille pas se fier aux données purement descriptives, telles que par exemple, la proportion d'étudiant-es homosexuel-les ou encore la proportion d'étudiant-es ayant vécu des agressions sexuelles dans la population d'enquête : **l'interprétation de ces résultats serait tout simplement fausse**. En revanche, il est judicieux de comparer la proportion d'étudiant-es ayant vécu des agressions sexuelles selon leur orientation sexuelle, car la comparaison entre les groupes contourne l'effet de ces biais.

Dans les tableaux croisés présentés dans ce rapport, les p-valeurs reportées correspondent au test du Chi² d'indépendance. Une valeur de p inférieure à 0,05 sera considérée comme statistiquement significative, et sera écrite en rouge dans les tableaux. Ce test évalue l'existence d'une association globale entre les variables croisées (par exemple, le groupe de genre et d'orientation sexuelle et les modalités de réponse), en comparant la distribution des réponses observées à celle attendue en l'absence de lien entre les variables. Ainsi, la p-valeur indiquée reflète un test statistique unique appliqué à l'ensemble du tableau, et non une série de comparaisons entre modalités spécifiques. Une p-valeur significative signale l'existence d'une différence globale dans la distribution des réponses entre les groupes, sans permettre d'identifier directement quelles catégories diffèrent entre elles. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés comme des indications d'association globale, et non comme des différences spécifiques entre sous-groupes ou modalités particulières.

2. PRESENTATION DES INDICATEURS

2.1. L'identité de genre

L'identité de genre désigne **le genre auquel une personne se sent appartenir**, et qui **peut ou non correspondre au sexe assigné à la naissance sur base de critères biologiques** (Butler, 1990)³.

Contrairement au sexe biologique, fondé sur des critères anatomiques, hormonaux et chromosomiques, l'identité de genre relève d'une **construction sociale et culturelle** (Delphy, 1991 ; Mathieu, 1991), produite par les normes, les représentations et les interactions sociales (Oakley, 1972 ; West & Zimmerman, 1987). Ainsi, l'identité de genre ne se résume pas à une donnée biologique ou administrative, mais constitue une **expérience individuelle et subjective**, souvent située dans des **rapports sociaux de pouvoir** (Butler, 1990). Ainsi, ce n'est pas une donnée figée, mais un **processus** – ce que Judith Butler conceptualise comme une performance répétée de normes de genre, sans essence préexistante.

Reconnaître la diversité des identités de genre est aujourd'hui un enjeu central dans les recherches en sciences sociales, en santé publique et dans les politiques sociales, notamment en ce qui concerne l'inclusion et le bien-être des jeunes (UNESCO, 2019).

Dans le cadre de cette enquête, l'identité de genre est appréhendée d'une part par le biais des données d'inscription (catégories homme ou femme), et d'autre part par le biais des déclarations des répondant-es, leur permettant de s'identifier selon les catégories qui leur correspondent le mieux (autodétermination).

Ainsi, il a été demandé aux répondant-es de déclarer leur identité de genre en choisissant une des trois options suivantes :

- *Homme*
- *Femme*
- *Autre : _____*

Nous avons choisi de laisser librement les répondant-es ne se reconnaissant pas dans les catégories homme et femme indiquer l'identité de genre qui leur correspondait le mieux dans la catégorie « autre », afin d'éviter que des propositions peut-être trop rigides ou limitantes ne reflètent pas leur réalité. Néanmoins, comme nous le verrons ci-après, leur représentativité dans l'échantillon est trop faible pour distinguer toutes ces catégories dans l'analyse.

Nous leur avons ensuite demandé si leur identité de genre correspondait à celle assignée à la naissance, et avons comparé ces deux questions pour déterminer qui étaient **les personnes cisgenres (qu'on appellera aussi cis)** (celles dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance), et **les personnes trans** (celles dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance). Enfin, ces éléments ont été confrontés aux données d'inscription de l'université pour en vérifier la cohérence.

Sur un échantillon de 1998 répondant-es, nous obtenons ainsi la répartition suivante :

Tableau 2 : Identité de genre des répondant-es (5 catégories).

	N	%
Hommes cisgenres (hommes cis)	653	32,7
Femmes cisgenres (femmes cis)	1294	64,8
Hommes trans	12	0,6
Femmes trans	4	0,2
Autres minorités de genre (grande majorité de personnes trans non-binaires, et quelques personnes ayant déclaré être « gender fluid », ou agenre)	34	1,7

³ En outre, et bien que ce ne soit pas le sujet de ce rapport, il est important de noter qu'il est aujourd'hui reconnu que la définition biologique du sexe est plus complexe qu'une simple binarisation males / femmes, dans la mesure où les caractères sexuels primaires (organes génitaux, chromosomes) et secondaires (hormones, caractères sexuels secondaires) ne sont pas toujours cohérents avec une seule de ces deux catégories. Ainsi, les personnes dont le sexe biologique est ambigu au regard de la norme binaire male/femme sont dites intersexes (Fausto-Sterling, 2000).

Compte-tenu de la faible représentation des personnes trans et des autres minorités de genre, nous les avons regroupées pour les besoins de l'analyse sous cette appellation, comme suit :

Tableau 3 : Identité de genre des répondant-es (3 catégories).

	N	%
Hommes cisgenres	653	32,7
Femmes cisgenres	1294	64,8
Minorités de genre	51	2,6

Les personnes trans n'ont pas été mêlées aux femmes et hommes cisgenres, car dans le cadre de cette enquête, portant sur la santé sexuelle et les violences sexistes et sexuelles, leur vécu mérite d'être considéré de façon distincte. De nombreuses organisations (Sidaction, 2023) ou institutions (IEFH, 2021 ; IGLA-Europe, 2025 ; Inserm, 2024 ; Picard et al., 2022) rappellent les discriminations systémiques, les risques accrus de violences, et les barrières à l'accès aux soins que subissent les personnes trans, notamment dans les milieux éducatifs et de santé. **Approcher ces vécus de manière différenciée permet de mieux rendre compte de ces inégalités et d'éviter leur invisibilisation statistique.**

Cependant, malgré les regroupements effectués, cette catégorie reste peu représentée dans l'échantillon et ne permettra pas toujours des analyses statistiques probantes, et cela explique que les hommes et les femmes trans et personnes non-binaires ne soient pas distingués les un-es des autres.

2.2. L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle désigne **l'attirance affective et/ou sexuelle qu'une personne peut ressentir pour des individus en fonction de leur identité de genre (ou de façon indépendante de celle-ci)**. Elle constitue une dimension centrale de l'identité sexuelle, au même titre que l'identité de genre.

L'orientation sexuelle s'inscrit sur un **continuum**, incluant notamment **l'hétérosexualité** (attirance pour les personnes du genre opposé), **l'homosexualité** (attirance uniquement pour les personnes du même genre), **la bisexualité** (attirance pour les hommes et les femmes), **la pansexualité** (attirance sexuelle non déterminée par l'identité de genre), **l'asexualité** (pas ou peu d'attirance sexuelle), ou encore la **fluidité sexuelle** (l'orientation de la personne est mouvante). **Ces catégories ne sont pas toujours exclusives**, peuvent changer au cours de la vie, et par ailleurs, les attirances romantiques et sexuelles peuvent ne pas être alignées (on peut être attiré-e romantiquement par certaines catégories de personnes et être asexuel-le). Enfin, leurs définitions peuvent varier d'une personne à l'autre, et cette catégorisation relève avant tout de l'auto-détermination.

Les recherches et les politiques publiques soulignent que **les personnes ayant des rapports sexuels avec personnes du même sexe**, lesbiennes (femmes homosexuelles), gays (hommes homosexuels), bisexuelles, pansexuelles ou asexuelles (LGBTQA+) sont **davantage exposées aux discriminations, aux violences sexuelles et à des inégalités d'accès à la santé**, notamment en contexte scolaire et universitaire en Europe et en Belgique (ILGA-Europe, 2023 ; Picard et al., 2022) - cela confirme la nécessité de distinguer les répondant-es selon leur orientation sexuelle dans cette enquête.

Dans cette enquête, nous avons proposé les options suivantes aux répondant-es pour déclarer leur orientation sexuelle :

- *Hétérosexuel-le*
- *Homosexuel-le*
- *Bisexuel-le*
- *Pansexuel-le*
- *Asexuel-le*
- *Je préfère ne pas répondre*
- *Autre : _____*

Les réponses « autres » ont été recodées dans les catégories précédentes, car aucune ne sortait du cadre de celles précédemment mentionnées. La répartition de leurs réponses est reprise ci-dessous.

Tableau 4 : Orientation sexuelle des répondant-es (5 catégories).

	N	%
Hétérosexuel·les	1381	71,6
Homosexuel·les	143	7,4
Bisexuel·les	278	14,4
Pansexuel·les	111	5,8
Asexuel·les	17	0,9

Pour la rédaction de ce rapport, nous distinguerons généralement les expériences des répondant-es en tenant compte à la fois de leur identité de genre et de leur sexualité. En effet, l'expérience d'un homme cisgenre homosexuel n'est pas la même que celle d'une femme cisgenre lesbienne - même si les deux sont cisgenres et homosexuel·les - particulièrement en ce qui concerne les pratiques sexuelles (qui constituent le cœur de cette enquête).

2.3. Au croisement du genre et de l'orientation sexuelle

Dans la rédaction de ce rapport, **les expériences** des répondant-es **seront distinguées en tenant compte à la fois de leur identité de genre et de leur sexualité**. Examiner ces dimensions séparément risquerait en effet de restreindre la compréhension des résultats. Les personnes homosexuelles, par exemple, peuvent avoir des pratiques sexuelles, et donc des méthodes de protection différentes selon leur identité de genre. De même, regrouper l'ensemble des hommes cisgenres sans distinguer leur orientation sexuelle - et donc l'identité de genre de leurs partenaires - limiterait l'analyse de leur exposition potentielle aux violences sexuelles.

Notons que compte-tenu de leur faible effectif, nous regrouperons les personnes trans, quelle que soit leur orientation sexuelle, dans la catégorie « minorités de genre ».

Nous proposerons les deux regroupements suivants pour aborder simultanément les questions de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle :

Tableau 5 : Orientation sexuelle selon l'identité de genre des répondant-es.

	N	%
Hommes cisgenres hétérosexuels	512	26,7
Femmes cisgenres hétérosexuelles	865	45,1
Hommes cisgenres non hétérosexuels	123	6,4
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	366	19,1
Minorités de genre (toutes sexualités confondues)	51	2,7
Hommes cisgenres hétérosexuels	512	26,7
Femmes cisgenres hétérosexuelles	865	45,1
Hommes cisgenres homosexuels	69	3,6
Femmes cisgenres homosexuelles	62	3,2
Hommes cisgenres minorités sexuelles (bi-, pan- ou asexuels)	54	2,8
Femmes cisgenres minorités sexuelles (bi-, pan- ou asexuelles)	304	15,9
Minorités de genre (toutes sexualités confondues)	51	2,7

Le premier regroupement a l'avantage de présenter des catégories plus larges et mieux représentées statistiquement. En effet, des catégories trop réduites peuvent rendre une analyse statistique limitée. Cependant, il ne sera pas pertinent dans certains cas, où il sera essentiel de distinguer plus précisément les répondant-es.

Les catégories du premier regroupement, et leur appellation particulièrement, sont limitantes. Nombre de personnes homosexuelles, bisexuelles, pansexuelles, et asexuelles préféreraient certainement ne pas être qualifiées en creux par rapport à l'hétérosexualité. Ce n'est effectué ici que pour faciliter la rédaction et l'analyse (en ayant des catégories suffisamment fournies pour être exploitables), faute de meilleur terme qui fasse l'unanimité et qui soit clairement compréhensible.

En outre, notons que **parmi les personnes non hétérosexuelles (1^{er} regroupement), certain-es ont ou ont eu des rapports sexuels avec personnes du sexe opposé** (homosexuel·les comme bisexuel·les ou pansexuel·les, etc.), et il faut le prendre en compte à la lecture de ce rapport, afin de ne pas s'étonner de voir les réponses des personnes de ces catégories concernant certaines questions, telles que l'usage de la pilule contraceptive, etc. En outre, **l'orientation sexuelle déclarée n'est pas nécessairement le reflet exact de l'identité de genre des partenaires sexuels des répondant-es**, en particulier lorsque les relations évoquées se situent dans le passé et peuvent ne pas refléter l'orientation sexuelle actuelle. Cela met en relief les limites de ces catégories : **dans une prochaine enquête, il sera plus pertinent de questionner les répondant-es sur l'identité de genre de leurs partenaires sexuel·les que sur leur orientation sexuelle.**

Enfin, les 17 personnes asexuel·les de l'échantillon ont été associées aux sexualités minoritaires. A priori, ces personnes n'ont pas ou peu d'activité sexuelle, et dans une enquête portant notamment sur les comportements sexuels, il est difficile de les catégoriser, sachant que leur faible représentation (17 répondant-es) ne permet pas de les considérer séparément. Les personnes asexuelles peuvent cependant avoir des rapports sexuels, ou une préférence romantique et/ou sexuelle pour une identité de genre/un sexe en particulier, bien que nous n'ayons pas ce niveau de détails dans cette enquête. Ici, il a été décidé de les associer aux sexualités marginalisées, car même si ce n'est certainement pas idéal d'un point de vue technique, c'était l'option la moins problématique.

2.4. Les autres variables sociodémographiques

L'analyse présentée dans ce rapport se concentre sur les variations liées au genre et à la sexualité des répondant-es. Ce choix est destiné à mettre en évidence les dynamiques qui traversent les expériences sexuelles et relationnelles selon ces deux dimensions centrales, tout en proposant un rapport cohérent et lisible. Toutefois, d'autres variables sociodémographiques - telles que les données relatives à la racialisation - sont également importantes pour éclairer ces résultats. Dans cette enquête, nous disposons à cette fin de la nationalité, et de l'origine nationale des parents. **Une analyse complémentaire, intégrant ces dimensions et adoptant une perspective plus intersectionnelle⁴, fera donc l'objet d'une annexe spécifique publiée ultérieurement, afin de proposer une lecture plus approfondie des données recueillies.**

⁴ Adopter une perspective intersectionnelle (Crenshaw, 1989) permet de mieux comprendre comment les discriminations liées au genre, à l'orientation sexuelle, mais aussi à l'origine sociale ou raciale peuvent se renforcer mutuellement et produire des inégalités spécifiques. Par exemple, les femmes lesbiennes peuvent être confrontées à la fois au sexisme et à l'homophobie, et leurs expériences ne sauraient être réduites à une seule de ces dimensions. Il en va de même pour les femmes noires, qui expérimentent le sexisme et le racisme, ce qui produit une forme d'expérience du monde et de discrimination spécifique, non réductible à la simple addition du racisme et du sexisme.

■ 3. ANALYSE

3.1. Une littéracie inscrite dans des rapports sociaux structurels

Il est crucial de prendre en compte que les données présentées dans ce rapport montreront des différences de littéracie selon le genre et l'orientation sexuelle des répondant-es. Ces dernières ne relèvent pas uniquement de variations individuelles, mais s'inscrivent dans des rapports sociaux structurels.

Script hétérosexuel dominant :

La perception des risques sexuels est largement structurée par un imaginaire normatif centré sur **le rapport pénétratif pénis-vagin, hérité d'une norme hétérosexuelle** (Rich, 1980 ; Warner, 1991) qui constitue historiquement la **référence implicite des discours de prévention et d'éducation sexuelle** (Bajos & Bozon, 2008). Ce script hétérosexuel dominant **hiérarchise les pratiques** sexuelles en rendant centrales celles associées à la reproduction, et marginales les pratiques non pénétratives ou non hétérosexuelles. En conséquence, ces dernières sont moins visibles, moins discutées dans les cadres institutionnels, et plus rarement abordées en termes de risques spécifiques (IST, VIH, consentement, protection). Cette focalisation peut conduire à une compréhension erronée des risques sexuels, en particulier chez les personnes dont les pratiques s'écartent du modèle hétérosexuel pénétratif, mais aussi chez les personnes hétérosexuelles elles-mêmes, lorsque les situations vécues ne correspondent pas à ce schéma normatif.

Charge préventive féminine :

Les **femmes cisgenres ont été historiquement responsabilisées du poids de la contraception** dans les relations hétérosexuelles. Les méthodes contraceptives les plus couramment utilisées, telles que la pilule, le DIU ou l'implant, sont majoritairement conçues pour les corps biologiquement féminins, et leur usage est souvent considéré comme une responsabilité individuelle féminine (IEFH, 2025). Cette répartition inégalitaire de la charge contraceptive reflète des normes de genre profondément ancrées, selon lesquelles la gestion de la contraception est supposée relever des femmes, particulièrement dans le cadre de relations hétérosexuelles. Ainsi, les femmes cisgenres, plus particulièrement lorsqu'elles sont hétérosexuelles, tendent à être mieux informées en la matière.

Expertise sanitaire des minorités sexuelles :

Les **personnes LGBTQ+**, et plus particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes trans, ont développé une **littéracie sanitaire élevée** dans le domaine de la santé sexuelle, en grande partie en raison de l'histoire du VIH/sida et de l'exposition différenciée aux risques et à la stigmatisation (McDaid & al., 2021). **Cette expertise s'est construite dans un contexte de vulnérabilisation structurelle**, marqué par une forte prévalence du VIH, une responsabilisation accrue des individus et un investissement important des dispositifs communautaires de prévention. Les associations LGBTQ+ ont joué un rôle central dans la production, la diffusion et l'appropriation de savoirs pratiques (préservatif, dépistage, PrEP), souvent en amont ou en complément des politiques publiques. Cette socialisation sanitaire spécifique contribue à des niveaux de littéracie plus élevés, tout en révélant une inégalité structurelle d'exposition à l'obligation de savoir et de se protéger.

3.2. Littéracie en santé sexuelle

3.2.1. Présentation des indicateurs

Nous avons interrogé les étudiant-es sur leur niveau de littéracie en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et de protection contre les grossesses non désirées. Plus précisément, il leur a été demandé d'**évaluer l'efficacité des différentes méthodes de protection** utilisées dans la sexualité, parmi lesquelles on trouve des méthodes qui protègent soit contre les IST, soit contre les grossesses désirées, soit les deux. Il leur a été demandé d'évaluer tour à tour leur **efficacité pour se protéger des IST, puis contre les grossesses non désirées**. Pour chaque méthode présentée, les répondant-es devaient évaluer son degré perçu d'efficacité à l'aide d'une échelle à quatre niveaux : très efficace, plutôt efficace, plutôt pas efficace ou pas efficace du tout.

Cette approche permet de renseigner non seulement sur la connaissance des moyens de protection, mais aussi sur les représentations et éventuelles confusions que peuvent entretenir les étudiant-es sur les fonctions différenciées des méthodes contraceptives et des dispositifs de prévention des IST.

Pour commencer, voici un récapitulatif des différentes méthodes recensées dans l'enquête contre les IST et les grossesses non désirées, fait à partir de données de l'OMS (WHO, 2018 ; WHO, 2022) sauf indication bibliographique contradictoire.

Tableau 6 : description des méthodes de protection contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées.

Protections contre les IST et les grossesses non désirées

	Protection contre les IST	Contraception
Préservatifs (pénétration et sexe oral)⁵	Les préservatifs, lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement, offrent une protection très élevée contre le VIH (entre 80 et 95% de réduction du risque de transmission d'après l'OMS). Leur efficacité est également démontrée pour d'autres IST à transmission par contact avec les muqueuses ou les sécrétions (gonocoque, chlamydia, trichomonase). Ils offrent une protection moindre contre les infections transmises par contact cutané (herpès, HPV), seulement si les zones infectées ne sont pas couvertes par le préservatif.	L'efficacité contraceptive théorique du préservatif masculin pour la pénétration est d'environ 98% lorsqu'il est utilisé correctement et systématiquement, mais qu'en pratique, avec une utilisation courante, elle est d'environ 87% sur une année.
Éviter la pénétration	Efficace pour éliminer le risque de transmission de nombreuses IST, à condition de ne pas pratiquer d'autres types de rapports sexuels à risque (comme le sexe oral sans protection).	Peut être une méthode efficace pour prévenir la grossesse si elle est pratiquée systématiquement, mais les risques qu'elle soit mal appliquée sont élevés.

Protection contre les IST uniquement

Carré de latex pour le sexe oral	Très efficace pour la prévention des IST lors du sexe oral, comme l'herpès, la gonorrhée, et la syphilis.
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	La prophylaxie pré-exposition au VIH est spécifiquement destinée à se protéger du VIH (en amont d'une éventuelle exposition ou rapport à risque). Efficace entre 62 et 90% pour la prévention du VIH, mais ne protège pas contre d'autres IST (ONUSIDA, 2012).

Protection contre les grossesses non désirées uniquement

Méthode permanente	Vasectomie	Méthode de contraception permanente pour les personnes ayant des testicules (parfois réversible, sans garantie).
	Ligature des trompes	Méthode de contraception permanente pour les personnes ayant un utérus.
Méthodes de longue durée	Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU)	Très efficace pour éviter la grossesse (efficacité de plus de 99%), avec une durée d'efficacité allant de 3 à 10 ans selon le modèle.
	Implant contraceptif	Méthode de contraception très efficace (99,9%), qui libère des hormones et empêche la grossesse pendant plusieurs années.
Méthodes à usage quotidien ou occasionnel	Pilule contraceptive	Efficace pour prévenir la grossesse lorsqu'elle est prise rigoureusement (tous les jours et généralement à heures fixes). La différence entre efficacité théorique (plus de 99%) et pratique (environ 93%) est importante. Son efficacité dépend donc de l'utilisateur-riche, et ce poids repose majoritairement sur les femmes dans les couples hétérosexuels.
	Contraceptifs injectables	Très efficaces mais nécessitent des injections régulières, et peuvent donc créer un écart entre l'efficacité pratique (environ 96%) et l'efficacité théorique (plus de 99%).
	Anneau vaginal	L'anneau vaginal est une méthode efficace pour prévenir la grossesse, à condition qu'il soit utilisé correctement et remplacé mensuellement. On constate donc un écart entre l'efficacité pratique (environ 93%) et l'efficacité théorique (plus de 99%).

⁵ Les tests sur l'efficacité des préservatifs sont majoritairement effectués sur préservatifs externes, la grande majorité de ceux qui sont utilisés.

	Patch contraceptif	Méthode efficace pour prévenir la grossesse en libérant des hormones à travers la peau, mais nécessite une application régulière chaque semaine. On observe donc un écart entre l'efficacité pratique (environ 91%) et l'efficacité théorique (plus de 99%).
	Pilule d'urgence	La pilule d'urgence est une méthode efficace pour prévenir une grossesse après un rapport sexuel non protégé, mais elle n'est pas prévue pour être une solution de contraception régulière.
	Diaphragme et spermicide	Le diaphragme (couvrant le col de l'utérus), utilisé en combinaison avec un spermicide, est efficace pour prévenir les grossesses non désirées, mais il nécessite une utilisation correcte à chaque rapport sexuel. Son efficacité pratique (plus de 20% d'échecs) est bien moins élevée que son efficacité théorique.
Méthodes comportementales	Abstinence périodique / méthode du calendrier	Méthode controversée car elle nécessite une grande rigueur pour être efficace, et présente de hauts taux d'échec. Sur 100 femmes utilisant ces méthodes, l'OMS estime qu'entre 12 et 15 tombent enceintes dans l'année (OMS, 2023).
	Retrait / éjaculation externe	Méthode généralement considérée comme peu fiable. En pratique, sur 100 femmes utilisant ces méthodes, l'OMS estime que 20 tombent enceintes dans l'année (WHO, 2012, OMS, 2023). En cas d'usage parfait, il est estimé que 4 femmes sur 100 tomberaient enceintes dans l'année.
	Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	Efficace si bien utilisé. Doit être porté 15h/jour, et devient efficace après 3 mois (vérifiable avec un spermogramme), mais il existe à ce jour très peu de données fiables à ce sujet à ce jour.

Mesurer l'efficacité des méthodes de protection :

Il est important de noter que l'efficacité de certaines méthodes de contraception ne dépend pas uniquement de leurs propriétés pharmacologiques ou mécaniques, mais aussi de la rigueur avec laquelle elles sont utilisées par les utilisateur-rices (ou de leur capacités pratiques à les utiliser avec rigueur). Ainsi, il est essentiel de distinguer **l'efficacité théorique** d'une méthode (son efficacité maximale en usage parfait) de son **efficacité pratique** (son efficacité réelle observée dans la pratique, avec des erreurs, des oublis ou des interruptions involontaires). **Cette distinction est particulièrement importante pour certaines méthodes** comme la pilule contraceptive ou le préservatif, dont l'efficacité peuvent être fortement réduites dans la pratique (OMS, 2023). La rigueur nécessaire varie selon les dispositifs : tandis que les méthodes dites « longue durée » (implant, DIU) nécessitent peu ou pas d'intervention quotidienne et présentent une faible marge d'erreur, les méthodes dites « à usage quotidien ou occasionnel » reposent fortement sur les comportements des utilisateur-rices.

Les méthodes comportementales - comme le retrait, ou l'abstinence périodique - reposent entièrement sur l'observation et la maîtrise du corps par les utilisateur-rices, et donc sur leur rigueur et leur discipline. Si leur efficacité théorique peut être relativement bonne en usage parfait, leur efficacité pratique est nettement plus faible en raison du fort risque d'erreurs humaines. Par exemple, le retrait a un taux d'échec théorique bien moins élevé que son taux d'échec pratique (WHO, 2018, 2022 : Trussel, 2011). Ces méthodes demandent une rigueur importante, souvent difficile à maintenir dans la pratique, ce qui les rend peu fiables en contexte réel.

3.2.2. Connaissances en matière d'infections sexuellement transmissibles

Voici à présent l'évaluation faite par les répondant-es des différents moyens de protection évoqués précédemment, qu'ils relèvent de la contraception ou de la prévention des infections sexuellement transmissibles. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la manière dont ils et elles perçoivent l'efficacité de ces méthodes spécifiquement pour la prévention des IST (cf. tableau 7). **Les méthodes sont classées par ordre croissant de citation comme étant « très efficaces ». Les méthodes réellement destinées à la prévention des IST sont mises en évidence en vert, et on peut voir qu'elles ont de fait été classées en tête des méthodes les plus efficaces pour se protéger des IST.**

Tableau 7 : évaluation de l'efficacité de ces méthodes pour se protéger des infections sexuellement transmissibles (%).

	Très efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas efficace du tout	Je ne sais pas	N
Méthode de protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	65,5	28,6	1,2	0,3	4,4	1997
Méthode de protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	50,6	29,7	2,1	1,6	16,1	1996
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	14,2	27,1	7,9	11	39,8	1989
Eviter la pénétration	11,4	18,7	27,2	31,4	11,3	1990
Vasectomie	6,5	2,1	2,9	64,7	23,8	1988
Pilule contraceptive	6	9,7	3,4	72,8	8,1	1997
Ligature des trompes	5	1,9	2,6	64,1	26,4	1989
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU)	4,8	5	2,9	69	18,3	1990
Pilule d'urgence	4,1	8,7	3,2	72,7	11,2	1996
Implant	3,4	5	2,6	66,1	23	1996
Anneau vaginal	3,1	6	3,4	55,7	31,8	1992
Abstinence périodique / la méthode du calendrier	1,9	2,5	6,3	74,3	14,9	1989
Contraceptifs injectables	1,6	3,3	3	59,1	33	1991
Retrait / éjaculation externe	1,5	3,1	9,9	77,7	7,8	1992
Patch ou timbre contraceptif	1,3	3,9	4	64,7	26,2	1996
Diaphragme et spermicide	1,3	3,5	3,2	48	44	1992
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	1,2	3,1	3,1	58,9	33,7	1992

N = 1988.

Les méthodes barrières :

Les méthodes de protection barrière ont été plus fréquemment identifiées comme efficaces par les répondant-es pour protéger des IST. Le fait d'utiliser une protection barrière pour le sexe oral est cependant moins souvent jugé « très efficace » (**50,6%**) que pour le sexe pénétratif (**65,5%**). Ce décalage entre les types de pratiques sexuelles peut traduire une moindre sensibilisation aux risques d'IST liés au sexe oral, peut-être perçu comme moins « risqué » que les rapports pénétratifs. Or, si le risque de transmission est effectivement variable selon les pratiques, il n'est jamais nul, notamment pour des infections comme le papillomavirus (HPV) ou l'herpès. **Ce constat souligne l'importance de renforcer l'information sur les dispositifs de protection spécifiques au sexe oral, moins connus.**

La PrEP, mal identifiée globalement :

Seuls **14,2%** des répondant-es considèrent la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) comme « très efficace », alors que **39,8%** disent « ne pas savoir ». La PrEP est pourtant très efficace pour remplir son objectif, à savoir prévenir l'infection par le VIH. Elle ne protège cependant pas contre les autres IST (CDC, 2022). Ce flou pourrait refléter une moindre diffusion de l'information hors des publics ciblés.

Confusion entre contraception et protection contre les IST :

Une majorité de répondant-es considère correctement que les méthodes contraceptives non-barrières ne protègent pas contre les IST. Néanmoins, des quantités notables de répondant-es qualifient des méthodes uniquement destinées à un usage contraceptif de « très efficaces » pour protéger des IST, dont notamment la pilule contraceptive (**6%**), le DIU (**4,8%**), ou l'implant (**3,4%**).

Les taux de « je ne sais pas » sont en outre préoccupants pour certaines méthodes : **66%** pour l'implant, **72,8%** pour la pilule, **64,7%** pour le patch, etc. Ces chiffres suggèrent que si les répondant-es ne surestiment pas l'efficacité de ces méthodes pour les IST, ils et elles ne sont pas toujours certain-es de leur inadaptation à cet usage, ce qui reflète une littéracie lacunaire en la matière.

Méthodes comportementales et alternatives :

Les méthodes comportementales, comme le retrait ou l'abstinence périodique sont très rarement jugées « très efficaces » (respectivement **1,5%** et **1,9%**), ce qui témoigne d'une évaluation globalement réaliste. Toutefois, le taux élevé de « je ne sais pas » pour l'abstinence périodique (**14,9%**) ou les méthodes thermiques (**33,7%**) montre une moindre connaissance de ces dispositifs.



Le haut taux de « je ne sais pas » pour la majorité des moyens de contraception suggère un manque d'information ou de clarté quant aux différences entre contraception et prévention des IST.

À présent, voyons dans quelle mesure ces résultats varient selon le genre et la sexualité des répondant-es :

Tableau 8 : évaluation de l'efficacité de ces méthodes pour se protéger des infections sexuellement transmissibles selon l'identité de genre et la sexualité (%).

		Très efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas efficace du tout	Je ne sais pas	N	P valeur
Méthode de protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	Hommes cisgenres hétérosexuels	68	24,6	0	0,6	6,8	1916	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	63	30,6	1,8	0,1	4,4		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	74	23,6	0	0,8	1,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	64,5	31,7	1,4	0	2,5		
	Minorités de genre	68	28	4	0	0		
Méthode de protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	Hommes cisgenres hétérosexuels	53,3	24,8	1,8	2,5	17,6	1916	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	47,3	30,1	2,1	1,4	19,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	60,2	26,8	0,8	1,6	10,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	52,7	34,2	2,5	0,8	9,8		
	Minorités de genre	58	36	2	0	4		
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	Hommes cisgenres hétérosexuels	16,1	21,8	5,5	11	45,6	1910	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	11,1	25,8	8,5	11,9	42,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	22,8	43,1	7,3	10,6	16,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	16,1	29,2	9,3	10,7	34,7		
	Minorités de genre	24	38	12	4	22		
Eviter la pénétration	Hommes cisgenres hétérosexuels	16,7	22,6	23,4	23,4	13,9	1911	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	11,6	17,7	25,8	33,3	11,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	7,3	22	26	37,4	7,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5,2	16,9	34,4	35,2	8,2		
	Minorités de genre	10	10	48	32	0		
Vasectomie	Hommes cisgenres hétérosexuels	7,3	2,2	2,4	58,5	29,7	1909	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	7,1	2,8	3,2	62,2	24,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	6,5	0,8	4,1	67,5	21,1		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5,5	1,1	2,5	74,3	16,7		
	Minorités de genre	6	0	0	88	6		
Pilule contraceptive	Hommes cisgenres hétérosexuels	7,8	12,5	2,3	65	12,3	1916	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	6	9,7	4,7	72,6	6,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	12,2	2,4	73,2	10,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	4,9	6,8	3	81,4	3,8		
	Minorités de genre	8	0	0	92	0		
Ligature des trompes	Hommes cisgenres hétérosexuels	4,5	2,4	2	53	38,1	1910	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	6,1	2,2	3,4	64	24,2		

	Hommes cisgenres non hétérosexuels	3,3	0,8	1,6	66,7	27,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	4,1	1,6	1,9	75,4	16,9		
	Minorités de genre	6	0	0	88	6		
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU)	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,3	4,9	3,3	59,8	25,6	1910	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	4,6	5,9	2,4	69,9	17,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	3,3	4,9	3,3	68,3	20,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	4,1	4,1	3	78,4	10,4		
	Minorités de genre	4	0	2	88	6		
Pilule d'urgence	Hommes cisgenres hétérosexuels	4,7	10,2	2,5	65,9	16,6	1915	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	4,2	8,3	4,4	72,7	10,4		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	3,3	10,6	2,4	69,9	13,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	3,3	7,7	2,5	81,1	5,5		
	Minorités de genre	6	2	0	88	4		
Implant	Hommes cisgenres hétérosexuels	3,9	5,3	1,4	52,6	36,8	1915	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	3,5	5,4	3,2	68,6	19,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,1	3,3	3,3	61,8	27,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	2,5	4,4	2,2	77,9	13,1		
	Minorités de genre	4	0	2	88	6		
Anneau vaginal	Hommes cisgenres hétérosexuels	4,5	6,3	3,3	46,8	39,1	1912	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,9	5,4	3,4	56,5	31,8		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	2,4	5,7	3,3	51,2	37,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	2,2	7,1	3,3	65	22,4		
	Minorités de genre	4	4	2	74	16		
Abstinence périodique / la méthode du calendrier	Hommes cisgenres hétérosexuels	3	3,1	5,9	65,9	22	1910	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,7	2,4	6,8	75,1	13,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	3,3	5,7	73,2	16,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,5	1,9	6,6	83,3	7,7		
	Minorités de genre	6	0	4	84	6		
Contraceptifs injectables	Hommes cisgenres hétérosexuels	2	3,1	2,2	49,2	43,5	1911	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,6	3,8	3,7	60,2	30,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	3,3	2,4	59,3	33,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,4	3,3	3,6	66,4	25,4		
	Minorités de genre	2	0	0	80	18		
Retrait / éjaculation externe	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,2	3,5	10,2	73,7	10,4	1912	0,03
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,4	3,2	9,4	78,4	7,5		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	3,3	13,8	76,4	4,9		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,5	2,2	9,3	82,8	5,2		
	Minorités de genre	2	2	20	76	0		
Patch ou timbre contraceptif	Hommes cisgenres hétérosexuels	1,6	4,1	4,3	54	36	1915	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,7	4,2	4,2	65,7	24,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	3,3	4,1	64,2	28,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	4,4	3	74,3	18,3		
	Minorités de genre	2	0	2	88	8		
Diaphragme et spermicide	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,4	4,3	2,4	44,4	46,6	1912	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,9	2,8	3	46,4	46,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0,8	5,7	5,7	46,3	41,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,1	3,6	3,3	56,3	35,8		

	Minorités de genre	2	0	10	60	28		
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	Hommes cisgenres hétérosexuels	1,4	3,3	3,5	53,4	38,3		
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,3	2,7	3,1	57,4	35,5		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	3,3	3,3	60,2	33,3	1912	0,003
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,1	4,6	2,5	66,7	25,1		
	Minorités de genre	4	0	4	76	16		

Ce tableau met en évidence qu'il existe des différences statistiquement significatives dans la majorité des cas dans la manière dont les répondant-es perçoivent l'efficacité des méthodes de protection contre les IST selon le genre et la sexualité ($p < 0,001$ pour la majorité des méthodes).

Préservatif pour la pénétration :

Toutes les catégories identifient bien l'utilisation des préservatifs pour la pénétration comme « très efficace », avec une efficacité perçue particulièrement élevée chez les hommes cisgenres non hétérosexuels (**74%**). Cela s'explique sans doute par une exposition plus fréquente à des messages de prévention ciblés, historiquement centrés sur la population HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Les femmes cisgenres, qu'elles soient hétérosexuelles ou non, montrent des taux de confiance un peu moins élevés en moyenne.

Protection barrière pour le sexe oral :

La protection barrière pour le sexe oral (préservatif, digue dentaire) est perçue comme « très efficace » par une majorité, mais avec une variabilité nette :

- Seulement **47,3%** des femmes cisgenres hétérosexuelles et **53,3%** des hommes cisgenres hétérosexuels la jugent « très efficace ».
- Les minorités de genre (**58%**) et les hommes cisgenres non hétérosexuels (**60,2%**) sont de plus grandes proportions à les considérer comme « très efficaces ».

Cela illustre à nouveau une littéracie genrée et sexuelle, et **montre l'importance d'informer sur les risques de transmission des IST par le biais du sexe oral.**

PrEP :

La PrEP, traitement préventif du VIH, est surtout bien identifiée par les hommes cisgenres non hétérosexuels (**65,9%** la jugent « très » ou « plutôt efficace »), les minorités de genre (**62%**), contre **37,9%** seulement des hommes cisgenres hétérosexuels. Ces différences reflètent l'histoire de la PrEP comme outil centré sur les publics HSH.

Méthodes contraceptives :

Les méthodes contraceptives comme la pilule, le DIU, la ligature des trompes ou encore les contraceptifs injectables sont généralement considérés comme inefficaces contre les IST - ce qui est correct. Toutefois, on observe :

- une plus grande incertitude chez les hommes cisgenres hétérosexuels (par exemple, **38,1%** de « je ne sais pas » pour la ligature des trompes, **43,5%** pour les injectables),
- une proportion significativement plus élevée (et assez importante dans l'absolu) d'hommes hétérosexuels considérant la pilule contraceptive comme « efficace » ou « très efficace » pour protéger des IST ($7,8 + 12,5\% = \mathbf{20,3\%}$)
- une évaluation plus juste de la part les femmes cisgenres non hétérosexuelles et les minorités de genre (par exemple, **81,4%** de « pas efficace du tout » pour la pilule chez les femmes cisgenres non hétérosexuelles) que chez les femmes cisgenres hétérosexuelles, qui sont pourtant généralement en charge des moyens de contraception dans l'hétérosexualité (Bajos & Ferrand, 2006).

Méthodes comportementales (retrait, éviter la pénétration, abstinence périodique) :

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont plus nombreux à surestimer l'efficacité de ces méthodes :

- **16,7%** jugent « éviter la pénétration » « très efficace », contre **5,2%** chez les femmes cisgenres non hétérosexuelles,
- **3%** considèrent l'abstinence périodique comme « très efficace », contre **0,5%** chez les femmes cisgenres non hétérosexuelles.

Cela illustre un biais genré dans l'évaluation des pratiques comportementales, **possiblement en raison d'une plus faible implication dans la gestion concrète de la contraception ou de la prévention** (Bajos & Ferrand, 2006).

Autres méthodes :

Les méthodes comme le diaphragme, l'anneau vaginal, les patchs, ou l'anneau thermique masculin sont méconnues : elles génèrent en effet de très hauts taux de « je ne sais pas », en particulier chez les hommes cisgenres hétérosexuels (ex. : **46,6%** « je ne sais pas » pour le diaphragme, **38,3%** pour l'anneau thermique).

En somme :

Ce tableau confirme des écarts nets de littéracie en santé sexuelle selon l'identité de genre et l'orientation sexuelle.

Un des constats les plus importants est qu'il existe beaucoup de **confusions entre dispositifs de protection contre les IST et contraception, qu'une part significative des répondant-es ne semblent pas distinguer efficacement**. En outre, les données suggèrent que **la littéracie en matière de prévention des IST est plus développée chez les minorités sexuelles**. En effet, si les femmes cisgenres tendent à effectuer moins de confusions que les hommes cisgenres, parmi elles, ce sont celles qui ne sont pas hétérosexuelles⁶ qui semblent être les mieux renseignées. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles sont potentiellement plus exposées à des discours critiques sur la santé sexuelle. Pour des raisons similaires, les hommes cisgenres non hétérosexuels et les minorités de genre ont une évaluation généralement plus précise des dispositifs réellement efficaces contre les IST.

Les hommes cisgenres hétérosexuels affichent quant à eux des lacunes marquées, en particulier sur les dispositifs contraceptifs (qui a priori les concernent pourtant en priorité).

3.2.3. Connaissances en matière de contraception

Voici à présent l'évaluation faite par les répondant-es de ces mêmes moyens de protection, mais cette fois-ci pour évaluer leur efficacité dans la protection contre les grossesses non désirées.

Tableau 9 : évaluation de l'efficacité de ces méthodes pour se protéger des grossesses non désirées (%).

	Très efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas efficace du tout	<i>Je ne sais pas</i>	N
Vasectomie	70,6	10,6	0,6	0,6	17,8	1960
Ligature des trompes	65,7	10,2	0,9	0,7	22,5	1961
Protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	55,6	37,3	1,6	0,5	5,1	1971
Pilule contraceptive	45,3	45,2	2,3	0,4	6,8	1968
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU)	43,7	35,4	2,7	0,4	17,9	1962
Eviter la pénétration	37,9	27,2	15,1	8,9	10,9	1960
Protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	36,3	18,9	2,6	26,6	15,6	1970
Implant	30,1	35,7	1,9	0,8	31,6	1965
Pilule d'urgence	24,5	53,1	8,7	1,6	12,2	1967
Patch ou timbre contraceptif	17,8	37,7	5,2	0,9	38,4	1967
Anneau vaginal	16	31	5,4	1,9	45,6	1964
Contraceptifs injectables	14,1	25,3	3,7	0,8	56,1	1962
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	7,9	24,6	8,8	4,1	54,6	1963
Diaphragme et spermicide	6,3	23,7	8,9	1,5	59,7	1961
Abstinence périodique / la méthode du calendrier	3	11,6	40,6	28,4	16,4	1958
Retrait / éjaculation externe	2,2	8	37,9	42,6	9,3	1960

⁶ Pour rappel, on trouve parmi les femmes non hétérosexuelles une majorité de femmes cisgenres bi- et pansexuelles, et des femmes cisgenres homosexuelle.

Dans le tableau ci-avant, les méthodes sont classées par ordre croissant de citation en tant que « très efficaces ». Les méthodes réellement destinées à la prévention des grossesses non désirées sont mises en évidence en vert.

Les méthodes les plus courantes sont plutôt bien connues :

Parmi les méthodes contraceptives les plus communes, la pilule contraceptive est évaluée comme « très efficace » par **45,3%** des répondant-es et « plutôt efficace » par **45,2%**, avec **6,8%** de « je ne sais pas ». Le préservatif pour la pénétration est jugé « très efficace » par **55,6%** et « plutôt efficace » par **37,3%**. L'efficacité de ces deux méthodes est donc plutôt bien reconnue, ce qui n'est pas surprenant compte-tenu de leur usage très courant et de leur visibilité dans les campagnes de santé publique.

Le DIU recueille également des évaluations globalement positives (**43,7%** de « très efficace » et **35,4%** de « plutôt efficace »), mais avec une proportion plus importante d'incertitude (**17,9%** de « je ne sais pas »).

Les méthodes irréversibles sont perçues comme les plus efficaces :

La vasectomie (**70,6%** de « très efficace ») et la ligature des trompes (**65,7%**) sont les mieux évaluées en termes d'efficacité. Cela est cohérent avec le fait que ces méthodes sont de fait presque 100% efficaces (WHO, 2018, 2022).

Méthodes hormonales (hors pilule) :

Les dispositifs hormonaux alternatifs à la pilule (implant, patch, anneau vaginal, contraceptifs injectables) présentent des niveaux importants de « je ne sais pas » : **31,6%** pour l'implant, **38,4%** pour le patch, **45,6%** pour l'anneau vaginal et **56,1%** pour les injectables. Les taux de « très efficace » sont modérés (entre **14,1%** et **30,1%**), **malgré une efficacité réelle qui est élevée en usage parfait** (cf. tableau 8).

Confusions entre contraception et prévention des IST :

Le préservatif pour le sexe oral est jugé « très efficace » par **36,3%** des répondant-es pour prévenir les grossesses, alors qu'il n'a pas cette fonction. *Cette confusion pourrait révéler une mécompréhension de la question chez une partie des répondant-es, si on part du principe que des étudiant-es universitaires d'au moins 18 ans sont familiers du processus procréatif.* Sinon, elle peut soit révéler des confusions entre contraception et prévention contre les IST, soit des confusions importantes sur la façon même dont fonctionne la procréation.

Méthodes comportementales et autres méthodes moins diffusées :

Les méthodes thermiques (**7,9%** de « très efficace ») et le diaphragme avec spermicide (**6,3%**) semblent moins bien connus, avec des taux d'incertitude (« je ne sais pas ») supérieurs à **54%**. Leur faible diffusion et le peu d'informations institutionnelles à leur sujet peuvent expliquer ces résultats.

Le retrait (**2,2%** de « très efficace ») et l'abstinence périodique (**3%**) sont globalement considérés comme peu fiables (**ce qui est cohérent avec la réalité**), avec des taux élevés de « pas efficace du tout » (**42,6%** et **28,4%**).

L'option « éviter la pénétration » obtient **37,9%** de « très efficace », mais aussi **15,1%** de « plutôt pas efficace » et **8,9%** de « pas efficace du tout ». Les répondant-es semblent ne pas toujours partager la même compréhension de ce que recouvre cette pratique ou de son niveau d'efficacité. De fait, elle n'est efficace que si appliquée strictement, et en pratique, son taux d'efficacité réelle est effectivement bien plus bas que son taux d'efficacité théorique (WHO, 2018). Ces nuances pourraient expliquer le peu d'homogénéité des réponses.

La PrEP :

Moins de **3%** la désignent comme efficace pour se protéger des grossesses non désirées, ce qui montre qu'il y a peu de confusion ici entre prévention des grossesses non désirées et IST. Cela est certainement lié au fait que l'appellation même de cette méthode désigne qu'elle est destinée à protéger d'une IST, le VIH.

À présent, voyons dans quelle mesure ces résultats varient selon le genre et la sexualité des répondant-es :

Tableau 10 : évaluation de l'efficacité de ces méthodes pour se protéger des grossesses non désirées selon l'identité de genre et la sexualité (%).

		Très efficace	Plutôt efficace	Plutôt pas efficace	Pas efficace du tout	<i>Je ne sais pas</i>	N	P valeur
Vasectomie	Hommes cisgenres hétérosexuels	66,4	5,9	1	0,6	26,1	1881	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	71,5	11,2	0,6	0,6	16		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	68,3	13,8	0,8	0,8	16,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	75,5	12,4	0	0	12,1		
	Minorités de genre	70	22	0	2	6		
Ligature des trompes	Hommes cisgenres hétérosexuels	55,7	5,3	1,2	1	36,8	1882	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	68,9	12,2	0,9	0,7	17,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	62,6	11,4	0,8	1,6	23,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	75,2	9,6	0,6	0	14,6		
	Minorités de genre	72	16	0	2	10		
Protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	Hommes cisgenres hétérosexuels	63,2	27,6	0,4	0,6	8,2	1892	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	51,2	41,7	2,6	0,4	4,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	61	32,5	0	0	6,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	54	41,6	1,7	0,6	2,2		
	Minorités de genre	58	38	2	2	0		
Pilule contraceptive	Hommes cisgenres hétérosexuels	48	39	1,4	0,6	11	1889	0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	44,2	47,5	2,8	0,4	5,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	42,3	47,2	0,8	0	9,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	46,6	47,1	2,2	0,6	3,6		
	Minorités de genre	44	52	2	0	2		
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU)	Hommes cisgenres hétérosexuels	43,2	26,8	1,8	0,6	27,6	1883	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	44	38,5	2,5	0,4	14,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	38,2	39	2,4	0	20,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	47,7	36,9	3,3	0,3	11,8		
	Minorités de genre	42	44	6	0	8		
Eviter la pénétration	Hommes cisgenres hétérosexuels	44,1	24,4	10,2	6,9	14,4	1881	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	35,3	27,2	17,1	10,2	10,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	44,7	21,1	16,3	7,3	10,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	33,6	30,6	18,2	9,4	8,3		
	Minorités de genre	42	44	6	8	0		
Protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	Hommes cisgenres hétérosexuels	41,8	14,4	3	22,4	18,4	1891	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	35	22,1	2,6	23,2	17,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	36,6	13,8	0	39,8	9,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	33,3	19,6	3,3	33,3	10,5		
	Minorités de genre	38	12	4	42	4		
Implant	Hommes cisgenres hétérosexuels	23,4	22,6	1,6	1,2	51,1	1886	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	32,4	40,8	1,9	0,5	24,4		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	23,6	35	0,8	0,8	39,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	36,9	40,5	2,5	0,8	19,3		
	Minorités de genre	36	44	2	2	16		
Pilule d'urgence	Hommes cisgenres hétérosexuels	25,8	48,3	8	0,6	17,3	1888	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	25,3	51,7	9,2	2,8	11		

	Hommes cisgenres non hétérosexuels	22,8	55,3	5,7	0,8	15,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	21,8	61,2	9,6	1,1	6,3		
	Minorités de genre	20	68	6	0	6		
Patch ou timbre contraceptif	Hommes cisgenres hétérosexuels	15,3	29,4	5,8	0,8	48,7	1888	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	18,4	42,1	6	0,8	32,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,9	39,8	4,1	1,6	49,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	23,4	38,8	3,3	0,8	33,6		
	Minorités de genre	26	36	8	2	28		
Anneau vaginal	Hommes cisgenres hétérosexuels	13,5	22,4	7,5	2,6	53,9	1885	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	16,7	34,1	4,4	1,1	43,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	6,5	31,7	4,9	3,3	53,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	21,2	36,1	4,7	1,9	36,1		
	Minorités de genre	18	38	4	4	36		
Contraceptifs injectables	Hommes cisgenres hétérosexuels	12,6	20,4	3,2	1	62,8	1883	0,037
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	15,2	26	4,1	0,9	53,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	7,3	27,6	3,3	0	61,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	15,4	28,9	3,6	0,6	51,5		
	Minorités de genre	22	30	4	2	42		
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,9	19	12,8	6,1	55,3	1884	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	7,7	24,8	6,9	2,5	58,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	6,5	21,1	10,6	8,9	52,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	10,7	31,7	7,2	2,8	47,7		
	Minorités de genre	10	38	6	8	38		
Diaphragme et spermicide	Hommes cisgenres hétérosexuels	8,5	22,8	8,3	1,4	58,9	1882	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	4,9	21,7	8,1	1,4	63,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,9	30,9	5,7	3,3	55,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5,8	26,7	12,7	0,8	54		
	Minorités de genre	14	36	8	4	38		
Abstinence périodique / la méthode du calendrier	Hommes cisgenres hétérosexuels	4,7	12	36,1	24,7	22,4	1879	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,8	12,2	41,3	29,1	14,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	2,4	5,7	38,2	29,3	24,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,8	12,7	47,1	29,8	9,6		
	Minorités de genre	6	8	38	42	6		
Retrait / éjaculation externe	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,9	10,2	37,3	36,5	13,2	1881	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,6	7,8	37,5	43,9	8,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	5,7	31,7	48,8	12,2		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,1	6,3	42,7	44,6	5,2		
	Minorités de genre	4	6	42	48	0		
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	Hommes cisgenres hétérosexuels	1,6	1,4	2,6	54,8	39,5	1881	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,2	2,3	2,2	60,1	34,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1,6	2,4	0	76,4	19,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,8	0,8	2,2	70,2	25,9		
	Minorités de genre	2	2	0	78	18		

Méthodes irréversibles :

Pour la vasectomie, les femmes cisgenres (hétérosexuelles et non hétérosexuelles) ont tendance à la juger plus souvent « très efficace » (jusqu'à **75,5%**) que les hommes cisgenres hétérosexuels (**66,4%**). Les minorités de genre sont également plus confiantes (**70%**).

Pour la ligature des trompes, l'écart est encore plus net : femmes cisgenres non hétérosexuelles (**75,2%** de « très efficace ») et hétérosexuelles (**68,9%**) la valorisent nettement plus que les hommes cisgenres hétérosexuels (**55,7%**). Cela peut refléter une familiarité accrue des femmes cisgenres avec les méthodes qui concernent directement leur corps.

Préservatifs pour la pénétration :

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont les plus nombreux à juger le préservatif pour la pénétration « très efficace » (**63,2%**), suivis des hommes cisgenres non hétérosexuels (**61%**). Les femmes cisgenres, qu'elles soient hétérosexuelles (**51,2%**) ou non hétérosexuelles (**54%**), sont moins enclines à lui attribuer une grande efficacité, privilégiant plus souvent la catégorie « plutôt efficace ».

Pilule contraceptive :

La pilule est globalement perçue comme très ou plutôt efficace par la majorité, mais les hommes cisgenres non hétérosexuels sont légèrement moins nombreux à la juger « très efficace » (**42,3%**).

Dispositif intra-utérin :

Pour le DIU, les femmes cisgenres non hétérosexuelles se montrent les plus confiantes (**47,7%** de « très efficace »), alors que les hommes cisgenres non hétérosexuels le sont moins (**38,2%** de « très efficace » et **20,3%** de « je ne sais pas »). Les hommes cisgenres hétérosexuels présentent aussi un taux élevé de méconnaissance (**27,6%** de « je ne sais pas »).

Éviter la pénétration :

Les hommes cisgenres hétérosexuels (**44,1%**) et non hétérosexuels (**44,7%**) jugent plus souvent cette méthode « très efficace » que les femmes cisgenres hétérosexuelles (**35,3%**) et non hétérosexuelles (**33,6%**).

Préservatif pour le sexe oral :

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont plus nombreux à le juger « très efficace » (**41,8%**) que les autres groupes (**33% à 38%**).

En outre, si les taux de répondant-es ayant déclaré ne pas savoir si cette méthode est efficace pour se protéger des grossesses non désirées sont élevés, ce taux est particulièrement élevé chez les personnes cisgenres hétérosexuelles : près de **2 sur 10** sont dans ce cas (proportion près de 2 fois plus élevée que chez les personnes non cisgenres et les minorités de genre). **Cela est particulièrement alertant, compte-tenu du fait qu'ils et elles sont a priori les premier-es concerné-es par la contraception.**

Méthodes hormonales moins répandues :

Pour l'implant, l'anneau vaginal, le patch ou les injectables (méthodes parmi les plus efficaces), les femmes cisgenres (toutes orientations sexuelles confondues, mais surtout non hétérosexuelles) attribuent systématiquement des scores de « très efficace » plus élevés que les hommes cisgenres (toutes orientations confondues, mais surtout hétérosexuels) :

- Implant : **36,9%** des femmes cisgenres non hétérosexuelles, contre **23,4%** des hommes cisgenres hétérosexuels
- Patch : **23,4%** des femmes cisgenres non hétérosexuelles, contre **15,3%** des hommes cisgenres hétérosexuels
- Anneau : **21,2%** des femmes cisgenres non hétérosexuelles, contre **13,5%** des hommes cisgenres hétérosexuels

Ces écarts reflètent probablement le fait que ces méthodes sont traditionnellement à la charge des femmes cisgenres, et qu'elles y sont sensibilisées quelle que soit leur orientation sexuelle. Les minorités de genre oscillent entre les deux, avec des taux de « je ne sais pas » également élevés.

Méthodes comportementales :

Quel que soit le genre ou l'orientation, le retrait et l'abstinence périodique sont rarement jugés « très efficaces » (taux souvent inférieurs à **5%**), avec des taux élevés de « pas efficace du tout » (plus de **30%**). Les variations entre groupes sont faibles, ce qui suggère une perception relativement homogène de leur faible fiabilité contraceptive.

Méthodes peu connues :

Pour les méthodes thermiques et l'association diaphragme et spermicide, les taux de méconnaissance dépassent souvent **50%**, avec de légères différences selon le genre. Les minorités de genre se distinguent parfois par des proportions plus élevées de « très efficace » (par exemple, pour le diaphragme avec **14%**). Cependant, les petits effectifs de ce dernier groupe invitent à la prudence dans l'interprétation.

PrEP :

Tous les groupes attribuent (adéquatement) des scores très bas à la PrEP en tant que méthode contraceptive (jusqu'à 2% de « très efficace »).

En somme :

Concernant la littéracie en matière de contraception, on note des écarts les plus marquants du point de vue du genre et de l'orientation sexuelle concernant les méthodes chirurgicales irréversibles (plus valorisées par les femmes cisgenres), les méthodes hormonales autres que la pilule (mieux connues des femmes cisgenres que des hommes cisgenres), et certaines pratiques comme « éviter la pénétration » ou le préservatif pour le sexe oral. Les méthodes les moins connues présentent des taux élevés de « je ne sais pas » dans tous les groupes, mais la familiarité est globalement plus élevée chez les femmes cisgenres, probablement du fait de leur exposition directe aux dispositifs contraceptifs lors des consultations de santé sexuelle.

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles et les hommes cisgenres non hétérosexuels affichent, pour certaines méthodes, des niveaux de connaissance ou de reconnaissance d'efficacité plus élevés que leurs homologues hétérosexuels, **et c'est notable, car a priori ces personnes sont moins concernées par la contraception**. Cela pourrait refléter une littéracie spécifique en santé sexuelle acquise dans des contextes communautaires ou via des campagnes ciblées sur les populations LGBTQIA+. En outre, on trouve parmi les minorités sexuelles une grande partie (voir une majorité, chez les femmes cisgenres) de personnes bi- et pansexuelles, par rapport à la proportion de personnes homosexuel·les. Ainsi, ces personnes sont susceptibles d'avoir des pratiques hétérosexuelles, mais aussi d'avoir une littéracie plus avancée en matière de santé sexuelle que leurs homologues strictement hétérosexuel·les, du fait de leur culture communautaire. Les minorités de genre présentent des profils contrastés : pour certaines méthodes, elles affichent une familiarité élevée, tandis que pour d'autres, les taux de « je ne sais pas » demeurent importants, possiblement en raison d'un accès inégal aux ressources d'information ou à des offres de soins adaptées. Enfin, **les hommes cisgenres, toutes orientations confondues, semblent globalement moins familiers avec une partie des méthodes contraceptives, en particulier celles qui concernent les corps des femmes cisgenres, ce qui peut traduire une moindre implication dans la gestion contraceptive** ou un déficit d'information les concernant directement.



Ces résultats soulignent **l'importance de diversifier les approches de prévention**, en **ciblant mieux les groupes sous-informés, dont notamment les hommes cisgenres hétérosexuels**, et de tenir compte de l'effet du genre et de l'orientation sexuelle sur les connaissances et les perceptions des méthodes de protection contre les IST et les grossesses non désirées.

3.2.4. Perception des risques sanitaires

La perception des risques pour la santé liés aux différentes méthodes de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles joue un rôle important dans les choix individuels et dans l'adhésion aux recommandations de santé publique, notamment en ce qui concerne la pilule contraceptive (Grossman & al., 2014). Cette partie propose, dans un premier temps, de dresser un état des connaissances scientifiques sur les risques objectivement associés à chaque méthode, à partir des recommandations du document « Family planning : A Global Handbook for Providers » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018 ; 2022), sauf indication bibliographique contraire. Dans un second temps, on observera les perceptions des répondant·es, afin d'identifier les écarts éventuels entre connaissances médicales et représentations sociales, et d'en analyser les implications pour la littéracie en santé sexuelle.

Tableau 11 : recensement des risques pour la santé des méthodes pour se protéger contre les IST et les grossesses non désirées

	Méthodes barrières : préservatifs et carrés de latex	Aucun effet secondaire d'après l'OMS, sauf en cas d'allergie au latex, auquel cas il faut se procurer les produits adaptés.
	Éviter la pénétration	/
	PrEP (traitement préventif contre le VIH)	/
Méthode permanente	Vasectomie	Aucun effet secondaire d'après l'OMS. Complications rares : douleurs qui peuvent persister dans le temps.
	Ligature des trompes	Aucun effet secondaire d'après l'OMS. Peut protéger contre certains cancers.
Méthodes de longue durée	Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) au CUIVRE	Effets fréquents : règles plus abondantes et plus douloureuses, surtout au début (15 à 20% des utilisatrices) – peut créer de l'anémie (rare). Risque de maladie pelvienne inflammatoire si IST préexistante (mais très rare, car des tests sont généralement effectués avant la pose). Rares complications : expulsion, perforation (1/1000 insertions) (OMS, 2022). Protège contre certains cancers.
	Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) HORMONAL	Effets fréquents : changements dans les saignements (réduction ou irrégularité), acné, maux de tête, douleurs ou sensibilité des seins, nausées, prise de poids, changements d'humeur. Plus rare : kystes ovariens. Risques associés aux grossesses extra-utérines. Peut protéger contre certains cancers. Réduit les douleurs associées au règles (souvent prescrit en cas d'endométriose).
	Implant contraceptif	Effets fréquents : saignements irréguliers (cause principale de retrait), céphalées, acné (environ 10%), prise de poids (environ 5 à 10%). Effets rares : Complications d'insertion ou de retrait (< 1%)
Méthodes à usage quotidien ou occasionnel	Pilule contraceptive	Risques <u>rare</u> s, mais graves : thrombose veineuse profonde (3 à 9 cas sur 10 000 utilisatrices), accident vasculaire cérébral (8 à 10 cas sur 100 000), infarctus du myocarde (2 à 6 cas sur 100 000). Ces risques concernent surtout les personnes de plus de 35 ans qui fument, celles ayant des migraines avec aura, ou ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires. Il existe également des corrélations avec une hausse légère de l'incidence de certains cancers, et avec la baisse de certains autres (cancers hormonaux dépendants). Effets secondaires fréquents (5 à 15% des utilisatrices) : nausées, maux de tête, sensibilité ou tension des seins, petits saignements entre les règles. Contre-indications et précautions : définies par l'Organisation mondiale de la Santé dans ses critères d'éligibilité médicale pour la contraception, qui précisent dans quels cas l'utilisation est sûre ou déconseillée (OMS, 2015). Peut protéger contre un certain nombre de problèmes de santé, incluant certains cancers, les kystes ovariens, crampes menstruelles, etc.
	Contraceptifs injectables	Effets rapportés par les usager-es : variations dans les pertes menstruelles (irrégularité, réduction des pertes), gain de poids, maux de tête, douleurs mammaires.
	Anneau vaginal	Courant : saignements irréguliers ou intempestifs, douleurs au bas-ventre, douleurs mammaires, pertes vaginales.
	Patch contraceptif	Effets rapportés par les usager-es : irritation de la peau, changements dans les pertes menstruelles, nausées, vomissements, sensibilité et douleurs des seins, douleurs abdominales. Les études sont limitées à propos de l'impact du patch sur la santé.
	Pilule d'urgence	Effets transitoires fréquents : nausées, fatigue, maux de ventre, maux de tête, troubles menstruels. Ces effets disparaissent généralement en quelques jours. Aucune contre-indication sérieuse ou effet long terme documenté, et pas d'effet à long terme sur la fertilité. Utilisation répétée possible, mais n'est pas destinée à un usage régulier. (OMS, 2021)
	Diaphragme et spermicide	Fréquent : irritation des organes génitaux (pénis et vulve/vagin) dus aux spermicides, lésions vaginales. Plus rares : risques d'infections urinaires accrus.
	Abstinence périodique / méthode du calendrier	/
Méthodes « naturelles » ou comportementales	Retrait / éjaculation externe	/
	Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	Sujet trop peu documenté : il n'existe pas d'informations fiables à ce sujet.

A ce tableau, il faut ajouter que seules la vasectomie et la ligature des trompes ont un effet sur la fertilité à long terme. Aucune autre méthode n'a montré d'impact documenté sur la fertilité après arrêt de l'usage. De même, il n'existe pas de données documentées sur le fait que ces méthodes puissent avancer la ménopause. Certaines méthodes hormonales peuvent temporairement réduire ou faire disparaître les règles (DIU hormonal, contraceptifs injectables), et cela n'a pas d'impact sur la santé d'après l'OMS (2018, 2022), et cela revient à la normale après l'arrêt de l'utilisation. Enfin, le handbook de l'OMS reconnaît que les méthodes hormonales peuvent avoir un impact négatif sur l'humeur des utilisatrices, mais aussi leur poids, la santé de leur peau, leur désir sexuel ou la densité de leur os, et recommande que leur usage soit associé à un suivi médical individualisé.

La grande majorité des effets indésirables et risques médicaux associés aux méthodes contraceptives ou de prévention listées concerne les femmes cisgenres⁷, car l'essentiel de ces dispositifs - notamment les contraceptifs hormonaux, les dispositifs intra-utérins et les méthodes de stérilisation féminine - leur est destiné. Cette asymétrie reflète la répartition historique de la responsabilité contraceptive, qui repose principalement sur les femmes cisgenres dans les couples hétérosexuels. À l'inverse, les méthodes spécifiquement masculines, comme la vasectomie ou les préservatifs, présentent un profil de risques différent et généralement plus limité, tandis que la méthode thermique masculine demeure peu documentée.

Voyons à présent comment les répondant-es évaluent les risques associés aux différentes méthodes de contraception et de protection contre les IST. **Précisons qu'il leur a été demandé d'évaluer ces risques en excluant les grossesses non désirées**, par le biais de la question suivante :

Selon vous, les méthodes suivantes sont-elles risquées pour la santé (sans compter les risques de grossesse non désirée éventuels) ?

Les méthodes ont de nouveau été ordonnées par ordre croissant de citation en tant que « très risquées ».

Tableau 12 : évaluation des risques des méthodes de contraception et de protection contre les IST pour la santé (%).

	Très risquée	Plutôt risquée	Plutôt pas risquée	Pas du tout risquée	Je ne sais pas	N
Pilule d'urgence	28,4	41,7	15,8	1,9	12,1	1945
Pilule contraceptive	18,3	49,7	22,2	2,7	7,1	1948
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) CUIVRE	10,7	39,5	22,4	4,1	23,3	1945
Implant	8,6	35,2	20	3,2	33	1945
Contraceptifs injectables	8,5	28,7	10,6	2,3	49,8	1944
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) HORMONAL	8,4	29,6	31,1	7,3	23,6	1943
Patch ou timbre contraceptif	6,8	30,3	18,5	3,7	40,7	1944
Ligature des trompes	6	17,2	25,6	18,5	32,7	1944
Retrait / éjaculation externe	5	6,9	9,1	66,7	12,2	1944
Vasectomie	4,8	13,5	28,6	24,3	28,8	1943
Anneau vaginal	3,5	15,4	25,6	12,8	42,7	1944
Abstinence périodique / la méthode du calendrier	3,3	4,3	8,3	67	17	1944
Diaphragme et spermicide	3,1	10,2	14,1	7,1	65,4	1944
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	2,9	8,3	20,9	18,7	49,2	1945
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	2,3	7,4	17,9	18,2	54,2	1944
Eviter la pénétration	1,6	3,2	8,9	73,8	12,5	1943
Protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	0,4	2,3	18,3	67,7	11,3	1947
Protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	0,3	1,3	18,6	73,5	6,3	1949

Méthodes hormonales :

Les méthodes hormonales, qu'elles soient d'urgence ou utilisées en continu, sont les plus souvent considérées comme « très risquées » ou « plutôt risquées » :

⁷ Ils concernent aussi toute personne ayant un appareil reproductif dit féminin et utilisant une contraception. Les termes « femmes cisgenres » sont ici utilisés pour mettre l'emphase sur le fait que ces dispositifs ont été initialement pensés pour les femmes cisgenres. Cela permet aussi de mettre en exergue la dynamique générée à l'œuvre dans les couples hétérosexuels, majorité écrasante des individus utilisant une contraception.

Pilule d'urgence : 70,1% (28,4% + 41,7%) la perçoivent comme risquée.

Pilule contraceptive : 68% (18,3% + 49,7%) la perçoivent comme risquée.

DIU cuivre et DIU hormonal : bien que le cuivre ne libère pas d'hormones, il est vu comme risqué par 50,2% des répondant-es (10,7% + 39,5%), tandis que l'hormonal l'est par 38%.

Implant, injectables, patch et anneau vaginal : entre 35% et 42% de « plutôt risqué », avec de 3% à 8% de « très risqué ».

Méthodes définitives :

Ligature des trompes : 23,2% de « risqué », mais avec une forte part d'incertitude (32,7%).

Vasectomie : 18,3% la jugent risquée, et 28,8% déclarent ne pas savoir.

Méthodes comportementales :

Retrait : 11,9% la jugent risquée, et 66,7% la voient « pas du tout risquée » pour la santé.

Abstinence périodique : 7,6% la jugent risquée, 67% la considèrent sans risque.

Éviter la pénétration : 4,8% la voient risquée, 73,8% pas du tout.

Ces chiffres, moins élevés que pour les autres méthodes, sont cohérents avec le fait qu'il n'existe pas de risques médicaux directs documentés pour la santé physique (hors échec contraceptif ou absence de protection IST).

Méthodes barrières :

Les préservatifs obtiennent les plus hauts taux de « pas du tout risqué » (67,7% à 73,5%) et les plus bas taux de perception de risque (moins de 3%).

Cela indique qu'ils sont vus comme une méthode sûre pour la santé, au-delà de leur efficacité contraceptive/anti-IST.

Méthodes peu connues :

Certaines méthodes présentent des taux élevés de « je ne sais pas » :

Contraceptifs injectables (49,8%), implant (33%), patch (40,7%), anneau vaginal (42,7%), méthode thermique masculine (49,2%), PrEP (54,2%), diaphragme + spermicide (65,4%).

Cela peut refléter une faible exposition à ces méthodes dans l'espace public ou lors de consultations médicales, et donc une littéracie en santé sexuelle incomplète.

En somme :

Les données suggèrent que la perception des risques pour la santé varie fortement selon la nature de la méthode : **les dispositifs hormonaux et intra-utérins concentrent le plus de craintes, craintes qui semblent dépasser les risques documentés par la littérature médicale.** Les méthodes barrières et comportementales sont vues comme quasi sans danger, et les méthodes moins courantes sont simplement moins connues.

Tableau 13 : évaluation des risques des méthodes de contraception et de protection contre les IST pour la santé selon le genre et la sexualité (%).

		Très risquée	Plutôt risquée	Plutôt pas risquée	Pas du tout risquée	Je ne sais pas	N	P valeur
Pilule d'urgence	Hommes cisgenres hétérosexuels	20,2	41,3	17,4	2,7	18,4	1866	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	34,4	42,8	11,9	1,8	9,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	17,9	36,6	26	0,8	18,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	30,3	40,6	20,6	1,4	7,2		
	Minorités de genre	24	50	6	6	14		
Pilule contraceptive	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,6	42,9	32	5,8	12,8	1869	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	24,5	52,4	17,2	1,4	4,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	7,3	43,1	38,2	1,6	9,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	23,5	52,9	17,2	1,9	4,4		
	Minorités de genre	18	64	12	4	2		

Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) CUIVRE	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,8	26,9	26	5,4	34,9	1866	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	12,4	46,3	18,6	4,5	18,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,1	30,1	29,3	2,4	34,1		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	14,7	40,6	25,6	2,5	16,7		
	Minorités de genre	14	50	20	6	10		
Implant	Hommes cisgenres hétérosexuels	4,1	21,1	21,7	4,8	48,3	1866	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	11	40,4	18,8	2,9	26,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	3,3	25,2	23,6	3,3	44,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	10,8	43,1	21,4	2,5	22,2		
	Minorités de genre	6	54	16	4	20		
Contraceptifs injectables	Hommes cisgenres hétérosexuels	5,4	23,8	12	2,9	55,9	1865	0,037
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	10,2	30,5	9,5	2,2	47,5		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	5,7	22,8	15,4	2,4	53,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	10,6	33,1	10	2,2	44,2		
	Minorités de genre	6	38	10	2	44		
Stérilet / Dispositif intra-utérin (DIU) HORMONAL	Hommes cisgenres hétérosexuels	5,4	22,6	28,8	8,3	34,9	1864	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	9,2	32,7	32,4	7,4	18,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,1	26,8	32,5	5,7	30,9		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	10,8	30,8	32,8	7,5	18,1		
	Minorités de genre	12	44	26	4	14		
Patch ou timbre contraceptif	Hommes cisgenres hétérosexuels	3,9	20,5	19,3	5,6	50,7	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	8,4	35,3	17,4	2,9	35,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0,8	25,2	22	3,3	48,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	9,7	32,2	20	3,3	34,7		
	Minorités de genre	6	42	16	2	34		
Ligature des trompes	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,4	17,8	21,1	13,5	41,2	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	6,5	18,4	25,4	19	30,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,9	15,4	23,6	21,1	35		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5	15,8	31,1	22,5	25,6		
	Minorités de genre	4	10	36	32	18		
Retrait / éjaculation externe	Hommes cisgenres hétérosexuels	3,3	5,8	6,6	66,9	17,4	1865	0,006
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	5,5	7,3	9,5	66,8	10,8		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,1	10,6	6,5	68,3	10,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5,6	5,8	10,8	68,3	9,4		
	Minorités de genre	10	6	10	70	4		
Vasectomie	Hommes cisgenres hétérosexuels	6,2	16,6	26,3	18	32,8	1864	0,016
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	4,9	13,8	27,6	24,1	29,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,1	12,2	29,3	30,1	24,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	3,3	10	33,1	30	23,6		
	Minorités de genre	4	2	38	40	16		
Anneau vaginal	Hommes cisgenres hétérosexuels	1,9	10,6	25,3	15,3	47	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	4	19,2	25,1	11,1	40,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	9,8	19,5	16,3	54,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	5,6	15	28,9	13,1	37,5		
	Minorités de genre	6	14	30	14	36		
	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,1	3,9	5,6	65,4	23	1865	0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	3,7	4,6	9,5	66,5	15,7		

Abstinence périodique / la méthode du calendrier	Hommes cisgenres non hétérosexuels	2,4	5,7	9,8	63,4	18,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	3,9	2,8	9,2	72,5	11,7		
	Minorités de genre	10	6	4	70	10		
Diaphragme et spermicide	Hommes cisgenres hétérosexuels	3,3	11	15,1	8,3	62,3	1865	0,021
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,6	10	11,2	7,2	69		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	2,4	11,4	17,1	9,8	59,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	3,6	9,4	18,1	5,8	63,1		
	Minorités de genre	8	10	24	4	54		
Méthode thermique (anneau thermique « masculin »)	Hommes cisgenres hétérosexuels	3,7	9,5	19,2	18	49,6	1866	0,131
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,7	9	20,5	16,3	51,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	8,9	22,8	22	46,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	2,5	5,6	22,2	23,6	46,1		
	Minorités de genre	6	4	26	32	32		
PrEP (traitement préventif contre le VIH)	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,5	8,1	17	15,3	57,1	1865	0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	2,2	8,1	13,2	17,6	58,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	2,4	10,6	39,8	22	25,2		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,9	4,2	20,8	21,7	51,4		
	Minorités de genre	4	4	30	30	32		
Éviter la pénétration	Hommes cisgenres hétérosexuels	2,1	2,5	7,3	71,2	17	1864	0,003
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	1,4	3,7	9	75	11		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0,8	2,4	9,8	77,2	9,8		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,1	2,5	11,4	74,2	10,8		
	Minorités de genre	6	4	8	80	2		
Protection barrière pour le sexe oral (préservatifs, carré de latex)	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,8	2,5	13,4	69,9	13,4	1868	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,2	2,8	22	62,1	12,8		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	0,8	12,2	81,3	5,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	1,7	18,6	73,1	6,7		
	Minorités de genre	2	2	12	80	4		
Protection barrière pour la pénétration (préservatifs)	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,6	0,8	12,6	76,7	9,3	1870	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,1	2,1	23,4	68,2	6,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	0	8,9	87	4,1		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,3	0,6	18,8	76,5	3,9		
	Minorités de genre	2	0	16	80	2		

Méthodes hormonales :

Pour la pilule d'urgence et la pilule contraceptive, les femmes cisgenres sont nettement plus nombreuses que les hommes cisgenres hétérosexuels à les juger « très risquées » ou « plutôt risquées » (respectivement **77,2%** des femmes cisgenres hétérosexuelles contre **61,5%** pour la pilule d'urgence ; et **76,9%** contre **49,5%** pour la pilule contraceptive ($p < 0,001$)). En outre, les hommes cisgenres affichent aussi des taux d'incertitude systématiquement plus élevés.

Les minorités de genre présentent des taux élevés de « plutôt risqué » (**70,6%** pour la pilule contraceptive).

Ces écarts sont probablement liés au fait que les femmes cisgenres aient eu une exposition directe ou une information plus complète aux effets secondaires des contraceptifs hormonaux, étant plus directement concernées par la question dans la mesure où ces contraceptions sont historiquement pensées pour elles.

Dispositifs intra-utérins :

Pour le DIU cuivre et le DIU hormonal, les hommes cisgenres affichent des taux élevés de « je ne sais pas » (**34,9%** pour les deux variétés chez les hétérosexuels), en comparaison aux les femmes cisgenres (**18,3%** de « je ne sais pas » chez les hétérosexuelles).

Les femmes cisgenres sont par ailleurs plus nombreuses à considérer le DIU comme risqué (entre **55 et 58,7%** pour le cuivre et entre **41,6 et 41,9%** pour l'hormonal).

Les minorités de genre évaluent souvent ces méthodes comme « plutôt risquées » (**61,8%** pour le cuivre, **50%** pour l'hormonal).

Méthodes définitives :

Pour la ligature des trompes, les hommes cisgenres hétérosexuels sont plus nombreux à répondre « je ne sais pas » (**41,2%**) que les femmes cisgenres (**30,7%**). Les femmes cisgenres hétérosexuelles sont plus nombreuses à considérer la méthode comme sûre (« pas du tout risquée » ou « plutôt pas risquée » : **44,4%** contre **34,6%** chez les hommes).

Pour la **vasectomie**, la tendance s'inverse légèrement : les femmes cisgenres hétérosexuelles la jugent un peu plus souvent « pas du tout risquée » (**24,1%**, contre **18%** des hommes), bien que la majorité des répondant-es perçoit un risque modéré ou déclare ne pas savoir.

Les **minorités de genre** apparaissent ici plus confiantes, avec **72%** de réponses « pas du tout risquée » ou « plutôt pas risquée ».

Méthodes peu connues :

L'implant, les injectables, le patch et l'anneau vaginal restent des méthodes largement méconnues, en particulier chez les hommes cisgenres (autour de **50%** de « je ne sais pas » pour toutes).

Méthodes barrières :

Les préservatifs sont largement perçus comme « pas du tout risqués » par tous les groupes (**62,1%** à **87%** selon la pratique – sexe oral ou pénétratif), et plus particulièrement par les hommes non hétérosexuels (**81,3%** pour le sexe oral, **87%** pour le sexe pénétratif).

Les taux de « très risqué » sont quasi nuls (moins de **1%** dans toutes les catégories).

Méthodes comportementales :

Le retrait, l'abstinence périodique et le fait « d'éviter la pénétration » sont généralement jugés « pas du tout risqués », bien que les minorités de genre affichent systématiquement des taux de « très risqué » plus élevés (jusqu'à **10%**).

Autres méthodes :

L'association diaphragme et spermicide semble très méconnue (jusqu'à **69%** de « je ne sais pas » chez les femmes cisgenres hétérosexuelles).

La méthode thermique masculine montre des taux de « je ne sais pas » élevés (autour de **50%** dans la plupart des groupes), illustration de son caractère expérimental et peu diffusé.

PrEP : incertitude dominante (plus de la moitié des répondant-es), mais de manière moins marquée chez les hommes non hétérosexuels (**25,2%**) et les minorités de genre (**32%**), qui y sont à priori les plus exposés.

En somme :

Les données montrent que **la perception des risques est fortement corrélée à la familiarité avec la méthode et à l'expérience directe ou indirecte de ses effets** – ou à la socialisation de genre des répondant-es. On remarque en effet que pour une majorité des méthodes, les réponses tendent à être relativement homogènes dans les groupes d'identité de genre, indépendamment de la sexualité.

On note cependant des spécificités selon les groupes :

- Les femmes cisgenres hétérosexuelles tendent à évaluer plus sévèrement les risques des méthodes hormonales et intra-utérines, peut-être en raison d'une exposition directe à leurs effets secondaires.
- Les hommes cisgenres hétérosexuels expriment davantage d'incertitude, surtout pour les méthodes qu'ils n'utilisent pas directement (car prévues pour les personnes ayant un système reproductif féminin).
- Les minorités de genre affichent souvent des taux élevés de « plutôt risqué » pour les méthodes hormonales.

- Les femmes cisgenres non hétérosexuelles et hommes cisgenres non hétérosexuels présentent des profils hétérogènes, probablement influencés par une moindre exposition directe aux méthodes contraceptives traditionnelles, bien que les hommes cisgenres non hétérosexuels soient ceux qui affichent le plus de méfiance envers la PrEP.

Ces résultats illustrent l'importance de tenir compte des variations selon le genre et l'orientation sexuelle dans les actions de prévention, notamment pour réduire l'incertitude et rectifier certaines perceptions surestimées des risques.

3.2.5. Littéracie sur les pratiques de prévention des risques

Les préservatifs :

Une série de questions a été posée aux répondant-es concernant l'utilisation correcte du préservatif, afin de vérifier dans quelle mesure ils et elles maîtrisent les règles de base permettant une protection optimale. En effet, le préservatif constitue non seulement la seule méthode de contraception qui protège également contre les infections sexuellement transmissibles, mais aussi l'une des méthodes contraceptives les plus utilisées chez les jeunes adultes et les étudiant-es (East. & al., 2022). Avant d'analyser leurs réponses, nous rappellerons les principales recommandations d'usage, établies notamment par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2025), et par la plateforme de Prévention Sida (2020 ; 2020) (qui fournissent des recommandations congruentes). Ensuite, nous les confronterons aux réponses des répondant-es.

Tableau 14 : recommandations pour l'usage correct des préservatifs selon l'OMS et la plateforme Prévention Sida.

Utiliser du lubrifiant	Utiliser un lubrifiant à base d'eau est recommandé pour une utilisation optimale.
Utiliser un préservatif un peu trop grand	Utiliser un préservatif à la bonne taille (ni trop grand, ni trop petit) est recommandé pour une utilisation optimale.
Utiliser un préservatif un peu trop petit	Utiliser un préservatif à la bonne taille (ni trop grand, ni trop petit) est recommandé pour une utilisation optimale.
Utiliser un préservatif périmé depuis un mois	Il faut utiliser un préservatif qui n'est pas périmé (risques de déchirure).
Utiliser un préservatif périmé depuis six mois	Il faut utiliser un préservatif qui n'est pas périmé (risques de déchirure).
Remettre le préservatif après qu'il se soit enlevé	Il faut changer de préservatif si celui-ci se retire, et il faut utiliser un nouveau préservatif à chaque nouveau rapport sexuel. Il faut les jeter après usage.
Pincer le bout du préservatif au moment de la pose pour éviter qu'il y ait de l'air dedans	Il est recommandé de pincer le bout du préservatif, car les bulles d'air renforcent le risque de déchirure.
Utiliser un préservatif dont l'emballage est abimé	Les préservatifs doivent être protégés de la chaleur, de l'humidité, de la lumière directe du soleil et des frottements. Une exposition prolongée à une température élevée peut notamment altérer le matériau. Un emballage en mauvais état indique qu'il y a des risques que le préservatif soit abimé (risques de déchirure).

Voyons à présent comment ont été évaluées ces différentes pratiques par les répondant-es :

Tableau 15 : évaluation des bonnes pratiques en matière d'utilisation du préservatif (%).

	Très bonne pratique	Plutôt bonne pratique	Plutôt mauvaise pratique	Très mauvaise pratique	Je ne sais pas	N
Pincer le bout du préservatif pour éviter qu'il y ait de l'air dedans	54	16	3,3	4,9	21,7	1945
Utiliser du lubrifiant	48,7	27,8	4,8	1,9	16,9	1945
Utiliser un préservatif un peu trop grand	0,5	2,7	32,3	53	11,6	1944
Utiliser un préservatif dont l'emballage est abimé	0,4	1,2	24,8	62,6	11	1945
Utiliser un préservatif périmé depuis six mois	0,4	0,4	8,7	80,8	9,8	1944
Utiliser un préservatif périmé depuis un mois	0,4	2,2	36,7	49,4	11,3	1946
Remettre le préservatif après qu'il se soit enlevé	0,3	1,3	15,7	71,7	11	1945
Utiliser un préservatif un peu trop petit	0,2	1,6	36,2	51,5	10,5	1945

Bonnes pratiques :

- **Utiliser du lubrifiant** : **76,5%** jugent cela comme une bonne pratique (dont **48,7%** « très bonne »). La majorité a donc une opinion congruente avec les recommandations d'usage. Néanmoins, on note que **16,9%** ne « savent pas » si c'est le cas.
- **Pincer le bout du préservatif** : **70%** reconnaissent que c'est une bonne pratique, conformément aux recommandations d'usage. La proportion de « je ne sais pas » (**21,7%**) reste notable.

Pratiques à risque :

- **Préservatifs périmés** : une large majorité considère que leur usage est une mauvaise pratique, avec une sévérité accrue quand la date de péremption est éloignée (**49,4%** « très mauvaise pratique » à un mois, **80,8%** à six mois). Ces réponses sont en ligne avec les recommandations qui insistent sur le non-usage de préservatifs périmés. Cependant, environ **10%** (dans les deux cas) indiquent « ne pas savoir » si c'est une bonne pratique ou non.
- **Préservatif trop grand ou trop petit** : la majorité des répondant-es identifie correctement que c'est une mauvaise pratique (environ **85%**), mais une proportion non négligeable (environ **10%** dans les deux cas) indique « ne pas savoir » si c'est une bonne pratique ou non.
- **Préservatif dont l'emballage est abimé** : **87,4%** identifient cela comme une mauvaise ou très mauvaise pratique, ce qui correspond bien aux consignes officielles. Cependant, **11%** indiquent « ne pas savoir » si c'est une bonne pratique ou non.
- **Remettre un préservatif après qu'il se soit enlevé** : **87,4%** le considèrent comme une mauvaise pratique, ce qui est juste. Cependant, **11%** indiquent « ne pas savoir » si c'est une bonne pratique ou non.

En somme :

Les répondant-es semblent globalement capables d'identifier les pratiques à risque évidentes et les gestes positifs évidents. On note cependant que des proportions notables (au moins **10%** dans chaque catégorie, et jusqu'à près de **20%** pour l'usage du lubrifiant et le fait de pincer le réservoir) déclarent « ne pas savoir » si les pratiques en question sont risquées ou non. Ainsi, **si les bases des bonnes pratiques en matière d'usage du préservatif sont acquises pour une majorité, une proportion des répondant-es semble manquer d'informations sur leur bon usage.**

Tableau 16 : évaluation des bonnes pratiques en matière d'utilisation du préservatif selon le genre et la sexualité (%).

		Très bonne pratique	Plutôt bonne pratique	Plutôt mauvaise pratique	Très mauvaise pratique	Je ne sais pas	N	P valeur
Pincer le bout du préservatif pour éviter qu'il y ait de l'air dedans	Hommes cisgenres hétérosexuels	54,8	15,7	4,5	5,6	19,4	1865	0,037
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	51,6	16,3	2,4	5,4	24,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	59,3	16,3	5,7	4,1	14,6		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	60,7	13,9	3,9	3,3	18,3		
	Minorités de genre	56	22	0	2	20		
Utiliser du lubrifiant	Hommes cisgenres hétérosexuels	46,9	26,7	6	1,7	18,8	1865	0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	45,4	30	4,4	2	18,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	66,7	23,6	4,1	0	5,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	53,2	26,3	3,9	2,2	14,4		
	Minorités de genre	60	30	4	0	6		
Utiliser un préservatif un peu trop grand	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,8	6	36,6	42,2	14,3	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,2	1,4	30,7	56,4	11,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	2,4	39	51,2	7,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	1,4	25,5	64,3	8,9		
	Minorités de genre	4	0	38	48	10		
Utiliser un préservatif dont l'emballage est abimé	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,6	1,2	23,8	59,5	14,9	1865	0,028
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,2	1,5	23	64,5	10,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	0,8	32,5	60,2	6,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,3	0,6	28,5	62,3	8,3		
	Minorités de genre	2	2	16	66	14		
Utiliser un préservatif périmé depuis six mois	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,6	0,8	8,1	77,1	13,4	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,1	0	7,9	82,4	9,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	0	13,8	81,3	4,9		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	0,6	10	82,2	7,2		
	Minorités de genre	4	0	6	80	10		
Utiliser un préservatif périmé depuis un mois	Hommes cisgenres hétérosexuels	1	2,1	41	41,2	14,6	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0	1,9	32,2	55,3	10,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0	5,7	48	39,8	6,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	2,2	38,2	50,1	9,4		
	Minorités de genre	2	0	42	42	14		
Remettre le préservatif après qu'il se soit enlevé	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,6	2,3	18,8	64,7	13,6	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0	0,5	14,2	75,1	10,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0,8	1,6	20,3	73,2	4,1		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0,3	1,9	13,9	75,1	8,9		
	Minorités de genre	2	2	14	64	18		
Utiliser un préservatif un peu trop petit	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,2	1,4	43,2	42,1	13	1865	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,1	1,1	32,2	56,5	10,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	0,8	4,1	46,3	43,9	4,9		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	0	1,9	31,9	57,1	9,1		
	Minorités de genre	2	0	38	52	8		

Pincer le bout du préservatif :

Des différences faibles mais statistiquement significatives apparaissent. Entre **51%** et **61%** de répondant-es déclarent adéquatement qu'il s'agit d'une « très bonne pratique » dans tous les groupes, les femmes et hommes cisgenres non hétérosexuels se distinguant par les proportions les plus élevées à donner ces « bonnes » réponses (respectivement **60,7%** et **59,3%**). Les hommes cisgenres hétérosexuels sont légèrement moins nombreux (**54,8%**) à reconnaître cette bonne pratique, et affichent un taux plus élevé de « je ne sais pas » (**19,4%**).

Utiliser du lubrifiant :

Les hommes cisgenres non hétérosexuels se distinguent très clairement : **66,7%** d'entre eux identifient cette pratique comme « très bonne », contre **46,9%** chez les hommes cisgenres hétérosexuels et **45,4%** chez les femmes cisgenres hétérosexuelles. Les minorités de genre (**60%**) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**53,2%**) sont également une majorité à adopter une évaluation positive. Cette surreprésentation de réponses adéquates parmi les hommes non hétérosexuels reflète probablement une meilleure information et peut-être une plus grande familiarité avec l'usage et l'utilité du lubrifiant dans le cadre de relations sexuelles entre hommes, impliquant parfois la pénétration anale (non-lubrifié naturellement).

Utiliser un préservatif un peu trop grand :

On constate des différences marquées : les femmes cisgenres hétérosexuelles estiment plus souvent que les hommes cisgenres hétérosexuels qu'il s'agisse d'une très mauvaise pratique (près de **56,4%** contre **42,2%**). Les femmes cisgenres non hétérosexuelles sont encore plus catégoriques en la matière (**64,3%**). Les hommes cisgenres non hétérosexuels et les minorités de genre sont moins marquées et affichent une répartition moins homogène.

Utiliser un préservatif dont l'emballage est abîmé :

Tous les groupes reconnaissent généralement qu'il s'agit d'une mauvaise pratique (entre **59,5** et **66%**) Les hommes cisgenres non hétérosexuels (**60,2%**) et femmes cisgenres non hétérosexuelles (**62,3%**) affichent de bons niveaux de connaissance, avec toutefois un peu plus d'hésitation que les autres (jusqu'à **8** à **15%** de « je ne sais pas » selon les groupes).

Utiliser un préservatif périmé depuis six mois :

Tous les groupes indiquent en majorité qu'il s'agit d'une « très mauvaise pratique », de façon relativement homogène, bien que les hommes cisgenres hétérosexuels soient ceux qui soient les moins nombreux à l'affirmer (**77,1%**).

Utiliser un préservatif périmé depuis un mois :

Les femmes cisgenres hétérosexuelles sont les plus sévères (**55,3%** de « très mauvaise pratique »), suivies de près par les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**50,1%**). Les hommes cisgenres hétérosexuels sont plus partagés (**41,2%** de « très mauvaise pratique », et **41%** de « plutôt mauvaise »), tout comme les hommes cisgenres non hétérosexuels, dont **48%** optent pour « plutôt mauvaise » et **39,8%** pour « très mauvaise », et les minorités de genre (42% de « plutôt mauvaise », 42% de « très mauvaise »).

Remettre le préservatif après qu'il s'est enlevé :

Tous les groupes considèrent cela comme une mauvaise pratique (entre **64%** et **75,1%**), mais les femmes cisgenres hétérosexuelles et les minorités de genre sont moins sévères (**64,7%** et **64%**). On note une plus grande incertitude chez les minorités de genre (**18%**).

Utiliser un préservatif un peu trop petit :

Même tendance que pour le préservatif trop grand : les femmes cisgenres hétérosexuelles sont de plus grandes proportions à indiquer qu'il s'agit d'une « très mauvaise pratique » (**56,5%**) que les hommes cisgenres hétérosexuels (**42,1%**). Les femmes cisgenres non hétérosexuelles affichent des proportions similaires (**57,1%**) et les minorités de genre se situent dans le même ordre de grandeur (**52%**). Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont partagés entre « plutôt mauvaise » (**46,3%**) et « très mauvaise pratique » (**43,9%**).

En somme :

Les femmes cisgenres hétérosexuelles et les minorités de genre jugent plus strictement la majorité des mauvaises pratiques liées au préservatif que les hommes cisgenres hétérosexuels.

Les hommes cisgenres non hétérosexuels apparaissent plus hétérogènes dans leurs réponses : ils sont très informés sur certaines pratiques (lubrifiant, préservatif abîmé), mais plus tolérants sur d'autres (préservatif trop grand ou trop petit).

Les **femmes cisgenres non hétérosexuelles ont des jugements plutôt adéquats**. Il faut rappeler que ce groupe est composé d'une large part de femmes bi- et pansexuelles, qui ont donc a priori pour une bonne partie déjà eu des rapports hétérosexuels (ce qui sera confirmé dans le chapitre suivant). Ainsi, leur meilleure littéracie en la matière est au croisement d'une éventuelle familiarité avec l'usage du préservatif, et d'une socialisation sexuelle plus informée en matière de santé sexuelle.

La protection contre les infections sexuellement transmissibles

Nous avons également interrogé les répondant-es sur leurs connaissances en matière de bonnes pratiques de dépistage, à travers la question suivante :

« À votre avis, quand est-il important de faire des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles ? »

Une série de mises en situation leur a ensuite été proposée, et il leur a été demandé d'indiquer si, dans ces cas précis, réaliser un test constituait :

- une très bonne pratique,
- une plutôt bonne pratique,
- une plutôt mauvaise pratique,
- ou une très mauvaise pratique.

Dans un premier temps, le tableau 18 reprendra les recommandations générales établies par des organismes de référence pour lesdites mises en situation tels que Prévention Sida, dépistage.be et QuestionSexualité.fr. Celles-ci soulignent qu'un dépistage est nécessaire après tout rapport à risque (sexe oral, vaginal ou anal sans préservatif avec une personne dont le statut sérologique est inconnu). Par ailleurs, même en l'absence apparente de risque, il est conseillé de se faire tester régulièrement, car le risque zéro n'existe pas. Enfin, il est systématiquement recommandé d'effectuer un dépistage avant d'arrêter d'utiliser les protections barrières avec un-e nouveau-elle partenaire.

Tableau 17 : recommandations pour se protéger des IST.

Après une relation sexuelle avec pénétration sans protection barrière avec quelqu'un dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	La relation sexuelle présente un risque : le dépistage est donc recommandé.
Après avoir fait du sexe oral sans protection barrière avec une personne dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	La relation sexuelle présente un risque : le dépistage est donc recommandé.
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif seulement (mais pas pour le sexe oral)	La relation sexuelle présente un risque : le dépistage est donc recommandé.
A chaque nouveau-elle partenaire	La question est ambiguë : un test est préconisé avant d'avoir des relations sexuelles pénétratives (orales, vaginales ou anales) sans préservatif.
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif et oral	Le dépistage n'est pas obligatoire, mais un dépistage régulier reste conseillé selon le nombre de partenaires et les pratiques.
Après un « coup d'un soir » avec qui on a utilisé une protection barrière pour le sexe pénétratif et oral	Le test n'est pas nécessaire si le préservatif a été utilisé correctement. En cas de doute, il faut faire un test.

Voyons à présent quelles furent les réponses des répondant-es :

Tableau 18 : évaluation des bonnes pratiques pour se protéger des IST (%).

	Très bonne pratique	Plutôt bonne pratique	Plutôt mauvaise pratique	Très mauvaise pratique	Je ne sais pas	N
Après une relation sexuelle avec pénétration sans protection barrière avec quelqu'un dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	88,1	7,7	0,4	0,1	3,7	1942
Après avoir fait du sexe oral sans protection barrière avec une personne dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	60,4	27,4	6	0,6	5,6	1942
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif seulement (mais pas pour le sexe oral)	42,9	38	11,5	1,1	6,4	1941
A chaque nouveau-elle partenaire	42,7	40,2	10,1	1,2	5,7	1942
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif et oral	15,1	31,6	38,7	8,1	6,5	1942
Après un « coup d'un soir » avec qui on a utilisé une protection barrière pour le sexe pénétratif et oral	14,7	27,2	43,4	9,9	4,8	1942

Les répondant-es semblent assez bien distinguer les situations présentant un risque élevé des situations perçues comme plus sécuritaires, mais avec certaines nuances qui suggèrent des écarts par rapport aux recommandations de santé publique.

Rapports non protégés avec pénétration avec une personne dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST :

Une majorité (**88,1%**) juge que se faire dépister dans ce cas est une très bonne pratique, ce qui montre une bonne appropriation des messages de prévention. Seule une minorité (**0,5%**) les classe dans les « mauvaises » à « très mauvaises » pratiques.

Rapports oraux non protégés :

Le dépistage est aussi majoritairement considéré comme une bonne pratique dans ce cas (**60,4%** « très bonne pratique », **27,4%** de « plutôt bonne pratique »). Néanmoins, près de **6,6%** jugent que c'est une « mauvaise » à « très mauvaise » pratique, et **5,6%** déclarent « ne pas savoir », ce qui traduit probablement une sous-estimation du risque de transmission des IST par voie orale.

Avoir eu plusieurs partenaires avec pénétration protégée, mais sexe oral non protégé :

Si **42,9%** considèrent le dépistage comme une « très bonne pratique » et **38%** comme « plutôt bonne », **12,6%** estiment que c'est une « mauvaise » à « très mauvaise » pratique. Cela illustre une perception moindre des risques associés au sexe oral non protégé, cohérente avec le point précédent. En outre, **6,4%** déclarent « ne pas savoir ».

Dépistage à chaque nouveau-elle partenaire :

Un peu moins de la moitié (**42,7%**) juge cela comme une « très bonne pratique », et **40,2%** comme « plutôt bonne ». Ce résultat est positif, mais indique que l'idée de systématiser le dépistage à chaque changement de partenaire n'est pas encore un réflexe pour tous (**11,3%** jugent que c'est une « mauvaise » à « très mauvaise » pratique). Ici aussi, une proportion non négligeable déclare « ne pas savoir » (**5,7%**).

Avoir eu plusieurs partenaires avec protections systématiques (oral et pénétration) :

Ici, le dépistage est beaucoup moins souvent perçu comme nécessaire. Seuls **15,1%** le jugent comme une « très bonne pratique », tandis que près de la moitié (**46,8%**) considèrent que c'est une « mauvaise » à « très mauvaise » pratique. Cela montre que les répondant-es ont bien intégré l'efficacité des protections barrières, **mais peut aussi traduire une vision peu nuancée des risques (avec préservatif = risque nul)**.

« Coup d'un soir » protégé (sexe oral et pénétratif) :

La perception est similaire au cas précédent. Seul un quart considère le dépistage comme une bonne pratique (**14,7%** « très bonne », **27,2%** « plutôt bonne »), tandis que **53,3%** estiment qu'il ne s'agit pas d'une bonne pratique. Là encore, cela reflète une surestimation du « risque zéro » lorsqu'il y a eu usage du préservatif.

En somme :

Les étudiant-es reconnaissent très bien l'importance du dépistage après un rapport non protégé, surtout pour les relations sexuelles pénétratives. En revanche, **le risque lié au sexe oral est sous-estimé**, et **la pratique du dépistage systématique à chaque nouveau partenaire reste minoritaire**, alors qu'elle est recommandée. Enfin, l'usage du préservatif est perçu comme garant d'une sécurité totale, ce qui peut limiter le réflexe du dépistage régulier, pourtant conseillé même en l'absence de risque évident, surtout après multiplication des partenaires, étant donné que le « risque zéro » n'existe pas.

Tableau 19 : évaluation des bonnes pratiques pour se protéger des IST selon le genre et la sexualité (%).

		Très bonne pratique	Plutôt bonne pratique	Plutôt mauvaise pratique	Très mauvaise pratique	Je ne sais pas	N	P valeur
Après une relation sexuelle avec pénétration sans protection barrière avec quelqu'un dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	Hommes cisgenres hétérosexuels	81,6	10,7	0,8	0,4	6,4	1863	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	90	6,4	0,5	0	3,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	84,6	13	0	0	2,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	93	5,3	0	0	1,7		
	Minorités de genre	94	6	0	0	0		
Après avoir fait du sexe oral sans protection barrière avec une personne dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST	Hommes cisgenres hétérosexuels	50,2	31,6	9,5	1	7,6	1863	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	65,8	23,5	4,4	0,2	6,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	44,7	42,3	8,1	1,6	3,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	65,5	26,2	5,3	0,8	2,2		
	Minorités de genre	72	24	4	0	0		
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif seulement (mais pas pour le sexe oral)	Hommes cisgenres hétérosexuels	15,3	28,9	38	8,5	9,3	1863	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	15,8	31,9	39,6	6,5	6,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	13	30,9	36,6	16,3	3,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	12,3	35,7	39	9,5	3,6		
	Minorités de genre	18	30	48	4	0		
A chaque nouveau-elle partenaire	Hommes cisgenres hétérosexuels	31,2	42,4	14,9	2,9	8,7	1863	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	49,5	37,9	7,4	0,2	5		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	30,9	45,5	13,8	3,3	6,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	46,5	40,7	9,2	1,1	2,5		
	Minorités de genre	40	46	14	0	0		
Après avoir eu deux partenaires consécutif-ves avec qui on a eu des relations sexuelles protégées pour le sexe pénétratif et oral	Hommes cisgenres hétérosexuels	32,6	40,1	15,5	2,5	9,3	1862	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	48,9	35,4	9,1	0,5	6,1		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	34,1	43,1	18,7	1,6	2,4		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	43,9	39,7	11,7	1,1	3,6		
	Minorités de genre	58	38	4	0	0		
Après un « coup d'un soir » avec qui on a utilisé une protection barrière pour le sexe pénétratif et oral	Hommes cisgenres hétérosexuels	13,6	23,1	45,5	10,5	7,2	1863	<0,017
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	16,4	28,2	42,3	8,9	4,3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	10,6	26,8	43,1	16,3	3,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	14,2	30,1	42,6	10,6	2,5		
	Minorités de genre	14	22	56	6	2		

Après une relation sexuelle avec pénétration sans protection barrière avec quelqu'un dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST :

Les femmes cisgenres hétérosexuelles (90%), les femmes cisgenres non hétérosexuelles (93%), et les minorités de genre (94%) jugent plus souvent que se faire dépister est une « très bonne pratique » dans cette situation que les hommes cisgenres non hétérosexuels (84,6%) et hétérosexuels (81,6%).

Après avoir fait du sexe oral sans protection barrière avec une personne dont on ne connaît pas le statut vis-à-vis des IST :

Les minorités de genre (72%) et les hommes cisgenres (65-66%) jugent dans les proportions les plus importantes que se faire dépister dans cette situation soit une « très bonne pratique ». Les hommes cisgenres hétérosexuels (50,2%) et non hétérosexuels (44,7%) le jugent moins systématiquement, privilégiant souvent la catégorie « plutôt bonne pratique » (autour de 30-40%). On observe donc une sous-évaluation du risque lié au sexe oral chez les hommes cisgenres, comparativement aux autres groupes.

Après deux partenaires consécutifs avec rapports protégés pour le sexe pénétratif mais pas pour le sexe oral :

Les minorités de genre (18%) sont légèrement plus nombreuses à considérer qu'un dépistage dans ce cas est une très bonne pratique, mais la majorité des répondant-es, tous groupes confondus, se situent plutôt dans les réponses « plutôt mauvaise pratique » (36 à 48%). Les femmes cisgenres hétérosexuelles (15,8%) et les hommes cisgenres hétérosexuels (15,3%) sont proches, tandis que les hommes cisgenres non hétérosexuels (13%) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (12,3%) apparaissent légèrement moins stricts. Ces résultats indiquent une incertitude ou une connaissance partielle des risques liés aux pratiques orales, même lorsque le sexe pénétratif est protégé.

À chaque nouveau-elle partenaire :

Les femmes cisgenres hétérosexuelles (49,5%) et non hétérosexuelles (46,5%) sont les plus nombreuses à juger qu'il s'agit d'une très bonne pratique, suivies par les minorités de genre (40%). Les hommes cisgenres non hétérosexuels (30,9%) et hétérosexuels (31,2%) apparaissent nettement moins nombreux à avoir ce réflexe. L'écart entre hommes et femmes cisgenres reste marqué, soulignant une sensibilité accrue au dépistage chez les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle.

Après deux partenaires consécutif-ves avec rapports protégés pour le sexe pénétratif et oral :

Les minorités de genre (58%) et les femmes cisgenres hétérosexuelles (48,9%) se distinguent ici : elles sont les plus nombreuses à estimer qu'il s'agit d'une très bonne pratique. Les hommes cisgenres non hétérosexuels (34,1%) et hétérosexuels (32,6%) apparaissent moins stricts, tandis que les femmes cisgenres non hétérosexuelles (43,9%) se situent entre ces deux tendances. Ces résultats illustrent une plus grande vigilance au dépistage chez les groupes les plus exposés aux discours de prévention (femmes et minorités de genre).

Après un « coup d'un soir » avec préservatif (oral + pénétratif) :

La majorité des répondant-es considèrent qu'un dépistage n'est pas strictement nécessaire dans le cas de rapports protégés : les taux de « très bonne pratique » sont faibles (autour de 10 à 16% selon les groupes). Les minorités de genre (14%) et les femmes cisgenres hétérosexuelles (16,4%) sont légèrement plus enclines à recommander un dépistage, tandis que les hommes cisgenres non hétérosexuels (10,6%) un peu moins. Les réponses traduisent une bonne compréhension globale des risques, mais aussi une tolérance accrue lorsqu'une protection a été utilisée.

Interprétation :

Dans la majorité des situations, les hommes cisgenres hétérosexuels apparaissent systématiquement comme le groupe le moins strict, moins nombreux à juger le dépistage comme une « très bonne pratique ». Les femmes cisgenres hétérosexuelles sont un peu plus rigoureuses, et cela est encore plus marqué chez les minorités de genre et les femmes cisgenres non hétérosexuelles, qui sont généralement les plus enclin-es à juger le dépistage nécessaire. Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont plus ambivalents, selon les pratiques.

Globalement, ces résultats suggèrent une plus grande sensibilité au dépistage des IST parmi les femmes et les minorités sexuelles/genres, et une plus grande tolérance aux risques chez les hommes cisgenres, particulièrement hétérosexuels.

3.3. Entrée (consentie) dans la sexualité

Nous identifions les individus ayant déjà eu des relations sexuelles consenties ou non grâce à la question suivante :

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels consentis, avec ou sans pénétration ?

- *Oui*
- *Non*
- *Je ne préfère pas répondre*

Cette formulation vise à inclure l'ensemble des pratiques sexuelles consenties (incluant mais ne se limitant pas à la pénétration).

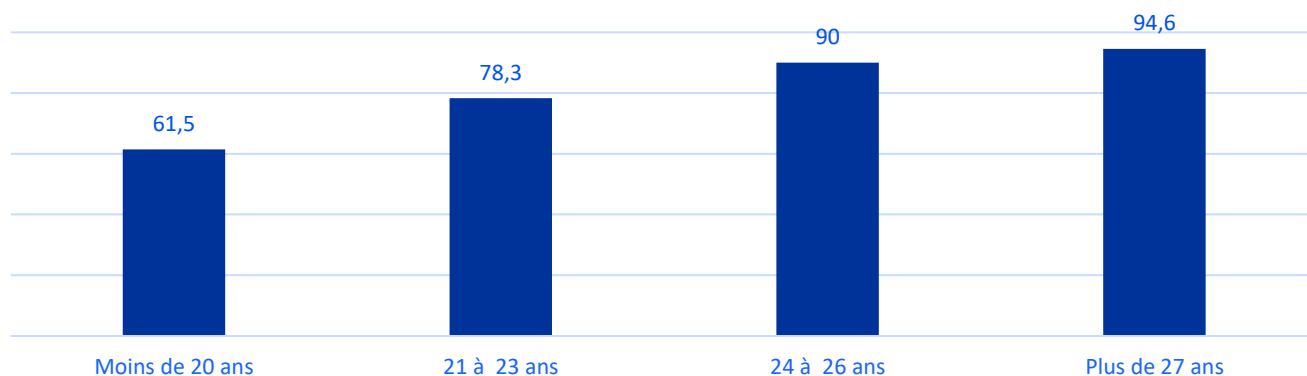
Cette variable permet de **distinguer les personnes ayant déjà expérimenté la sexualité consentie des personnes n'ayant pas ou pas encore eu de rapports sexuels**, et d'adapter les analyses en conséquence. Elle sert notamment à filtrer certaines questions ou à interpréter les résultats relatifs aux connaissances ou aux pratiques.

Cette approche est cohérente avec les recommandations de grandes enquêtes nationales sur la sexualité (en France en l'occurrence : Bajos & Bozon, 2008), qui soulignent l'importance de ne pas présumer de l'initiation sexuelle des répondant-es, notamment chez les jeunes adultes.

Il est important de souligner que les rapports sexuels non consentis ne sont pas ignorés dans cette enquête. Ils ont fait l'objet de questions spécifiques et un chapitre y est consacré dans ce rapport (cf. partie 3.6.). Il est en effet essentiel d'opérer cette distinction, et d'aborder ensuite la question des violences avec le respect et la rigueur qu'elle exige.

Ainsi, dans cette enquête, **78% des répondant-es déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels consentis**. On observe sans surprise que cette variable varie fortement selon l'âge (cf. Figure 1).

Figure 1 : proportion de répondant-es à avoir déjà eu des rapports sexuels consentis (%)



En effet, la proportion à avoir déjà eu des rapports sexuels consentis, avec ou sans pénétration, est plus élevée à mesure de l'avancée en âge, pour atteindre 94,6% chez les plus de 27 ans.

3.4. Initiation sexuelle

L'entrée (consentie) dans la sexualité est un moment clé du parcours affectif et sexuel. Il est intéressant d'investiguer cette dimension chez les étudiant-es, dont l'entrée dans la sexualité est le plus souvent proche temporellement, pour celles et ceux qui ont déjà passé ce cap. Cela permet de recueillir des informations récentes sur ce sujet, mais aussi d'explorer dans quelle mesure ces premières expériences influencent les pratiques dans le présent. En effet, certains travaux montrent que les conditions de l'initiation sexuelle étaient « prédictives d'attitudes durables à l'égard de la sexualité » (Bajos & Bozon, 2008), que ce soit en termes de comportements de protection ou encore de perception du consentement (Bozon & Kontula, 1998 ; Wellings et al., 2001).

Ainsi, l'analyse de ce sujet permet à la fois de mieux comprendre les trajectoires affectives et sexuelles, et de mettre en lumière les enjeux de prévention et d'éducation à la sexualité liés à ce moment charnière de l'entrée dans la sexualité.

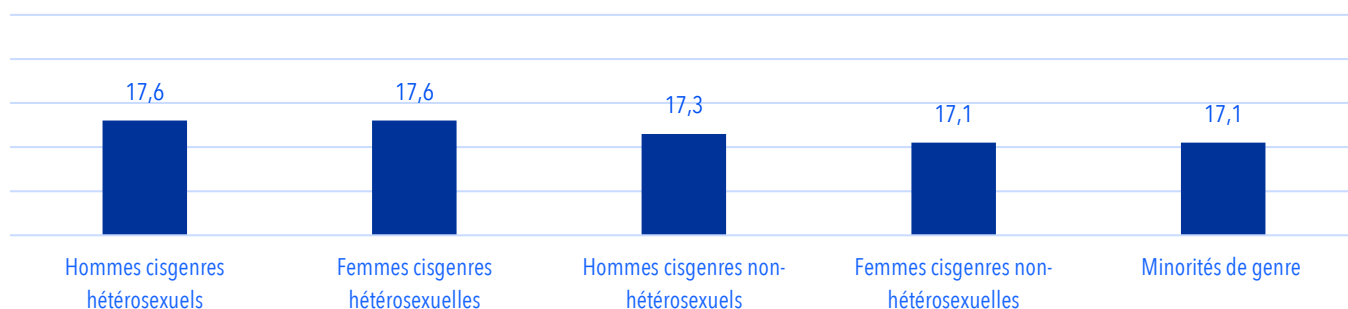
Dans toutes les questions relatives à cette partie, les répondant-es ont eu pour indication de faire référence à leur premier rapport sexuel consenti, avec ou sans pénétration.

3.4.1. Âge du premier rapport

79,9% des répondant-es déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels consentis, avec ou sans pénétration, au moment de l'enquête (n=1818). L'âge moyen de leur premier rapport était de **17,5 ans**.

Ce chiffre varie légèrement selon le genre et la sexualité. Les personnes cisgenres hétérosexuel-les semblent avoir leur rapport légèrement plus tard en moyenne (**17,6 ans**) que les autres (entre **17,1** et **17,3 ans**) (cf. figure 2).

Figure 2 : âge du premier rapport sexuel consenti avec ou sans pénétration selon le genre et la sexualité (années)



N : 1401.
P valeur : 0.005.

3.4.2. Consentement lors du premier rapport

Bien que le groupe de questions dont est issu ce chapitre annonce traiter uniquement de premières expériences consenties, il est important de souligner que la définition du consentement peut être comprise et vécue différemment selon les personnes (et les époques, bien qu'on n'aborde pas ce sujet ici). La grande enquête sur la sexualité en France met en avant le fait que les agressions sont largement sous-déclarées, voire mal identifiées par les victimes, ne se considérant pas toujours comme « victimes » quand cela pourrait être le cas (Bajos & Bozon, 2008).

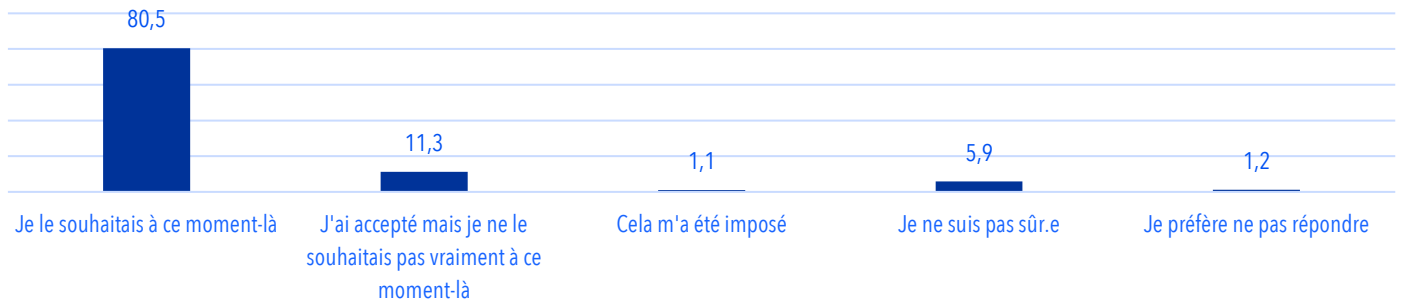
Nous avons ainsi posé la question suivante aux répondant-es, avec pour objectif de vérifier comment les répondant-es décrivent leur premier rapport sexuel, qu'ils et elles avaient auparavant qualifié de consenti :

Ce premier rapport sexuel était quelque chose...

- *que vous souhaitiez à ce moment-là*
- *que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment, ou pas à ce moment-là*
- *qui vous a été imposé*
- *je ne suis pas sur-e*
- *je préfère ne pas répondre*

On distingue ici les situations où le rapport était réellement souhaité, celles où il a été accepté sans désir véritable, celles où il a été imposé, ou encore lorsqu'il y a de l'incertitude. Cette démarche permet de rendre compte de la complexité des perceptions et vécus du consentement. **Précisons que dans ce rapport, un rapport décrit comme « imposé » est considéré comme un viol.**

Figure 3 : variations autour du consentement lors du premier rapport sexuel déclaré initialement comme consenti (%)



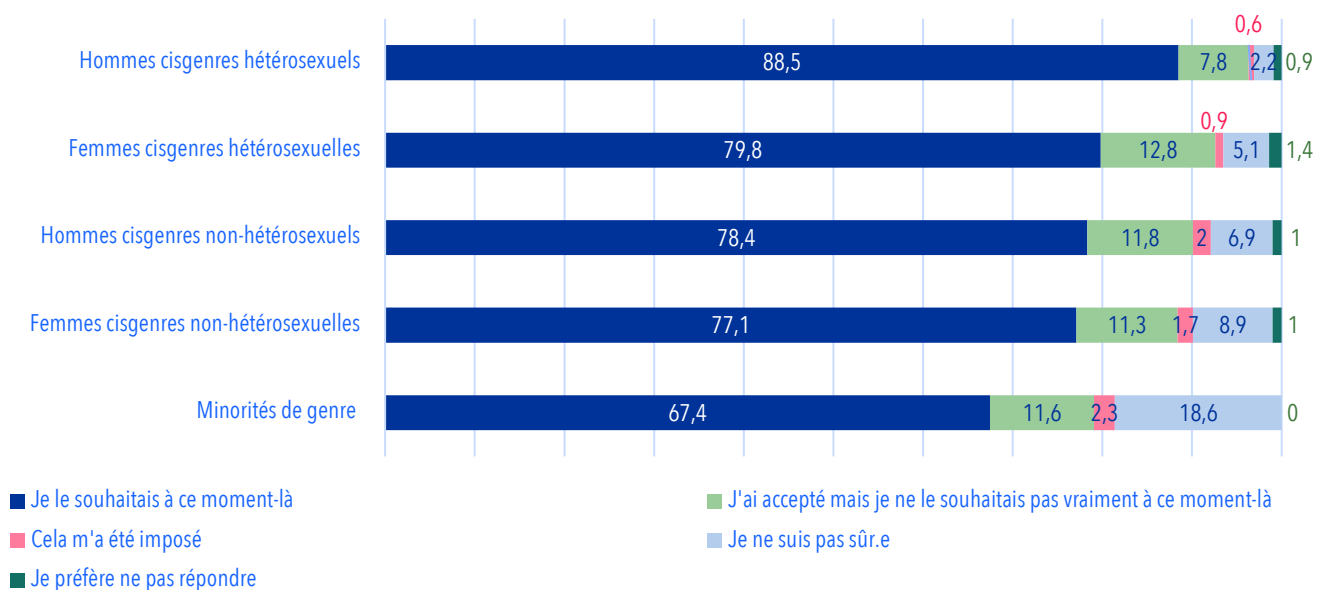
N : 1402.

La figure 3 montre qu'une majorité des répondant-es (**80,5%**) déclarait avoir souhaité leur premier rapport sexuel. Cependant cela signifie en creux que parmi celles et ceux ayant initialement décrit ce rapport comme consenti, près de **20%** ont finalement une interprétation variable de la question, ce qui soulève la problématique importante de l'éducation au consentement - à commencer par sa définition. En effet, identifier et nommer sont des préalables indispensables pour pouvoir ensuite adresser et dénoncer d'éventuelles violences.

On constate que plus d'un-e répondant-e sur dix (**11,3%**) rapporte avoir accepté un rapport sans le souhaiter réellement. Dans ce cas de figure, la contrainte explicite n'est pas présente mais le désir n'est pas pleinement exprimé non plus. Un peu plus d'**1%** indiquent avoir subi un rapport imposé (un viol), ce qui, bien que minoritaire, reste préoccupant. Notons que le fait que ces répondant-es aient préalablement indiqué que ce rapport était consenti pourrait éventuellement relever d'erreurs de remplissage. Enfin, **5,9%** ne sont pas certain-es de la manière dont qualifier leur expérience, ce qui rejoint le constat de la difficulté à identifier et nommer des situations de contrainte ou de violences sexuelles (Bajos & Bozon, 2008). **Ces constats soulignent ainsi qu'une part non négligeable des premières expériences sexuelles initialement décrites comme consenties se situe en réalité dans une ambivalence préoccupante ou avec une absence de consentement clair.**

Voyons à présent comment ces éléments varient selon le genre et la sexualité :

Figure 4 : variations autour du consentement lors du premier rapport sexuel déclaré initialement comme consenti selon le genre et la sexualité (%)



N : 1402.
P valeur : 0,002.

Hommes cisgenres hétérosexuels :

Une majorité (**88,5%**) déclare avoir souhaité leur premier rapport, avec les proportions les plus faibles (mais néanmoins importantes) d'expériences négatives ou ambivalentes (**7,8%** de « accepté sans le souhaiter », **0,6%** de « imposé »). Ils sont ceux qui ont la plus grande proportion de consentement affirmé.

Femmes cisgenres hétérosexuelles :

79,8% des femmes cisgenres hétérosexuelles indiquent avoir désiré leur premier rapport (près de 10% de moins que chez leurs homologues masculins). Elles sont aussi de plus grandes proportions que les hommes cisgenres hétérosexuels et **plus d'une sur 10** à déclarer avoir accepté sans réel désir (**12,8%**) ou à « ne pas savoir » si elles le désiraient ou non (**5,1%**). Cette plus grande propension à être exposée à des rapports concédés ou vécus dans l'ambivalence est cohérente avec les travaux documentant les inégalités de genre dans la négociation du consentement.

Personnes cisgenres non hétérosexuelles :

Chez les hommes cisgenres non hétérosexuels, **78,4%** déclarent qu'ils souhaitaient leur premier rapport, tandis que **11,8%** déclarent avoir concédé sans désir et **2%** avoir subi un viol. Les femmes cisgenres non hétérosexuelles présentent un profil similaire : **77,1%** souhaitaient leur premier rapport, mais **11,3%** ont accepté sans le vouloir et **1,7%** ont subi un rapport imposé. Ces deux groupes rapportent aussi des niveaux plus élevés d'incertitude (**6,9%** et **8,9%**).

Minorités de genre :

Parmi les minorités de genre, **67,4%** déclarent avoir souhaité leur premier rapport : c'est près de 20% de moins que chez les hommes cisgenres hétérosexuels. Une proportion importante de près **d'un-e répondant-e sur cinq (18,6%)** n'est pas sûr-e de savoir si ce rapport était consenti ou non. Ils et elles déclarent également le plus de viols lors de cette première fois (pourtant initialement décrite comme consentie) (**2,3%**). Ces chiffres mettent en avant une vulnérabilité particulièrement importante des minorités de genre concernant leur entrée dans la sexualité.

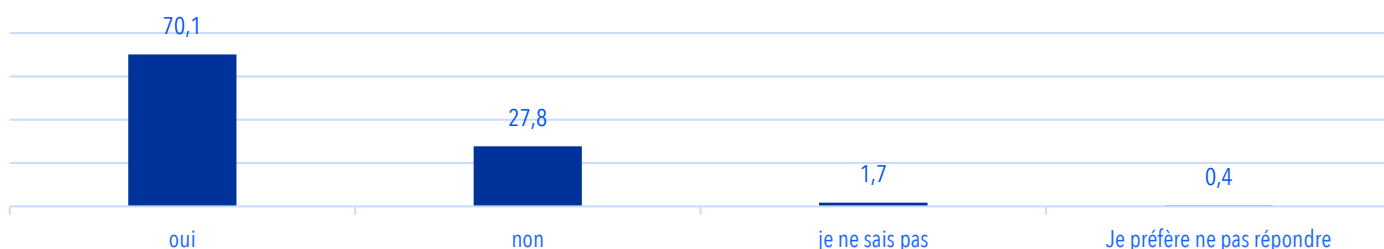
En somme :

Ces résultats indiquent que parmi les répondant-es ayant initialement qualifié le premier rapport sexuel dont il est question ici comme consenti, **les femmes cisgenres hétérosexuelles, les personnes non hétérosexuelles et en particulier les minorités de genre apparaissent plus exposées à de premières expériences vécues dans l'ambivalence, le doute ou l'absence de consentement explicite**. Cela confirme ce qui est déjà mis en avant par de nombreuses études, à savoir que les femmes cisgenres sont plus susceptibles que les hommes de subir des violences sexuelles (Janssen & Vesentini, 2024), et que les minorités sexuelles et les minorités de genre (personnes trans), sont les plus exposées aux violences sexuelles (Chaire VSSMES, 2022 ; Messinger & al., 2019).

3.4.3. Pratiques lors du premier rapport sexuel consenti en matière de protection contre les IST et de contraception

Recours à un moyen de protection lors du premier rapport sexuel consenti

Figure 5 : recours à un moyen de protection / contraception lors du premier rapport sexuel déclaré comme consenti (%)



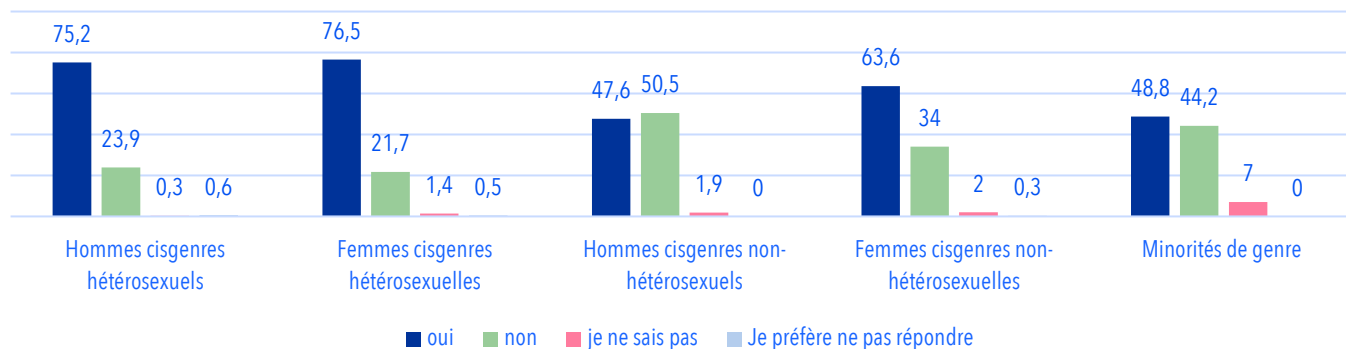
N : 1450.

La figure 5 montre que près d'un tiers des répondant-es (**27,8%**) déclare ne pas avoir utilisé de moyen de protection / contraception lors du premier rapport sexuel déclaré comme consenti.

On note également que **1,7%** déclare « ne pas savoir ».

Voyons à présent si ces éléments présentent des variations selon le genre et la sexualité :

Figure 6 : recours à un moyen de protection / contraception lors du premier rapport sexuel déclaré comme consenti (%)



N : 1450.
P valeur : 0,002.

Hommes et femmes cisgenres hétérosexuel-les :

Chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**75,2%**) comme chez les femmes cisgenres hétérosexuelles (**76,5%**), les 3/4 déclarent avoir utilisé une contraception ou protection lors du premier rapport sexuel. Les proportions à n'en avoir pas utilisé restent néanmoins alertantes, représentant plus de 2 répondant-es sur 10 (**23,9%** et **21,7%**).

Hommes cisgenres non hétérosexuels :

Seuls **47,6%** des hommes cisgenres non hétérosexuels déclarent avoir utilisé une protection. On pourrait supposer que dans leur cas, il ne s'agissait pas de contraception, et que cela contribue à expliquer cette proportion plus faible que chez les hétérosexuel-les, qui ont la double inquiétude des IST et des grossesses non désirées. Si cela constitue certainement un élément d'explication, il faut rappeler qu'on ne peut pas présumer de l'identité de genre ou du sexe de la personne avec qui la première relation sexuelle a eu lieu, quelle que soit l'orientation sexuelle déclarée dans le présent.

Femmes cisgenres non hétérosexuelles :

Parmi les femmes cisgenres non hétérosexuelles l'échantillon, **83,1%** sont bi- et pansexuelles, et **16,9%** seulement se déclarent homosexuelles. Ainsi, on ne peut présumer du genre ou du sexe de la personne avec qui a eu lieu la première relation sexuelle, quelle que soit l'orientation sexuelle que les répondant-es déclarent dans le présent, d'autant plus qu'il est documenté que la majorité des femmes lesbiennes ont déjà eu des relations sexuelles avec des hommes cisgenres (Diamant & al., 1999), et ont souvent fait leur initiation sexuelle avec des hommes cisgenres. Si une partie a fait son initiation sexuelle avec des personnes ayant un appareil reproductif masculin, cela pourrait contribuer à expliquer ce taux *relativement* élevé d'usage d'une protection / contraception.

Ainsi, ici, **63,6%** déclarent avoir utilisé une protection, mais **34%** ne l'ont pas fait. Ces résultats sont plus élevés que ce que les données disponibles sur la question décrivent des femmes homosexuelles. Une étude espagnole sur les « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » montrait en 2022 que pour les pratiques sexuelles vulvaires et vaginales, elles étaient un peu plus d'1/10 à utiliser « généralement » ou « toujours » une digue dentaire, et un peu plus nombreuses (moins de la moitié) à utiliser un préservatif « généralement » ou « toujours » pour les pratiques pénétratives (Gil-Llario & al., 2023).

Minorités de genre :

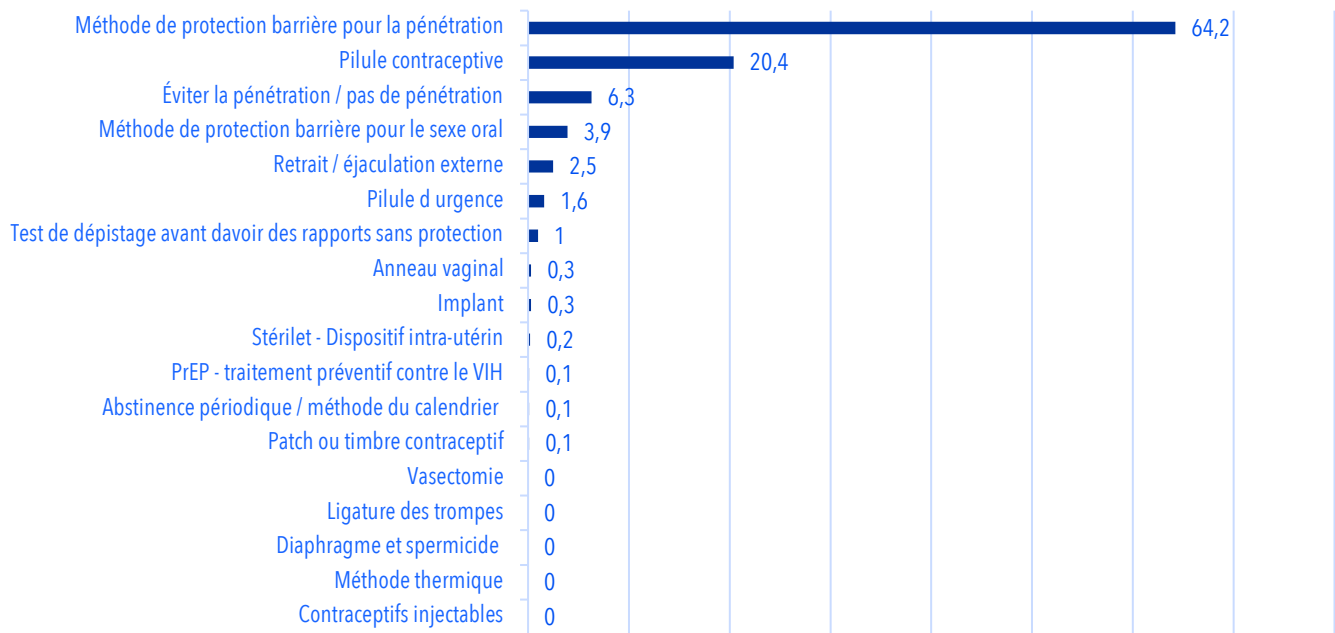
Chez les minorités de genre, moins de la moitié (**48,8%**) déclare avoir utilisé une protection lors du premier rapport sexuel, tandis que **44,2%** ne l'ont pas fait et **7%** répondent « je ne sais pas ». Ce taux plus élevé d'incertitude, couplé aux plus faibles taux d'usage de protection, pourrait être lié à une vulnérabilité spécifique des personnes trans, à cause de l'invisibilisation des pratiques non hétérosexuelles dans les messages de prévention, ou encore difficultés d'accès aux soins de santé sexuelle (Inserm, 2022).

En somme :

Les résultats montrent un usage de contraception/protection pour le premier rapport sexuel élevé chez les personnes cisgenres hétérosexuel·les, mais beaucoup plus faible chez les minorités sexuelles et de genre. Cette inégalité renvoie à une littéracie en santé sexuelle différenciée, où les contextes de socialisation, la perception des risques et l'accessibilité des outils de prévention influencent fortement les comportements dans la sexualité en général, et au moment du premier rapport.

Sources des moyens de protection lors du premier rapport sexuel consenti

Figure 7 : méthodes de protection / contraception utilisées par les répondant-es lors de leur première relation sexuelle consentie (%)



N : 1450.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Pour rappel, cette question concerne les méthodes de protection ou contraception éventuellement utilisées lors de la première relation sexuelle consentie, avec ou sans pénétration. Ainsi, il est tout à fait possible que certains des rapports sexuels auxquels fait référence cette question ne nécessitent pas de protection ou de contraception. Par ailleurs, il sera plus intéressant de décliner les résultats de cette question par genre et par sexualité, dans la mesure où le recours aux moyens de contraception notamment sont hautement corrélés à la sexualité. Aussi, la description de ce graphique restera succincte.

Parmi les **70,1%** de répondant-es ayant utilisé un moyen de protection / contraception lors de leur premier rapport sexuel (avec ou sans pénétration), **64,2%** ont utilisé une méthode de protection barrière. Il n'est pas surprenant que cela soit la méthode la plus utilisée, car elle combine une protection contraceptive (pour les rapports qui impliquent un risque de fécondation) et une protection contre les IST.

La pilule contraceptive est mentionnée par **2 répondant-es sur 10**, bien qu'il s'agisse du premier rapport sexuel. Comme le souligne un rapport de l'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes (De Kort & Van Eekert, 2024) à propos de l'entrée dans la sexualité, « certaines femmes ont commencé à prendre des mesures contraceptives – la plupart du temps la pilule – plus tôt, par exemple pour réduire des saignements importants, diminuer l'acné ou mieux régulariser les cycles (...), parce que cela semblait être la norme, ou parfois même "au cas où". ». Ainsi, cela explique qu'une partie des répondant-es ait mentionné une contraception hormonale avant le premier rapport.

Il est notable que **6,3%** n'aient pas fait de pénétration. Pour rappel, la pénétration peut concerner toutes les orientations sexuelles. Toutefois, cet élément reste difficile à interpréter, dans la mesure où il est difficile d'affirmer si la pénétration a été délibérément évitée pour ne pas prendre de risques, ou si les répondant-es estiment que se protéger n'était pas nécessaire en raison du fait qu'il n'y ait pas eu de pénétration (on en apprendra plus dans le tableau ci-après, qui déclinera ces résultats selon le genre et la sexualité).

Les autres méthodes sont utilisées de manière plus anecdotique, mais on note que **2,5%** ont déclaré avoir pratiqué le retrait, ou éjaculation externe, à priori à des fins contraceptives, et que **1,6%** ont utilisé la pilule d'urgence lors de ce premier rapport.

Enfin, on remarque que parmi les méthodes proposées dans le questionnaire, personne n'a mentionné les méthodes définitives (ce qui est attendu pour l'âge des premières expériences sexuelles), la combinaison diaphragme et spermicide, la méthode thermique, et les contraceptifs injectables, et que l'usage du patch, du stérilet, de l'implant, ou de l'anneau vaginal reste anecdotique comme outils de contraception à ce moment de la vie, de même que la PrEP comme moyen de protection contre le VIH.

Voyons à présent si ces éléments varient selon le genre et la sexualité. Ici, nous déclinons plus en détails les sexualités des répondant-es, car d'importantes variations au sein de ces groupes montrent que les pratiques en matière de protection lors du premier rapport sont influencées par l'orientation sexuelle.

Tableau 20 : méthodes de protection / contraception utilisées par les répondant-es lors de leur première relation sexuelle consentie selon le genre et la sexualité (%).

	Méthode de protection barrière pour la pénétration	Pilule contraceptive	Eviter la pénétration - pas de pénétration	Méthode de protection barrière pour le sexe oral	Retrait - éjaculation externe	Pilule d'urgence	Test de dépistage avant rapports sans protection	Anneau vaginal	Implant	Stérilet - Dispositif intra-utérin	PrEP - traitement préventif contre le VIH	Patch ou timbre contraceptif	Abstinence périodique - méthode du calendrier
Hommes cisgenres hétérosexuels	67,7	23	3,7	5,9	3,4	0,3	0,9	0,3	0,6	0,3	0	0	0,3
Femmes cisgenres hétérosexuelles	69,8	24,9	2,8	3,7	2,6	2,2	0,8	0,3	0,3	0,2	0	0,3	0,2
Hommes cisgenres homosexuels	45,2	1,6	3,2	1,6	0	0	0	0	0	0	1,6	0	0
Femmes cisgenres homosexuelles	22,2	4,4	44,4	0	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hommes cisgenres minorités sexuelles	46,3	7,3	4,9	2,4	0	2,4	0	0	0	0	0	0	0
Femmes cisgenres minorités sexuelles	65,9	18,1	9,2	3,6	1,6	1,6	2,4	0,8	0	0	0	0	0
Minorités de genre	41,9	11,6	20,9	7	4,7	2,3	0	0	0	2,3	2,3	0	0
P valeur	<0,001	<0,001	<0,001	0,305	0,485	0,302	0,296	0,906	0,862	0,121	<0,001	0,882	0,973

N : 1404.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La méthode la plus répandue lors de la première relation sexuelle est la protection barrière pour la pénétration, mais c'est bien plus souvent le cas chez les hétérosexuel-les, hommes cisgenres (**67,7%**) et femmes cisgenres (**69,8%**). Ces dernier-es, au profil très similaires, sont également près d'un quart à avoir mentionné la pilule contraceptive. Ils et elles mentionnent les autres méthodes de manière plus anecdotique.

Les hommes non hétérosexuels n'ont pas utilisé, ou de manière très anecdotique, les moyens de contraception lors de leur première expérience sexuelle, et **un peu moins d'un sur 2** ont utilisé une méthode de protection barrière pour la pénétration.

Les femmes homosexuelles ont la spécificité que l'absence de pénétration soit leur réponse la plus souvent choisie (**44%**), et elles la choisissent en outre bien plus souvent que les autres groupes. Aussi, elles mentionnent significativement moins souvent l'utilisation de protection barrière pour la pénétration que les autres (**22,2%**). On peut postuler que cela découle de la nature de leurs pratiques sexuelles. Néanmoins, il est utile de préciser que l'absence de pénétration n'est généralement pas suffisante à elle seule pour protéger de la transmission d'IST, surtout si les relations sexuelles impliquent des rapports bucco-génitaux.

Les hommes des minorités sexuelles ont pour la moitié utilisé une protection barrière pour la pénétration, et pour **1/5** la pilule contraceptive lors de ce premier rapport sexuel. **1/10** rapporte également avoir évité la pénétration, ce qui est significativement plus élevé que chez les autres hommes cisgenres.

Les femmes des minorités sexuelles ont un profil très similaire à celui des femmes hétérosexuelles en ce qui concerne la dominance de la protection barrière pour la pénétration (**65,9%**), suivie de la pilule contraceptive (**18,1%**), mais rapportent plus souvent avoir évité la pénétration (**9,2%**).

Enfin, les minorités de genre se distinguent aussi par un taux relativement élevé de relations sexuelles sans pénétration (**20,9%**), bien que moins que les femmes cis homosexuelles, et sont **4 sur 10** à avoir utilisé une protection barrière lors de ce premier rapport.

L'usage de la PrEP est quasi absent, sauf chez les hommes cisgenres homosexuels (**1%**) et les minorités de genre (**2,3%**).

En somme :

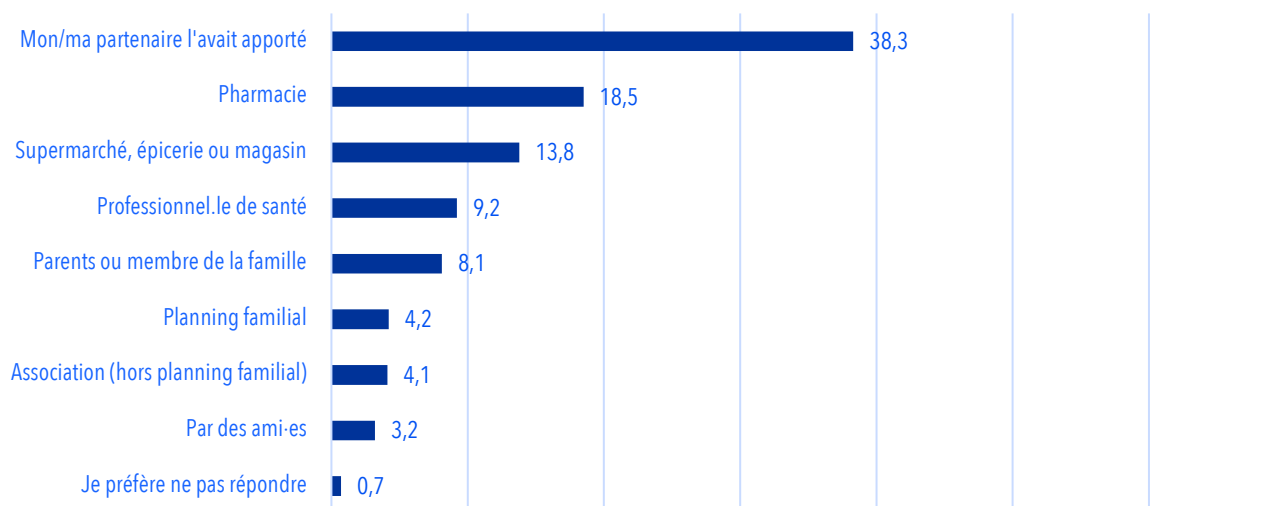
Les résultats confirment l'existence d'une **norme de protection / contraception centrée sur le préservatif et la pilule contraceptive dans les premiers rapports sexuels, particulièrement chez les personnes cisgenres hétérosexuelles**. Les méthodes contraceptives sont bien sur moins fréquemment rapportées chez les répondant-es qui ne sont pas hétérosexuelles, sauf chez les femmes cis des minorités de genre, tendant à avoir un profil très similaire à celui des femmes cis hétérosexuelles. De manière générale, dans la catégorie « minorités sexuelles », chez qui il y a une majorité de personnes bisexuelles et pansexuelles, on remarque que la tendance est plus proche de celle des personnes hétérosexuelles, certainement parce qu'une partie des personnes de ce groupe ont eu un premier rapport sexuel avec une personne du sexe opposé.

Les hommes homosexuels ont pour moitié seulement utilisé une protection barrière lors de ce premier rapport, alors que seulement 1/10 rapporte n'avoir pas fait de pénétration. Les femmes homosexuelles et minorités de genre rapportent plus souvent ne pas avoir fait de pénétration que la moyenne, et les premières utilisent bien moins souvent de protection barrière pour la pénétration, certainement en raison de la nature de leurs pratiques.

Moyens pour se procurer la méthode de protection / contraception principale lors du premier rapport sexuel consenti

Les répondant-es également été interrogé-es sur la manière dont ils et elles s'étaient procuré-es le moyen de protection ou de contraception utilisé lors de ce premier rapport sexuel consenti.

Figure 8 : moyen pour se procurer le moyen de protection / contraception principal lors du premier rapport sexuel consenti (%)



N = 1011.

38,3% indiquent que leur partenaire avait apporté le moyen de protection lors de ce premier rapport (en outre rappelons qu'on ne sait pas s'il s'agissait d'un premier rapport pour cette personne).

Parmi celles et ceux l'ayant amené elles-eux même, l'achat en pharmacie est le deuxième moyen le plus courant (**18,5%**), et l'achat en supermarché, épicerie ou magasin réunit 1 répondant-e sur 7 (**13,8%**).

Le recours à un-e professionnel-le de santé est mentionné par 1 répondant-es sur 10 (**9,2%**), et les familles viennent ensuite avec **8,1%**).

Les autres méthodes sont plus marginales, mais on note que les planning familiaux (**4,2%**) et les associations qui en procurent gratuitement (**4,1%**) réunissent **8,3%** des réponses.

En somme :

On note tout d'abord que pour 4 répondant-es sur 10, le moyen de protection a été apporté par le/la partenaire. Il est logique de voir un tel résultat, car on peut s'attendre à ce que cette tâche soit partagée, mais il sera intéressant d'observer la distribution selon le genre dans la partie suivante. Pour les autres, **l'obtention d'un moyen de contraception repose souvent sur l'achat en magasin ou pharmacie (32,3%), et des proportions équivalentes (1/10) les ont obtenus chez un-e professionnel-le de santé, par le biais d'un membre de la famille, ou gratuitement dans un planning familial ou une association.**

Voyons à présent de quelle manière ces résultats varient selon le genre et la sexualité :

Tableau 21 : moyens pour se procurer le moyen de protection / contraception principal lors du premier rapport sexuel consenti selon le genre et la sexualité (%).

	Mon/ma partenaire l'avait apporté	En pharmacie	Dans un supermarché, une épicerie ou un magasin	Chez un-e médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme	Par le biais de mes parents ou d' un membre de ma famille	Dans un planning familial	Par le biais d' une association qui en procurait gratuitement (autre qu' un	Par des ami-es	Je préfère ne pas répondre
Hommes cisgenres hétérosexuels	11,2	29,9	25,3	2,1	12,9	4,6	5,8	7,1	1,2
Femmes cisgenres hétérosexuelles	48,6	13,5	9,6	13,1	7,1	3,5	2,9	1,4	0,4
Hommes cisgenres non hétérosexuels	29,2	18,8	20,8	2,1	8,3	6,2	10,4	2,1	2,1
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	47,8	15,1	9,7	9,7	5,9	3,8	4,3	3,2	0,5
Minorités de genre	30	35	10	10	5	10	0	0	0

N = 985.

P valeur < 0,001>.

On observe des variations importantes quant aux lieux d'obtention des moyens de protection selon le sexe et la sexualité pour la première relation sexuelle.

Achat en pharmacie ou supermarché / magasin :

Les hommes cisgenres hétérosexuels ont un profil diversifié, mais une majorité achète leurs moyens de protection, que ce soit en pharmacie (**29,9%**) ou en magasin (**25,3%**). Chez les femmes cisgenres hétérosexuelles, ces modes d'accès sont beaucoup plus rares (**13,5%** et **9,6%** respectivement). Les hommes cisgenres non hétérosexuels (**18,8%** en pharmacie ; **20,8%** en magasin) se rapprochent davantage des hommes cisgenres hétérosexuels. Les minorités de genre rapportent un recours particulièrement élevé à la pharmacie (**35%**), dépassant tous les autres groupes.

Protection apportée par le ou la partenaire :

Le fait que le ou la partenaire ait apporté le moyen de protection est très majoritairement rapporté par les femmes cisgenres hétérosexuelles (**48,6%**) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**47,8%**), comparativement aux hommes cisgenres hétérosexuels (**11,2%**) ou homosexuels (**29,2%**), ce qui traduit une dynamique de genre marquée en la matière. Cette différence est d'autant plus marquante que pour 1 femme hétérosexuelle sur 4, la contraception était la pilule contraceptive.

Achat en pharmacie ou supermarché / magasin :

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont une majorité à avoir acheté le moyen de protection, que cela soit en pharmacie (**18,8%** à **29,9%**) ou en magasin (**20,8%** à **25,3%**). Chez les femmes cisgenres (entre **9,6%** et **15,1%**), ces modes d'accès sont beaucoup plus rares. Les minorités de genre rapportent un recours particulièrement élevé à la pharmacie (**35%**).

Recours aux professionnel·les de santé :

L'accès par un-e professionnel-le de santé est plus souvent rapporté par les femmes cisgenres hétérosexuelles (**13,1%**), les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**9,7%**) et les minorités de genre (**10%**), ce qui est bien moins présent chez les hommes cisgenres (**2,1%**).

Recours à la famille :

Le fait que la protection soit prodiguée par la famille est plus fréquent chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**12,9%**) que dans les autres groupes (**5 à 10%**).

Planning familial et associations :

Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont ceux qui se fournissent le plus souvent par le biais d'associations (**10,4%**), et se fournissent aussi plus souvent que la moyenne en planning familial (**6,2%**), ce qui indique une plus forte culture associative pour la santé sexuelle.

Les minorités de genre (**10%** à s'être fournies en planning familial, alors que c'est plus marginal dans tous les groupes (**3–6%**).

Les ami-es :

Le recours aux ami-es comme vecteur d'accès est surtout mentionné par les hommes cisgenres hétérosexuels (**7,1%**).

En somme :

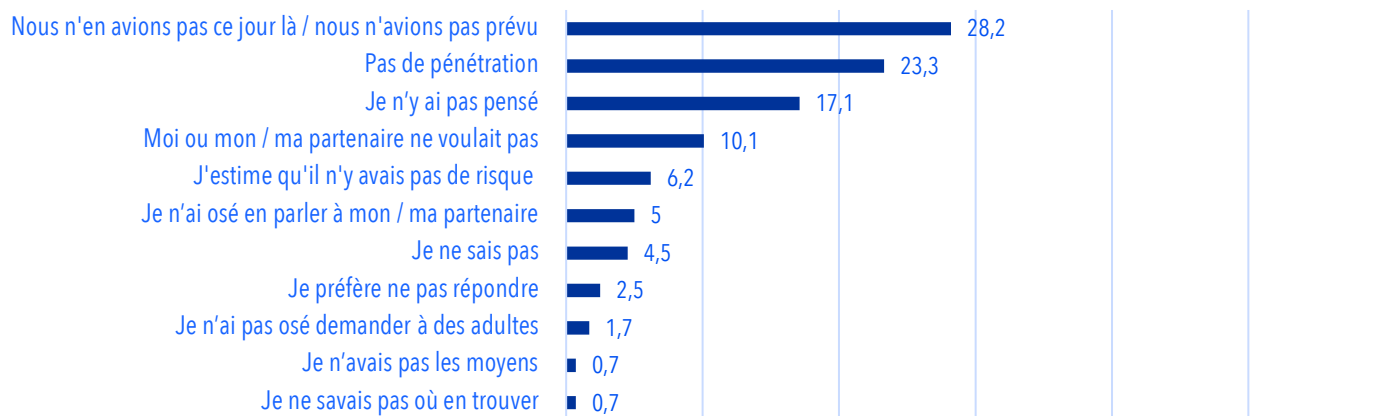
Les résultats révèlent une forte différenciation genrée. Parmi les femmes cisgenres ayant eu recours à une protection, quelle que soit leur orientation sexuelle, la moitié déclare que leur partenaire avait apporté le moyen de protection pour leur premier rapport sexuel consenti. Les hommes, en particulier cisgenres hétérosexuels, recourent, eux, davantage à un achat en pharmacie ou magasin. **Concernant les hétérosexuel·les, cela peut suggérer que les partenaires masculins étaient plus souvent initiateurs du rapport, et donc en possession du moyen de protection, ou bien qu'ils sont plus souvent responsables de la contraception, lorsqu'il s'agit du préservatif, dans les rapports hétérosexuels** (méthode la plus couramment utilisée la première fois chez ces dernier·es (chez près de 7 répondant·es sur 10, cf. tableau 20). **Chez les femmes cis homosexuelles, cela pourrait indiquer un partage plus égalitaire de cette responsabilité.**

On retient que les hommes cisgenres homosexuels ont plus souvent été fournis par des associations ou plannings familiaux.

Raisons de la non-utilisation d'un moyen de protection lors du premier rapport sexuel consenti

Afin de mieux comprendre les contextes entourant ce premier rapport sexuel consenti, les répondant·es qui n'ont pas utilisé de méthode de protection ou contraception, ont été interrogé·es sur les raisons de ce non-recours.

Figure 9 : raisons évoquées pour expliquer le non-recours à un moyen de protection / contraception lors du premier rapport sexuel consenti (%)



N = 404.

Note : les répondant·es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La première raison évoquée est de ne pas avoir eu (ou prévu) de quoi se protéger, qui est citée par **28,2%** des répondant·es. **17,1%** supplémentaires indiquent « ne pas y avoir pensé ».

La deuxième raison la plus fréquente est l'absence de pénétration (**23,3%**), ce qui indique que ces répondant·es ne considéraient pas nécessaire d'utiliser une protection dans ce contexte (ou qu'elle ait été volontairement évitée pour limiter les risques). Cela ne signifie pas que les actes sexuels qui ont eu lieu n'impliquaient pas de risques (comme les rapports oraux-génitaux, qui comportent des risques de transmission des IST).

Ces trois motifs représentent près de **70%** des situations d'absence de contraception ou de protection, ce qui signifie une prédominance des explications liées à l'impréparation, au manque d'anticipation, ou au type de rapports.

On remarque que l'idée qu'il n'y avait pas de risque est rapportée par **6,2%** des répondant·es, ce qui suggère une perception erronée ou minimisée du risque de grossesse ou de transmission d'IST.

1 répondant-e sur 10 déclare également que le fait de ne pas en utiliser était un choix, fait par soi ou par le-la partenaire.

La difficulté à oser en parler au/à la partenaire est évoquée par **5%**.

En somme :

L'absence de contraception lors du premier rapport est le plus souvent liée à des facteurs circonstanciels et pratiques (absence de pénétration, impréparation). **Les facteurs relationnels, les plus préoccupants (refus du/de la partenaire, difficulté à en parler) concernent environ 15% des répondant-es.** Les facteurs structurels (manque d'information, coût, accès) semblent marginaux.

Voyons à présent comment ces résultats se déclinent selon le genre et la sexualité :

Tableau 22 : moyens pour se procurer le moyen de protection / contraception principal lors du premier rapport sexuel consenti selon le genre et la sexualité (%).

	Nous n'en avons pas ce jour là / nous n'avions pas prévu	Pas de pénétration	Je n' y ai pas pensé	Moi ou mon / ma partenaire ne voulait pas	J'estime qu'il n'y avait pas de risque	Je n' ai osé en parler à mon / ma partenaire	Je ne sais pas	Je préfère ne pas répondre	Je n' ai pas osé demander à des adultes	Je n' avais pas les moyens	Je ne savais pas où en trouver
Hommes cisgenres hétérosexuels	39	16,9	14,3	7,8	9,1	3,9	3,9	3,9	1,3	0	0
Femmes cisgenres hétérosexuelles	30,4	13,8	19,6	15,2	5,8	5,8	4,3	2,9	1,4	0,7	0
Hommes cisgenres non hétérosexuels	31,4	7,8	23,5	13,7	7,8	2	3,9	0	2	2	5,9
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	18,4	43,7	12,6	4,9	5,8	4,9	4,9	2,9	1,9	0	0
Minorités de genre	16,7	44,4	11,1	0	0	16,7	5,6	0	5,6	0	0

N = 387

P valeur < 0,001>.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Ne pas avoir de protection ou ne pas en avoir prévu :

Cette raison est plus souvent évoquée par les hommes cisgenres hétérosexuels (**39%**), suivis plus loin par les hommes cisgenres non hétérosexuels (**31,4%**) et les femmes cisgenres hétérosexuelles (**30,4%**).

Elle est nettement moins citée par les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**18,4%**) et les minorités de genre (**16,7%**).

L'absence de pénétration :

Ce motif est particulièrement mis en avant par les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**43,7%**) et les minorités de genre (**44,4%**), ce qui traduit des pratiques sexuelles moins centrées sur la pénétration et donc avec des pratiques de prévention des risques différant de la norme dominante.

À l'inverse, il est beaucoup moins fréquent chez les hommes cisgenres non hétérosexuels (**7,8%**), les femmes cisgenres hétérosexuelles (**13,8%**) et les hommes cisgenres hétérosexuels (**16,9%**).

N'y avoir pas pensé :

Le taux le plus élevé est observé chez les hommes cisgenres non hétérosexuels (**23,5%**), devant les femmes cisgenres hétérosexuelles (**19,6%**).

Le fait de déclarer avoir oublié ou ne pas avoir anticipé est moins courant chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**14,3%**) et encore plus rare chez les minorités de genre (**11,1%**).

Refuser d'utiliser une protection (soi ou son/sa partenaire) :

Cette explication est plus commune chez les hétérosexuel·les (femmes cisgenres hétérosexuelles : **15,2%** ; hommes cisgenres non hétérosexuels : **13,7%**).

Elle est plus rare chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**7,8%**), chez les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**4,9%**) et les minorités de genre (**0%**).

Estimer qu'il n'y avait pas de risque :

Les hommes cisgenres hétérosexuels (**9,1%**) estiment plus fréquemment que le rapport ne comportait pas de risque de transmission d'IST ou de grossesse non désirée que les femmes cisgenres hétérosexuelles (**5,8%**) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**5,8%**). Ce motif est un peu moins fréquent chez les hommes cisgenres non hétérosexuels (**7,8%**) et absent chez les minorités de genre.

Ne pas oser en parler :

Le fait de ne pas avoir osé en parler à son ou sa partenaire est cité surtout par les minorités de genre (**16,7%**), et 3 fois moins par les femmes cisgenres hétérosexuelles et non hétérosexuelles (environ **5%**). Ce motif est plus marginal chez les hommes cisgenres (**3,9%** hétérosexuels, **2%** non hétérosexuels).

Autres raisons :

L'incertitude (« je ne sais pas ») concerne environ **4 à 5%** de chaque groupe, avec peu de variations.

Le fait de ne préférer pas répondre est plus rare, mais légèrement plus fréquent chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**3,9%**) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**2,9%**).

Les obstacles liés à l'accès matériel ou financier (ne pas savoir où en trouver, ne pas avoir les moyens, ou ne pas oser demander à un adulte) sont très marginaux (moins de 2%), à l'exception des hommes cisgenres non hétérosexuels (5,9% déclarant « je ne savais pas où en trouver »).

En somme :

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont significativement plus nombreux à justifier le non usage d'une protection par l'impréparation et par la croyance qu'« il n'y avait pas de risque ».

Les femmes cisgenres hétérosexuelles invoquent plus souvent le refus de contraception de leur partenaire et le manque d'anticipation.

Les hommes cisgenres non hétérosexuels rapportent surtout le manque d'anticipation et le refus, mais aussi un accès plus difficile (**5,9%** ne savaient pas où en trouver).

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles et les minorités de genre se distinguent nettement par la prépondérance du motif « pas de pénétration » (environ **44%**), et par une plus forte difficulté à en parler au/à la partenaire chez les minorités de genre.

3.5. Pratiques actuelles

Dans cette partie, nous interrogeons les répondant·es sur leurs pratiques actuelles en matière de protection au cours des 12 derniers mois. Cela permet de recueillir des informations récentes et représentatives des comportements actuels, tout en limitant les biais de mémoire. Les données présentées portent sur l'utilisation de méthodes barrières, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, et enfin sur le recours aux méthodes contraceptives. L'objectif est de mieux comprendre les modalités et les raisons qui motivent - ou freinent - l'usage de ces différentes protections, afin de mettre en évidence les logiques individuelles et relationnelles qui structurent les comportements de prévention.

Dans cette partie, nous utiliserons plus souvent la deuxième catégorisation genre/sexualité, telle que présentée dans la partie 2.2.

3.5.1. Utilisation des protections barrières

Nous avons voulu investiguer l'utilisation des protections barrières par les répondant-es, et déterminer si c'est un réflexe courant lors d'une première relation sexuelle avec une nouvelle personne. Cela permettra notamment de déterminer si leurs connaissances en matière de prévention des IST et de contraception (cf. 3.1. Littéracie) sont alignées avec leurs pratiques.

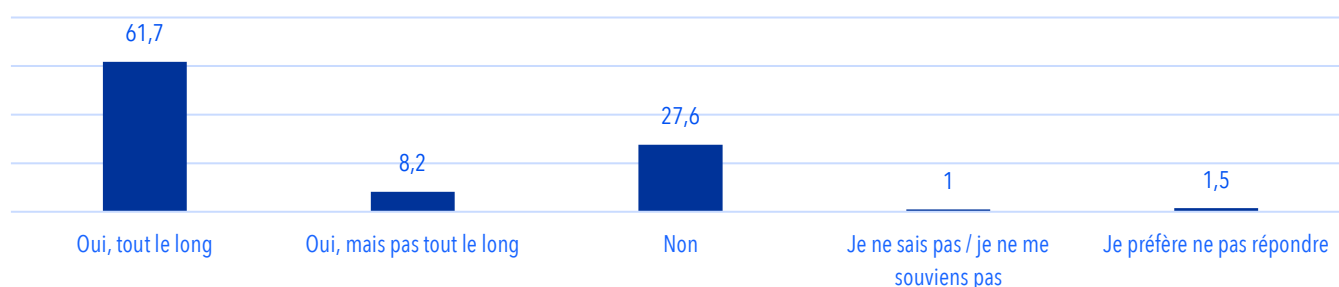
Pour ce faire, nous questionnons les répondant-es dans la série de questions ci-dessous sur **leurs pratiques lors de la première relation sexuelle avec leur dernier-e partenaire sexuel-le**, en cas de sexe pénétratif (vaginal, anal) et oral. En effet, il s'agit a priori d'une situation propice à leur usage pour se protéger des IST, dans la mesure où lors du premier rapport sexuel, on ne connaît généralement pas le statut sérologique de la personne. En outre, les préservatifs protègent aussi des grossesses non désirées pour les personnes dont les relations sexuelles présentent un risque de fécondation.

Rappelons par ailleurs que les protections barrières désignent dans le cas présent les préservatifs internes et externes, ou le carré de latex (ou digue dentaire), et que les préservatifs ne sont pas seulement destinés à un usage sur un pénis, et peuvent être utilisés sur des jouets sexuels pénétratifs (notamment lorsqu'ils sont partagés).

Protection barrière pour la pénétration :

Dans un premier temps, nous avons interrogé les répondant-es sur l'utilisation d'une protection barrière (préservatif interne ou externe) pour la pénétration (qui, rappelons-le, peut a priori concerner toutes les orientations sexuelles). Près d'un-e répondant-e sur dix se déclare non concerné-e (**8,3%**). Cela peut signifier plusieurs choses, à commencer par le fait qu'il n'y ait pas eu de pénétration⁸, mais cela peut aussi vouloir dire que les deux étaient testés, ou bien qu'ils et elles pensaient à tort ne pas avoir besoin de protection. Lorsqu'on retire ces répondant-es du calcul, on obtient la répartition présentée dans la figure 10 quant à la fréquence d'usage d'une protection barrière pour la pénétration (préservatif) lors de la première relation sexuelle avec le-la dernier-e partenaire :

Figure 10 : utilisation d'une protection barrière pour la pénétration (vaginale, anale) lors de la première relation sexuelle avec la-e dernier-e partenaire (%)



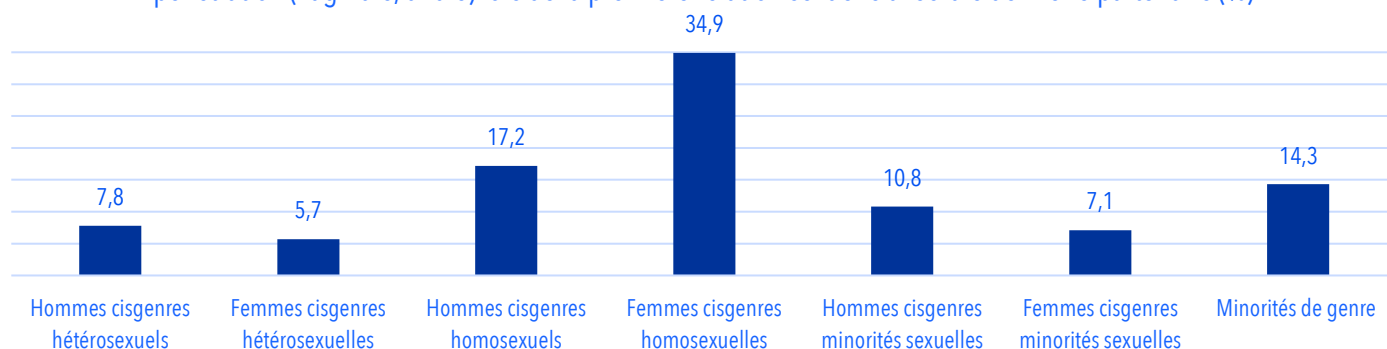
N = 1274.

61,7% des répondant-es déclarent avoir utilisé une protection barrière pendant toute la durée du rapport, tandis que **8,2%** l'ont utilisée de manière discontinue. Enfin, plus d'**un quart** n'en ont pas utilisé.

Certains groupes rapportent plus souvent que d'autres « ne pas être concerné-es » par l'utilisation d'un préservatif pour la pénétration (cf. figure 11). Cela peut signifier une absence de pénétration, ou le fait de connaître son statut vis-à-vis des IST. Ici, nous utiliserons la deuxième catégorisation genre/sexualité, telle que présentée dans la partie 2.2, car on observe des variations importantes entre femmes homosexuelles et femmes des minorités sexuelles.

⁸ Rappelons à toutes fins utiles et pour éviter les erreurs d'interprétation, que tous-tes les répondant-es, indépendamment de leur sexualité ou de leurs organes génitaux, peuvent être concerné-es par la pénétration, en tant que donneur-se ou receveur-se, avec leurs organes génitaux, doigts ou objets. En outre, une orientation sexuelle déclarée dans le présent ne peut suffire pour présumer de l'identité sexuelle ou genrée des ancien-nes partenaires sexuel.les des répondant-es. Si des tendances sont observées dans l'enquête, elles ne permettent pas de décrire tous les individus d'un groupe. Ainsi, on ne stipule pas dans cette enquête que la pratique de la pénétration exclue certaines orientations sexuelles.

Figure 11 : répondant-es non concerné-es par l'utilisation d'une protection barrière pour la pénétration (vaginale, anale) lors de la première relation sexuelle avec la-e dernier-e partenaire (%)



N = 115.
P valeur < 0,001.

Ainsi, on remarque que les femmes homosexuel·les sont celles qui déclarent le plus souvent ne pas avoir eu besoin de recourir au préservatif (**34,9%**). Les hommes homosexuels sont également plus représentés que la moyenne (**17,2%**).

Lorsqu'on compare ensuite la fréquence de l'usage du préservatif par celles et ceux se déclarant concerné-es par son usage selon le genre et la sexualité (après avoir retiré les répondant-es n'en ayant pas eu besoin du calcul), **on n'observe pas de variations significatives entre les groupes.**

Nous avons ensuite interrogé les répondant-es sur les raisons pour lesquelles ils et elles n'avaient pas utilisé de protections barrières pour la pénétration.

Figure 12 : raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protection barrière pour le sexe pénétratif lors de la première relation sexuelle avec la ou le dernier-e partenaire (%)



N = 456.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La figure 12 montre que les arguments qui relèvent de la confiance et de l'évaluation du risque sont les plus souvent cités. Ainsi :

- **32,9%** affirment avoir fait des tests et savoir qu'il n'y avait pas de risque (motif le plus objectif),
- **26,3%** déclarent « penser » que même en l'absence de dépistage, il n'y avait « pas de risque d'IST »,
- **31,6%** déclarent faire confiance à leur partenaire (c'est une raison plus subjective, mais il faut prendre en compte que ce motif n'était pas nécessairement le seul choisi par les répondant-es, puisqu'ils et elles pouvaient choisir plusieurs réponses).

La question des sensations et du plaisir semble peser de manière importante dans la décision :

- Ne pas apprécier la sensation soi-même : **17,8%**
- Le ou la partenaire n'aime pas la sensation : **16,4%**
- Le goût ou la texture me dérange : **11%**
- Le goût ou la texture dérange mon-ma partenaire : **7,9%**
- L'idée que le préservatif diminue le plaisir est aussi assez présente : **14,9%**

Ces éléments indiquent que la perception d'une sexualité « entravée » par les protections barrières est un frein non négligeable.

La raison « je n'y pense pas » est citée par **11,8%** des répondant-es, révélant l'importance de l'impréparation, en particulier dans le contexte d'une première relation sexuelle.

Le coût (**4,8%**), ou encore l'utilisation uniquement au moment de l'éjaculation (**1,8%**) ainsi que ne pas en voir l'utilité (**3,9%**) concernent une proportion plus marginale des répondant-es, bien qu'il soit quand même alertant que le coût représente un frein pour **1 étudiant-e sur 20**.

Voyons à présent comment ces éléments se déclinent selon le genre et la sexualité. Dans le tableau ci-dessous, nous afficherons uniquement les raisons pour lesquelles on observe des variations significatives.

Tableau 23 : raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protection barrière pour le sexe pénétratif lors de la première relation sexuelle avec la ou le dernier-e partenaire selon le genre et la sexualité (%).

	Nous nous faisons confiance	Je n'y pense pas	Ça diminue le plaisir	Je n'aime pas la sensation
Hommes cisgenres hétérosexuels	44,3	8	34,1	35,2
Femmes cisgenres hétérosexuelles	32,2	10,6	12,6	14,1
Hommes cisgenres non hétérosexuels	22,6	3,2	16,1	22,6
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	24,8	17,4	6,4	10,1
Minorités de genre	6,7	33,3	0	6,7
P valeur	0,021	0,028	<0,001	<0,001

N = 442.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Les résultats mettent en évidence des différences très marquées entre les groupes pour les variables présentées ci-dessus.

La question de la confiance est largement plus souvent mentionnée par les hommes cisgenres hétérosexuels (**44,3%**), mais aussi par les femmes hétérosexuelles (**32,2%**) et beaucoup moins par les minorités de genre (**6,7%**). Les minorités de genre, suivies des femmes cisgenres non hétérosexuelles sont celles et ceux qui indiquent le plus souvent ne pas y avoir pensé (**33,3%** et **17,4%**).

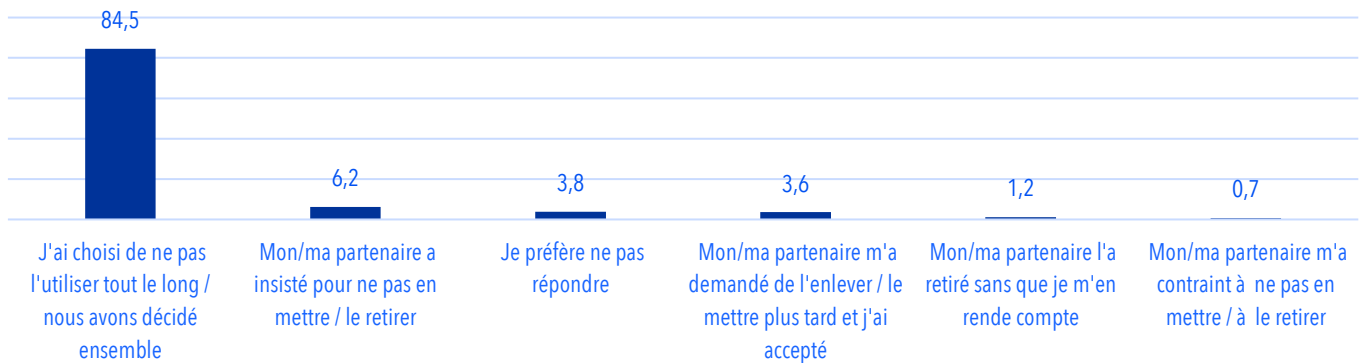
Les hommes cis hétérosexuels sont en tête de ceux pour qui l'impact sur le plaisir (**34,1%**) et les sensations (**35,2%**) est le plus décourageant à l'utilisation d'une protection barrière. En outre, peu de femmes cis non hétérosexuelles et de minorités de genre ne mentionnent ces motifs.

Il est utile de préciser quelques **spécificités des femmes cis homosexuelles** seulement quant aux raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protections barrières pour le sexe pénétratif lors de la première relation sexuelle avec le-la dernier-e partenaire :

- Elles sont des plus grandes proportions que la moyenne à ne pas savoir où trouver des protections barrières pour le sexe pénétratif (10,7% de ces répondant-es, par rapport à une moyenne de 1,4% pour l'ensemble des répondant-es) (p valeur = 0,001).
- Elles sont de plus grandes proportions à avoir mentionné ne pas avoir pratiqué de sexe pénétratif (14,3% par rapport à une moyenne de 4,4% pour l'ensemble des répondant-es) (p valeur = 0,014).

Voyons à présent qui était prioritairement responsable du choix de ne pas avoir recours à une protection barrière pour la pénétration :

Figure 13 : responsabilité du choix de ne pas utiliser de protection barrière pour la pénétration (%)



N = 420.

L'immense majorité des répondant-es évoque un choix personnel (**84,5%**), mais on note une proportion alertante de répondant-es déclarant avoir que leur partenaire a insisté pour l'enlever ou ne pas en mettre (**6,2%**), ou ayant dû concéder devant des demandes faites pour l'enlever ou ne pas en mettre (**3,6%**). Ainsi, c'est **1 répondant-es sur 10 qui n'a pas mis de protection face à l'insistance d'un-e partenaire**. Enfin, pour **1,2%** le-la partenaire l'a retiré à leur insu, et pour **0,7%**, le-la partenaire a contraint la non-utilisation. **2%** ont donc subi des rapports sexuels non protégés non consentis.

On n'observe pas de variations significatives selon le genre et l'orientation sexuelle.

En somme :

On note tout d'abord que plus du **tiers** des répondant-es n'ont pas eu recours au préservatif, ou seulement partiellement, dans le cadre d'actes sexuels pénétratifs lors de la première relation sexuelle avec leur dernier-e partenaire.

Si les éléments liés à la confiance et à l'évaluation des risques sont les plus souvent repris pour expliquer leur non-utilisation, on remarque que **l'anticipation d'un impact sur le plaisir et les sensations peuvent décourager leur utilisation de manière significative. Cela est particulièrement vrai chez les hétérosexuel-les, et tout particulièrement chez les hommes cisgenres hétérosexuels, qui sont de très loin ceux qui justifient le plus souvent le non usage de protections barrières pour ces raisons.** A l'opposé, femmes cisgenres non hétérosexuelles sexuelles et minorités de genre avancent peu les questions du plaisir et des sensations comme justification au non-usage d'une protection.

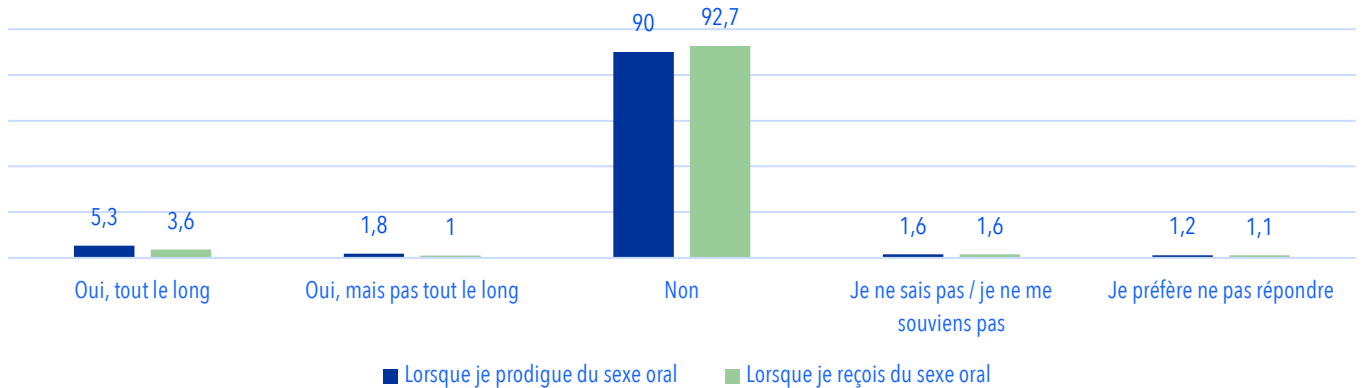
Enfin, on retient les proportions alertantes d'1 répondant-e sur 10 qui n'a pas mis de protection suite à l'insistance d'un-e partenaire, et 2% qui ont été forcées à ne pas en mettre. Parmi ces dernier-es, certain-es ont subi le retrait du préservatif à leur insu, pratique appelée « *stealthng* », et d'autres ont subi une contrainte à ne pas en mettre. Ces deux situations rentrent dans le champ d'application de l'infraction de viol dans le code pénal depuis 2022 (SPF Justice. Droit pénal sexuel, 2022).

Ainsi, c'est plus d'un-e répondant-e sur 10 pour qui la première relation sexuelle avec le-la dernier-e partenaire impliquait un consentement flou ou nié (viol) concernant l'usage de protection barrière.

Protection barrière pour le sexe oral :

Nous avons également interrogé les répondant-es sur l'utilisation d'une protection barrière pour le sexe oral, à la fois lorsqu'il est prodigué, et lorsqu'il est reçu. Il peut alors s'agir de préservatifs externes (fellation) ou de digue dentaire / carré de latex (cunnilingus, anulingus). **2** répondant-es sur **10** se sont en outre déclaré-es non concerné-es par la pratique du sexe oral lors de la première relation sexuelle avec le ou la dernier-e partenaire. La figure 14 présente l'usage ou non de protection barrière parmi celles et ceux ayant pratiqué le sexe oral :

Figure 14 : utilisation d'une protection barrière pour le sexe oral lors de la première relation sexuelle avec la-e dernier-e partenaire (%)



N = Lorsque je prodigue du sexe oral = 1104 ; Lorsque je reçois du sexe oral = 1096.

Une majorité des répondant-es (plus de **90%**) déclare ne pas avoir utilisé de protection barrière pour la pratique du sexe oral, et une minorité seulement (entre **3,6** et **5,3%**) l'ont utilisé tout le long. On n'observe pas de variations significatives selon le fait de donner ou recevoir du sexe oral, ni lorsqu'on décline ces résultats selon le genre et la sexualité.

Figure 15 : raisons évoquées pour ne pas savoir utilisé de protection barrière pour le sexe oral lors de la première relation sexuelle avec la ou le dernier-e partenaire (%)



N = 1100.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Les dynamiques observées pour le sexe oral sont très similaires à celles concernant la pénétration quant à l'usage des protections barrières, hormis en ce qui concerne le fait de déclarer « ne pas y penser », qui est mentionné ici par près d'**un-e répondant-e sur 3, (31,3%)** (contre **11,8%** pour la pénétration). **Cela signale un réflexe bien moins automatique à l'usage de protection barrière pour le sexe oral.**

Les motifs liés à la confiance / à la relation sont répandus : **23,8%** savaient de fait qu'il n'y avait pas de risques de transmission d'IST grâce à un test de dépistage, ce qui assure une confiance basée sur des éléments rationnels. **23,1%** déclaraient savoir il n'y avait « pas de risque d'IST » malgré une absence de dépistage, et **23%** avançaient l'argument de la confiance - il faut mettre ce dernier élément en perspective avec le fait que les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La question des sensations et du plaisir est, encore plus que pour la pénétration, prévalente comme motif de découragement à l'usage d'une protection barrière :

- le goût ou la texture dérange : **22%**
- ne pas apprécier la sensation soi-même : **16,7%**
- le plaisir est diminué : **16,2%**
- le goût ou la texture dérange le ou la partenaire ; **11,5%**

Le coût semble avoir peu d'importance (**3,8%**). Et enfin, une proportion notable déclare ne pas en voir l'utilité (**12,6%**).

Voyons à présent si ces éléments varient selon le genre et la sexualité. Dans le tableau ci-dessous, nous n'afficherons les raisons mentionnées que par au moins **2,5%** des répondant-es.

Tableau 24 : raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protection barrière pour le sexe oral (donné et reçu) lors de la première relation sexuelle avec la ou le dernier-e partenaire selon le genre et la sexualité (%).

	Nous nous faisons confiance	Je n'y pense pas	Ça diminue le plaisir	Le sexe oral ne représente pas de gros risques de transmettre des IST	Je n'aime pas la sensation	Mon / ma partenaire n'aime pas la sensation	Le goût / la texture me dérange	Le goût / la texture dérange mon/ma partenaire
Hommes cisgenres hétérosexuels	31,6	25,7	27,4	16,9	22,4	17,3	16,9	20,3
Femmes cisgenres hétérosexuelles	21,2	34,4	11,5	10	11,8	7,1	21,6	7,9
Hommes cisgenres non hétérosexuels	21,6	17	23,9	27,3	25	13,6	40,9	23,9
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	20,5	33,1	12,6	15,9	18,4	6,7	21,8	5,9
Minorités de genre	12,1	33,3	9,1	6,1	18,2	15,2	18,2	6,1
P valeur	0,007	0,007	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

N = 1065.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Chez les hommes cisgenres hétérosexuels, la confiance (**31,6%**) est une justification importante (plus que dans les autres groupes). Les arguments liés aux sensations et au plaisir sont, comme pour la pénétration, prévalentes (diminution du plaisir : **27,4%**), et notamment pour leurs partenaires. Ainsi, ils sont de proportions significativement plus importantes que les femmes cisgenres hétérosexuelles à déclarer que leurs partenaires sont dérangé-es par la texture ou le goût (**20,3%**) ou pas la sensation (**17,3%**).

Du côté des femmes cisgenres hétérosexuelles, la hiérarchie diffère : si la confiance reste importante (**21,2%**), l'argument le plus souvent cité est « je n'y pense pas » (**34,4%**). On note également que **21,6%** déclarent ne pas aimer le goût ou la texture.

Les hommes cisgenres non hétérosexuels ont encore une fois un profil diversifié, combinant la confiance (21,6%), l'impact sur le plaisir (23,9%), mais surtout la proportion la plus importante qui mentionne que le sexe oral présente de faibles risques de transmission d'IST (27,3%).

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles ont un profil similaire à celui des femmes hétérosexuelles en mettant en avant ne pas y penser (33,1%), mais elles citent également de façon marquée le fait de ne pas aimer la sensation (18,4%) ou le goût et la texture (21,8), et la perception d'un faible risque du sexe oral (15,9%).

Enfin, les minorités de genre ont aussi une fréquence importante de « je n'y pense pas » (33,3%), combinée à une moindre centralité de la confiance (12,1%). La question des sensations pour soi (18,2%) et pour le-la partenaire (15,2%) sont présentes de manière importantes, tandis que les autres motifs sont peu mentionnés. Cela suggère une logique de protection moins fondée sur la relation et davantage marquée par l'improvisation ou l'absence de réflexion au moment du rapport.

Concernant la responsabilité de la décision de ne pas utiliser une protection barrière, l'immense majorité (92,7%) déclare avoir choisi de son propre chef de ne pas utiliser de protection, avec des proportions minimales (mais à ne pas négliger) de répondant-es déclarant que leur partenaire a insisté pour ne pas en mettre ou la retirer (1,3%), les a contraint-es à la retirer (0,3%), ou a demandé de l'enlever (ce qui fut accepté par la-le répondant-e) (1,9%). Ces éléments ne présentent pas de variations significatives selon le genre et la sexualité.

En somme :

Les protections barrières sont très rarement utilisées pour le sexe oral, alors que les IST se transmettent aussi par ce biais (bien que moins que via la pénétration) – ce qui explique potentiellement que les répondant-es en minimisent les risques, particulièrement chez les hommes cisgenres et les femmes non hétérosexuelles. S'il est notoire que le sexe oral présente moins de risques de transmission des IST, cela varie en réalité selon les types d'IST. Le VIH se transmet moins par voie orale que par voie pénétrative, mais d'autres pathologies, comme la chlamydiae, la gonorrhée, l'herpès ou la syphilis se transmettent aisément par voie orale. En outre, prodiguer ou recevoir le sexe oral n'a pas toujours les mêmes implications, selon l'organe impliqué (pénis, vulve, anus), et le risque de transmission est également influencé par d'autres facteurs, tels qu'entre autres, le fait qu'il y ait eu contact avec du sperme ou du sang (Workowski & Berman, 2015).

Chez les hommes cisgenres (de toutes orientations sexuelles, mais particulièrement chez les hétérosexuels), on note une évaluation bien plus élevée de l'importance de motifs liés au plaisir et aux sensations, pour soi mais aussi pour leurs partenaires, alors que dans le cas de la pénétration, l'importance accordée au plaisir personnel seule ressortait. Dans le cas des hommes cisgenres hétérosexuels, on pourrait émettre l'hypothèse qu'ils déclarent plus souvent que leurs partenaires n'aiment pas les sensations associées aux préservatifs parce qu'elles y sont plus souvent confrontées (comparativement au fait d'être eux-mêmes confrontés à l'usage d'une digue dentaire). On sait que l'usage de la digue dentaire est très anecdotique chez les femmes lesbiennes (Gil-Llario, 2023), mais il existe très peu de données disponibles sur son usage par les hommes hétérosexuels - ce qui est en soi certainement un élément révélateur de la rareté de son utilisation). On peut supposer qu'elles ne sont très peu voire jamais utilisées - ne serait-ce que parce que ce produit est simplement très difficile à trouver en pharmacie ou point de vente. Il faudrait alors découper un préservatif ou autre morceau de latex. **Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que les hommes hétérosexuels déclarent moins souvent être dérangés par le goût ou la texture des protections orales (alors qu'ils semblent avoir un profil plus focalisé sur leurs propres plaisir et sensations) parce qu'ils n'y sont en réalité (quasiment) pas confrontés.**

Les femmes cisgenres déclarent plus souvent ne pas penser au fait d'utiliser une protection, et sont généralement moins focalisées sur les arguments liés au plaisir ou aux sensations que les hommes cisgenres. **Les minorités de genre ont la spécificité de moins souvent mobiliser l'argument de la confiance ou du plaisir, et semblent mieux évaluer les risques associés au sexe oral non protégé en termes de transmission des IST.**

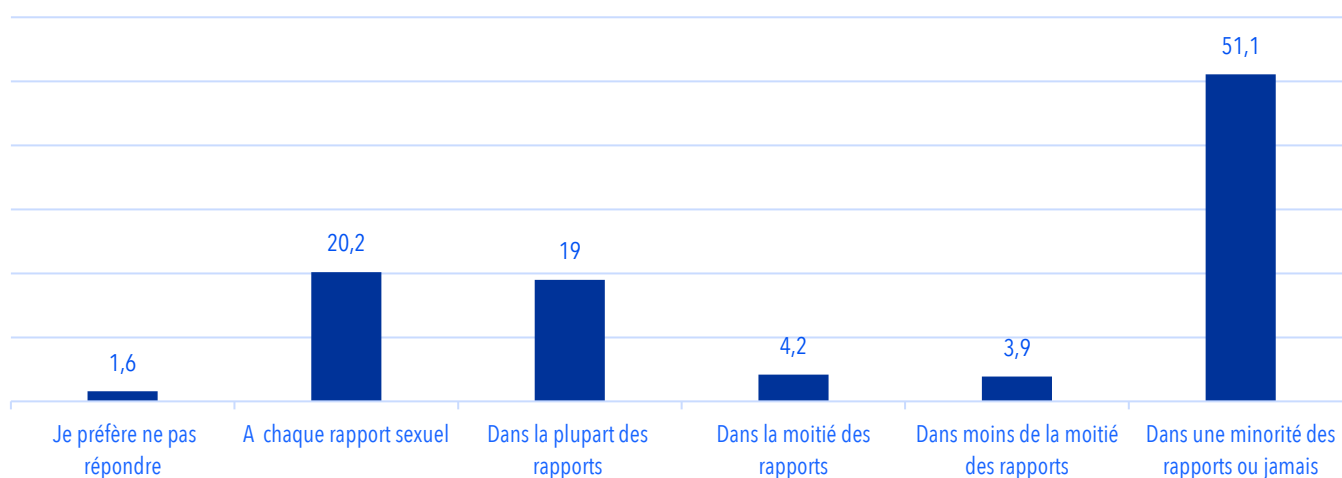
Enfin, **on note que la propension à penser que le sexe oral n'est pas risqué en termes de transmission des IST est moins marqué chez les femmes cis hétérosexuelles et minorités de genre** (qui sont tout de même 1/10 à mobiliser cette raison pour expliquer la non utilisation de protection barrière pour le sexe oral), **mais qu'elle est particulièrement élevée chez les hommes cisgenres non hétérosexuels** (ce taux monte d'ailleurs à 34% chez les hommes cis homosexuels seuls).

3.5.2. Recours à une protection contre les IST au cours des 12 derniers mois

Nous avons ensuite interrogé les répondant-es sur leur manière de se protéger des IST au cours des 12 derniers mois. Nous avons commencé par leur demander à quelle fréquence ils et elles ou leur-s partenaire-s avaient utilisé une ou plusieurs méthodes pour se protéger des IST durant cette période.

Notons d'abord que **12,9%** des répondant-es ont répondu ne pas être concerné (pas de rapports sexuels). Une fois ces répondant-es exclu-es du calcul, voici les résultats obtenus :

Figure 16 : utilisation d'une méthode pour se protéger contre les IST au cours des 12 derniers mois (soi ou son-sa partenaire) (%)



N = 1111.

Seule une minorité s'est protégée à chaque rapport sexuel (**20,2%**) ou dans la plupart des rapports (**19%**), et plus de la moitié ne s'est pas protégée du tout ou seulement dans une minorité des rapports (**40,1%**). Cependant, on voit que parmi ces dernier-es, **79,4%** déclaraient connaître leur statut vis-à-vis des IST, comme le montre le tableau 25.

Lorsqu'on observe la propension à se protéger des IST selon le genre et la sexualité, l'élément le plus marquant est que les femmes cisgenres homosexuelles sont **93,1%** à déclarer ne se protéger que dans une minorité des rapports ou jamais, contre une tendance plus stable et homogène de **1 répondant-e sur 2** chez les autres répondant-es cisgenres, et **60%** des minorités de genre.

Il est intéressant de comparer les raisons évoquées pour ne pas se protéger contre les IST en fonction de la fréquence à laquelle les répondant-es se protègent :

Tableau 25 : raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protection contre les IST au cours des 12 derniers mois selon la fréquence à laquelle elles ont été utilisées (%).

	Je connais mon statut et celui de mon/ma partenaire vis-à-vis des IST	Nous ne connaissons pas nos statuts IST respectifs mais nous faisons confiance	Je n' y ai pas pensé	J' ai oublié	Je ne sais pas où m'en procurer	C'est compliqué à cause de mon environnement familial	Je n'ose aller en acheter / demander à mes parents	Je n' ai pas de rapports sexuels du tout (12 derniers mois)	Je n' ai pas de rapports sexuels pénétratifs	Cela réduisait le plaisir ou l'érection	Nous n'en avions pas ce jour là
Proportion (n = 869)	74	14,2	7,8	2,3	1,4	0,8	1,5	0,9	4,4	9,7	7,8
Dans la plupart des rapports	63,5	18	10,4	3,3	0,9	0	1,4	0,9	2,4	11,4	13,3
Dans la moitié des rapports	66	21,3	21,3	4,3	2,1	0	2,1	0	0	14,9	10,6
Dans moins de la moitié des rapports	62,8	20,9	11,6	2,3	2,1	4,7	2,3	0	4,7	16,3	11,6
Dans une minorité des rapports ou jamais	79,4	11,6	5,5	1,8	1,4	0,9	1,4	1,1	5,5	8,1	5,3
N	869	869	869	869	869	869	869	869	869	869	869
P valeur	<0,001	0,027	<0,001	0,474	0,857	0,018	0,947	0,813	0,123	0,115	0,002

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La raison la plus souvent citée pour justifier de ne pas avoir utilisé de protection contre les IST est le fait de connaître son statut et celui de son-sa partenaire vis-à-vis des IST (**74%**) (motif rationnel). La confiance malgré l'absence de dépistage est la seconde raison la plus mentionnée (**14,2%**) - sans preuves tangibles donc (motif irrationnel). En effet, en l'absence de tests, une personne de bonne foi ignorante de son statut pourrait malgré tout transmettre une IST qu'elle ignore porter. Cependant, les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses, et la confiance pouvait être un motif parmi d'autres.

Des proportions notables déclarent également que cela réduisait le plaisir (**9,7%**) ne pas y avoir pensé (**7,8%**), ou ne pas en avoir ce jour-là (**7,8%**).

Il est intéressant de noter que certains items sont presque absents, notamment celui de l'environnement familial comme frein à l'accès (**0,8%**), celui de ne pas oser demander ou s'en acheter (**1,5%**), ou celui de ne pas savoir où s'en procurer (**1,4%**) – **ce qui peut à la fois déconstruire des préconceptions à ces sujets, mais également guider les politiques sociales en la matière.**

Si on opère des comparaisons entre ces réponses et la fréquence de non-utilisation d'une protection, on constate que celles et ceux qui utilisent peu ou pas de protection le font en majorité car ils et elles ont fait des tests de dépistage (**79,4%**). Il est plus alertant de constater que **5,5%** déclaraient ne pas y avoir pensé, et que **8,1%** ne l'ont pas fait pour éviter d'impacter le plaisir ou l'érection.

Si on observe en revanche les réponses fournies par les répondant-es ayant utilisé une protection dans la moitié ou la majorité des rapports, on remarque que l'excuse mobilisée pour expliquer de ne pas en avoir utilisé (en des occasions exceptionnelles, donc) le fait de ne pas en avoir ce jour-là était un peu plus souvent mentionné que la moyenne.

Les raisons du non-usage varient peu selon le genre et la sexualité, à l'exception notable du fait que les femmes cisgenres homosexuelles sont **10,7%** à déclarer ne pas savoir où trouver de protection barrière (contre une moyenne de **1,4%** pour l'ensemble

des répondant-es) (p valeur = 0,001). Les protections barrières pour le sexe oral entre femmes cisgenres (carré de latex ou digue dentaire, qui peuvent également être utilisés pour le sexe oral - anal) sont de fait très peu répandues à la vente – il est possible que ces réponses en soient le reflet. On note également des variations attendues par rapport au fait de ne pas pratiquer la pénétration (bien moins souvent mentionné par les personnes cisgenres hétérosexuelles). Et enfin, de manière concordante aux éléments ressortant dans le reste du rapport, les hommes cisgenres hétérosexuels sont de loin ceux qui mentionnent le plus souvent ne pas utiliser de méthode pour se protéger des IST car cela réduirait le plaisir ou l'érection (**17,9%**) (p valeur = 0,004).

En somme :

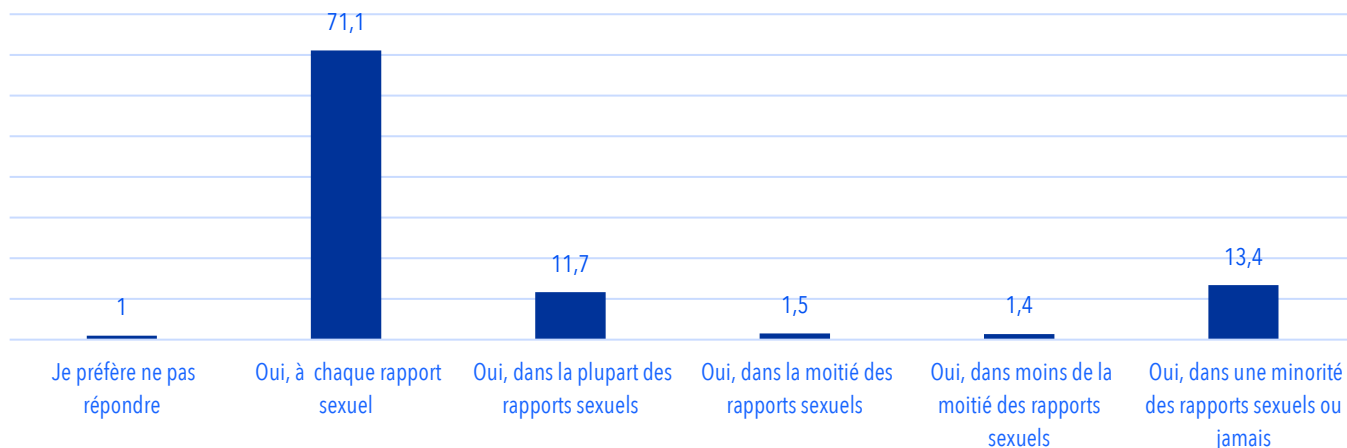
Parmi les **40%** de répondant-es qui ne se sont protégé-es que rarement ou jamais contre les IST, une majorité déclarait que cela s'expliquait en réalité par le fait de connaître leur statut et celui du/de la partenaire (**74%**). On retient cependant que **8,1%** indiquaient que c'était pour éviter de nuire au plaisir ou à l'érection, et que ce sont les hommes cisgenres hétérosexuels qui sont les plus prompts à mobiliser cette raison (**17,2%** des hommes hétérosexuels qui ont déclaré de l'utiliser que dans une minorité des rapports ou jamais).

En outre, **on relève que les femmes cis homosexuelles sont plus en difficulté (10,7%) que les autres (1,4%) pour se procurer des protections barrières (adaptées à leur sexualité : digues dentaires)**. En outre, des données récentes montrent qu'en Belgique, les femmes (cisgenres) ayant des rapports sexuels avec des femmes (cisgenres) sont moins sujettes aux IST que les femmes cis ayant des contacts sexuels avec des hommes ou que les hommes cis ayant des contacts sexuels avec des hommes (Van den Broeck et al. 2023). **Cela suggère que les hommes (cisgenres) semblent être plus souvent vecteurs de transmission des IST, et que les femmes cisgenres homosexuelles, n'ayant a priori pas de contacts sexuels consentis avec eux, encourent moins de risques de contamination.** Le fait que le sexe entre femmes cisgenres représente moins de risques de transmission en moyenne pourrait contribuer à expliquer que **93,1%** des répondant-es cis homosexuelles déclarent ne pas se protéger contre les IST, mais on se doute que la difficulté (voire, l'impossibilité) d'accès à des digues dentaires ou protections adaptées y jouent également un grand rôle. Pourtant, si les risques de contamination sont moins élevés pour les femmes cisgenres homosexuelles que pour leurs homologues hétérosexuelles, ils ne sont pas nuls, et l'usage d'une protection reste le meilleur moyen de protection contre une éventuelle contamination.

3.5.3. Recours à une protection contre les grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois

A présent, voyons à quelle fréquence ont choisi de se protéger contre les grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois :

Figure 17 : utilisation d'une méthode pour se protéger des grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois (soi ou son-sa partenaire)(%)



N = 1078.

71,1% des répondant-es se protègent à chaque rapport sexuel contre les grossesses non désirées, et **13,4%** ne le font pas ou rarement.

Ces éléments varient bien sûr selon le genre et l'orientation sexuelle, puisque la contraception ne concerne que les rapports sexuels présentant un risque de fécondation, c'est-à-dire les rapports sexuels entre individus ayant un appareil reproductif féminin et un appareil reproductif masculin.

Tableau 26 : utilisation d'une méthode pour se protéger des grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois (soi ou son-sa partenaire) selon le genre et la sexualité (%)

	A chaque rapport sexuel	Dans la plupart des rapports	Dans la moitié des rapports	Dans moins de la moitié des rapports	Dans une minorité des rapports ou jamais	Je préfère ne pas répondre
Hommes cisgenres hétérosexuels	69,5	13	1,3	2,1	11,7	2,5
Femmes cisgenres hétérosexuelles	75,5	11,5	1,7	0,6	10	0,8
Hommes cisgenres homosexuels	22,2	0	0	0	66,7	11,1
Femmes cisgenres homosexuelles	0	5,3	0	0	94,7	0
Hommes cisgenres minorités sexuelles	40,9	13,6	4,5	4,5	36,4	0
Femmes cisgenres minorités sexuelles	72,4	13,8	1,5	2	10,3	0
Minorités de genre	66,7	3,7	0	3,7	25,9	0

N= 1049.
P valeur < 0,001.

Ainsi, **94,7%** des femmes cis homosexuelles, **66,7%** des hommes cis homosexuels, **36,4%** des hommes cisgenres des minorités sexuelles, et **25,9%** des minorités de genre ont peu ou n'ont jamais recours à une méthode pour se protéger des grossesses non désirées.

En revanche, les femmes cisgenres des minorités sexuelles sont des proportions comparables à celles des femmes hétérosexuelles à ne recourir que peu ou pas à une contraception (**1 répondante sur 10**) et à recourir à une contraception à chaque rapport (**3 répondantes sur 4**).

On remarque également que **1 homme cis homosexuel sur 10** préfère ne pas répondre à la question.

Voyons à présent de quelle manière les raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de contraception varient selon la fréquence à laquelle les répondant-es y ont recours :

Tableau 27 : raisons évoquées pour ne pas avoir utilisé de protection contre les grossesses non désirées au cours des 12 derniers mois selon la fréquence à laquelle elles ont été utilisées (%).

	Je cherche à avoir un enfant	Moi ou mon/ma partenaire ne peut pas ou plus avoir d' enfant	Je n' y ai pas pensé	J' ai oublié	Je ne sais pas où m'en procurer	C'est compliqué à cause de mon environnement familial	Je n'ose pas aller en acheter / demander à mes parents	Je n' ai pas de rapports sexuels du tout (12 derniers mois)	Je n' ai pas de rapports sexuels pénétratifs	Cela réduisait le plaisir ou l'érection	Nous n'en avions pas ce jour là
Proportion (n = 300)	6	6	12,3	7,6	1	2,3	2,3	2,7	9,3	20,6	17,9
Dans la plupart des rapports	2,4	0,8	10,3	13,5	1,6	0,8	0	1,6	4	25,4	29,4
Dans la moitié des rapports	6,3	6,3	37,5	12,5	0	6,3	6,3	0	6,3	31,3	12,5
Dans moins de la moitié des rapports	0	0	20	13,3	6,7	6,7	6,7	0	13,3	33,3	20
Dans une minorité des rapports ou jamais	9,7	11,1	10,4	1,4	0	2,8	3,5	4,2	13,9	13,9	8,3
N	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
P valeur	0,059	0,003	0,027	0,002	0,074	0,288	0,104	0,445	0,04	0,04	<0,001

Les raisons évoquées pour ne pas se protéger sont variées. Les personnes qui se protègent dans la plupart des rapports expliquent leurs quelques écarts par le fait de ne pas en avoir ce jour-là (**1/3**), la réduction du plaisir (**1/4**), les oublis (**1/8**), le fait de ne pas y penser (**1/10**). Les personnes qui se protègent peu ou pas évoquent plus souvent l'absence de pénétration (**1/8**), l'infertilité (**1/10**) et le désir d'enfant (**1/10**) que la moyenne.

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont ceux qui justifient le plus souvent l'absence de protection par la crainte de son impact sur le plaisir (**34,3%**) (p valeur = 0,017), contre moins de **22%** dans les autres catégories, et **15,9%** chez les femmes cis hétérosexuelles.

En somme :

On retient surtout que les personnes ne protégeant le plus systématiquement des grossesses non désirées sont les femmes hétérosexuelles, et les femmes des minorités sexuelles (majorité de femmes bisexuelles et pansexuelles), en proportions comparables (**3 sur 4**) – en somme, les femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes (même si non exclusivement).

2 répondant-es sur 10 indiquent ne pas utiliser de protection à cause de son impact sur le plaisir, et ce taux monte à 1 répondant sur 3 chez les hommes cisgenres hétérosexuels.

3.6. Les violences sexistes et sexuelles

3.6.1. Définitions

Cette enquête s'intéressant à la vie affective, relationnelle et sexuelle des étudiant-es, il paraissait essentiel d'aborder également la question des violences sexistes et sexuelles (VSS) vécues **au cours de la vie étudiante**. Ces violences recouvrent une large variété de situations : du harcèlement sexiste ou sexuel (y compris en ligne), aux agressions sexuelles, jusqu'au viol avec ou sans pénétration.

Il paraît alors important de fournir en préambule quelques définitions précises de ce que recouvrent les termes que nous employons ici à propos des infractions sexuelles. Si de nombreuses disciplines — telles que la sociologie, la psychologie, la criminologie ou les études de genre — ont largement contribué à enrichir la compréhension des violences sexistes et sexuelles, nous avons choisi ici de nous appuyer principalement sur les définitions issues du droit belge. Ce choix permet de **garantir un cadre précis et non ambigu pour l'interprétation des faits évoqués en s'appuyant sur des catégories reconnues par les institutions judiciaires** – ce qui présente également l'avantage de clarifier les conséquences légales auxquelles sont exposé-es les auteur-rices des violences. Il ne s'agit pas de réduire la complexité des violences à une seule lecture juridique, mais bien de poser un socle de référence partagé.

Ainsi, nous nous appuyons ici sur les informations fournies par le Service Public Fédéral Belge (Service Public Fédéral Justice, infractions sexuelles ; Service Public Fédéral Justice, 2022) pour définir les infractions sexuelles dont il est question dans le rapport.

La circulaire du 9 juin 2022 décrit 3 infractions sexuelles majeures :

- **L'atteinte à l'intégrité sexuelle,**
- **Le voyeurisme et la diffusion non consentie de contenus à caractère sexuel,**
- **Le viol.**

Elle définit également la notion de **consentement**, par laquelle nous allons commencer, car le code pénal indique qu'il devrait constituer le préambule à tout acte sexuel - sans consentement, il y a donc infraction sexuelle.

Consentement :

La circulaire du 9 juin 2022 indique que **le consentement doit être donné librement, et peut être retiré à tout moment**. Le consentement n'est pas respecté dès lors que les faits (d'infraction sexuelle) ont eu lieu « contre le libre arbitre ».

L'idée même de libre arbitre étant complexe à définir et à cadrer dans la singularité de chaque situation, il y est indiqué que vis-à-vis de la loi, une évaluation individuelle est nécessaire pour évaluer si le consentement a été respecté.

Le site du Service Public Fédéral Justice précise :

- *« Il n'y a pas de consentement lorsque l'auteur profite de la situation de vulnérabilité de la victime altérant le libre arbitre, par exemple lorsque la victime est sous l'influence de stupéfiants.*
- *Il ne peut jamais y avoir de consentement lorsque l'auteur utilise la menace, des violences physiques ou psychologiques, la contrainte, la surprise ou la ruse.*
- *Il ne peut jamais y avoir de consentement lorsque la victime est endormie ou inconsciente.*
- *En principe, un mineur de moins de 16 ans n'a pas la possibilité d'exprimer son consentement à des actes sexuels. »*

Atteinte à l'intégrité sexuelle :

Le Service Public Fédéral Justice la définit de la manière suivante :

*« Une atteinte à l'intégrité sexuelle est **tout acte qu'une personne normale et raisonnable considère comme sexuellement inapproprié**. La menace ou la violence ne sont pas des conditions à cet égard. Toute personne peut en être victime, indépendamment du genre. (...) Pour l'infraction de base d'atteinte à l'intégrité sexuelle, le degré de peines qu'un tribunal correctionnel peut infliger est de minimum six mois et maximum cinq ans. »*

L'atteinte à l'intégrité sexuelle fait référence à **des faits que la personne victime ressent comme une atteinte du point de vue sexuel, et pour laquelle elle ne consent pas.**

Voyeurisme :

Il s'agit ici de décrire une situation dans laquelle **une personne est observée, filmée, ou enregistrée sans son consentement et/ou alors qu'elle pense être « à l'abri des regards indésirables »**. Cela s'applique aussi dans les situations où la personne est contrainte à observer une situation non désirée.

La définition est incluse dans les infractions sexuelles car elle s'applique alors que les victimes sont dénudées, ou bien qu'une partie de leur corps qu'elles auraient préféré garder cachée est observée ou enregistrée à leur insu ou contre leur gré.

« Pour l'infraction de base de voyeurisme, le degré de peines qu'un tribunal correctionnel peut infliger est de minimum six mois et maximum cinq ans. »

Viol :

L'article 417/11 du Code pénal précise :

*« On entend par viol tout acte qui consiste en ou se compose d'une **pénétration sexuelle de quelque nature et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne ou avec l'aide d'une personne qui n'y consent pas.** Cette infraction est punie de la réclusion de dix ans à quinze ans. »*

Points essentiels de la définition :

- Large acception de la pénétration : il peut s'agir de pénétration vaginale, anale ou orale, réalisée avec un pénis, un doigt ou un objet.
- Absence de consentement : c'est l'élément central. Toute pénétration sans consentement constitue un viol, avec ou sans violence physique ou menace.
- Neutralité de genre et d'orientation sexuelle : la loi s'applique indépendamment du sexe ou du genre de la victime et de l'auteur-e.
- Consentement : il doit être donné librement, clairement et peut être retiré à tout moment. Le silence, la peur, l'état d'ébriété ou d'inconscience invalident le consentement.

Il paraît important d'ajouter le harcèlement à cette liste :

Harcèlement et cyberviolence :

Le harcèlement sexuel et le cyberharcèlement (sexuel ou non) sont **certaines des formes que peut prendre le harcèlement moral mais n'en sont pas les seules dimensions**. Le harcèlement moral est adressé dans l'article 442bis du code pénal de la manière suivante :

« Quiconque harcèle une personne alors qu'il savait ou aurait dû savoir que sa conduite affecterait gravement la tranquillité de celle-ci, est puni d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de cinquante à trois cents euros. »

Ainsi, **le harcèlement moral est une des voies par lesquelles on peut adresser le cyberharcèlement et le harcèlement sexuel, conjointement à d'autres infractions, telles que le voyeurisme ou l'atteinte à l'intégrité sexuelle.**

Le cyberharcèlement et les violences en ligne de manière générale sont très prégnantes et importantes à considérer dans le cadre d'un questionnement sur les violences sexistes et sexuelles auprès des jeunes. Amnesty jeunes (2021) liste les différents types de cyberviolence de la manière suivante, ce qui montre la diversité et la complexité des formes que cela peut prendre :

- **« Les propos diffamatoires et discriminatoires :** c'est-à-dire les propos humiliants, agressifs, injurieux ;
- **Le doxxing :** c'est-à-dire la divulgation d'informations sur l'identité ou la vie privée d'une personne sans son consentement et dans l'optique de lui nuire ;
- **Le revenge porn :** c'est-à-dire la diffusion d'image à caractère sexuel sans le consentement de la personne qui est présentée ;

- **Le slut-shaming** : c'est le fait de stigmatiser une personne, généralement une femme, pour sa tenue, son comportement ou son attitude considérés comme (trop) révélateurs de sa sexualité (réelle ou supposée) ;
- **Le flaming** : il s'agit de l'envoi, par les réseaux sociaux, de courts messages très violents.
- **Le happy slapping ou vidéo-lynchage** : cela consiste à filmer et diffuser sur les réseaux sociaux, sans le consentement de la victime, des agressions physiques ou des scènes intimes ;
- **Le dénigrement** : c'est la propagation de rumeurs visant à ruiner la réputation d'une personne/ les intimidations, insultes, moqueries, menaces, les incitations à la haine ; l'usurpation d'identité, le piratage de compte ;
- **Le cyberstalking** : il s'agit de la méthode consistant à envoyer de multiples messages injurieux ou à diffuser méthodiquement et systématiquement des documents gênants.
- **Le cybercontrôle et la cybersurveillance** : c'est le fait, généralement dans un couple, d'exiger de son ou sa partenaire les codes d'accès de son téléphone ou à ses réseaux sociaux afin de contrôler ses activités d'une personne ; le fait d'exiger de savoir et de prouver où on se trouve, d'être joignable en permanence ; le fait de surveiller les déplacements d'une personne. »

3.6.2. Méthodologie

Afin de recueillir des données précises et comparables, nous avons eu recours à une série de mises en situation concrètes permettant de faire référence aux situations susmentionnées, appliquées à la réalité de jeunes et d'étudiant-es. Cette série de questions est partiellement inspirée d'un questionnaire réalisé par l'Office for students au Royaume-Uni (2025).

Les indicateurs de violences sexistes et sexuelles vécues **au cours de la vie étudiante** ont été regroupés en deux ensembles, inspirés mais non limités au cadre légal présenté ci-avant :

- **Niveau 1 : atteintes à l'intégrité sexuelle et voyeurisme**
 - gestes ou comportements sexuels imposés sans consentement,
 - insistance répétée pour obtenir une relation amoureuse ou sexuelle,
 - commentaires sexuels inappropriés,
 - prise de photos ou vidéos dénudées sans permission,
 - envoi non sollicité de messages à caractère sexuel (SMS, réseaux sociaux, etc.),
 - diffusion de rumeurs à caractère sexuel.

- **Niveau 2 : agressions sexuelles, viols et voyeurisme**
 - diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes (voyeurisme),
 - baiser imposé,
 - attouchements sans consentement,
 - rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration,
 - rapports sexuels non consentis avec pénétration (vaginale, anale ou orale, avec pénis, doigts ou objets) – ce qui correspond à la définition légale du viol.

En cas de réponse affirmative, lorsque les répondant-es sont questionné-es sur le fait d'avoir vécu une des expériences susmentionnées, nous posons ensuite une série de questions sur le contexte de ces événements :

- Où se sont déroulés les événements ?
- Les répondant-es ont-ils ou elles parlé du fait d'avoir vécu ces événements ?
- À qui en ont-ils et elles parlé ?
- Qui étaient les auteur-rices des faits ?

L'administration du questionnaire diffère selon le groupe :

- Pour les atteintes à l'intégrité sexuelle ou voyeurisme de niveau 1, **lorsqu'au moins une réponse affirmative est donnée**, les répondant-es sont ensuite interrogé-es une seule fois sur le contexte, tel que vu dans la série de questions ci-dessus.

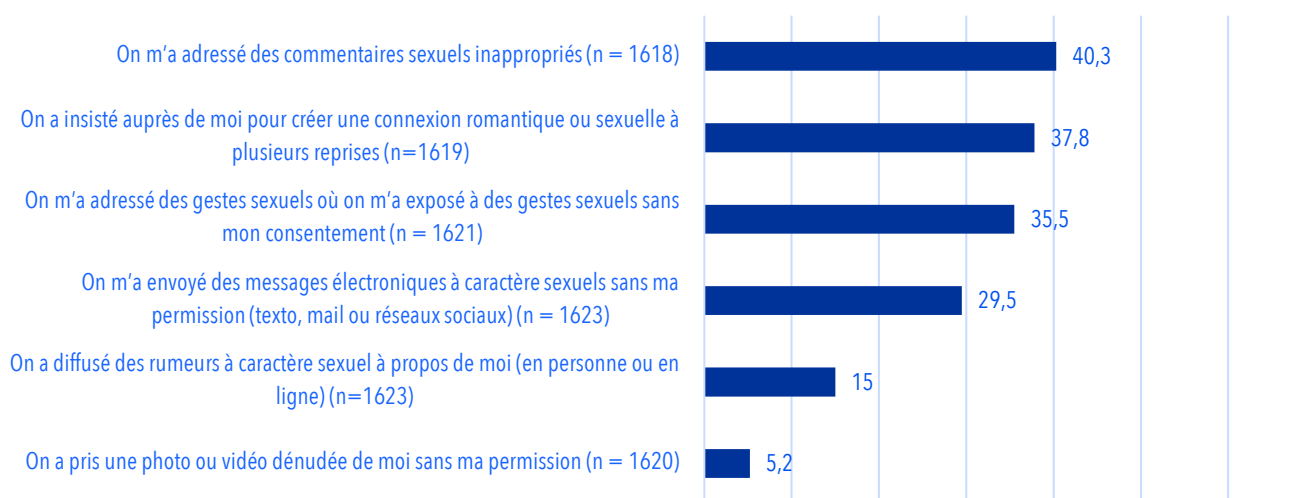
- Pour les agressions sexuelles, viols et voyeurisme de niveau 2, ces questions complémentaires sont posées **pour chaque expérience déclarée**, afin de mieux documenter la gravité, la répétition et le contexte des violences. Ici, une question a été ajoutée pour déterminer si les événements ont eu lieu dans un contexte de consommation d'alcool (par la victime et/ou l'auteur-e) au moment des faits. Cette dimension n'est en aucun cas mobilisée pour mettre en cause les victimes, mais vise à analyser si certains contextes - notamment festifs - constituent des environnements de vulnérabilité où la prévention pourrait être renforcée, dans une perspective de guidage des politiques sociales en la matière. En effet, une précédente enquête de l'OVE sur les assuétudes (2023) indiquait que les contextes festifs et de consommation d'alcool pouvaient être des occasions dans lesquelles intervenaient des agressions, ce qui rendait cette dimension incontournable dans l'élaboration de ce questionnaire.

3.6.3. Atteintes à l'intégrité sexuelle et voyeurisme

Au total, **47,4%** des répondant-es ont vécu au moins une inconduite sexuelle de niveau 2 au cours de leur vie étudiante, et ce taux monte à **65,9%** chez les femmes cisgenres, **75,3%** chez les femmes cis non-hétérosexuelles, **65,2%** chez les minorités de genre, et **51%** chez les hommes cisgenres non-hétérosexuels. Chez les hommes cisgenres, il est de **21,2%** chez les hétérosexuels, et de **30,3%** chez les homosexuels.

La figure 18 ci-dessous présente les inconduites sexuelles de niveau 1, c'est-à-dire celles qui pourraient être regroupées dans les atteintes à l'intégrité sexuelle et au voyeurisme.

Figure 18 : inconduites sexuelles du groupe 1 subies au cours de la vie étudiante (%)



Les inconduites les plus souvent recensées sont les commentaires sexuels inappropriés (**40,3%**), le fait d'avoir reçu une insistance à créer une connexion romantique ou sexuelle (**37,8%**), et le fait d'avoir reçu ou été exposé à des gestes sexuels sans son consentement (**35,5%**), **vécus par plus d'un-e répondant-es sur 3**.

La violence en ligne semble également répandue, puisque **29,5%** ont déjà reçu des messages à caractère sexuel non sollicités, et **15%** ont subi la diffusion de rumeurs à caractère sexuel en ligne.

Enfin, une proportion moindre mais néanmoins alertante (**5,2%**) déclare une photo ou vidéo dénudée d'elles et eux a été prise sans leur permission, ce qui pourrait correspondre au délit de voyeurisme, qui, rappelons-le, est puni de 6 mois à 5 ans d'emprisonnement.

Au total, **57,8%** des répondant-es ont subi au moins une inconduite sexuelle de niveau 1. Ce taux est cependant moins élevé chez les hommes cisgenres hétérosexuels (**32,9%**). Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont dans une position intermédiaire, étant **51%** à rapporter au moins une de ces inconduites sexuelles, alors que les autres catégories (femmes cisgenres et minorités de genre), sont plus de **65%** dans ce cas.

Voyons à présent de quelle manière ces déclarations varient selon le genre et la sexualité des répondant-es :

Tableau 28 : inconduites sexuelles de niveau 1 subies au cours de la vie étudiante selon le genre et la sexualité (%).

	On m'a adressé des commentaires sexuels inappropriés	On a insisté auprès de moi pour créer une connexion romantique ou sexuelle à plusieurs reprises	On m'a adressé des gestes sexuels où on m'a exposé à des gestes sexuels sans mon consentement	On m'a envoyé des messages électroniques à caractère sexuels sans ma permission (texto, mail ou réseaux sociaux)	On a diffusé des rumeurs à caractère sexuel à propos de moi (en personne ou en ligne)	On a pris une photo ou vidéo dénudée de moi sans ma permission
Hommes cisgenres hétérosexuels	9,8	9,1	11,3	16	19,5	1,7
Femmes cisgenres hétérosexuelles	48,4	15,7	34,9	38,1	40,5	5,9
Hommes cisgenres non hétérosexuels	32	16,5	35,9	26,2	34	6,8
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	60,5	19,1	36,6	52,8	54	6,1
Minorités de genre	58,7	21,7	30,4	52,2	50	10,9
N	1573	1572	1573	1572	1572	1572
P valeur	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	0,023

De manière générale, il semblerait que la propension à être victime d'inconduites sexuelles varie de manière importante selon le genre et la sexualité. Les femmes cisgenres sont indéniablement plus souvent victimes de ces comportements que les hommes cisgenres, mais ce sont les minorités de genre qui sont les plus impactées. L'ordre d'affectation par genre et sexualité tend à être le suivant : **les plus impacté-es sont les minorités de genre, suivi-es des femmes cis hétérosexuelles et homosexuelles, des hommes cis homosexuels, et enfin des hommes cis hétérosexuels.**

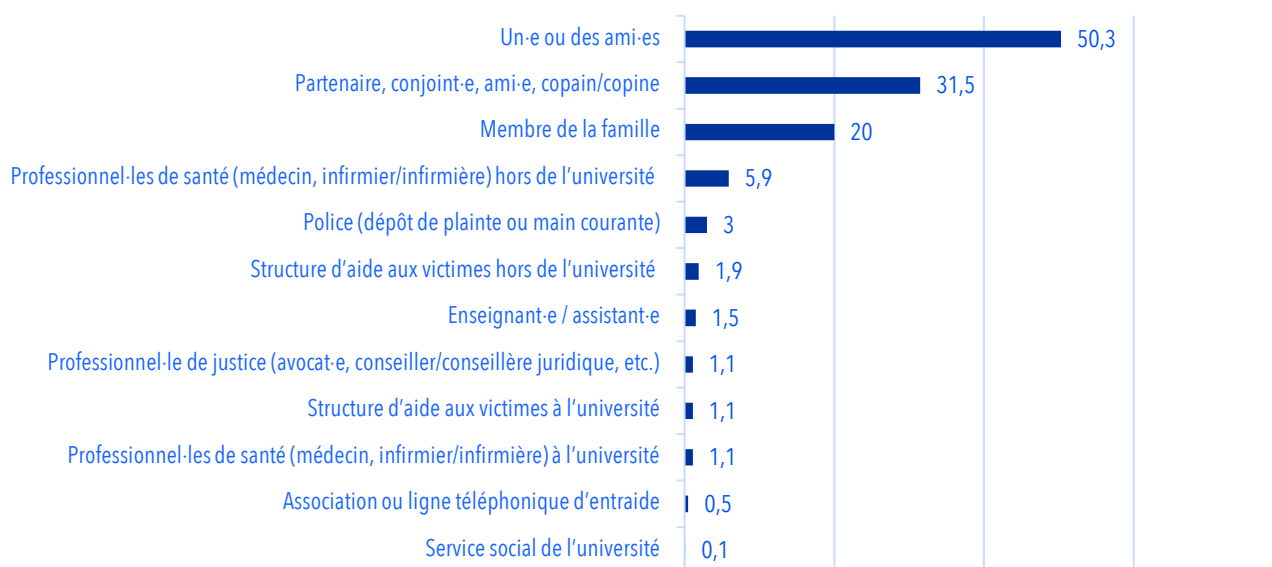
Ainsi, alors que les hommes cis hétérosexuels sont **9,8%** à relater avoir été pris en photo ou vidéo dénudée sans leur consentement, ce taux monte à **58,7%** des minorités de genre, soit **6 fois plus**.

Les hommes cisgenres sont également **2,5 fois moins** susceptibles de subir la diffusion de rumeurs à caractère sexuel à leur propos que les minorités de genre et les femmes non hétérosexuelles, et **2 fois moins** que les femmes cisgenres. Ils sont également entre **2 et 3 fois moins susceptibles que les autres** de recevoir des messages électroniques à caractère sexuels non sollicités, des gestes sexuels inappropriés, ou une insistance à créer une connexion romantique ou sexuelle.

En outre, **55,6%** des répondant-es relatant un de ces faits en ont parlé à quelqu'un, et ce taux est significativement plus élevé parmi les femmes cis (hétérosexuelles : **58,3%** ; non hétérosexuelles : **63,4%**) et les minorités de genre (**66,7%**) que chez les hommes cis (hétérosexuels : **41,4%** ; non hétérosexuels : **43,1%**).

Parmi les personnes à qui les répondant-es se sont adressé-es, les ami-es sont les plus représenté-es (**50,3%**) :

Figure 19 : entités vers qui se sont tourné-es les répondant-es ayant subi les inconduites sexuelles de niveau 1 au cours de leur vie étudiante (%)



N = 947.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Au-delà de la prépondérance flagrante des ami-es et des proches de manière générale (partenaires : **31,5%**⁹ ; membres de la famille : **20%**), on note que les services au sein de l'université sont les moins plébiscités par les répondant-es pour se confier à ces sujets (entre **0,1** et **1,9%** des répondant-es victimes des inconduites sexuelles de niveau 1 se sont tourné-es vers ces derniers). Les services de police sont également peu mentionnés pour les inconduites de niveau 1 (**3%**). Les professionnel·les de santé hors université (**5,9%**) arrivent juste après les proches, mais restent relativement peu sollicité-es par les répondant-es.

Ces taux varient selon le genre et la sexualité :

Tableau 29 : entités vers qui se sont tourné-es les répondant-es ayant subi les inconduites sexuelles de niveau 1 au cours de leur vie étudiante selon le genre et la sexualité (%).

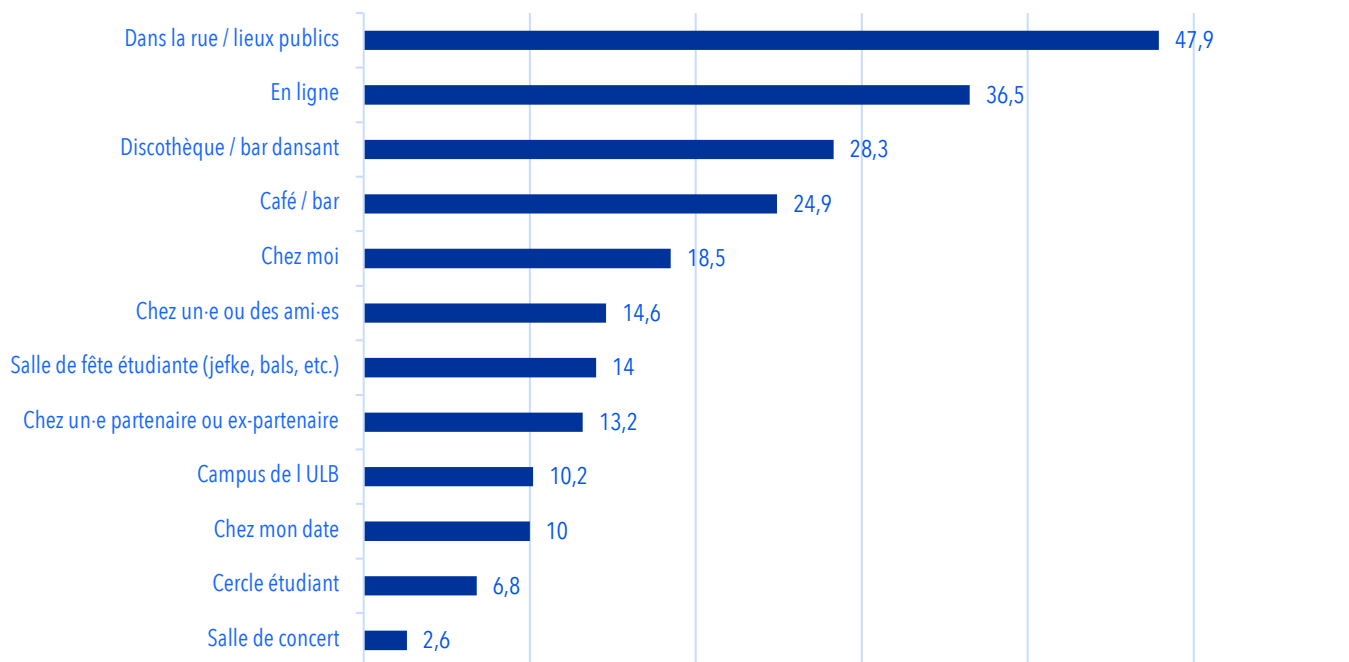
	Des ami-es	Proches (famille, conjoint-es)	Professionnel·les de la santé, du social, et enseignant-es/assistant-es	Services de police et de justice
Total	50,3	39,3	8,8	3,4
Hommes cisgenres hétérosexuels	39,1	25,6	6	1,5
Femmes cisgenres hétérosexuelles	51,2	39,5	5,6	3,5
Hommes cisgenres non hétérosexuels	39,2	31,4	13,7	2
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	59,1	46,6	13,8	4,7
Minorités de genre toutes sexualités confondues	60	63,3	23,3	6,7
P valeur	0,002	<0,001	<0,001	0,426

9 On ne sait pas quelle proportion des répondant-es de l'enquête a un-e conjoint-e, mais on peut émettre l'hypothèse que cette proportion serait plus élevée si calculée proportionnellement au fait d'être en relation. Cela est également valable pour d'autres variables (familles, ami-es, etc.).

Ainsi, les hommes cisgenres tendent à moins souvent solliciter leurs proches (**25,6%**) et leurs ami-es (**39,1%**). Les femmes non hétérosexuelles et minorités de genre de l'échantillon se tournent significativement plus souvent que la moyenne vers leurs ami-es (**59,1%** et **60%**) et leurs proches (**46,6%** et **63,3%**), et les minorités de genre de l'échantillon spécifiquement se tournent plus souvent que la moyenne vers des professionnel·les (**23,3%**).

La figure 20 présente les lieux où se sont déroulées les inconduites :

Figure 20 : lieux où ont eu lieu les inconduites sexuelles de niveau 1 (%)



N = 947.

Note : les répondant·es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

La moitié des répondant·es victimes d'inconduites sexuelles relevant de l'atteinte à l'intégrité sexuelle et du voyeurisme (niveau 1) déclarent qu'elles ont été commises dans des espaces publics (**47,9%**). On remarque que le second « lieu » le plus souvent mentionné par les répondant·es (**4 sur 10**) est l'espace numérique en ligne, ce qui met l'accent sur le fait qu'il s'agisse d'un environnement à risque chez les jeunes, méritant l'attention des politiques sociales de prévention.

Respectivement **18,5%** et **14,6%** déclarent qu'elles ont eu lieu chez elles-eux ou chez des ami-es, ce qui suggère que les inconduites sexuelles sont souvent commises dans le cercle proche.

Une quantité importante fait référence aux lieux de fête (discothèques : **28,3%** ; cafés/bars : **24,9%** ; salles de fêtes étudiantes : **14%**).

On note que le campus (**10,2%**) ou les cercles (**6,8%**) sont moins représentés que le reste, bien que restant le lieu de ces inconduites pour environ **1 répondant·e victime sur 10**.

Les lieux dans lesquels les inconduites sexuelles ont lieu varient selon le genre et la sexualité, comme le montre le tableau 29. Nous avons ici réuni les différents lieux en 5 catégories :

Tableau 30 : lieux des inconduites sexuelles de niveau 1 subies au cours de la vie étudiante selon le genre et la sexualité (%).

	Dans la rue/lieux publics	Vie privée / intime (dates, mon domicile, chez un-e (ex)partenaire)	Lieux de sorties / de fête hors campus	En ligne	Campus (incluant cercles et lieux festifs)
Total	47,9	38,8	37	36,5	24,1
Hommes cisgenres hétérosexuels	13,5	30,8	21,8	30,1	29,3
Femmes cisgenres hétérosexuelles	54,9	34,3	37,6	35,9	20,3
Hommes cisgenres non hétérosexuels	27,5	49	33,3	62,7	29,4
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	57,8	47	44,4	35,8	27,6
Minorités de genre	43,3	63,3	53,3	40	30
P valeur	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,048

N = 909.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Dans la rue ou les lieux publics :

Ces inconduites concernent 1 répondant-e sur 2. On note avant tout que les hommes cis hétérosexuels sont fortement sous-représentés dans les inconduites sexuelles de niveau 1 vécues dans la rue (**13,5%**). Les femmes cisgenres se distinguent par leur forte exposition dans la rue ou les lieux publics (**54,9% à 57,8%**).

La sphère intime :

Les inconduites dans la sphère intime sont vécues par près de **4 répondant-es sur 10**, et sont particulièrement rapportées par les hommes non hétérosexuels (**49%**) et les femmes homosexuelles (**47%**).

Les lieux festifs hors campus :

Les lieux festifs hors campus sont le lieu d'inconduites de niveau 1 pour 37% des répondant-es de l'enquête. Les données distinguent les hommes cis hétérosexuels comme étant les moins susceptibles d'y être confrontés en ces lieux (**21,8%**). Les plus exposé-es sont les minorités de genre (**53,3%**) et les femmes cis non hétérosexuelles (**44,4%**). Les femmes hétérosexuelles (**37,6%**) et les hommes cis non hétérosexuels (**33,3%**) viennent ensuite.

En ligne :

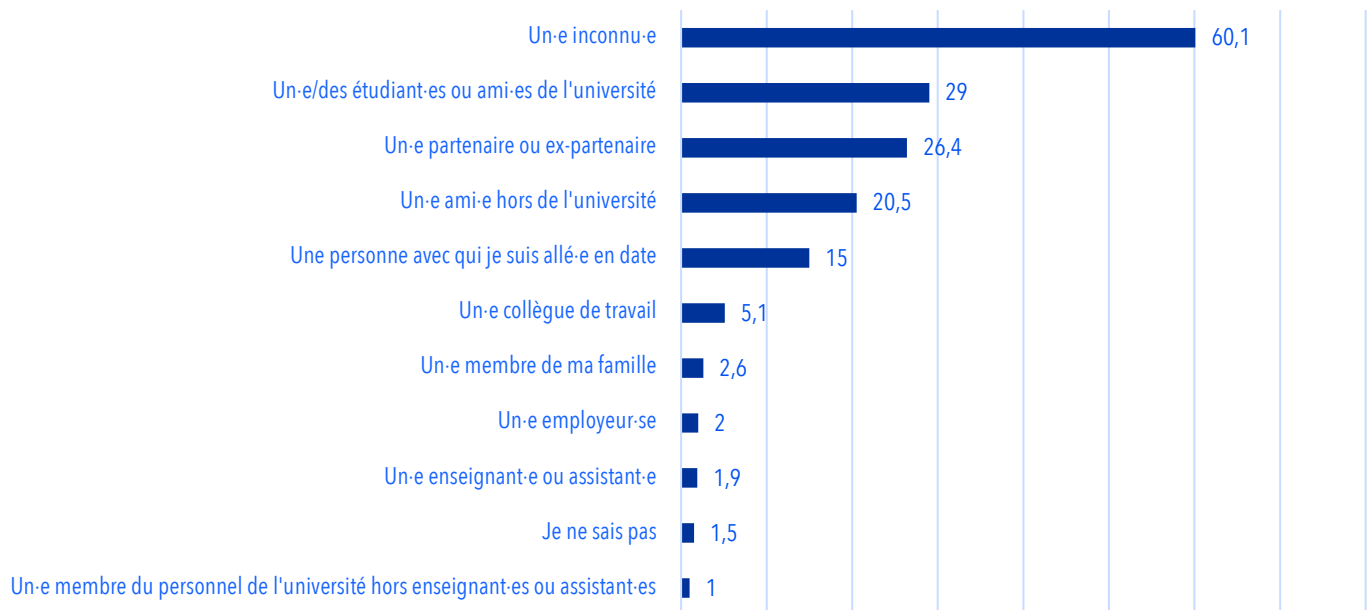
Les espaces numériques apparaissent aussi comme un lieu majeur d'exposition, particulièrement pour les hommes cisgenres homosexuels (**72,7%**). Les femmes homosexuelles sont celles qui déclarent le moins souvent y être confrontées, bien que cela concerne tout de même **1/4** d'entre elles, ce qui reste important. Les hommes cisgenres hétérosexuels sont également moins concernés que la moyenne (**30,1%**).

Campus de l'ULB :

On y note une légère sous-exposition des femmes cisgenres homosexuelles par rapport à la moyenne (**15,6%**). Les plus exposés sont les hommes cisgenres des minorités sexuelles (**38,9%**).

Voyons à présent qui sont les individus responsables de ces inconduites d'après les réponses des répondant-es :

Figure 21 : responsables des inconduites sexuelles de niveau 1 (%)



N = 947.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

A la lecture de ce tableau, il faut prendre en compte que les répondant-es pouvaient indiquer plusieurs réponses, notamment parce qu'ils et elles peuvent relater plusieurs types d'inconduites, et donc désigner différent-es responsables.

60,1% des répondant-es concerné-es relatent que les inconduites sexuelles de niveau 1 qu'ils et elles ont subies ont été commises par des inconnu-es. On remarque cependant que l'addition de toutes les autres variables montre le fait connu que ces inconduites sont plus souvent commises par des personnes connues des victimes. Le cercle proche est notamment très représenté : **29%** mentionnent un-e étudiant-e de l'université, **26,4%** un-e (ex) partenaire, et **20,5%** un-e ami-e hors de l'université. **15%** déclarent également que ces faits ont eu lieu lors d'un *date*. Ce constat rejoint les résultats observés dans d'autres enquêtes, notamment l'Enquête Viragede l'INED (Brown & al., 2021), qui montrait que la majorité des agressions sexuelles sont perpétrées par des proches, souvent dans des contextes relationnels ou de sociabilité.

Les inconduites sont moins souvent perpétrées par des personnes fréquentées dans le cadre du travail (**2 à 5,1%**), de la famille (**2,6%**) et des études (**1,9%**) – bien que ces chiffres révèlent des situations alertantes.

Ces données varient selon le genre et la sexualité. Nous avons ici réuni les différents lieux en 4 catégories, pour faciliter les comparaisons. La catégorie « famille », trop peu représentée, et qui ne pouvait être agrégée avec les autres catégories, a été supprimée, de même que la catégorie « collègue de travail ». La 4^{ème} catégorie regroupe les employeurs et personnel de l'université, relations dans lesquelles un rapport de hiérarchie et/ou de pouvoir peut exister.

Tableau 31 : responsables des inconduites sexuelles de niveau 1 subies au cours de la vie étudiante selon le genre et la sexualité (%).

	Une-e inconnu-e	Un-e ami-e	Un-e date ou (ex)partenaire	Personnel de l'université ou employeur-se
Total	60,1	44,1	34,6	4,6
Hommes cisgenres hétérosexuels	33,1	54,9	25,6	3
Femmes cisgenres hétérosexuelles	65,9	37,4	32,8	4,3
Hommes cisgenres non hétérosexuels	54,9	51	47,1	7,8
Femmes cisgenres non hétérosexuelles	64,2	49,1	37,5	4,3
Minorités de genre toutes sexualités confondues	56,7	66,7	63,3	16,7
P valeur	<0,001	<0,001	<0,001	0,020

N = 947.

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Les hommes cisgenres hétérosexuels :

Chez les hommes cisgenres hétérosexuels, les inconduites semblent plus souvent provenir des ami-es (**54,9%**). Ils sont en revanche sous-représentés par rapport à la moyenne parmi celles et ceux citant que les inconduites sexuelles viennent d'inconnu-es (**33,1%**) ou de dates ou (ex)partenaires (**25,6%**).

Les femmes cisgenres hétérosexuelles :

Les femmes cisgenres hétérosexuelles citent majoritairement des inconnu-es (**65,9%**), suivies des ami-es (**37,4%**), de partenaires ou ex (**24,6%**).

Les hommes cisgenres non hétérosexuels :

Ils rapportent des taux élevés dans de nombreuses catégories. S'ils sont légèrement moins touchés que la moyenne dans la sphère publique, le taux reste élevé (**54,9%**). Ils sont particulièrement affectés dans la sphère intime (dates ou (ex)partenaires : **47,1%**, ami-es **51%**). Ils sont également plus susceptibles que la moyenne de mentionner un-e membre du personnel de l'université ou un-e employeur-se.

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles :

Elles rapportent également des taux élevés dans de nombreuses catégories. Elles sont parmi les plus nombreuses à citer des inconnu-es (**64,2%**), et sont aussi vulnérables dans la sphère intime (ami-es : **49,1%**, dates et partenaires : **37,5%**).

Les minorités de genre :

Les personnes trans et non-binaires présentent les taux les plus élevés du tableau concernant les ami-es (**66,7%**), et les dates ou (ex)partenaires (**63,3%**), et sont surreprésenté-es parmi celles et ceux mentionnant des employeur-ses ou personnel de l'université (**16,7%**).

En somme :

Les résultats montrent que **les atteintes à l'intégrité sexuelle et le voyeurisme sont répandues, certaines concernant jusqu'à 4 répondant-es sur 10**. Les inconduites sexuelles de niveau 1 surviennent dans tous les contextes de la vie étudiante - qu'ils soient publics, festifs, numériques ou privés, mais selon des logiques variant selon le genre et la sexualité. On observe notamment **l'importance du cyberharcèlement sexuel dans la vie affective et sociale étudiante**. Il serait intéressant d'explorer la nature de ces expériences (contenu non sollicité, moqueries, outing, etc.) de manière plus approfondie, afin d'adresser ces questions de manière adéquate dans les politiques sociales de prévention.

Comme expliqué dans la méthodologie en début de rapport, il faut cependant faire preuve de prudence quant à l'interprétation de ces résultats. Les faibles effectifs et les biais de remplissage pourraient être responsables de certaines des variations observées, sans qu'on puisse le déterminer. Il ne faut donc pas stipuler que la proportion des répondant-es qui déclarent les avoir subies sont représentatives de la réalité de la population étudiante de l'ULB. Il est alors plus fiable de se concentrer sur la façon dont ces tendances varient d'un groupe à l'autre. En effet, les inconduites sexuelles de niveau 1 touchent différemment les groupes selon le genre et la sexualité : **les plus touché-es sont les minorités de genre, viennent ensuite les minorités sexuelles, et enfin les femmes cisgenres hétérosexuelles. Les hommes cisgenres hétérosexuels sont de loin les moins touchés. Les écarts sont particulièrement marqués pour les faits les plus graves : alors que seuls 9,8% des hommes cis hétérosexuels disent avoir été pris-es en photo ou filmé-es nu-es sans consentement, cette proportion atteint 58,7% chez les minorités de genre (personnes trans ; non-binaires).**

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont ainsi non seulement nettement moins susceptibles de subir des inconduites de niveau 1 que tous les autres groupes, mais ils subissent en outre principalement ces comportements de la part de leurs pairs. Ils sont aussi bien moins souvent ciblés dans l'espace public, mais plus souvent sur le campus que la moyenne. **Les hommes cisgenres non hétérosexuels, eux, se démarquent par une surexposition dans les relations intimes, mais également dans les espaces en ligne. Les femmes cisgenres sont particulièrement à risque dans les lieux festifs et l'espace public, mais aussi dans l'espace intime** (les non hétérosexuelles encore plus que les hétérosexuelles) : elles montrent des taux élevés dans tous les environnements.

Enfin, les minorités de genre apparaissent comme les plus exposées dans tous les contextes, mais il faut interpréter les résultats de cette catégorie avec précautions, en raison des faibles effectifs de répondant-es de cette identité de genre ayant répondu à ce groupe de questions (30). Néanmoins, **ces résultats, cohérents avec les données européennes à ce sujet** (Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023), **qui montrent la vulnérabilité des personnes trans en matière de violences sexistes et sexuelles.**

Lorsque ces situations surviennent, les pairs (ami-es) sont de loin la principale source de soutien recherchée par les répondant-es. Viennent ensuite les partenaires et la famille. Toute autre forme d'aide est sollicitée de manière bien plus anecdotique, particulièrement si hébergée au sein de l'université. Cela indique que concernant ce premier niveau d'inconduites (car nous verrons dans le chapitre suivant que les soutiens recherchés sont différents dans des situations plus graves), serait intéressant d'entretenir **une réflexion sur la formation des pairs en matière de politiques sociales.** En outre, on note que les hommes cis hétérosexuels se tournent significativement moins souvent vers leurs ami-es et proches, comparativement aux minorités sexuelles et de genre qui sont surreprésenté-es parmi celles et ceux recherchant ces soutiens.

En outre, les données montrent qu'au sein du groupe des femmes cisgenres non hétérosexuelles, les femmes bisexuelles et pansexuelles rapportent systématiquement plus de violences que les femmes homosexuelles. Ces données ne peuvent être mobilisées et considérées comme fiables en raison des faibles effectifs de ces sous-groupes, c'est pourquoi elles ne sont pas présentées dans ce chapitre. Cependant, notons qu'elles sont cohérentes avec la littérature récente, qui soutient le fait que les femmes bisexuelles sont plus souvent victimes d'hypersexualisation, de harcèlement, de violences conjugales et d'agressions que leurs homologues homosexuelles et hétérosexuelles.

3.6.4. Agressions sexuelles

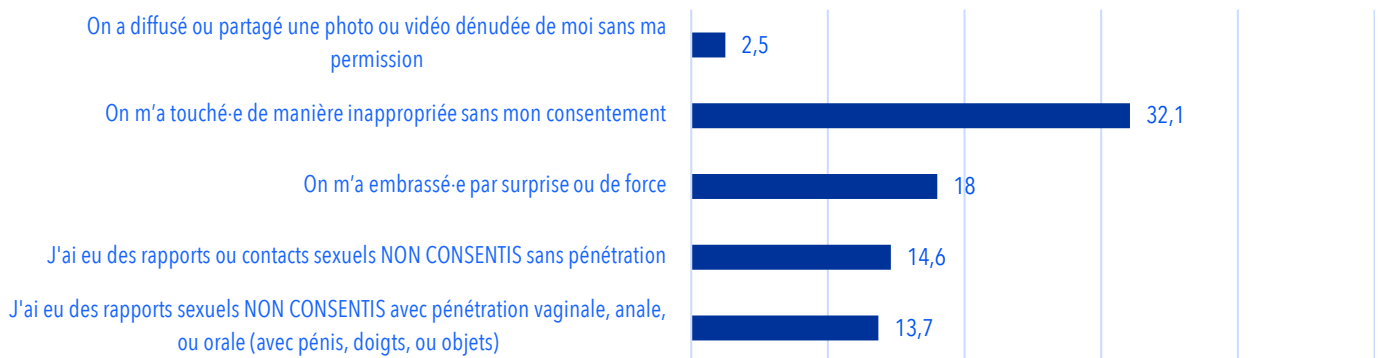
A présent, nous allons présenter les variables qui concernent les inconduites sexuelles de niveau 2, à savoir :

- baiser imposé,
- attouchements sans consentement,
- rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration,
- rapports sexuels non consentis avec pénétration (vaginale, anale ou orale, avec pénis, doigts ou objets) – ce qui correspond à la définition légale du viol.

Au total, **32,2%** des répondant-es ont vécu au moins une inconduite sexuelle de niveau 2 au cours de leur vie étudiante, et ce taux monte à **45,5%** chez les femmes cisgenres, **52,5%** chez les femmes cis non-hétérosexuelles, et **50%** chez les minorités de genre. Chez les hommes cisgenres, il est de **21,2%** chez les hétérosexuels, et de **30,3%** chez les homosexuels.

Voyons le détail de ces inconduites :

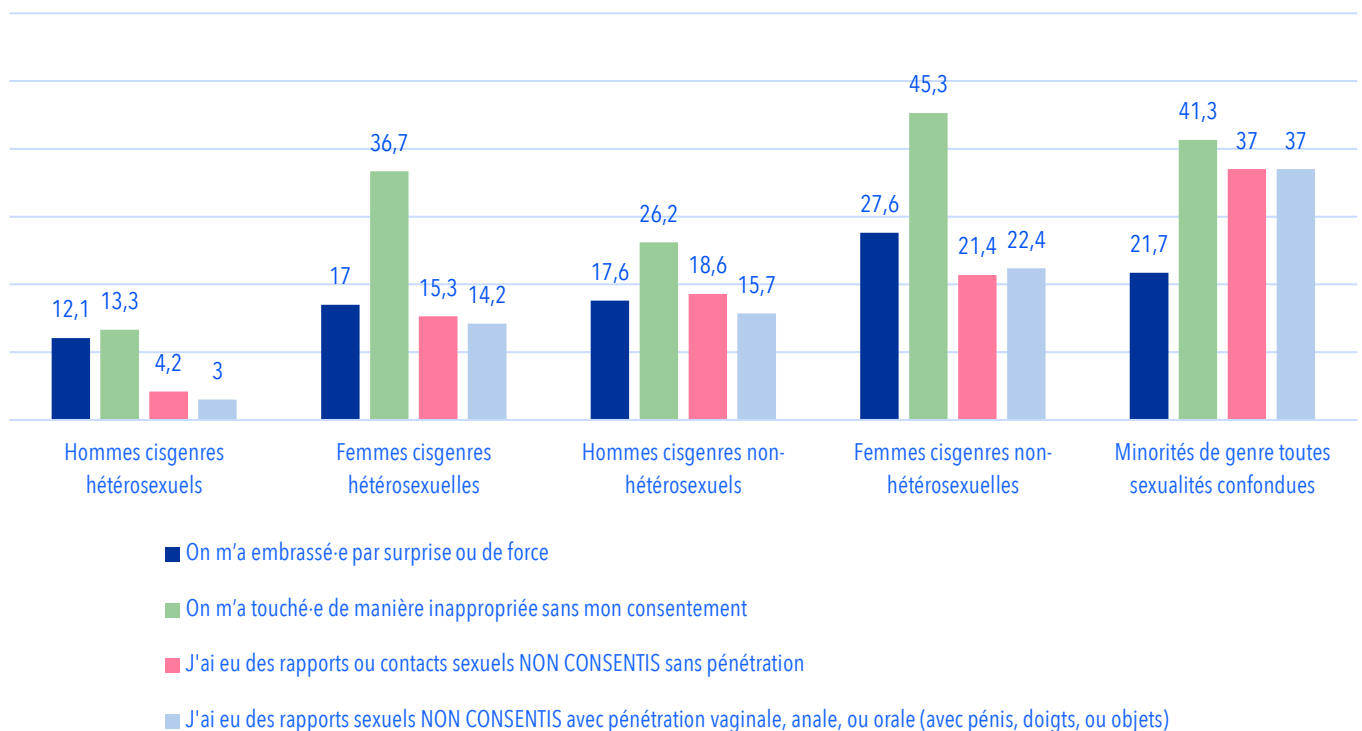
Figure 22 : inconduites de niveau 2 vécues par les répondant-es au cours de leur vie étudiante (%)



N = diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes (1631), baiser imposé (1631), attouchements sans consentement (1629), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (1628), rapports sexuels non consentis avec pénétration (1624).

Sans surprise, la plupart de ces inconduites n'affectent pas autant les hommes cisgenres hétérosexuels que les autres répondant-es¹⁰ :

Figure 23 : inconduites de niveau 2 vécues par les répondant-es au cours de leur vie étudiante selon le genre et la sexualité (%)



N = baiser imposé (1567), attouchements sans consentement (1566), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (1564), rapports sexuels non consentis avec pénétration (1561).

P valeurs < 0,001.

¹⁰ Le fait d'avoir subi la diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes ne montrait pas de variations significatives selon le genre et la sexualité, et n'apparaît donc pas dans la figure 22.

Ainsi, les hommes cisgenres hétérosexuels sont effectivement les moins touchés, pour toutes les inconduites sexuelles de niveau 2 subies au cours de leur vie étudiante. Ils sont néanmoins **4,2%** à déclarer avoir subi un rapport non consenti sans pénétration, et **3%** à avoir subi un rapport sexuel non consenti avec pénétration (viol) depuis le début de leur vie étudiante.

Les femmes cisgenres hétérosexuelles sont plus affectées, et sont notamment plus de 4 fois plus susceptibles d'avoir subi un viol (**14,2%**) et des rapports sexuels non consentis sans pénétration (**15,3%**) au cours de leur vie étudiante que leurs homologues masculins.

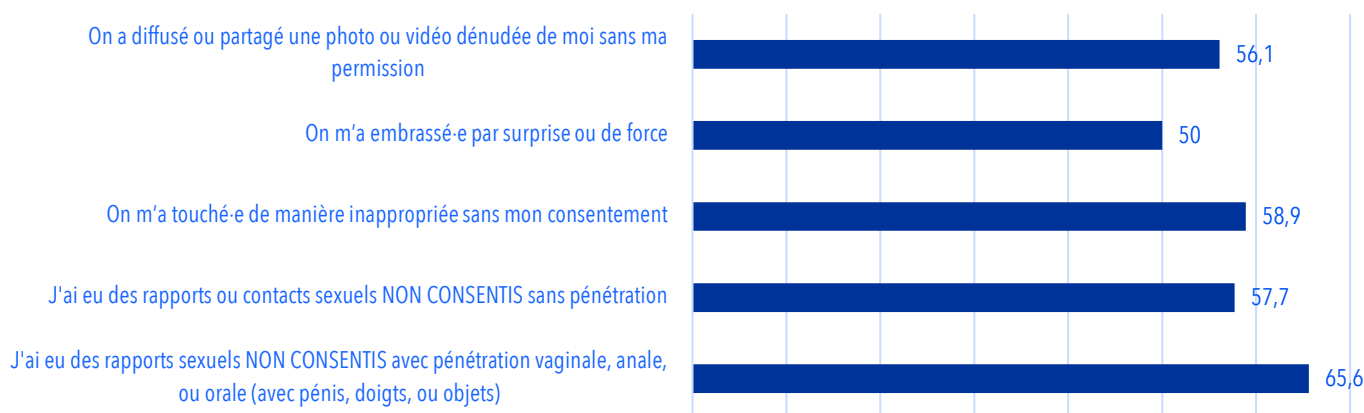
Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont légèrement plus affectés que les femmes cisgenres hétérosexuelles, hormis pour le fait d'avoir été touchés de manière inappropriée sans leur consentement, qu'ils sont néanmoins 1 sur 4 à rapporter. Ils sont 18,6% à déclarer avoir subi un rapport sexuel non consenti sans pénétration, et **15,7%** à avoir subi un viol.

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles sont un peu plus de **2 sur 10** à déclarer à avoir subi un rapport non consenti sans pénétration, et la même proportion à avoir subi un viol depuis le début de leurs études. Elles sont la plus grande proportion à déclarer avoir été touchées de manière inappropriée sans leur consentement (**45,3%**), et près de **3 sur 10** à avoir été embrassées par surprise ou de force.

Enfin, les minorités de genre sont des proportions particulièrement alertantes à déclarer avoir subi des inconduites sexuelles de niveau 2. Cependant, ces données ne peuvent être considérées comme fiables, car le nombre de personnes concernées ayant répondu à ces questions est seulement de 46.

Voyons à présent si les répondant-es ont parlé des agressions subies :

Figure 24 : proportion des répondant-es ayant partagé avec autrui le fait d'avoir subi ces inconduites sexuelles (%)



N = diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes (41), baiser imposé (294), attouchements sans consentement (526), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (239), rapports sexuels non consentis avec pénétration (223).

Pour chacun de ces comportements, la moitié au moins des répondant-es les ayant subis en ont parlé à quelqu'un. On note que pour les viols, ce taux monte à **65,6%**.

Ces résultats ne varient généralement pas selon le genre faute d'effectifs suffisamment élevés, hormis pour la variable sur les attouchements non consentis, concernant plus de répondant-es. Ici, on voit que les groupes les plus minorisés tendent à plus souvent parler de ce qu'ils et elles ont subi (hommes cis hétérosexuels : **40%** ; femmes cis non hétérosexuelles : **67,9%**), de manière concordante avec les constats effectués pour les inconduites de niveau 1.

Le reste des analyses de ce chapitre ne présenteront pas de variations selon le genre et la sexualité, dans la mesure où les effectifs sont trop peu élevés pour le permettre.

Les personnes à qui se sont adressé-es les victimes varient selon les faits en cause. Si les ami-es et les autres proches tendent, comme pour les inconduites de niveau 1, à être les plus sollicité-es, ils et elles le sont d'autant plus lorsque les faits sont les plus graves :

Tableau 32 : entités vers qui se sont tourné-es les répondant-es ayant subi les inconduites sexuelles de niveau 2 au cours de leur vie étudiante (%).

	Des ami-es	Proches (famille, conjoint-es)	Professionnel·les de la santé, du social, et enseignant·es/assistant·es	Services de police et de justice
On a diffusé ou partagé une photo ou vidéo dénudée de moi sans ma permission	46,3	24,4	7,3	9,8
On m'a embrassé-e par surprise ou de force	46,3	29,6	6,5	1
On m'a touché-e de manière inappropriée sans mon consentement	51,9	41,2	10,5	1,7
J'ai eu des rapports ou contacts sexuels NON CONSENTIS sans pénétration	50,4	40,9	15,2	2,1
J'ai eu des rapports sexuels NON CONSENTIS avec pénétration vaginale, anale, ou orale (avec pénis, doigts, ou objets) (viol)	53,4	48	22	6,3

N = diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes (41), baiser imposé (294), attouchements sans consentement (524), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (237), rapports sexuels non consentis avec pénétration (223).

Ainsi, **48%** des victimes de viols se sont adressé-es à leurs proches, ce qui est significativement plus élevé qu'en cas de partage de photos intimes (**24,4%**), ou de baiser imposé (**29,6%**). Le taux de sollicitation des ami-es est plus comparable pour l'ensemble des types d'agressions (**46,3-53,4%**), bien que légèrement plus élevé en cas de viol (**53,4%**).

On remarque que les professionnel·les de la santé sont plus souvent sollicité-es en cas de viols (**22%**) ou agression sexuelle sans pénétration (**15,2%**) que pour le délit de voyeurisme (**7,3%**) ou les baisers imposés (**6,5%**). La sollicitation des services juridiques ou de police est en revanche plus élevée en cas de délit de voyeurisme (**9,8%**), et relativement peu pour les viols (**6,3%**), et très anecdotiques pour les autres inconduites de niveau 2 (**1-2,1%**).

Voyons à présent où ont eu lieu les inconduites de niveau 2 :

Tableau 33 : lieux des inconduites sexuelles de niveau 2 au cours de leur vie étudiante (%).

	Vie privée / intime (dates, mon domicile, chez u-e (ex)partenaire)	Lieux de sorties / de fête hors campus	Dans la rue/lieux publics	Campus (incluant cercles et lieux festifs)
On m'a embrassé-e par surprise ou de force	35	33,7	24,1	20,7
On m'a touché-e de manière inappropriée sans mon consentement	43,1	39,7	28,7	19,3
J'ai eu des rapports ou contacts sexuels NON CONSENTIS sans pénétration	68,2	15,2	14,8	9,7
J'ai eu des rapports sexuels NON CONSENTIS avec pénétration vaginale, anale, ou orale (avec pénis, doigts, ou objets) (viol)	80,7	4,5	6,3	3,1

N = baiser imposé (294), attouchements sans consentement (524), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (237), rapports sexuels non consentis avec pénétration (223).

Les inconduites sexuelles de niveau 2 tendent à avoir plus souvent lieu dans la sphère privée, mais on remarque d'importantes différences selon le type d'inconduites.

Les répondant-es ayant été embrassé-es par surprise ou de force sont environ 1/3 à déclarer que cela a eu lieu dans leur vie privée, et la même proportion dans les lieux de sortie ou festifs. La rue et lieux publics et le campus sont légèrement moins représentés mais restent des lieux où cela a eu lieu dans des proportions notables (**24,1-20,7%**).

On observe une dynamique similaire concernant les attouchements, que **43,1%** des répondant-es concerné-es ont décrit avoir eu lieu dans la vie privée, et **39,7%** dans les lieux de sortie / festifs. La rue/lieux publics (**28,7%**) et le campus (**19,3%**) sont légèrement moins représentés mais restent des lieux courants de ces agressions.

Les écarts sont plus marquants pour les agressions sexuelles avec et sans pénétration. Les répondant-es ayant été violé-es sont **80,7%** à déclarer que cela a eu lieu dans la sphère privée. Les autres lieux sont bien moins représentés (**3,1-6,3%**). Les agressions sexuelles sans pénétrations ont aussi massivement lieu dans la vie privée (**68,2%**) mais sont également présentes dans les lieux de sortie (**15,2%**), la rue/lieux publics (**14,8%**) et le campus (**9,7%**).

Les auteur-rices des agressions sont repris-es dans le tableau ci-dessous :

Tableau 34 : responsables des inconduites sexuelles de niveau 2 au cours de leur vie étudiante (%).

	Un-e date ou (ex)partenaire	Un-e ami-e	Une-e inconnu-e	Membres de la famille	Collègues de travail	Personnel de l'ULB, employeur-se
On a diffusé ou partagé une photo ou vidéo dénudée de moi sans ma permission	51,2	43,9	14,6	1,4	1,4	0
On m'a embrassé-e par surprise ou de force	27,6	46,6	31,3	2,4	0	0
On m'a touché-e de manière inappropriée sans mon consentement	31,4	36,5	45,6	3,3	3,3	0
On m'a imposé des rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration	50,4	29,1	17,6	3,4	2,1	0,1
On m'a imposé des rapports sexuels non consentis avec pénétration vaginale, anale, ou orale (avec pénis, doigts, ou objets) (= viol)	65	25,6	9,4	0,9	0	0,1

N = diffusion ou partage non consentis de photos/vidéos intimes (41), baiser imposé (294), attouchements sans consentement (523), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (238), rapports sexuels non consentis avec pénétration (223).

De manière concordante avec le tableau précédent, on constate que les agressions ont souvent lieu dans la vie privée, les relations amoureuses et sexuelles et les ami-es étant les plus représenté-es, juste avant les inconnu-es. Le personnel de l'université et les employeur-ses sont rarement mentionné-es, et les collègues sont relativement peu souvent impliqué-es, mais sont quand même désigné-es par **3,3%** des victimes d'attouchements. Les membres de la famille sont désigné-es par 3,4% des victimes d'agressions sexuelles sans pénétration.

Pour les viols et les agressions sexuelles sans pénétration, les dates et (ex)partenaires (**65-50,4%**) sont les plus représenté-es. Les répondant-es désignent cependant des ami-es dans plus **d'un quart des cas**.

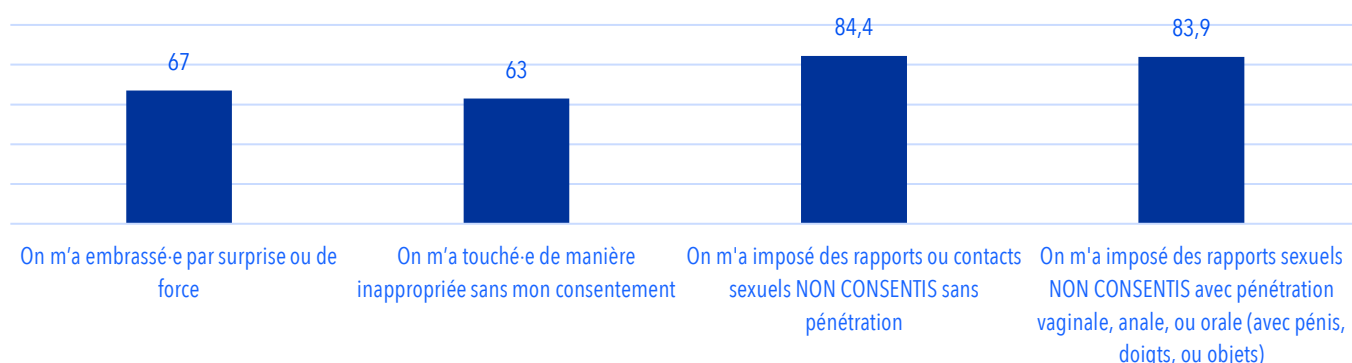
Les inconnu-es sont impliqué-es dans **1 viol sur 10**, et dans **1 agression sexuelle sans pénétration sur 6**, mais le sont plus souvent pour les attouchements (**45,6%**) et les baisers imposés (**31,3%**).

Le partage de photos intimes a souvent lieu dans la sphère privée, puisque cela implique un-e partenaire ou date dans la moitié des cas, et des ami-es dans **43,9%** des cas.

Pour les inconduites sexuelles de niveau 2, nous avons enfin questionné les répondant-es sur le contexte des événements, en demandant si cela avait eu lieu dans un contexte de consommation d'alcool. Cette question est destinée à déterminer si certains contextes, notamment festifs, sont plus à risques nécessiteraient la mise en place de dispositif de prévention spécifiques.

Ici, une question complémentaire a été intégrée afin d'identifier si les faits rapportés se sont déroulés dans un contexte impliquant la consommation d'alcool, que ce soit par la personne victime ou par l'auteur-e présumé-e. L'objectif de cet indicateur n'est pas d'imputer une quelconque responsabilité aux victimes, mais de mieux comprendre le rôle éventuel de certains environnements – festifs, notamment – dans la survenue des violences. Il s'agit ainsi d'évaluer si ces situations constituent des espaces de vulnérabilité nécessitant un renforcement des actions de prévention. Ce choix s'appuie sur les constats de l'enquête de l'Observatoire de la Vie Étudiante sur les assuétudes (OVE, 2023), qui mettait déjà en évidence la prévalence des agressions dans des contextes de fêtes étudiantes ou de consommation d'alcool, soulignant la nécessité d'intégrer cette dimension dans l'analyse des violences sexistes et sexuelles.

Figure 25 : inconduites sexuelles de niveau 2 ayant eu lieu au cours de la vie étudiante qui ont eu lieu dans un contexte festif et/ou de consommation d'alcool (%)



N = baiser imposé (294), attouchements sans consentement (523), rapports ou contacts sexuels non consentis sans pénétration (238), rapports sexuels non consentis avec pénétration (223).

Note : les répondant-es avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses.

Les viols (83,9%) et agressions sexuelles sans pénétration (84,4%) ont majoritairement eu lieu dans un contexte de consommation d'alcool ou de fête. Bien que dans des proportions moindres, les attouchements (63%) et les baisers imposés (67%), ont aussi majoritairement eu lieu dans de tels environnements.

En somme :

Les inconduites sexuelles de niveau 2, qui regroupent les formes les plus graves de violences sexuelles - dont les rapports non consentis avec ou sans pénétration (viols) - révèlent des dynamiques similaires à celles observées pour les inconduites de niveau 1, mais avec des écarts encore plus marqués selon le genre et la sexualité. **Les femmes et hommes cisgenres non hétérosexuel-les et les minorités de genre apparaissent comme les populations les plus exposées, cumulant les taux les plus élevés pour l'ensemble des comportements étudiés, depuis les attouchements non consentis jusqu'aux viols.** Les femmes cisgenres hétérosexuelles suivent de près, confirmant que le risque de subir une agression sexuelle demeure genré et concentré parmi les femmes et plus encore chez les minorités sexuelles ou de genre (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021 ; Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023 ; UA-MENAMAIS 2021).

Les hommes cisgenres hétérosexuels, bien que statistiquement moins touchés, restent concernés par ces violences : 4,2% rapportent avoir subi des rapports non consentis sans pénétration et 3% des viols. Toutefois, les écarts entre groupes montrent que la vulnérabilité face à ces violences est structurellement liée aux rapports de genre et à la position sociale des minorités sexuelles. En effet, c'est 1 femme cisgenre hétérosexuelle et 1 homme cisgenre non hétérosexuels sur 6 ; et 1 femme cisgenre non hétérosexuelle sur 5, qui rapportent ces faits – soit 5 à 7 fois plus que les hommes cisgenres hétérosexuels. Les minorités de genre sont les plus affectées, étant plus de 2 sur 5 à rapporter ces faits. Les données de ce chapitre à leur sujet sont cependant peu fiables, faute de représentativité suffisante de ce groupe. Néanmoins, **les tendances observées dans l'ensemble de ce chapitre à leur**

sujet sont cohérentes avec les recherches qui documentent que les personnes trans sont les plus vulnérables en matière de violences sexistes et sexuelles (Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023) - **cela appelle à une mise à jour de l'arsenal social et institutionnel en la matière**, notamment par la formation des professionnel·les de la santé, du social, de la justice et de la police, ainsi que par des campagnes de prévention ciblées et des enquêtes dédiées. En effet, **ces dispositifs tendent à être focalisés sur les femmes cisgenres, de façon compréhensible : elles sont massivement victimes de ces inconduites, et la prise de conscience des violences sexuelles est historiquement liée à l'histoire des femmes. Cependant, les données ici présentes ainsi que celles de nombreuses autres enquêtes rappellent l'importance de la mise en place de politiques sociales tenant compte de la vulnérabilité des personnes trans face aux violences sexiste et sexuelles.** L'enquête UN-MENMAIS (2021), menée en Belgique, rappelle ainsi : *« les mythes du viol entourant la "victime idéale" sont bien trop souvent suivis dans les politiques actuelles, par exemple, en se concentrant uniquement sur les victimes présentant le profil de jeunes femmes hétérosexuelles »,* alors que *« le fait d'avoir une orientation non-hétérosexuelle est associé à une probabilité plus élevée de subir des violences sexuelles. ».*

Nous abordons ici cette question sous l'angle de l'identité genrée et sexuelle des victimes. Or il est incontournable de mentionner le genre des auteurs (bien que cela n'ait pas été chiffré dans cette enquête). De fait, il est largement documenté que les auteurs de violences sexuelles sont majoritairement des hommes (cisgenres) (IWEPS, 2024 ; INSEE, 2024)¹¹. **Il est crucial d'appréhender les violences sexistes et sexuelles comme des violences de genre pour les comprendre et les adresser, dans la mesure où elles résultent de rapports de pouvoir socialement construits** (Armstrong & al., 2018). **Le fait qu'elles soient majoritairement commises par des hommes cisgenres, et qu'elles touchent plus fréquemment les minorités de genre et sexuelles et les femmes cisgenres, n'est pas fortuit. Elles s'inscrivent dans un système où le genre et la sexualité structurent la production et la reproduction des violences.** Il ne s'agit pas de nier l'existence de femmes ou de minorités de genre auteur·rices de violences, car cela existe - mais cela reste minoritaire et ne s'inscrit pas dans le même *système* de domination. On soupçonne d'ailleurs que c'est pour cette raison que l'on observe plus d'inconduites sexuelles entre partenaires chez les hommes non hétérosexuels que chez les femmes non hétérosexuelles (cf. tableau 31).

Il est également intéressant de constater la **prépondérance de la sphère privée dans les lieux où ces agressions se produisent** : les rapports non consentis, avec ou sans pénétration, ont lieu **majoritairement au domicile ou chez un·e (ex)partenaire**. Cette configuration diffère des inconduites de niveau 1, souvent situées dans des espaces publics, festifs ou universitaires. Les données confirment que la majorité des violences sexuelles sont commises par des personnes connues des victimes, le plus souvent des partenaires, mais aussi des ami·es - un phénomène connu et largement étudié (IWEPS, 2023 ; FRA, 2021 ; INED 2017).

Les données montrent également que **les contextes festifs et de consommation d'alcool constituent des environnements de vulnérabilité : plus de 80% des viols et agressions sans pénétration rapportés se sont déroulés dans ce contexte.** Ces résultats rejoignent les constats faits dans l'enquête sur les assuétudes (OVE, 2023) et dans d'autres études (IEFH, 2025), qui soulignent le rôle des contextes festifs dans l'exposition des étudiant·es aux violences sexuelles et la nécessité de renforcer la prévention en milieu étudiant.

Enfin, bien que plus de la moitié des victimes aient parlé des faits à quelqu'un, **les démarches vers les professionnel·les ou la justice demeurent minoritaires.** La plupart se tournent vers les ami·es ou les proches, tandis que les signalements aux services de police ne dépassent pas 6% pour les viols. Cette sous-déclaration massive, observée dans d'autres études (82% des agressions sexuelles ne sont pas reportées en Belgique - HealthyBelgium, 2025), suggère un manque de confiance envers les institutions. La recherche UN-MENMAIS (2021) explique cependant que la déclaration à la police n'est généralement pas un réflexe pour chercher de l'aide, mais pour arrêter l'agresseur et mettre fin aux violences. Les auteur·rices de l'étude recommandent ainsi de séparer l'accès aux soins de la déclaration à la police. Il s'agit alors de privilégier d'autres ressources pour l'accompagnement et la reconstruction des victimes de violences : via des psychologues et sexologues notamment.

Les inconduites sexuelles de niveau 2 révèlent la persistance d'un continuum des violences : si les inconduites de niveau 1 traduisent souvent des comportements banalisés dans l'espace public ou festif, celles du niveau 2 rappellent que ces dynamiques peuvent évoluer vers des formes d'agressions plus graves, souvent commises dans des contextes intimes/privés. Cette continuité plaide pour des politiques sociales intégrées, combinant prévention, accompagnement des victimes et formation du personnel, afin de réduire durablement l'exposition aux violences sexuelles au cours de la vie étudiante. Il s'agit à minima de réduire la vulnérabilité des étudiant·es dans les espaces de socialisation sur les campus, qui, bien qu'ils soient plus rarement le lieu des violences, relèvent de façon plus prégnante de la responsabilité de l'institution.

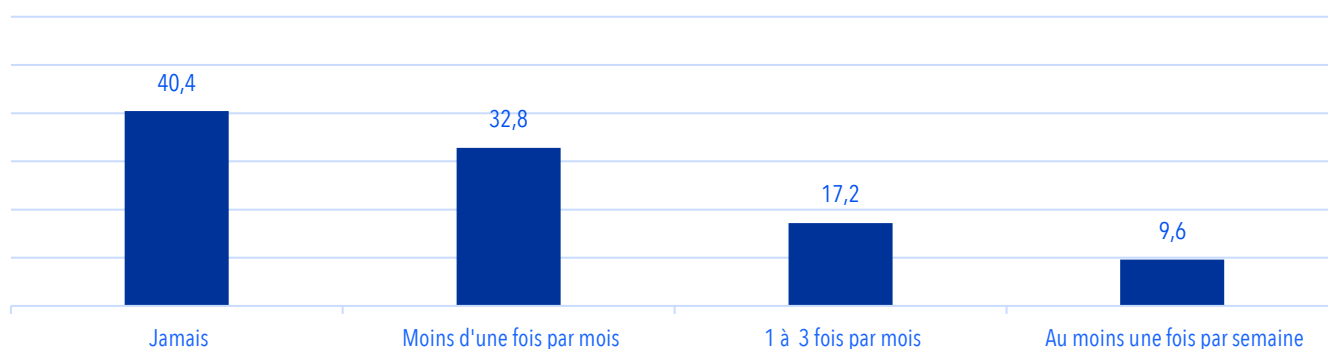
¹¹ L'enquête récente de l'IWEPS (2024), a notamment déterminé que 97,9% des violences sexuelles par non-partenaires étaient des hommes (cis).

3.6.5. Les pratiques festives

Le chapitre précédent a mis en évidence que la majorité des agressions sexuelles rapportées dans l'enquête se déroulaient dans des contextes festifs ou de consommation d'alcool. Les environnements festifs constituent des espaces centraux dans la vie sociale étudiante, mais semblent être particulièrement exposés aux violences sexistes et sexuelles. L'alcool et, plus largement, les produits psychostimulants, ne peuvent être perçus comme des causes directes de ces violences, mais sont consommés dans des contextes semblant en favoriser la survenue. A tout le moins, ils rendent les victimes plus vulnérables aux agresseur-ses, et peuvent même être instrumentalisés à ces fins. Ce chapitre s'intéresse donc plus spécifiquement à la question des usages de substances dans les contextes festifs et à leur articulation avec les violences sexistes et sexuelles, afin d'éclairer les conditions dans lesquelles ces violences se produisent, et d'identifier les leviers de prévention à renforcer.

Voyons tout d'abord quelles sont les habitudes de consommation d'alcool des répondant-es :

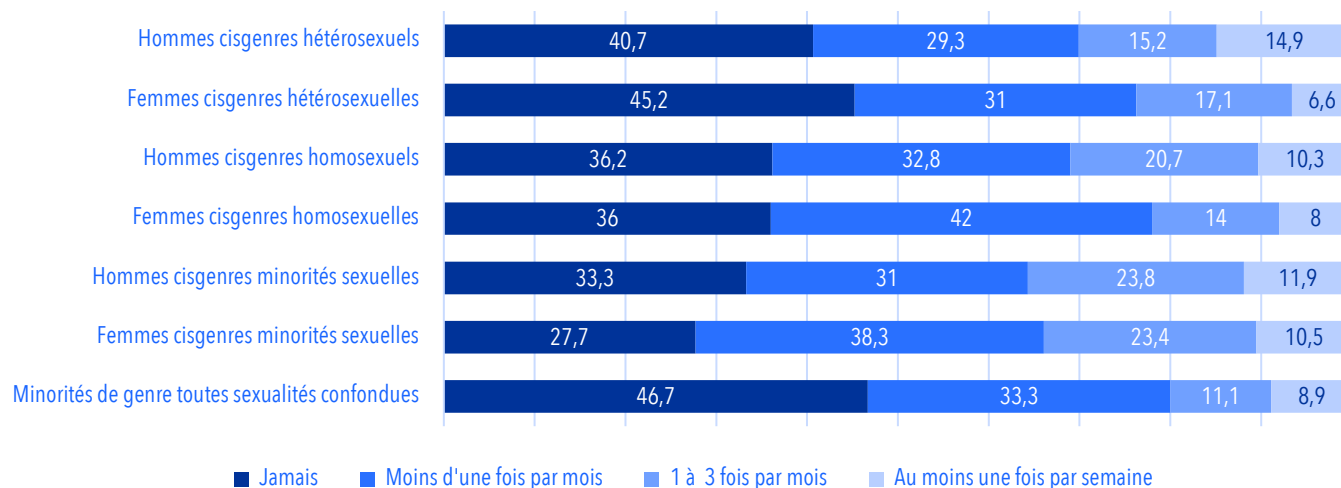
Figure 26 : fréquence de la sensation d'ivresse depuis le début de l'année académique (%)



N = 1541.
P valeur < 0,001.

Une partie importante des répondant-es déclare ne pas avoir été ivre depuis le début de l'année académique (**40,4%**), et près d'un tiers l'avoir été moins d'une fois par semaine. En d'autres termes, ces chiffres témoignent d'une consommation d'alcool allant rarement ou jamais jusqu'à l'ivresse pour une majorité (ou pas de consommation du tout). En revanche, **1 sur 10** déclarent avoir été au moins une fois par semaine.

Figure 27 : fréquence de la sensation d'ivresse depuis le début de l'année académique selon le genre et la sexualité (%)



N = 1541.
P valeur < 0,001.

Les hommes cisgenres hétérosexuels se distinguent par une fréquence d'ivresse plus élevée, avec près de **15%** déclarant avoir été ivres au moins une fois par semaine, contre **6,6%** seulement chez les femmes cisgenres hétérosexuelles. Ces dernières sont aussi plus nombreuses à rapporter ne jamais avoir été ivres (**45,2%** contre **40,7%** chez les hommes), confirmant une tendance observée dans l'enquête de l'OVE sur les assuétudes (2023), où les hommes rapportent en moyenne plus de comportements de consommation à risque.

Les hommes cisgenres homosexuels sont un peu plus nombreux que les hommes hétérosexuels à déclarer des épisodes d'ivresse mensuels (**20,7%**), mais moins à en rapporter de manière hebdomadaire (**10,3%**).

Les femmes cisgenres homosexuelles, de leur côté, affichent une consommation globalement modérée : **36%** disent ne jamais avoir été ivres, et seules **8%** déclarent une ivresse hebdomadaire. Ces données suggèrent une pratique festive marquée mais pas nécessairement plus risquée que celle observée chez les hétérosexuel·les.

Chez les minorités sexuelles, les différences sont plus subtiles : les hommes non hétérosexuels et les femmes non hétérosexuelles présentent des profils relativement similaires à la moyenne, avec toutefois une proportion un peu plus forte de consommations modérées (autour de **20-22%** déclarant être ivres 1 à 3 fois par mois).

Les minorités de genre apparaissent comme de plus faibles consommateur·rices, mais la taille de l'échantillon invite à la prudence dans l'interprétation. Elles sont néanmoins près de la moitié (**46,7%**) à dire n'avoir jamais été ivres, et moins d'un sur dix à déclarer une ivresse hebdomadaire (**8,9%**), des chiffres proches de ceux des femmes cisgenres hétérosexuelles.

Voyons à présent quels sont les lieux investis par les répondant·es dans leurs pratiques festives. Il a ici été demandé aux répondant·es d'indiquer quels étaient les 3 lieux festifs les plus fréquentés :

Tableau 35 : lieux festifs les plus fréquentés (%).

	Espaces festifs publics : discothèques / bars / salles de concert / cafés	Espaces privés : mon domicile, chez des ami·es ou chez mes parents	Campus (espaces de socialisation, cercles, salles de fête étudiante)	Restaurants	Rue / lieux publics
Population totale (n=1637)	71	62,7	32,4	29,3	15,9
Hommes cisgenres hétérosexuels	63,8	63,5	38,7	24,9	20,2
Femmes cisgenres hétérosexuelles	70,3	59,7	31,1	36,7	13,7
Hommes cisgenres homosexuels	81,7	65	23,3	23,3	16,7
Femmes cisgenres homosexuelles	80,8	65,4	30,8	11,5	19,2
Hommes cisgenres minorités sexuelles	65,1	67,4	32,6	30,2	23,3
Femmes cisgenres minorités sexuelles	85,2	67,3	25,3	24,1	13,2
Minorités de genre	63	60,9	43,5	13	13
N	1572	1572	1572	1572	1572
P valeur	<0,001	0,438	0,005	<0,001	<0,001

Globalement, les lieux festifs publics tels que discothèques, bars, cafés ou salles de concert (espaces festifs publics) sont les plus fréquentés (**71%** de la population totale les a choisis parmi ses 3 lieux les plus fréquentés), suivis par les espaces privés (**62,7%**) et, dans une moindre mesure, le campus (**32,4%**). Les restaurants (**29,3%**) et lieux publics extérieurs (**15,9%**) apparaissent plus secondaires.

Les femmes cisgenres hétérosexuelles fréquentent davantage les restaurants (36,7%) que les hommes (24,9%), et se montrent légèrement plus présentes dans les bars et discothèques (70,3%). Les hommes cisgenres hétérosexuels de l'échantillon, de leur côté, investissent davantage le campus et les cercles étudiants (38,7%).

Les personnes homosexuelles, hommes comme femmes, se distinguent par une forte fréquentation des espaces festifs publics : plus de 80% d'entre elles et eux déclarent s'y rendre régulièrement. En revanche, les femmes homosexuelles sont nettement moins présentes dans les restaurants (11,5%) et sur le campus (30,8%).

Les minorités sexuelles (personnes bis- et pansexuelles) présentent un profil intermédiaire. Autour de deux tiers fréquentent les espaces privés. Les hommes cisgenres exploitent plus la rue et les espaces publics, et les femmes cisgenres des minorités sexuelles se distinguent même par la proportion la plus élevée de fréquentation des bars, cafés et discothèques (85,2%).

Enfin, les minorités de genre montrent un rapport plus restreint à la vie festive : seulement 63% fréquentent les bars ou cafés, mais 43,5% participent à des activités sur le campus — une proportion supérieure à celle déclarée par les femmes hétérosexuelles.

En somme :

La majorité des répondant-es déclare une consommation d'alcool modérée, avec 40,4% déclarant n'avoir jamais été ivres depuis le début de l'année académique. En revanche, environ 1/10 rapportent des épisodes d'ivresse hebdomadaires, confirmant la présence d'un noyau de consommation intensive typique des sociabilités festives étudiantes.

On remarque une **surreprésentation des hommes cisgenres dans les épisodes d'ivresse fréquents et un rapport plus prudent à l'alcool chez les femmes cisgenres et les minorités de genre**. Ces résultats rejoignent les constats faits dans l'enquête sur les assuétudes (OVE, 2023), où la socialisation de genre influence la relation à l'alcool et l'exposition aux contextes festifs à risque.

Les personnes non hétérosexuel-les sont dans la moyenne, bien que les femmes non hétérosexuelles se démarquent par une consommation un peu plus régulière. Les minorités de genre, en revanche, sont les moins consommateurs-rices : près de la moitié (46,7%) n'a jamais été ivre depuis le début de l'année académique.

Concernant les espaces festifs, les espaces publics (bars, discothèques, cafés, concerts) sont les plus investis (71%), suivis des espaces privés (62,7%), et du campus (32,4%). **Les hommes cisgenres hétérosexuels se distinguent par la plus forte présence sur le campus (38,7%), espace où la vie associative et les cercles étudiants pourraient être dominés par des dynamiques masculines**. Ils tendent aussi à plus souvent exploiter la rue et les espaces publics. À l'inverse, les femmes cisgenres hétérosexuelles fréquentent davantage les bars et restaurants, espaces de sociabilité plus encadrés. Les répondant-es homosexuel-les et les femmes bi- et pansexuelles présentent des taux parmi les plus élevés de fréquentation des espaces festifs publics.

Ces résultats confirment que **la sociabilité étudiante est fortement structurée par le genre et la sexualité, tant dans les pratiques de consommation que dans le choix des lieux festifs**. La fête, loin d'être un espace neutre, reproduit des rapports de pouvoir et d'exclusion, mais peut aussi constituer un espace d'affirmation et de résistance, notamment pour les minorités sexuelles et de genre. Ces constats rejoignent les travaux sur la géographie genrée des loisirs et de la fête, qui soulignent que l'accès différencié aux espaces publics et festifs traduit des rapports de pouvoir et de sécurité inégaux (Lieber, 2008).

Nous avons ensuite questionné les répondant-es sur leur exposition dans les milieux festifs à l'administration de substances à leur insu, éventuellement précurseurs d'agressions sexuelles, via les questions suivantes :

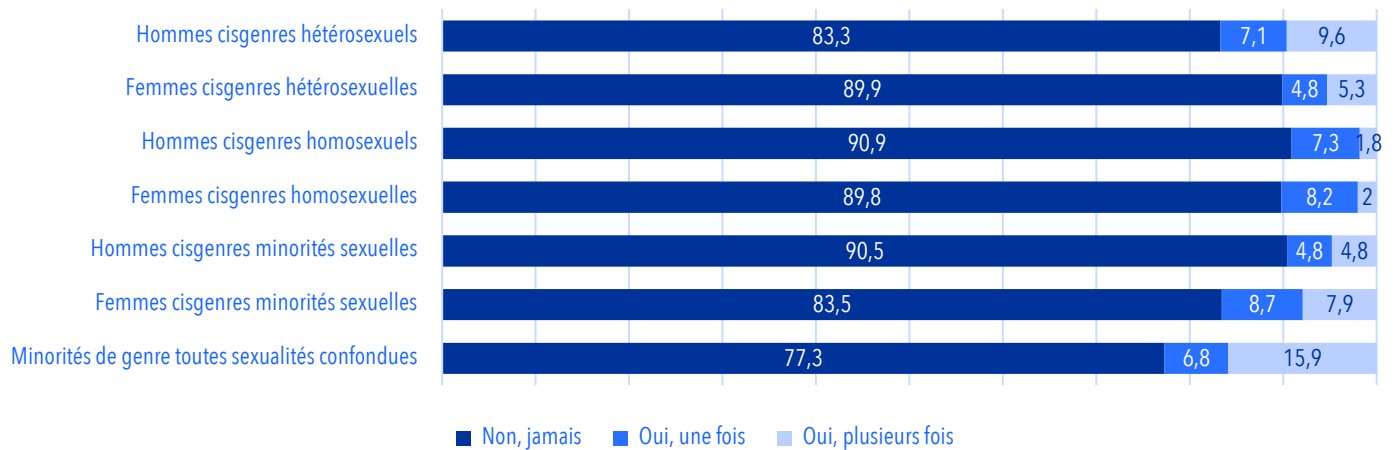
Avez-vous déjà vécu les situations suivantes (au cours de votre vie) :

- Quelqu'un-e a mis un produit dans ma boisson à mon insu,
- Quelqu'un-e m'a menti sur le contenu d'une boisson ou d'un produit psychoactif qu'ils ou elles m'ont fait consommer, Quelqu'un-e a augmenté la dose d'alcool dans mon verre ou a rempli mon verre à mon insu dans le but de me rendre ivre.

Ainsi, nous avons constaté que **6,5%** des répondant-es déclarent que quelqu'un-e avaient mis un produit dans leur boisson à leur insu, et que **4,2%** affirment que quelqu'un-e leur a menti sur le contenu d'une boisson ou d'un produit psychoactif qu'on leur a fait consommer. Ces résultats ne varient pas selon le genre et la sexualité, faute d'effectifs suffisamment conséquents.

On observe une fréquence plus importante du fait que quelqu'un-e ait augmenté la dose d'alcool dans leur verre pour les rendre ivres : **6,4%** l'ont vécu une fois, et **6,8%** l'ont vécu plus d'une fois, pour un total de **13,2%** l'ayant vécu au moins une fois. Pour cette dernière variable, on observe des variations selon le genre et la sexualité :

Figure 28 : fréquence de l'augmentation de la dose d'alcool dans le verre des répondant-es à leur insu pour les rendre ivres (%).



N = 1522.
P valeur = 0,020.

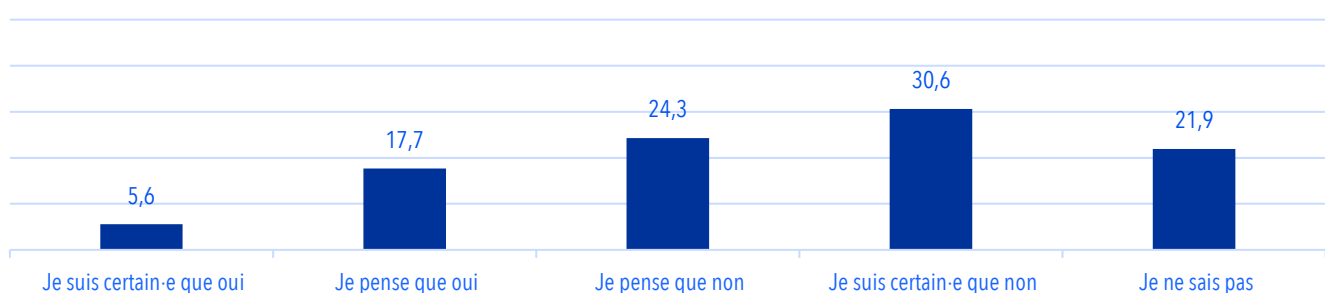
Les hommes cisgenres hétérosexuels apparaissent un peu plus exposés que la moyenne : **9,6%** déclarent avoir vécu ce type de situation à plusieurs reprises au cours de leur vie, contre **5,3%** chez les femmes cisgenres hétérosexuelles.

Chez les personnes non hétérosexuelles, les niveaux sont globalement proches ou légèrement inférieurs à la moyenne, mais les femmes cisgenres non hétérosexuelles apparaissent davantage concernées : **8,6%** ont vécu cette situation une fois, et **6,9%** à plusieurs reprises.

Les minorités de genre sont, de loin, les plus touchées : **15,9%** déclarent avoir subi ce comportement à plusieurs reprises, et près d'un quart (**22,7%**) au moins une fois au cours de leur vie.

Enfin, nous avons demandé aux répondant-es qui ont vécu au moins une de ces trois situations s'ils et elles pensaient qu'elles avaient été effectuées dans une intention d'agression sexuelle :

Figure 29 : suspicion d'intentions d'agression sexuelle par les répondant-es victimes d'inconduites liées à la consommation de produits psychoactifs en milieux festifs (%)



N = 288.

Une petite majorité penche du côté du non, quand il s'agit d'évaluer si l'administration de substances à leur insu avaient eu pour objectif de les agresser sexuellement (**54,9%**), et **21,9%** ne « sait pas ». En revanche, **23,3%** penchent du côté du oui.

Le faible effectif limite l'interprétation des variations de ces réponses du point de vue du genre et de la sexualité, mais si on opère seulement une distinction du point de vue du genre, on constate que **1 homme cisgenre sur 10** penche du côté du oui (mais aucun n'est « certain »), tandis que ces proportions s'élèvent à **1/3** pour les femmes cisgenres et les minorités de genre ($p < 0,001$).

En somme :

L'administration de substances à l'insu des étudiant-es semble relativement courante, puisque 6,5% des répondant-es déclarent qu'on a déjà mis un produit psychoactif dans leur boisson à leur insu, et que 13,2% ont subi l'administration ou l'augmentation de dose d'alcool à leur insu dans le but de les rendre ivres.

On remarque une **surexposition des hommes cis hétérosexuels au fait de se voir faire consommer plus d'alcool à leur insu**, qui pourrait s'expliquer par des dynamiques de groupe et de surenchère alcoolisée propres à **certaines formes de sociabilité masculine, souvent normalisées dans les environnements festifs étudiants** (OVE, 2023). Les femmes cisgenres des minorités sexuelles semblent aussi plus souvent concernées par cette pratique que la moyenne, ce qui s'explique certainement différemment que pour les hommes cisgenres hétérosexuels, et suggère à l'inverse une plus grande vulnérabilité dans les contextes festifs. Cependant, ce sont les minorités de genre qui paraissent de loin les plus touché-es (bien que l'effectif limité pour ce groupe incite à la prudence dans l'interprétation).

1/10 des hommes cis, mais surtout **1/3** des femmes cis et minorités de genre ayant subi au moins un de ces comportements pensent qu'ils ont été faits dans une intention d'agression sexuelle. Ces constats alarmants illustrent la manière dont l'alcool peut être instrumentalisé comme outil de désinhibition ou de contrôle, et **invitent au renforcement de la prévention dans ces milieux qui semblent être le terrain de comportements prédateurs mettant en danger les minorités.**

3.7. L'autoévaluation des connaissances et les ressources

Dans la continuité des thématiques abordées dans ce rapport, les répondant-es ont également été invité-es à évoquer leurs connaissances ainsi que les ressources qu'ils et elles connaissent, tant au sein de l'université qu'à l'extérieur, pour faire face aux situations évoquées précédemment - qu'il s'agisse de violences sexistes et sexuelles, ou de prévention des IST et grossesses non désirées. Cette section vise à évaluer le niveau de connaissance de ces sujets et des dispositifs d'aide disponibles, afin de mieux comprendre si les étudiant-es sauraient s'orienter en cas de besoin. C'est aussi l'occasion d'éclairer les éventuelles lacunes d'information ou de confiance dans l'offre existante, et d'orienter les politiques sociales en la matière au sein de l'institution.

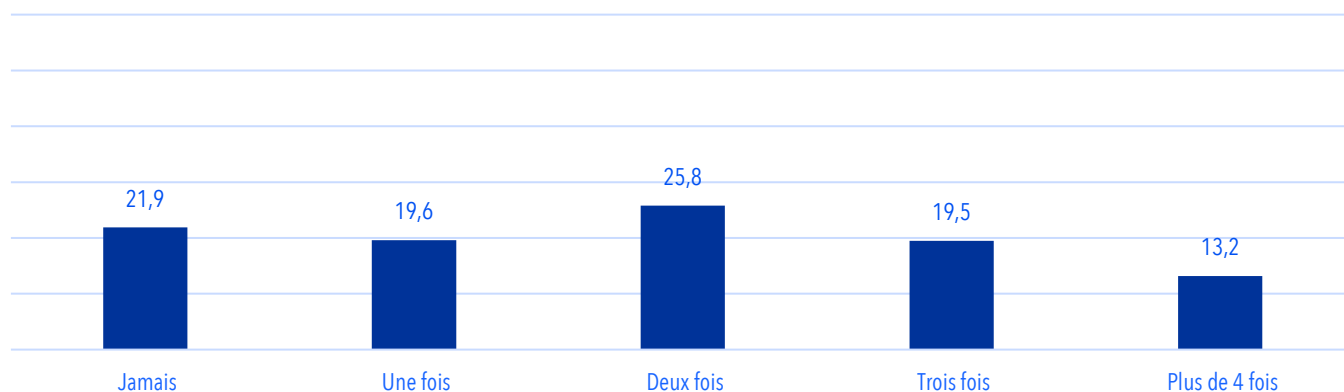
3.7.1. L'auto-évaluation des connaissances

L'EVRAS (éducation à la vie affective, relationnelle, et sexuelle) :

Il convient de commencer ce chapitre par la question de l'Evrass (éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle). Ces cours sont normalement dispensés au cours de la scolarité pour aborder divers sujets tels que les relations, les émotions, le corps, la sexualité, la contraception, le consentement, les violences, les limites, etc., de manière adaptée à leur âge. Cet enseignement est obligatoire tout au long de la scolarité depuis 2012, et depuis 2023, il est établi de manière plus formelle que les élèves doivent recevoir au minimum 4h d'EVRAS (dispensées en 2 sessions, une en 6^{ème} primaire, et une en 4^{ème} secondaire) (Site internet evras-be).

Il a été demandé aux répondant-es d'indiquer à quelle fréquence ils et elles ont reçu ces enseignements avant leur arrivée à l'université. On suppose en effet qu'ils participent à l'élaboration de leurs connaissances en matière de santé sexuelle, d'apprentissage du consentement, et d'identification des ressources à mobiliser en cas de besoin.

Figure 30 : fréquence à laquelle les répondant-es ont reçu des cours d'evras (%)



N = 1519.

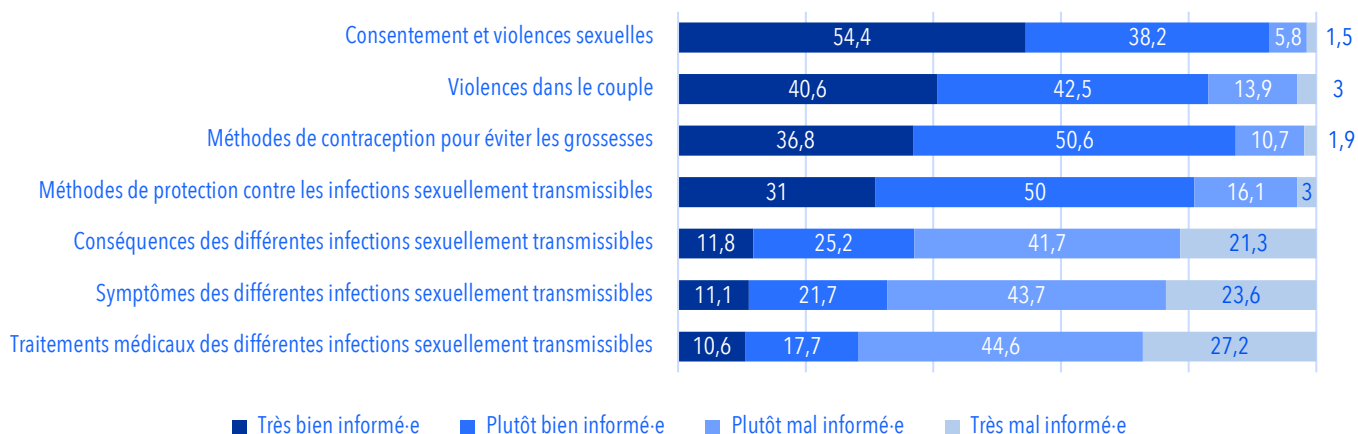
41,5% ont reçu des cours d'Evras moins de 2 fois dans leur vie, soit moins souvent que ce qu'impose la réglementation. Il semblerait que cela soit plus fréquent chez les étudiant-es les plus âgé-es, ce qui est concordant avec la progressive généralisation de l'Evras. En effet, les plus de 27 ans sont 57,2% dans ce cas, contre 28,3% des moins de 20 ans.

Cela s'explique d'une part parce que les étudiant-es les plus âgé-es sont plus souvent étranger-es en raison de parcours d'étude plus longs (OVE, 2023), et donc venant de pays n'étant pas nécessairement soumis-es aux mêmes réglementations en la matière. L'autre raison évidente est qu'ils et elles viennent d'une génération qui précède la généralisation de l'Evras, qui n'est clairement régulé que depuis 2023¹².

On note enfin que si la fréquence déclarée de réception des cours d'Evras est positivement corrélée à l'auto-évaluation du niveau d'information sur la santé sexuelle et les VSS (variables de la Figure 30, ci-dessous), elle ne semble pas liée à leurs connaissances réelles (variables développées dans la partie 3.1. « Littéracie en santé sexuelle »). Ainsi, il semble difficile de déterminer si ces enseignements ont eu un impact réel sur les connaissances à partir de cette enquête, et il sera intéressant d'en prendre à nouveau la mesure quelques années après ces récentes régulations.

Nous avons ensuite demandé aux répondant-es d'évaluer leur niveau de connaissances sur les sujets évoqués dans cette enquête.

Figure 31 : auto-évaluation du niveau d'information sur la santé sexuelle et les VSS (%)



N : Consentement et violences sexuelles (1552), Violences dans le couple (1548), Méthodes de contraception pour éviter les grossesses (1548), Méthodes de protection contre les infections sexuellement transmissibles (1555), Conséquences des différentes infections sexuellement transmissibles (1554), Symptômes des différentes infections sexuellement transmissibles (1555), Traitements médicaux des différentes infections sexuellement transmissibles (1553).

¹² En outre, il est important de mentionner qu'au-delà des modalités et la fréquence de ces enseignements, leur contenu fut jusque-là laissé à la discrétion des établissements, résultant en un enseignement non-homogène, de contenu, de qualité et d'orientations politiques variables.

Les répondant·es expriment un sentiment d'information élevé sur les violences sexistes et sexuelles : **54,4%** se disent très bien informé·es sur le consentement et **38,2%** plutôt bien, soit **92,6%** cumulés. Ce niveau est un peu moins élevé pour les violences dans le couple, où **83,1%** se disent (très) bien informé·es, et **16,9%** peu ou pas informé·es.

Concernant les pratiques préventives de santé sexuelle, **81,2%** estiment bien connaître les méthodes de contraception et **81%** celles de protection contre les IST, avec cependant moins de réponses "très bien informé·es" pour les IST (**31%**) que pour la contraception (**36,8%**).

En revanche, les dimensions cliniques des IST sont plus méconnues : **63%** des répondant·es se disent (très) mal informé·es sur leurs conséquences, **67,3%** sur leurs symptômes, et **71,8%** sur leurs traitements. **Ce contraste met en évidence un écart entre la familiarité déclarée avec l'existence des risques sexuels et la capacité perçue à reconnaître ou traiter une infection de manière pratique.**

Ces niveaux de connaissances varient de manière notable selon le genre et la sexualité pour certains de ces sujets (on ne fait apparaître ici que les variables pour lesquelles on observe des variations significatives (p valeur < **0,005**) :

Tableau 36 : auto-évaluation du niveau d'information sur la santé sexuelle et les VSS selon le genre et la sexualité (%).

		Très bien informé·e	Plutôt bien informé·e	Plutôt mal informé·e	Très mal informé·e	N	P valeur
Consentement et violences sexuelles	Hommes cisgenres hétérosexuels	47,5	43,5	6,6	2,4	1492	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	53	39,1	6	1,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	56,2	41,7	2,1	0		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	66,3	28	5,3	0,3		
	Minorités de genre	68,9	28,9	2,2	0		
Violences dans le couple	Hommes cisgenres hétérosexuels	37	43,4	14,6	5,1	1488	0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	39,5	43,5	14	3		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	40,6	35,4	21,9	2,1		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	49,3	38	12,3	0,3		
	Minorités de genre	42,2	53,3	4,4	0		
Méthodes de contraception pour éviter les grossesses	Hommes cisgenres hétérosexuels	25,5	55,1	16,3	3,1	1489	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	42,5	48	7,7	1,8		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	27,7	53,2	16	3,2		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	45	46,6	8,1	0,3		
	Minorités de genre	28,9	57,8	13,3	0		
Méthodes de protection contre les infections sexuellement transmissibles	Hommes cisgenres hétérosexuels	24,3	53,1	19,4	3,1	1494	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	34,6	44	17,5	3,9		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	36,2	55,3	8,5	0		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	33,7	52	12,3	2		
	Minorités de genre	26,7	66,7	6,7	0		
Traitements médicaux des différentes infections sexuellement transmissibles	Hommes cisgenres hétérosexuels	10,3	19,7	43,2	26,8	1493	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	10,3	15,3	46	28,4		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	24	25	34,4	16,7		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	9,3	18	44,7	28		
	Minorités de genre	6,7	31,1	42,2	20		

Concernant le consentement et les violences sexuelles, les femmes cisgenres non hétérosexuelles et les minorités de genre sont celles et ceux qui s'auto-évaluent le plus positivement, avec respectivement **66,3%** et **68,9%** de certitude déclarée d'être très bien

informé-es, suivies par les hommes cisgenres non hétérosexuels (56,2%). Les hommes cisgenres hétérosexuels affichent le niveau de certitude le plus faible (47,5%), bien que 91% déclarent malgré tout être bien informés au total.

Concernant les violences dans le couple, les femmes cisgenres non hétérosexuelles (49,3%) déclarent plus fréquemment être très bien informées que les hommes hétérosexuels (37%) et les autres personnes cisgenres, tandis que les minorités de genre montrent moins de certitudes mais sont plus nombreux-ses à se déclarer « plutôt » bien informé-es (53,3% « je pense que oui »).

L'écart est particulièrement marqué pour les connaissances sur la prévention. Sur la contraception, les femmes cis non hétérosexuelles sont celles qui déclarent le plus souvent être « très bien informées » (45% « très bien »), suivies des femmes cis hétérosexuelles (42,5%). Les hommes cis hétérosexuels sont nettement moins souvent « très bien informés » (25,5%).

Concernant la protection contre les IST ce sont les hommes non hétérosexuels qui déclarent la plus forte certitude d'information (36,2%), contre seulement 24,3% chez les hommes hétérosexuels et 34,6% chez les femmes hétérosexuelles.

Pour les savoirs médicaux sur les IST, l'écart devient plus visible. L'item « traitements médicaux des IST » montre la différence la plus notable entre sexualités cisgenres masculines : 24% des hommes non hétérosexuels déclarent être très bien informés, contre seulement 10,3% chez les hétérosexuels, soit plus de deux fois moins. Cela concorde avec des résultats externes montrant que les minorités sexuelles disposent en moyenne d'une meilleure littéracie médicale en santé sexuelle (McDaid & al., 2021), notamment en raison d'un recours plus fréquent au dépistage et aux services spécialisés, ainsi qu'à une implication plus élevée dans la culture de prévention IST.

En somme :

L'EVRAS, bien que rendue obligatoire tout au long de la scolarité depuis 2012 et plus strictement encadrée depuis 2023, a été reçue de manière inégale par les répondant-es. 41,5% déclarent avoir bénéficié de ces enseignements moins de deux fois, en particulier les plus âgées, ce qui s'explique à la fois par des parcours scolaires antérieurs à la généralisation de l'EVRAS et par le fait que les étranger-es n'aient pas nécessairement été soumis aux mêmes réglementations en la matière dans leurs pays.

Globalement, les répondant-es se disent bien informé-es sur le consentement et les violences sexuelles, ainsi que sur les méthodes de contraception et de protection contre les IST. En revanche, **les dimensions cliniques des IST** (symptômes, conséquences, traitements) **restent largement méconnues**. Des écarts significatifs apparaissent selon le genre et la sexualité : les femmes cisgenres, les personnes non hétérosexuelles et les minorités de genre s'auto-évaluent plus positivement, notamment en matière de prévention et de traitements des IST, tandis que les hommes cisgenres hétérosexuels déclarent plus fréquemment un moindre niveau de certitude. **Ces résultats suggèrent une exposition différenciée aux savoirs et à la culture de prévention en santé sexuelle.**

3.7.2. Savoir s'orienter à l'université

Il a été demandé aux répondant-es s'ils et elles sauraient vers quels services se tourner à l'université pour différents sujets liés à la santé sexuelle et aux violences sexistes et sexuelles pour lesquels il existe en effet des ressources à l'ULB. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous, rangés dans par ordre de popularité :

Tableau 37 : connaissances des ressources accessibles à l'université (%).

	Je suis certain-e que oui	Je pense que oui	Je pense que non	Je suis certain-e que non
Besoin d'informations sur la contraception	30,8	39,2	19,5	10,5
Besoin d'informations sur la protection contre les IST	29,5	40,5	19,6	10,4
Soupçon ou cas avéré d'infection sexuellement transmissible	25,2	37,2	24,6	13
Grossesse non désirée chez moi ou ma partenaire	23,3	36,3	25,3	15,1
Questions sur la sexualité ou les relations affectives	21,1	38,7	26,5	13,7
Agressions sexuelles	15,2	44,6	26,5	13,7
Harcèlement sexuel	14,2	45,4	27,6	12,8
Violences dans le couple	12,1	35,7	35,2	17

Les sujets liés à la santé sexuelle sont ceux pour lesquels les répondant·es se sentent le plus informé·es : environ **70%** déclarent savoir où trouver des ressources pour obtenir des informations sur la contraception (**30,8% + 39,2%**) ou sur la protection contre les IST (**29,5% + 40,5%**). En revanche, la proportion de répondant·es certains·es de savoir vers qui se tourner chute lorsque la situation devient plus concrète : seuls **25,2%** savent avec certitude où s'adresser en cas de suspicion ou diagnostic d'IST, et **23,3%** en cas de grossesse non désirée, ce qui suggère un manque de visibilité des services de soins ou de soutien pour les situations nécessitant une prise en charge rapide.

La connaissance des ressources en matière de violences et de harcèlement est plus faible. Moins d'un·e étudiant·e sur six sait avec certitude où s'adresser en cas d'agression sexuelle (**15,2%**) ou de harcèlement sexuel (**14,2%**), et seuls **12,1%** pour les violences au sein du couple. Concernant ce sujet, près de la moitié des répondant·es déclarent ne pas savoir clairement vers qui se tourner.

En somme :

Ces résultats révèlent des écarts importants. Si les dispositifs de prévention des IST et la contraception semblent les mieux identifiés, ils gagneraient à être mieux connus. La visibilité de certaines initiatives semble clairement insuffisante, en particulier pour les situations d'urgence, telles que les IST avérées, les situations de grossesses non désirées, et plus encore concernant les violences sexistes et sexuelles.

Cela révèle **la nécessité de renforcer la visibilité des dispositifs d'aide existants, particulièrement au sujet des violences sexistes et sexuelles, qui sont les plus mal connus.**

Voyons à présent de quelle manière ces résultats varient selon le genre et la sexualité :

Tableau 38 : connaissances des ressources accessibles à l'université selon le genre et la sexualité (%).

		Hommes cis hétérosexuels	Femmes cis hétérosexuelles	Hommes cis non hétérosexuels	Femmes cis non hétérosexuelles	Minorités de genre	N	P valeur
Besoin d'informations sur la protection contre les IST	Certain-e que oui	29	26,6	32,3	36,6	31,8	1494	0,019
	Je pense que oui	39,9	39,8	50	38,9	38,6		
	Je pense que non	20,6	21,5	14,6	16,4	13,6		
	Certain-e que non	10,4	12	3,1	8,1	15,9		
Soupçon ou cas avéré d'infection sexuellement transmissible	Certain-e que oui	24	23,4	26	32,2	25	1489	0,041
	Je pense que oui	38,5	35,3	44,8	37,2	34,1		
	Je pense que non	23	27,7	22,9	20,5	22,7		
	Certain-e que non	14,5	13,7	6,2	10,1	18,2		
Grossesse non désirée chez moi ou ma partenaire	Certain-e que oui	21,8	21,9	20,7	29,1	34,1	1473	0,012
	Je pense que oui	38,6	34,3	48,3	37,2	20,5		
	Je pense que non	23,1	27,8	23	22	25		
	Certain-e que non	16,5	16	8	11,8	20,5		
Agressions sexuelles	Certain-e que oui	22,3	11,6	22,9	13,8	7,3	1490	<0,001
	Je pense que oui	47,1	43,7	51	42,3	43,9		
	Je pense que non	18,6	29,4	17,7	29,5	36,6		
	Certain-e que non	12	15,3	8,3	14,4	12,2		
Harcèlement sexuel	Certain-e que oui	20,9	10,7	19,8	13,1	9,5	1492	<0,001
	Je pense que oui	47,9	45	52,1	42,6	40,5		
	Je pense que non	19,6	29,8	20,8	31,9	38,1		
	Certain-e que non	11,5	14,5	7,3	12,4	11,9		
Violences dans le couple	Certain-e que oui	16,3	10,3	9,5	12,7	9,3	1491	0,020
	Je pense que oui	37,3	34	48,4	33,4	39,5		
	Je pense que non	31	38,6	29,5	35,1	25,6		
	Certain-e que non	15,5	17,1	12,6	18,7	25,6		

Informations et prise en charge des IST :

Les femmes cisgenres non hétérosexuelles sont les plus nombreuses à déclarer savoir où s'adresser avec certitude (**36,6%** pour la prévention ; **32,2%** pour un soupçon/cas avéré).

Les hommes cisgenres non hétérosexuels présentent également des niveaux élevés (« certain-e que oui » : **32,3%** ; **26%**).

À l'inverse, les femmes cisgenres hétérosexuelles sont de moins grandes proportions à être certaines de savoir où aller (**23,4%** - **26,6%**).

Les minorités de genre montrent un niveau de certitude comparable aux autres groupes mais une proportion plus élevée de « certain-e que non ».

Grossesses non désirées :

Les minorités de genre (**34,1%**) et les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**29,1%**) sont les plus nombreux-ses à déclarer savoir où aller avec certitude.

Les hommes cisgenres hétérosexuels et les femmes cisgenres hétérosexuelles, à priori plus souvent concerné-es par la question, sont plus hésitant-es, avec des taux d'incertitude et d'ignorance (« je pense que non » + « certain-e que non ») atteignant respectivement **39,6%** et **43,8%**.

Agressions sexuelles :

Les hommes cisgenres non hétérosexuels et les hommes cis hétérosexuels sont ceux qui déclarent le plus souvent savoir où s'adresser avec certitude (22,9% et 22,3%). Les femmes cisgenres (11,6% - 13,8%) et les minorités de genre (7,3%), pourtant plus exposées que ces derniers aux violences sexuelles, sont moins nombreuses à savoir où aller.

Harcèlement sexuel :

Les résultats suivent exactement le même schéma. Les hommes cisgenres, hétérosexuels comme non hétérosexuels, déclarent davantage savoir où aller (1 sur 5). Les femmes cisgenres sont de nouveau moins certaines (10,7% - 13,6%). Les minorités de genre déclarent le plus fort taux de non-connaissance (près de 50%).

Violences dans le couple :

Les proportions de certitude sont faibles dans tous les groupes (9,3% à 16,3%). Les femmes cisgenres hétérosexuelles et les minorités de genre cumulent les plus forts taux de méconnaissance totale (52,8% et 51,2%).

Les hommes cisgenres non hétérosexuels sont les plus nombreux à répondre « je pense que oui » (48,4%).

En somme :

Les connaissances des ressources universitaires sont inégales, mais plus souvent acquises concernant la santé sexuelle et les droits reproductifs, particulièrement chez les minorités sexuelles. Elles sont en revanche particulièrement lacunaires concernant les dispositifs de soutien concernant les violences sexistes et sexuelles.

Les femmes cisgenres et les minorités de genre, pourtant les plus exposées aux violences (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021 ; Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023), sont aussi celles et ceux qui déclarent le moins connaître les dispositifs d'aide en la matière.

On observe ainsi un paradoxe concernant la connaissance des dispositifs d'aides en cas de violences : **une meilleure connaissance déclarée parmi des groupes moins souvent concernés (les hommes cisgenres hétérosexuels) par les violences. Cela met avant tout en lumière le fait que la "connaissance", dans le cas présent, n'est pas un simple indicateur factuel, mais une construction sociale influencée par le genre, le statut de victime potentielle et le rapport à l'institution.**

Pour les populations les plus exposées aux violences sexistes et sexuelles (majoritairement les femmes cisgenres et minorités sexuelles et de genre), la question de l'aide (et des violences) est plus concrète et incarnée. **"Savoir vers qui se tourner" ne signifie pas seulement connaître le nom d'un service, mais évaluer sa légitimité et sa fiabilité.** Une réponse négative de leur part peut traduire une méfiance ou un scepticisme issus de l'expérience - par soi ou par les pair-es. Les travaux de l'IWEPS (2024) montrent la faible proportion de plaintes par rapport aux nombres de violences subies chez ces populations, ce qui illustre ce manque de confiance envers les dispositifs de signalement. Comme le décrit une enquête récente menée en France (Défenseur des droits, 2025), malgré des progrès au cours des dernières années, les services de Police font preuve de limites, voire de sexisme dans l'accueil des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, tout en renforçant les violences subies, à cause d'un processus long, souvent infructueux et décourageant, parfois parsemé d'humiliations supplémentaires. **Les hommes cisgenres, particulièrement hétérosexuels, peuvent ainsi plus facilement penser à ces dispositifs sans avoir à anticiper une éventuelle stigmatisation ou inefficacité, ce qui facilite la déclaration de "connaissance". À l'inverse, les femmes et les minorités sexuelles et de genre, plus exposées, pourraient surestimer les obstacles ou simplement être plus lucides sur l'insuffisance ou l'inaccessibilité réelle des dispositifs.**

En outre, le fait que les hommes cisgenres hétérosexuels déclarent mieux connaître ces services paraît en contradiction avec les informations récoltées dans le chapitre 3.6., dans lequel on observait systématiquement qu'ils étaient ceux qui parlaient le moins souvent des violences subies.

Enfin, des travaux montrent que les hommes ont tendance à sur-déclarer leur confiance et leurs compétences (Exley & Kesler, 2019), y compris en contexte d'incertitude, tandis que les femmes ont tendance à sous-déclarer leur niveau de connaissance par prudence. Ce phénomène influence toutes les enquêtes déclaratives, et pourrait contribuer à expliquer les variations observées ici.

3.7.3. L'identification et la mobilisation des ressources d'aide

Afin de mieux comprendre l'accès des étudiant-es aux ressources en santé affective, relationnelle et sexuelle, cette section explore le **niveau de connaissance et d'usage des services disponibles au sein de l'ULB et dans l'écosystème associatif et institutionnel à proximité de l'université ou dans l'environnement étudiant**. L'objectif est d'identifier les freins et leviers d'accès au soutien, afin d'informer les politiques sociales et d'orienter les priorités d'action en matière de santé sexuelle et de violences sexistes et sexuelles.

Services d'aide dans et hors de l'université ayant des missions liées à la santé sexuelle ou aux violences sexistes et sexuelles :

Nous avons interrogé les répondant-es sur les services suivants :

Services de santé (dont santé mentale et santé sexuelle) à l'ULB :

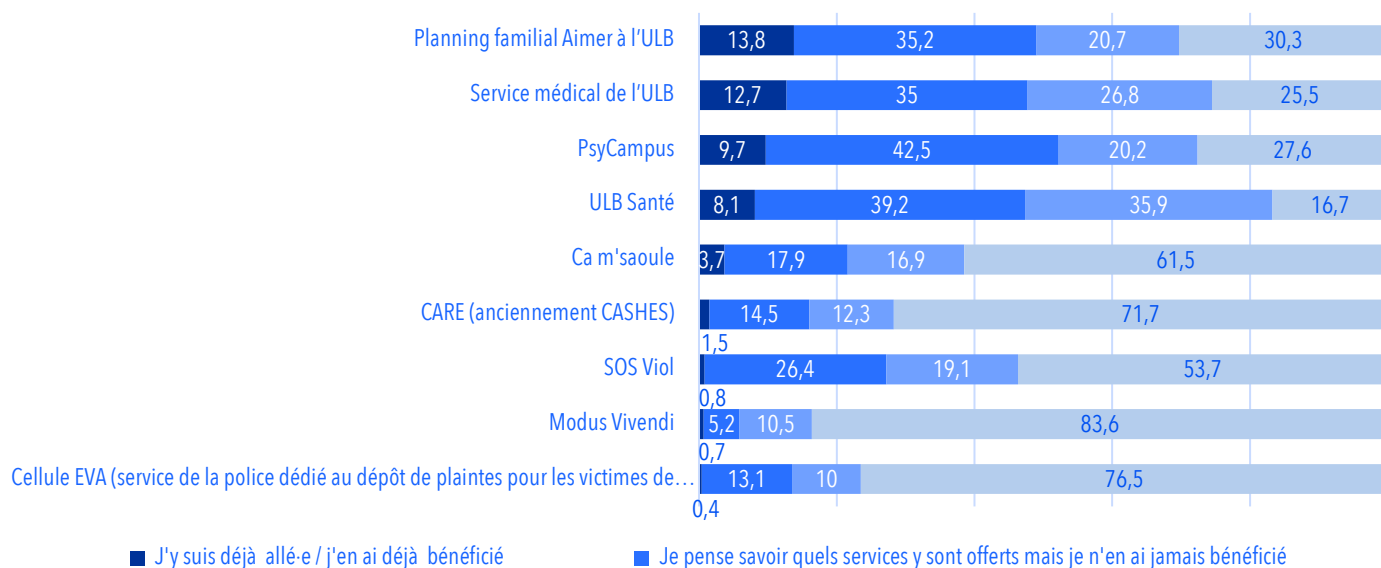
- Planning familial Aimer à l'ULB : accompagnement gratuit et confidentiel pour la vie affective, relationnelle et sexuelle des étudiant-es de l'ULB.
- Service médical de l'ULB : consultations de médecine générale et spécialités médicales (dermatologie, gynécologie...).
- PsyCampus : soutien psychologique professionnel, gratuit et confidentiel.
- ULB Santé : plateforme de prévention en matière de santé et de bien-être à destination de la communauté étudiante de l'ULB.

Services de soutien qui ont tout ou partie de leurs actions dédiées à l'accompagnement dans le cadre de violences sexistes et sexuelles dans et hors de l'ULB :

- CARE (anciennement CASHES) (à l'ULB) : point d'accueil spécialisé pour écouter, informer et accompagner les étudiant-es victimes ou témoins de harcèlement, d'abus ou de violences sexistes et sexuelles.
- Ça m'saoule : programme de prévention et de réduction des risques liés à l'alcool et aux drogues (dont prévention des VSS en contexte festif), via information, sensibilisation et accompagnement.
- SOS Viol : ligne d'écoute belge anonyme et gratuite pour les victimes de viols et d'agressions sexuelles, accessible 24h sur 24.
- Cellule EVA : unité spécialisée de la police belge où les victimes de violences conjugales, intrafamiliales et sexuelles peuvent déposer plainte avec un accompagnement dédié.

Voici à présent quel niveau de connaissance les répondant-es ont déclaré avoir à leur sujet :

Figure 32 : connaissance des services et ressources en santé sexuelles et soutien en cas de VSS (%)



N : Planning familial (1557), Service médical de l'ULB (1560), Psychampus (1561), ULB Santé (1561), Ça m'saoule (1560), CARE (anciennement CASH-E)(1555), SOS Viol (1558), Modus Vivendi (1559), Cellule EVA (service de la police dédié au dépôt de plaintes pour les victimes de violences conjugales, intrafamiliales et sexuelles) (1557).

Les services de santé sexuelle et d'accompagnement médical/psycho-social de l'ULB apparaissent relativement identifiés et utilisés, tandis que les dispositifs liés aux violences sexistes et sexuelles ou à leur prise en charge institutionnelle montrent un niveau de notoriété plus faible et un flou marqué sur leur contenu réel.

Services de santé et de santé sexuelle de l'ULB :

Parmi les services proposés à l'ULB, aucun n'est inconnu par plus d'1 étudiant sur 3. ULB santé est le service de l'ULB qui est le moins souvent mentionné comme inconnu (**16,7%**), ce qui indique une particulièrement bonne notoriété de ce service. Le planning familial Aimer à l'ULB (**13,8%**) et le service médical de l'ULB (**12,7%**) sont les services où la part de personnes ayant déjà bénéficié concrètement d'un accompagnement est la plus élevée. PsyCampus est le service le plus souvent indiqué comme étant connu sans y avoir eu recours (**42,5%** "pensent savoir").

Dispositifs d'accompagnement liés aux violences sexistes et sexuelles :

Les services directement liés à la prise en charge du viol, du harcèlement ou des violences conjugales ont dans l'ensemble été bien moins utilisés, ce qui est certainement inhérent à leur nature : les violences sexistes et sexuelles concernent une proportion bien plus faible d'étudiant-es que la santé sexuelle. Cependant, ils affichent également un déficit marqué de connaissance réelle. A l'ULB, le service CARE semble très méconnu (**71,7%**). **53,7%** ne connaissent pas le service SOS Viol malgré un nom évocateur, et **19,1%** connaissent seulement de nom. **76,5%** ne connaissent pas la Cellule EVA (Police), et **10%** seulement l'identifient "de nom". Enfin, **83,6%** ne connaissent pas Modus Vivendi, mais c'est un organisme qui intervient surtout pour faire de la prévention. Ce n'est pas un service qui peut être mobilisé en cas de VSS : il n'est donc pas important que les étudiant-es le connaissent.

La part de recours directe à ces dispositifs est extrêmement faible dans l'enquête (< **1,5%**), ce qui concorde avec le fait que ces dispositifs sont mal identifiés, et rarement activés par les victimes.

Ainsi, les étudiant-es savent souvent citer les services qui traitent de sexualité, mais ne savent pas décrire ou appliquer ceux qui traitent des violences ou des urgences, ni vers qui se tourner dans ces cas.

Le tableau suivant fait apparaître en quoi ces résultats varient selon le genre et la sexualité :

Tableau 39 : connaissances des ressources accessibles à l'université selon le genre et la sexualité (%).

		J'y suis déjà allé-e / j'en ai déjà bénéficié	Je pense savoir quels services y sont offerts mais je n'en ai jamais bénéficié	Je connais de nom, mais je ne sais pas ce qu'ils proposent	Je ne connais pas	N	P valeur
Planning familial Aimer à l'ULB	Hommes cisgenres hétérosexuels	7,9	34,4	18,9	38,8	1497	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	12,8	33	22	32,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	13,7	40	20	26,3		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	23,2	40,6	18,8	17,4		
	Minorités de genre	20	31,1	22,2	26,7		
Service médical de l'ULB	Hommes cisgenres hétérosexuels	10,2	37,6	27,4	24,8	1499	0,033
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	12	32,5	26,3	29,2		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	9,5	42,1	29,5	18,9		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	17,7	34,1	26,8	21,4		
	Minorités de genre	13,3	44,4	24,4	17,8		
PsyCampus	Hommes cisgenres hétérosexuels	7,3	36,8	19,8	36	1500	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	7,7	42,2	21,1	29		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	9,4	51	22,9	16,7		

	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	13	47,8	18,7	20,4		
	Minorités de genre	20	44,4	15,6	20		
CARE (anciennement CASHES)	Hommes cisgenres hétérosexuels	1,3	13,6	13,9	71,1	1497	<0,001
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,9	11,4	11,1	76,7		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	4,2	17,9	7,4	70,5		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,7	19,1	14	65,2		
	Minorités de genre	6,7	24,4	15,6	53,3		
SOS Viol	Hommes cisgenres hétérosexuels	0,5	27,7	19,1	52,7	1499	0,003
	Femmes cisgenres hétérosexuelles	0,3	25,6	17,6	56,6		
	Hommes cisgenres non hétérosexuels	1	25	19,8	54,2		
	Femmes cisgenres non hétérosexuelles	1,3	28,2	21,5	49		
	Minorités de genre	6,7	31,1	11,1	51,1		

Seuls les services pour lesquels une variation significative ($p < 0,005$) selon le genre et la sexualité sont observés apparaissent dans ce tableau.

Concernant le planning familial Aimer à l'ULB, les hommes cisgenres hétérosexuels sont les plus nombreux à déclarer ne pas le connaître (**38,8%**) et les moins nombreux à en avoir bénéficié (**7,9%**), tandis que les femmes cisgenres non hétérosexuelles sont le groupe y ayant eu le plus souvent recours (**23,2%**) et à connaître (**40,6%**). Les minorités de genre affichent aussi une utilisation déclarée élevée (**20%**).

L'utilisation et la notoriété du service médical sont plus homogènes : tous profils confondus, la proportion de recours déclaré varie entre **9,5%** et **17,7%**, et aucun groupe ne dépasse **30%** de méconnaissance.

Les hommes cisgenres hétérosexuels sont ceux qui déclarent le plus souvent ne pas connaître PsycCmpus (**36%**), suivis par les femmes cis hétérosexuelles (**29%**). Les minorités sexuelles et de genre semblent mieux informées, et y ont également plus souvent recours (jusqu'à **20%** chez les minorités de genre ayant répondu à l'enquête).

À l'inverse, les ressources spécifiquement liées aux violences sexistes et sexuelles sont nettement moins identifiées. CARE est déclaré inconnu par plus de **71,1%** des hommes cisgenres hétérosexuels et **76,7%** des femmes cisgenres hétérosexuelles, avec des niveaux de recours direct inférieurs à **2%** dans ces mêmes groupes. Les minorités de genre sont proportionnellement les plus nombreuses à déclarer un recours au service (**6,7%**), suivies des hommes cisgenres non-hétérosexuels (**4,2%**).

Le service d'écoute national SOS Viol, est très peu mobilisé (**< 1,5%** chez les étudiant-es cisgenres). Plus de **50%** des répondant-es déclarent ne pas le connaître (entre **51,1%** et **56,6%**). Son recours déclaré est toutefois plus élevé chez les minorités de genre (**6,7%**), ce qui suggère une connaissance plus importante ou un besoin de soutien plus important dans ce groupe.

Enfin, tous dispositifs confondus, les étudiant-es ont de meilleures connaissances des services liés à la santé sexuelle préventive que celle des services liés aux violences et aux urgences, et se déclarent plus souvent dans un état de connaissance subjective ("je pense savoir") que dans un usage réel ou dans une identification fonctionnelle ("je sais ce qu'ils proposent"). Cette dissociation suggère que la visibilité des ressources n'implique pas leur compréhension ni leur activation effective — enjeu central pour l'orientation des politiques sociales, qui ne doivent pas uniquement renforcer la notoriété des services, mais aussi leur lisibilité, leur identification fonctionnelle et les parcours d'orientation vers l'aide institutionnelle ou d'urgence.

En somme :

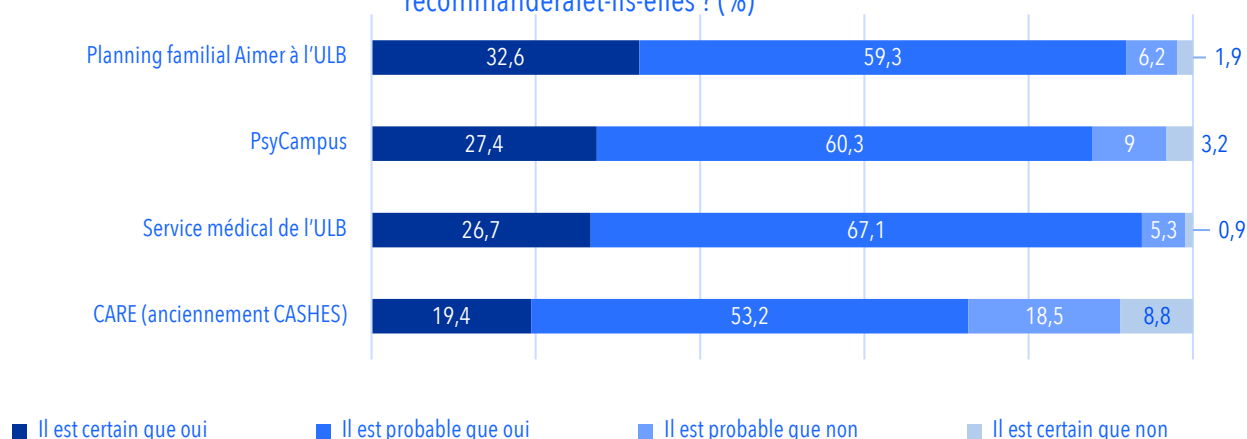
Les services de prévention et d'information en santé sexuelle sont les mieux repérés : il existe une relativement bonne orientation institutionnelle sur la santé sexuelle préventive. Cependant, ils sont souvent méconnus dans leur offre concrète. Ils sont modérément mobilisés par les étudiant-es, mais les données ici présentes ne permettent pas de déterminer s'ils le seraient plus si mieux connus.

Les dispositifs liés aux violences sexuelles et conjugales souffrent en revanche d'une grande méconnaissance. Leur taux de recours sont également insignifiants, comparativement à la prévalence des violences sexuelles dans la population générale. En effet, l'étude UN-MENAMAIS, menée en Belgique en 2021, montre que **64%** des interrogé-es avaient subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie, et **44%** au cours des 12 mois précédant l'enquête. Au total, plus de la moitié des femmes et un tiers des hommes en avaient subi au cours de la dernière année, et les minorités sexuelles étaient significativement plus exposées que les hétérosexuel-les. **Le présent rapport montre que plus de la moitié des répondant-es a vécu une inconduite sexuelle de niveau 1, et que le tiers a vécu une inconduite sexuelle de niveau 2 au cours de leur vie étudiante seule. Compte-tenu de ces constats, le recours aux dispositifs d'aide mentionnés dans l'enquête semble particulièrement bas.**

Cela suggère que la question des violences - bien que très présente dans la vie des étudiant-es - reste le domaine où les circuits d'aide sont les moins lisibles et les moins activés dans l'institution. On voyait dans la partie 3.4. que les répondant-es se confient bien plus largement à leurs pairs qu'à ces institutions : il paraît alors pertinent de ne pas circonscrire la destination des outils de prévention à de potentielles victimes, mais aussi à leurs pairs, en les encourageant à diriger leurs proches vers les services d'aide compétents.

Explorons à présent les retours des étudiant-es ayant effectivement bénéficié des aides susmentionnées. Leur poids dans la base de données étant faible, nous n'opérerons pas de distinction par genre ou par sexualité.

Figure 33 : les répondant-es connaissant bien ou ayant déjà eu recours à ces services les recommanderaient-ils-elles ? (%)



N : Planning familial (641), Psycampus (653), Service médical de l'ULB (584), CARE (anciennement CASHES) (216).

Les réponses des étudiant-es ayant déjà eu recours aux services indiquent des niveaux globalement élevés d'intention de recommandation, mais avec des variations marquées selon le type de dispositif.

Le **Planning familial Aimer à l'ULB** présente le profil le plus positif : **32,6%** des répondant-es déclarent qu'ils et elles le recommanderaient « certainement », et **59,3%** « probablement ». Seules **6,2%** des personnes ayant eu recours expriment une réticence (« probablement non »), et **1,9%** une non-recommandation ferme. Cela traduit une satisfaction globale élevée parmi les étudiant-es usager-es.

Parmi les 52 personnes ayant indiqué ne pas recommander le Planning familial Aimer à l'ULB, les raisons le plus souvent évoquées pour justifier ce choix sont le fait de penser que les services ne sont pas de bonne qualité (21), que le ou la répondant-e a eu une mauvaise expérience chez eux (17), ou le fait de ne pas leur faire confiance (14).

Pour **PsyCampus**, les niveaux de recommandation sont également élevés : **27,4%** recommanderaient « certainement » et **60,3%** « probablement ». Les avis négatifs sont plus nombreux que pour le planning familial (**9,0%** « probablement non » et **3,2%** « certainement non »).

80 personnes ont indiqué ne pas recommander ces services. Les justifications principales sont : les répondant-es pensent que les services proposés ne sont pas de bonne qualité (33), ou ont eu une mauvaise expérience chez eux (23).

Le **Service médical de l'ULB** atteint le plus haut taux de recommandation « probable » avec **67,1%**, et **26,7%** déclarent qu'ils le recommanderaient « certainement ». Les retours négatifs sont les plus faibles (**5,3%** et **0,9%**), ce qui en fait le service le moins contesté parmi ceux évalués.

Parmi les 36 personnes ayant indiqué ne pas recommander ce service, 16 ont indiqué que les services y étant proposés « ne sont pas de bonne qualité », et 12 ont indiqué y « avoir eu une mauvaise expérience ».

Le dispositif **CARE (anciennement CASHES)** a le profil le plus mitigé : si **19,4%** des répondant-es le recommanderaient « certainement » et **53,2%** « probablement », la proportion de retours négatifs est nettement plus élevée que dans les autres services, avec **18,5%** de « probablement non » et **8,8%** de « certainement non ».

Les 59 personnes s'étant positionné défavorablement indiquent ne pas leur faire confiance (33), que les services proposés ne sont pas de bonne qualité (31), et avoir eu une mauvaise expérience chez eux (15). Une proportion nettement plus importante a indiqué ne pas partager leurs valeurs (10) comparativement aux autres services.

En somme :

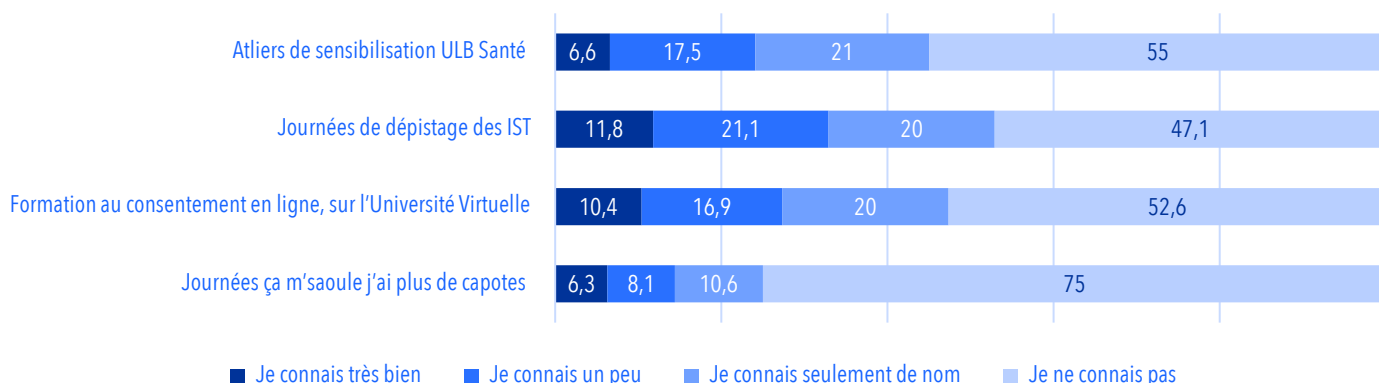
Les services de santé et de soutien psychologique de l'ULB obtiennent des niveaux relativement élevés d'intention de recommandation, bien qu'il soit notable que **le seul dispositif uniquement spécialisé dans la prise en charge du harcèlement et des violences (CARE) ait un degré plus faible de satisfaction**. Ces différences d'appréciation sont importantes à considérer pour orienter les politiques institutionnelles, notamment sur la qualité perçue des dispositifs liés aux violences.

Événements à l'ULB abordant les questions de santé sexuelle et/ou de violences sexistes et sexuelles :

Les événements sont les suivants :

- Journées "Ça m'saoule, j'ai plus de capotes" (O'YES asbl, en collaboration avec les cercles de l'ACE, ULB Santé et Modus Vivendi) : Distribution gratuite de préservatifs et actions de prévention visant à promouvoir des pratiques sexuelles protégées auprès des étudiant-es.
- Formation au consentement (Université Virtuelle ULB) : Module en ligne proposant une sensibilisation au consentement, à ses enjeux et à ses applications concrètes dans les relations interpersonnelles.
- Journées de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) : Séances de dépistage organisées à l'ULB en collaboration avec le planning familial, accessibles aux étudiant-es pour faciliter la prévention et l'accès aux soins.
- Ateliers de sensibilisation ULB Santé : Activités ponctuelles (conférences, ateliers, stands) abordant diverses thématiques de santé sexuelle pour informer, prévenir et soutenir les étudiant-es.

Figure 34 : connaissance des événements liés à la santé sexuelle et aux VSS à l'ULB (%)



N = 1570.

Les résultats montrent une connaissance limitée de ces dispositifs – qui sont pour beaucoup ponctuels. Pour chacun des dispositifs, la majorité des répondant·es déclare ne pas les connaître, avec des proportions allant de **47,1%** à **75%** selon l'événement. Il faut par ailleurs mentionner que les BA1 sont systématiquement plus nombreux·ses à ne pas les connaître, ayant eu moins d'opportunités d'y être confronté·es¹³.

Les **Journées “Ça m'saoule, j'ai plus de capotes”** sont les moins identifiées : **75%** des répondant·es ne les connaissent pas, et seul·es **6,3%** disent les connaître très bien. La **formation au consentement en ligne** est mieux repérée, mais demeure inconnue pour plus d'un·e étudiant·e sur deux (**52,6%**), et **1/10** disent la connaître très bien. Les **journées de dépistage des IST** sont les plus visibles : **11,8%** déclarent les connaître très bien et **21,1%** un peu, bien que **47,1%** n'en aient jamais entendu parler. Enfin, les **ateliers de sensibilisation ULB Santé** présentent un niveau de notoriété similaire à la formation au consentement : **55%** ne les connaissent pas et une minorité (**6,6%**) les connaît très bien.

Les minorités sexuelles et de genre affichent dans l'ensemble une sensiblement meilleure connaissance de ces dispositifs que les hétérosexuel·les, mais sont surtout des proportions plus importantes à en avoir entendu parler.

En somme :

Ces résultats indiquent une visibilité limitée des actions de prévention et de sensibilisation en santé sexuelle. Leur notoriété repose davantage sur une connaissance de nom que sur une connaissance réelle ou une participation, suggérant que la communication institutionnelle autour de ces événements pourrait être renforcée afin d'améliorer leur portée.

¹³ Pour rappel, l'enquête a été diffusée en novembre 2025, soit deux mois seulement après la rentrée académique.

■ POUR CONCLURE

Les résultats de cette enquête rappellent que la vie relationnelle et sexuelle des étudiant·es s'inscrit dans **des rapports sociaux structurés par le genre et l'orientation sexuelle** (Armstrong & al., 2018 ; Bozon, 2009). Les tendances dont ce rapport fait état ne relèvent donc pas de trajectoires individuelles, mais s'inscrivent dans des dynamiques sociales plus larges qui influencent à la fois les pratiques, la perception des risques, l'accès aux savoirs et l'exposition aux violences.

Un des résultats les plus marquants de ce rapport concerne l'existence d'une **échelle de vulnérabilité dans l'exposition aux violences sexistes et sexuelles**. Les analyses montrent, et confirment, car cela a déjà été largement démontré (Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023), que les personnes trans apparaissent comme les plus exposées. Viennent ensuite les personnes cisgenres non-hétérosexuelles, puis les femmes cisgenres hétérosexuelles, tandis que les hommes cisgenres hétérosexuels sont significativement moins touchés.

Cette hiérarchie de vulnérabilité correspond également à celle observée en matière de littéracie en santé sexuelle. Les groupes les plus minorisés sont aussi ceux qui disposent des connaissances les plus précises concernant les dispositifs de prévention des infections sexuellement transmissibles et les pratiques de réduction des risques. À l'inverse, les hommes cisgenres hétérosexuels affichent significativement plus d'incertitudes, de confusions et de lacunes concernant la contraception ou la prévention des risques.

Le fait d'observer une même échelle de progression pour ces deux dimensions, pourtant distinctes, s'explique par leur inscription dans les **mêmes rapports sociaux de genre et de sexualité**. Les écarts observés, dans l'exposition aux violences comme dans la maîtrise des savoirs en matière de santé sexuelle, renvoient ainsi à des positions différenciées qui structurent à la fois les expériences affectives et sexuelles, les dynamiques relationnelles, le niveau de vulnérabilité aux violences sexuelles, et les pratiques et connaissances en santé sexuelle.

Dans ce cadre, **certains groupes sont plus fréquemment exposés aux risques, aux inégalités, aux violences ou aux discriminations**, et présentent également une **plus grande familiarité avec les enjeux de prévention et les dispositifs de santé sexuelle** - c'est notamment le cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, marqués par l'histoire du VIH/sida, ou des personnes trans (McDaid & al., 2021). À l'inverse, les groupes les moins exposés à ces inégalités (les hétérosexuel.les) semblent moins bien renseignés vis-à-vis des enjeux de prévention.

Ainsi, **la vulnérabilité face aux violences et les niveaux de littéracie en santé sexuelle relèvent d'un même ordre social**. On observe alors que les personnes non hétérosexuelles sont parfois mieux renseignées que les personnes hétérosexuelles concernant certains dispositifs, y compris en matière de contraception, qui concerne pourtant *a priori* ces dernières en priorité. Ce décalage souligne que l'appropriation des savoirs ne dépend pas uniquement de leur pertinence objective, mais aussi de pratiques de transmission développées dans des contextes où les ressources institutionnelles sont insuffisantes ou peu adaptées. **Les campagnes de prévention des violences sexistes et sexuelles, encore largement centrées sur les femmes cisgenres hétérosexuelles, tendent par exemple à invisibiliser d'autres publics pourtant concernés, comme les personnes LGBTQI+ (UN-MENMAIS, 2021 ; ILGA-Europe, 2023), qui développent dès lors d'autres formes d'éducation à ces problématiques.**

La littéracie en santé sexuelle ne se construit donc pas uniquement à partir de dispositifs institutionnels d'information ou de campagnes de prévention, mais aussi à partir **d'expériences sociales différenciées face aux risques. Les savoirs en la matière seraient donc en partie le produit d'une exposition inégale aux enjeux de prévention, aux dispositifs existants et aux discours qui les accompagnent.** Dans ce contexte, les minorités sexuelles et de genre (les hommes cis homosexuels et femmes trans, particulièrement), historiquement associées aux enjeux de santé sexuelle - notamment dans le cadre de l'épidémie de VIH/sida - ont été davantage confrontées à ces questions. Cela a contribué à une circulation plus importante des savoirs au sein de ces groupes (Amelang & al., 2022).

Ainsi, plusieurs constats issus de l'enquête invitent à la réflexion en matière de politiques universitaires de santé sexuelle. D'abord, les résultats soulignent **l'importance de l'information et de la prévention concernant les infections sexuellement transmissibles**. Les confusions observées entre contraception et protection contre les IST, ainsi que certaines incertitudes sur les dispositifs de prévention, suggèrent qu'il est important de sensibiliser aux risques réels, aux modes de transmission, aux différents moyens de protection et à l'importance du dépistage régulier, dans une perspective de réduction des risques.

On constate également des **lacunes particulièrement marquées chez les hommes cisgenres hétérosexuels en matière de contraception et de prévention**. Plutôt que de renvoyer ces lacunes à des caractéristiques individuelles, ces résultats interrogent

les normes de masculinité qui structurent les rapports à la sexualité et à la prévention. Les politiques de sensibilisation gagneraient ainsi à développer des dispositifs qui impliquent davantage les hommes cisgenres hétérosexuels dans les questions de santé sexuelle, en questionnant les normes qui tendent à déléguer la responsabilité de la prévention aux partenaires féminines.

L'enquête rappelle également qu'il existe des **inégalités d'accès aux méthodes de protection**. On constate notamment un accès plus limité à des moyens de protection pour le sexe oral impliquant une personne ayant une vulve, ce qui est mis en exergue avec les données concernant les femmes cis ayant des relations sexuelles avec des femmes cis. Cette situation souligne l'importance de mieux diffuser l'information sur les dispositifs existants, mais surtout d'initier leur diffusion et accessibilité, afin de ne pas reproduire une prévention centrée presque exclusivement sur les pratiques hétérosexuelles pénétratives.

Par ailleurs, les résultats incitent à **élargir la manière dont les violences sexistes et sexuelles sont représentées**. Nous avons déjà dit que les campagnes de sensibilisation mettent fréquemment en scène des situations impliquant des femmes cisgenres, souvent hétérosexuelles, en raison du fait que la prise de conscience publique de ces violences s'est historiquement construite autour de leurs expériences. Pourtant, **les données de cette enquête et la littérature sur le sujet montrent une vulnérabilité particulièrement forte des personnes trans et des personnes non hétérosexuelles** (Russel & al, 2023 ; IGLA, 2025 ; IGLA, 2023 ; UN-MENMAIS, 2021). Il paraît donc important de prendre en compte la diversité des expériences des jeunes et d'éviter d'oublier ces publics dans les dispositifs de prévention.

L'enquête met également en lumière des différences importantes au sein des minorités sexuelles. Les écarts observés entre femmes cisgenres homosexuelles et femmes cisgenres bisexuelles ou pansexuelles apparaissent notamment plus marqués que ceux observés entre hommes cisgenres selon leur orientation sexuelle. Ces différences suggèrent que **qu'en plus de l'orientation sexuelle, le genre des partenaires sexuels accroît la vulnérabilité**. Les résultats indiquent notamment que les femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes semblent davantage exposées à certains risques et violences que celles ayant exclusivement des relations sexuelles avec des femmes. **De fait, il est largement documenté que les hommes cisgenres sont fortement surreprésentés parmi les auteurs de violences** (IWEPS, 2024 ; INSEE, 2024).

Enfin, cette enquête ouvre plusieurs **perspectives d'analyses complémentaires qui nécessiteraient notamment d'approfondir les dimensions intersectionnelles de ces expériences**, en tenant davantage compte des trajectoires socio-économiques ou raciales des répondant.es par exemple. De telles analyses, qui **seront proposées dans un rapport annexe supplémentaire**, permettront d'enrichir encore la compréhension des inégalités qui traversent la vie étudiante et d'orienter plus finement les politiques universitaires.

En documentant ces dynamiques, ce rapport vise ainsi à fournir des éléments pour soutenir le développement de politiques universitaires de santé sexuelle et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles plus inclusives, plus ciblées et mieux adaptées à la diversité des expériences étudiantes.

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- Armstrong, E. A., Gleckman-Krut, L., & Johnson, J. (2018). « Silence, power, and inequality: An intersectional approach to sexual violence ». *Annual Review of Sociology*, 44, 99-122.
- Bajos, N. et Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, no 61(1), 91-117.
- Bozon, M., & Kontula, O. (1998). *Sexual initiation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century*. *The European Journal of Population*, 14(2), 117-142.
- Bilge, S. (2009). *Théorisations féministes de l'intersectionnalité*. *Diogenes*, 225(1), 70-88.
- Catherine Vermandele, Vincent Dupriez, Christian Maroy, Maud van Campenhoudt. Réussir à l'université : l'influence persistante du capital culturel de la famille. : Les cahiers de recherche du Girsef n° 87. 2012.
- Chaire Droits et Pratiques de la Gouvernance – UQAM. *Violences sexuelles : faits saillants et données clés* (Fiche synthèse, mai 2019). Montréal : UQAM.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex*. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Diamant, A. L., Schuster, M. A., McGuigan, K., & Lever, J. (1999). Lesbians' sexual history with men: Implications for taking a sexual history. *Archives of Internal Medicine*, 159(22), 2730-2736.
- Exley, C. L., & Kessler, J. B. (2019), The Gender Gap in Self-Promotion, *Quarterly Journal of Economics*, 134(2), Oxford University Press.
- Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, García-Barba M, Nebot-García JE, Ballester-Arnal R. HIV and STI Prevention Among Spanish Women Who have Sex with Women: Factors Associated with Dental Dam and Condom Use. *AIDS Behav*. 2023 Jan;27(1):161-170.
- Grossman, D., White, K., Hopkins, K., Amastae, J., Shedlin, M., & Potter, J. E. (2014). *Perceptions of the safety of oral contraceptives among a predominantly Latina population in Texas*. *Contraception*, 90(3), 299-305.
- Lieber, M. (2008). *Genre, violences et espaces publics : la vulnérabilité des femmes en question*. Paris : Presses de Sciences Po.
- McDaid, L., Flowers, P., Ferlatte, O., Young, I., Patterson, S., & Gilbert, M. (2021). Sexual health literacy among gay, bisexual and other men who have sex with men: a conceptual framework for future research. *Culture, Health & Sexuality*, 23(2), 207-223. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1700307>
- Messinger, A. M., Koon-Magnin, S., O'Donohue, W. T., & Schewe, P. A. (2019). Sexual Violence in LGBTQ Communities. In *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (pp. 661-674).
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5(4), 631-660. <https://doi.org/10.1086/493756>
- Trussell, J. (2011). *Contraceptive failure in the United States*. *Contraception*, 83(5), 397-404.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., ... Field, J. (2001). *Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience*. *The Lancet*, 358(9296), 1843-1850.
- Van den Broeck, K., De Maesschalck, S., Willems, S., et al. (2023). Sexually transmitted infections in Belgian general practices: A nationwide continuing surveillance study — Data from 2015 to 2020.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). "Doing Gender." *Gender & Society*, 1(2), 125-151.
- Workowski, K. A., & Berman, S. (2015). *P1-S5.06 Oral sex and risk of sexually transmitted infections*. *Sexually Transmitted Infections*, 87(Suppl 1), A176.3.

Ouvrages :

- Amelang, K., Dziuban, A., et al. (2022). "We are infecting people with activism": Oral histories of European HIV/AIDS activists. *Oral History Review*.
- Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. La Découverte.
- Bajos, N. et Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, no 61(1), 91-117.
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2004). *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. La Découverte / Inserm.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1964). *Les héritiers : Les étudiants et la culture*. Paris : Éditions de Minuit.
- Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité*. Armand Colin.

- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Delphy, C. (1991). *L'Ennemi principal 1. Économie politique du patriarcat*. Syllepse.
- Fassin, É. (2009). *Le sexe politique. Genre et sexualité au miroir transatlantique*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Basic Books.
- Faderman, L. (2015). *The Gay Revolution*
- Mathieu, N. (1991). *L'anatomie politique : Catégorisations et idéologies du sexe*. Côté-femmes.
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. Temple Smith.
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a queer planet. In M. Warner (Ed.), *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory* (pp. vii–xxx). University of Minnesota Press.

Rapports et données institutionnelles :

- Bajos, N., Beltzer, N., & Bozon, M. (2024). *Enquête CSF 2023 – Contexte de la sexualité en France : Premiers résultats*. Inserm & ANRS MIE.
- Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., & Mazuy, M. (dir.). (2021). *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*. Paris : INED.
- BZgA – Federal Centre for Health Education. (2022). *Country Fact Sheet: Belgium*. WHO Collaborating Centre for Sexual and Reproductive Health Education and Promotion. Cologne, Germany : BZgA.
- Chaire VSSMÉS, UQAM. (2022). *Enquête Nationale Sur l'Expérience Violente en Milieu Universitaire (ESSIMU) : Rapport complet*. Montréal : UQAM. Disponible sur : https://chairevssmes-uqam.ca/wp-content/uploads/sites/124/Rapport-ESSIMU_COMPLET.pdf
- Contre les violences sur mineurs (CVM), Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), & Sorbonne Université / INSERM. (2024). *Rapport d'enquête épidémiologique VAVISA : Les comportements sexuels et les violences sexuelles chez les 15-21 ans*. ONPE / France enfance protégée. Disponible sur : <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/wp-content/uploads/2024/12/cvm-rapport-vavisa-cvm-2024-final.pdf>
- De Kort, L., & Van Eekert, N. (2024). *La contraception en Belgique : Étude qualitative sur l'utilisation et l'impact de la contraception féminine et masculine et la confiance à leur égard en Belgique*. Rapport commandé par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IGVM-IEFH), Université d'Anvers.
- Défenseur des droits. (2025). *Éclairages – Solliciter les forces de l'ordre : évolutions et inégalités relatives à l'accès au service public policier*. Mars 2025.
- East, E. P., Boroş, S., & European Parliamentary Forum on Population and Development. (2022). *Contraceptive Use and Awareness Among Young People in the European Region*. European Parliamentary Forum (EPF).
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2024). *LGBTIQ equality at a crossroads: progress and challenges* (EU LGBTIQ Survey III). Luxembourg : Publications Office of the European Union. Disponible à : <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtqi-survey-iii>
- FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey – Main results*. Annexe 3, Tableau A3.1 (comparaison hétérosexuelles vs non-hétérosexuelles pour harcèlement sexuel, stalking, violences par non-partenaire).
- ILGA-Europe (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association – Europe) (2023). *Annual Review of the Human Rights Situation of LGBTI People in Europe and Central Asia*.
- ILGA-Europe (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association – Europe). *Annual Review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people — Belgium*. Rapport portant sur la période de janvier à décembre 2024. Bruxelles : ILGA-Europe, février 2025.
- Institut national d'études démographiques (INED). (2017). *Les violences sexuelles – Enquête « Violences et rapports de genre » (Virage) : doc. de travail n°229*. Débauche A., Lebugle A., Brown E., Lejbowicz T., Mazuy M., Charruault A., Dupuis J., Cromer S., Hamel C. Paris : INED. Disponible sur : https://virage-site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc-travail_2017_229_violences-sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Contraception : À chacun et chacune sa méthode*. Dossier publié le 23 janvier 2023.
- Inserm. (2022). *Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer*. Paris.
- Inserm-ANRS-MIE. (2024). *Premiers résultats de l'enquête Contexte des Sexualités en France (CSF-2023)*.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer*. Publié le 5 février 2024, Inserm.
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). (s.d.). *Étude sur les violences sexuelles facilitées par une substance – Partie 1*. Bruxelles : IEFH. Disponible sur : <https://igvm->

iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/199%20-%20Etude%20sur%20les%20violences%20sexuelles%20facilit%C3%A9es%20par%20une%20substance%20%28partie%201%29.pdf

- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). *La contraception : en théorie, une responsabilité partagée, en pratique surtout une charge pour les femmes*. Communiqué de presse, 15 mai 2025.
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). (2017). *La contraception en Belgique : connaissances, attitudes et pratiques*. Bruxelles.
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). *Le sexisme en Belgique – Résultats de l'enquête #YouToo ? – Harcèlement de rue des personnes transgenres*. Auteure : Hildegard Van Hove. Bruxelles : IEFH, 2021.
- Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) & Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). (2024). *Les violences liées au genre en Belgique : Chiffres-clés de l'enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV 2021-2022)*. Namur / Bruxelles : IWEPS / IBSA. Disponible sur : <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2024/04/RS-HS-GBV-FR.pdf>
- Jaffray, B. (Centre canadien de la statistique juridique). *Intimate partner violence: Experiences of sexual minority women in Canada, 2018*, Statistique Canada, 26 avril 2021. (Ventilation spécifique : bisexuelles vs hétérosexuelles).
- Janssen, C., & Vesentini, F. (2024). *Les violences liées au genre en Belgique : chiffres-clés de l'Enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV, 2021-2022)*. Namur / Bruxelles : IWEPS & IBSA.
- Lebugle, A., Debauche, A., Dupuis, J., & Ouadah-Bedidi, Z. (2020). « Chapitre 7 – Les violences dans le cadre des études supérieures ». Dans Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., & Mazuy, M. (dir.), *Violences et rapports de genre. Enquête « Violences et rapports de genre » (Virage)* (pp. 263-287). Paris : INED Éditions.
- Monitoring socioéconomique. Marché du travail et origine 2022. Bruxelles, octobre 2022.
- Paume, J. Observatoire de la vie étudiante. Université libre de Bruxelles (ULB). (2023). *Rapport d'enquête sur les assuétudes*. ULB.
- Picard, H. & Jutant, S., avec le soutien de Gueydan, G. (2022). *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Russell, Cianán B., Francesca Sanders & Freya Watkins (2023). *Intersections: Trans and Non-binary — Diving into the FRA LGBTI II Survey Data*. Brussels : ILGA-Europe & TGEU. 19 p. Disponible sur : <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2023/07/FRA-Intersections-Report-Trans-Non-binary.pdf>
- Statbel – Service public fédéral Economie, PME, Classes moyennes et Énergie. *Faire de longues études paie*. 11 décembre 2019.
- Statbel – Office belge de statistique. *Le salaire brut moyen en Belgique s'élève à 3 886 euros par mois*. 27 septembre 2023.
- Observatoire de la vie étudiante (OVE) – Université libre de Bruxelles (ULB). (septembre 2023). *Enquête sur les assuétudes* (Étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine).
- Observatoire de la vie étudiante (OVE) – Université libre de Bruxelles (ULB). (novembre 2024). *Enquête sur les ressources économiques des étudiant-es (édition 2023-2024)*.
- OCDE (2022), *Instaurer la confiance pour renforcer la démocratie : Principales conclusions de l'enquête 2021 de l'OCDE sur les déterminants de la confiance dans les institutions publiques*, Éditions OCDE, Paris.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5^e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Emergency Contraception – Fact Sheet*. Geneva: WHO; 2021.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Intrauterine Devices (IUDs)*. Genève : OMS; 2022.
- ONUSIDA. (2012). *Prophylaxie pré-exposition par voie orale*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
- Sciensano. (2023). STI 2023 (version française). https://www.sciensano.be/sites/default/files/sti_2023_fr_final.pdf
- Sciensano. (2024). *Rapport national sur la consommation d'alcool et les comportements à risque en Belgique*. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique.
- Sciensano. (2024). *Women's health report, Belgium 2024*. Bruxelles : Sciensano.
- Van de Maele, A., Gilen, A., & Giacometti, M., sous la coordination de la Prof. Dr. Catherine Van de Heyning et du Prof. Dr. Michel Walrave (2023). *Avis des jeunes sur les "dick pics" et la possession d'images dénudées sans consentement*. Anvers : IEFH / Profacts. Disponible sur : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/168_-_rapport_cyberflashing_et_possession_images_denudees_sans_consentement.pdf
- WHO/UNAIDS/UNFPA. *Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010*.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Johns Hopkins Center for Communication Programs and WHO.
- World Health Organization (WHO). (éd. 2022). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Johns Hopkins Center for Communication Programs and WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Condoms for HIV prevention*.

- World Health Organization (WHO). (2022). *Gender and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Mechanisms of action and effectiveness of contraceptive methods*.
- UN-MENAMAIS (Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium). Rapport final, financé par BELSPO, 2021.
- UNESCO (2019). *International Technical Guidance on Sexuality Education*.

Sites internet :

- Amnesty International Belgique. (2021). *Le cyberharcèlement, on en parle ?* Consulté le 07/10/2025, sur <https://jeunes.amnesty.be/jeunes/informe/notre-blog/article/cyberharcèlement>
- Depistage.be (Belgique, O'YES ASBL) *Comment se faire dépister & où aller ?* Disponible sur : <https://depistage.be/depistage/>
- EVRAS. « Une mission obligatoire ». Plateforme EVRAS. Consulté le 01/12/2025. URL : <https://www.evras.be/evras-bien-plus-que-leducation-sexuelle/contexte/une-mission-obligatoire/>
- HealthyBelgium. (2025, 24 janvier). *Sexual Assault Centres – Key data in health care*. Consulté le 02/11/2025, sur <https://www.healthybelgium.be/en/key-data-in-healthcare/mental-healthcare/quality-and-innovation/sexual-assault-centres>
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), 2025. *Chiffres sur les violences sexuelles en Belgique*. Disponible sur : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/themes/violences/violences-sexuelles/chiffres>
- INSEE. (2024). *Victimes de violences sexuelles : neuf victimes sur dix sont des femmes, les auteurs sont quasi exclusivement des hommes*. Consulté le 04/11/2025, sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763581?sommaire=5763633>
- IWEPS (Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique). (s.d.). *Violence par partenaire intime*. 2023. Disponible sur <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/violence-par-partenaire-intime/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Condoms*. Fiche d'information, 14 février 2025. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/condoms>
- Plateforme Prévention Sida (ASBL). *Vivre avec le VIH*. Bruxelles : Plateforme Prévention Sida, juillet 2020. Disponible sur : [Vivreavec Brochure_web.pdf](#)
- Plateforme Prévention Sida (ASBL). *Le préservatif : pour se protéger contre les IST et le VIH*. Bruxelles : Plateforme Prévention Sida, juillet 2020. Disponible sur : <https://preventionsida.org/fr/protection/le-preservatif/>
- QuestionSexualite.fr — Portail éducatif public sur la sexualité (France) *Quand se faire dépister d'une IST ?* Disponible sur : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-depistages/quand-se-faire-depister-d-une-ist-questionsexualite.fr+2depistage.be+2>
- Plateforme Prévention Sida (Belgique) *Tu as des relations sexuelles... les IST te concernent !* Disponible sur : <https://preventionsida.org/fr/tu-as-des-relations-sexuelles-les-ist-te-concernent/preventionsida.org>
- Service Public Fédéral Justice (Belgique). (s.d.). *Infractions sexuelles*. Consulté le 01/10/2025, sur https://www.justice.belgium.be/fr/themes/securite_et_criminalite/infractions_sexuelles?

Textes de loi :

- Service public fédéral Justice (Belgique). (2022). *COL_05-2022 : Droit pénal sexuel* (Circulaire interprétative).
- Service public fédéral Justice (Belgique). (2022). *COL_05-2022 : Droit pénal sexuel*.

Questionnaires ayant inspiré l'enquête :

- Office for Students. (2025). *Sexual misconduct survey: Short form questionnaire*. Disponibilité : <https://www.officeforstudents.org.uk/media/ce1hk2bx/ofs-sexual-misconduct-survey-short-form-questionnaire.pdf>
- Santé publique France. (s.d.). Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/312544/2891339?version=1>
- Observatoire de la vie étudiante (OVE). (2016). *Questionnaire ESE 2016*. Disponible sur : <https://www.ove-national-education.fr/wp-content/uploads/2019/07/OVE-Questionnaire-ESE-2016.pdf>