



ENQUÊTE SUR LA  
**SANTÉ SEXUELLE ET SUR LES  
VIOLENCES SEXISTES ET  
SEXUELLES**

Edition 2025-2026

## INTRODUCTION

Fondée sur un questionnaire diffusé à l'ensemble de la population estudiantine de l'ULB, cette enquête vise à éclairer les besoins réels des étudiant-es afin d'orienter les politiques de prévention, d'information et d'accompagnement en matière de violences sexistes et sexuelles et de santé sexuelle. La présente synthèse propose une lecture transversale et structurée des principaux résultats du rapport, en mettant en évidence les enseignements majeurs et les dynamiques sociales qui les sous-tendent.



## METHODOLOGIE

Le questionnaire a été élaboré avec l'appui de l'Observatoire du sida et des sexualités et de plusieurs acteur-rices institutionnelles et associatif-ves (Modus Vivendi, ULB Santé, Observatoire qualité). **Diffusé en novembre 2024, il a recueilli 1998 réponses**, soit un taux de participation de **5,2%** de la population étudiante inscrite à l'ULB.

L'échantillon apparaît globalement comparable à la population étudiante selon l'âge, le niveau d'études et la nationalité, mais présente une surreprésentation des femmes et des étudiant-es d'origine sociale favorisée. Ces biais, classiques dans les enquêtes volontaires portant sur ces questions, invitent à une interprétation prudente des résultats descriptifs. **Le rapport privilégie donc les comparaisons entre groupes** (selon le genre et l'orientation sexuelle en l'occurrence), moins sensibles aux effets de structure de l'échantillon. Les analyses reposent principalement sur des tests du khi<sup>2</sup>, avec un seuil de significativité fixé à  $p < 0,05$ .

L'anonymat et le respect des règles éthiques ont été strictement garantis.

Important : Il convient de se référer au rapport pour plus de détails sur la conceptualisation, la méthodologie, ou l'interprétation fine des résultats, notamment en ce qui concerne la sémantique, les choix analytiques, et les limites liées à la structure de l'échantillon.

# 1. PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES<sup>1</sup>

## 1.1. L'identité de genre

Il faut distinguer **le sexe assigné à la naissance** et **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)<sup>2</sup>. Cette approche permet d'identifier **les personnes cisgenres** (dont l'identité de genre ressentie est en adéquation avec le sexe biologique assigné à la naissance), et **les personnes transgenres** (dont l'identité de genre ressentie diffère du sexe biologique assigné à la naissance).

La majorité des répondant·es sont des femmes cisgenres (**64,8%**), suivies des hommes cisgenres (**32,7%**), tandis que les personnes trans et non binaires représentent seulement **2,6%** de l'échantillon, ce qui implique que l'interprétation des résultats les concernant devra être prudente. Ces dernières ont été regroupées sous la catégorie « minorités de genre ».

Pour faciliter la lecture, « cisgenre » et « trans » ne seront pas systématiquement répétés.

## 1.2. 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).

Pour les besoins de l'analyse et pour des raisons de représentativité, les répondant·es seront séparés en deux catégories : hétérosexuel·les (**71,6%**) et non hétérosexuel·les (homosexuelles, bisexuelles, pansexuelles ou asexuelles) (**28,4%**).

## 1.3. 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**<sup>3</sup>, comme suit :

**Tableau 1** : Orientation sexuelle selon l'identité de genre des répondant·es.

	N	%
Hommes (cisgenres) hétérosexuels	512	<b>26,7</b>
Femmes (cisgenres) hétérosexuelles	865	<b>45,1</b>
Hommes (cisgenres) non hétérosexuels	123	<b>6,4</b>
Femmes (cisgenres) non hétérosexuelles	366	<b>19,1</b>
Minorités de genre (trans) (toutes sexualités confondues)	51	<b>2,7</b>

<sup>1</sup> 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 des 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 intersectionnelle, fera donc l'objet d'une annexe spécifique publiée ultérieurement.

<sup>2</sup> Aujourd'hui, il est reconnu que la définition biologique du sexe est plus complexe qu'une simple binarisation males / femelles. Ainsi, les personnes dont le sexe biologique est ambigu au regard de la norme binaire male/femelle sont dites intersexes (Fausto-Sterling, 2000).

<sup>3</sup> L'expérience d'un homme cisgenre homosexuel n'est par exemple pas la même que celle d'une femme cisgenre homosexuelle - 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. ANALYSE

### 2.1. Littéracie en santé sexuelle

#### 2.1.1. Note de lecture

**Les différences de littéracie observées dans l'enquête s'inscrivent dans des rapports sociaux de genre et de sexualité.** Les représentations des risques sexuels sont largement structurées par un script hétérosexuel dominant, centré sur la pénétration pénis-vagin et la reproduction, qui constituent historiquement les références implicites des discours de prévention et d'éducation sexuelle. En conséquence, les pratiques non pénétratives ou non hétérosexuelles sont moins visibles, moins discutées dans les cadres institutionnels, et plus rarement abordées en termes de risques spécifiques (IST, VIH, consentement, protection).

Par ailleurs, **la prévention des grossesses non désirées repose majoritairement sur les femmes dans les relations hétérosexuelles**, contribuant à **une répartition genrée des savoirs et des responsabilités en matière de contraception.**

À l'inverse, **les minorités sexuelles, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, présentent une littéracie sanitaire plus élevée**, issue de l'histoire du VIH/sida et de la mobilisation des dispositifs communautaires de prévention, révélant une exposition inégale à l'obligation de s'informer et de se protéger.

#### 2.1.2. Connaissances en matière de prévention des IST et grossesses non désirées

La littéracie en santé sexuelle est ici appréhendée à travers la capacité des étudiant-es à identifier correctement l'efficacité des différents moyens de protection, tant contre les infections sexuellement transmissibles (IST) que contre les grossesses non désirées.

Ainsi, il a été demandé aux répondant-es d'évaluer quelles méthodes étaient efficaces pour se protéger des grossesses non désirées ou bien des IST, et à quel niveau d'efficacité (« **très efficace** », « **plutôt efficace** », « **plutôt inefficace** », « **très inefficace** » – et « **je ne sais pas** »).<sup>4</sup>

De manière générale, les étudiant-es identifient relativement bien les **méthodes les plus diffusées** dans les parcours de santé sexuelle, en particulier les **préservatifs** et la **pilule contraceptive**. Toutefois, cette familiarité ne garantit pas une compréhension correcte de leurs **champs d'efficacité respectifs**, et de **nombreuses confusions persistent entre prévention des IST et prévention des grossesses non désirées.**

➡ **Concernant la prévention des IST**, les méthodes barrières sont globalement bien reconnues comme efficaces. Néanmoins, **des proportions non négligeables de répondant-es attribuent à tort une efficacité préventive contre les IST à des méthodes strictement contraceptives**, telles que la pilule (15,7%), le DIU (9,8%) ou la pilule d'urgence (12,8%).

Par ailleurs, **des proportions alertantes indiquent ne pas savoir** (« je ne sais pas ») si la pilule contraceptive (8,1%), la pilule d'urgence (11,2%), ou l'implant (23%) **sont efficaces pour se protéger des IST.**

➡ **En matière de contraception**, les méthodes les plus anciennement inscrites dans les parcours de soins sont également les mieux identifiées.

---

<sup>4</sup> Il faut prendre en compte l'efficacité effective des différentes méthodes abordées dans ce chapitre pour se faire une idée claire de l'adéquation des évaluations qui en sont faites par les étudiant-es, ce qu'on peut trouver à la page 11 du rapport. Il faut à tout le moins prendre en considération que l'efficacité des méthodes suivies d'un astérisque est fortement dépendante de son usage correct. La différence entre l'efficacité théorique du préservatif pour la pénétration (98%) est par exemple fortement différente de son efficacité pratique (environ 87%).

- La pilule est jugée « efficace » (**45,2%**) ou « très efficace » (**45,3%**) par une majorité, ce qui reflète adéquatement la tension entre son efficacité pratique et son efficacité en usage parfait.
- Le préservatif est souvent jugé efficace (**37,3%**) à très efficace (**55,6%**) comme contraception dans le cadre de la pénétration, ce qui est le cas si son usage est correct. **En revanche, une confusion importante apparaît lorsqu'il est utilisé dans le cadre du sexe oral, où près d'un tiers des répondant-es le considère à tort comme très efficace pour prévenir une grossesse.**
- Le DIU est un peu moins souvent jugé « efficace » (**35,4%**) à « très efficace » (**43,7%**), alors que son efficacité est très élevée en usage parfait et réel (**99%**).

 La littéracie en santé sexuelle apparaît **fortement différenciée selon le genre et l'orientation sexuelle** :

- Les hommes non hétérosexuels sont ceux qui **identifient le plus fréquemment et le mieux les outils de prévention des IST** tels que la PreP ou les préservatifs, y compris pour le sexe oral. Cette meilleure connaissance s'inscrit dans des trajectoires de prévention historiquement plus ciblées sur ces publics.
- Un effet du genre est observable indépendamment de l'orientation sexuelle. **Les hommes cisgenres déclarent plus souvent « ne pas savoir » si des méthodes contraceptives protègent contre les IST**, ce qui reflète une exposition moindre à l'éducation contraceptive et une distribution genrée des responsabilités en matière de prévention. À l'inverse, **les femmes cisgenres présentent globalement de meilleurs niveaux de connaissance en matière de contraception.**
- Parmi les femmes, celles qui **ne sont pas strictement hétérosexuelles apparaissent souvent mieux informées**, tant sur les méthodes contraceptives que sur la prévention des IST, que les femmes cisgenres hétérosexuelles (pourtant a priori plus concernées par la prévention des grossesses).
- Les hommes hétérosexuels présentent les **niveaux de connaissance les moins élevés**. Ils sont plus nombreux à **attribuer à tort une efficacité contre les IST à des méthodes contraceptives** telles que la pilule, le DIU ou l'implant. Par exemple, **la pilule est considérée comme protectrice contre les IST par 20,3% d'entre eux, contre 15,6% des femmes cisgenres hétérosexuelles et 11,7% des femmes cisgenres non hétérosexuelles.**
- Les minorités de genre présentent des niveaux élevés de reconnaissance des méthodes de prévention des IST et de contraception, mais les effectifs limités invitent à interpréter ces résultats avec prudence.

#### Constats principaux :

- Il existe des **lacunes importantes** sur les méthodes de contraception et de prévention des IST **dans tous les groupes**, mais de manière **plus prégnante chez les hommes hétérosexuels**. Les **mieux renseignés sont les minorités sexuelles et de genre.**
- Ces inégalités de littéracie sont notamment liées à des **différences de cultures communautaires**, particulièrement en ce qui concerne la prévention des IST.
- Elles s'expliquent aussi par la **réalité des pratiques** : les hommes et femmes homosexuel·les n'ont par exemple pas les mêmes pratiques ni les mêmes outils pour se protéger en cas de sexe oral, et leur évaluations s'en ressentent.
- La santé sexuelle des personnes hétérosexuelles reste plus fréquemment pensée à travers le prisme de la contraception, et **repose principalement sur les femmes cisgenres.**

### 2.1.3. Perception des risques sanitaires

Il est ici question de la manière dont les étudiant·es perçoivent les risques pour la santé associés aux différents moyens de prévention (effets secondaires, dangers supposés, etc.). **Cette dimension est importante, car elle influence l'adhésion aux recommandations de santé publique et les choix contraceptifs, notamment vis-à-vis de la pilule.**

Ici, il a été demandé aux répondant·es d'évaluer le niveau de risque pour la santé associé à chaque méthode (« **très risqué** », « **plutôt risqué** », « **plutôt pas risqué** », « **pas du tout risqué** » – et « **je ne sais pas** »).<sup>5</sup>

**Les méthodes hormonales et intra-utérines sont celles qui concentrent le plus d'inquiétudes.** Les répondant·es sont les plus fortes proportions à les décrire comme « risquées » à « très risquées » : pilule d'urgence (**70,1%**) ; pilule contraceptive (**68%**) ; DIU cuivre (**50,2%**).

**L'exposition directe ou indirecte aux effets secondaires** (en raison de son genre ou sa sexualité), et plus largement **la socialisation de genre** (qui structure le rapport au corps, au soin et aux méthodes contraceptives) influencent directement :

- Le niveau de méfiance pour chaque méthode ;
- Le niveau d'incertitude quant à l'évaluation du risque (« je ne sais pas »), élevé pour une grande part des méthodes.

C'est pourquoi on constate des variations de ces perceptions selon le genre et l'orientation sexuelle :

- Les femmes, en particulier hétérosexuelles, évaluent plus fréquemment les **méthodes contraceptives comme risquées** pour la santé, particulièrement si hormonales : pilule d'urgence (**77,2%**) ; pilule contraceptive (**76,9%**) ; DIU cuivre (**58,7%**). Cette perception plus critique est cohérente avec leur exposition plus directe aux effets secondaires et aux contraintes de ces méthodes.
- Les hommes (particulièrement hétérosexuels) expriment davantage de **méconnaissance**.
- Les hommes non hétérosexuels se distinguent aussi par une méfiance plus marquée envers la PrEP.

## 2.1.4. Littéracie sur les pratiques de prévention des risques

Cette sous-partie mesure **la capacité à identifier des bonnes pratiques concrètes** telles que l'usage correct du préservatif et la pertinence du dépistage dans des mises en situation.

### A) Usage correct du préservatif<sup>6</sup>

**Les réponses montrent une évaluation globalement correcte de la grande majorité des répondant·es quant au bon usage du préservatif**, même si on note plus de méconnaissance déclarée par rapport à l'importance de pincer le bout lors de la pose (21,7%).

On note des variations selon le genre et la sexualité :

- Les hommes et femmes non hétérosexuel·les et les minorités de genre sont les mieux informé·es quant à l'usage correct du préservatif, en raison **d'une socialisation sexuelle plus informée**.
- Les hétérosexuel·les sont celles et ceux qui déclarent le plus de méconnaissance (« je ne sais pas »), et le plus de **flexibilité** avec les règles d'usage (particulièrement les hommes cisgenres).

### B) Pertinence du dépistage des IST (mises en situation)

Dans l'ensemble, **les répondant·es identifient correctement les situations de risque élevé nécessitant un dépistage**, en particulier après des rapports sexuels pénétratifs non protégés avec un·e partenaire dont le statut IST est inconnu.

En revanche, les résultats mettent en évidence des zones de flou :

<sup>5</sup> Il est important de noter que les méthodes n'ont de fait pas toutes les mêmes profils d'effets secondaires, ni les mêmes risques : par exemple, les protections barrières (préservatifs, carrés de latex) n'ont pas d'effet secondaire en dehors de cas d'allergie, tandis que les méthodes hormonales (pilule, implant, DIU hormonal, etc.) peuvent avoir des effets fréquents (maux de tête, nausées, variations d'humeur, etc.), et plus rarement des risques graves (thromboses veineuses).

<sup>6</sup> Il faut se référer au rapport pour vérifier les recommandations d'usage, importantes à considérer pour évaluer les réponses des répondant·es (taille adaptée, non utilisation si emballage abîmé ou produit périmé, pincer le réservoir à la pose, ne pas remettre le même préservatif s'il s'est enlevé, etc.).

- **Le risque lié au sexe oral sans protection est régulièrement sous-estimé**, et le recours au dépistage dans ce cadre est moins unanimement considéré comme une bonne pratique.
- **Le dépistage à chaque nouveau-elle partenaire**, pourtant recommandé avant l'arrêt des protections barrières, **n'est pas un réflexe largement partagé**.
- Lorsque les rapports sont protégés (oral et pénétratif), la majorité des répondant-es considère qu'un dépistage n'est pas nécessaire. Cela traduit une **bonne compréhension de l'efficacité des protections barrières - mais aussi une tendance à assimiler (à tort) leur usage à une absence totale de risque**, alors même que les recommandations de santé publique insistent sur l'importance d'un dépistage régulier avec la multiplication des partenaires, malgré l'usage de protections barrières.

Les comparaisons selon le genre et l'orientation sexuelle révèlent des écarts structurants :

- Les hommes hétérosexuels **apparaissent de manière récurrente comme le groupe le moins strict dans l'évaluation de la pertinence du dépistage**, quelle que soit la situation considérée.
- Les femmes et les minorités de genre **jugent plus fréquemment le dépistage comme une très bonne pratique**, y compris dans des situations perçues comme moins risquées.
- Les hommes non hétérosexuels se montrent plus laxistes que les femmes cisgenres et minorités de genre, mais moins que les hommes cis hétérosexuels.

La tolérance plus élevée au risque constatée chez les hommes cisgenres, en particulier hétérosexuels, **souligne l'importance de renforcer des messages de prévention ciblant spécifiquement ces publics, notamment sur le sexe oral, le dépistage régulier et l'idée que le risque zéro n'existe pas.**

## 2.2. Entrée (consentie) dans la sexualité

L'activité sexuelle consentie, telle qu'elle a été considérée dans cette enquête n'est pas restreinte à la pénétration<sup>7</sup>.

### 2.2.1. Initiation sexuelle

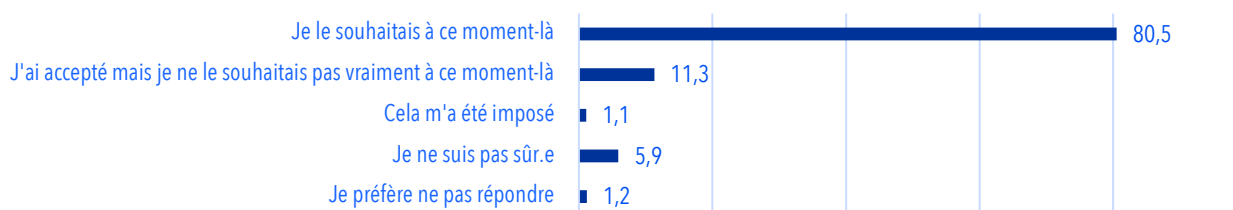
Chiffres clés :

- Âge moyen du premier rapport : 17,5 ans.
- **78%** des répondant-es déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels consentis (avec ou sans pénétration).
- Cette proportion augmente logiquement avec l'âge, pour atteindre **94,6%** chez les plus de 27 ans.

### 2.2.2. Consentement lors du premier rapport

Cette partie concerne un premier rapport initialement décrit comme consenti. Cependant, on observe des variations préoccupantes de ce point de vue, **indiquant une zone de flou sur la définition du consentement** :

Figure 1 : variations autour du consentement lors du premier rapport sexuel déclaré initialement comme consenti (%)



N : 1402.

En effet, **plus d'1 répondant-e sur 6** (11,3 + 5,9) déclare un rapport dans lequel la contrainte explicite n'est pas présente mais le désir n'est pas pleinement exprimé non plus, ou bien de l'incertitude.

**Les proportions à évaluer ce premier rapport comme étant souhaité** (sans ambiguïté) **varient selon le genre et l'orientation sexuelle** : hommes cis hétérosexuels (**88,5%**), femmes cis hétérosexuelles (**79,8%**), hommes cis non hétérosexuels (**78,4%**), femmes cis non hétérosexuelles (**77,1%**), minorités de genre (**67,5%**).

Les minorités de genre affichent en outre des taux particulièrement élevés d'incertitude (**18,6%**).

Cette lecture est conforme à la littérature scientifique, indiquant **une surexposition des femmes cisgenres aux violences sexuelles, et une exposition encore plus forte des minorités sexuelles et de genre.**

### 2.2.3. Pratiques lors du premier rapport sexuel consenti (protection IST et contraception)

Lors du premier rapport consenti, **70,1%** ont eu recours à une méthode de protection / contraception. Cela semble plus courant chez les hétérosexuel·les (**75,2 / 76,5%**), que chez les minorités sexuelles et de genre (**47,6 / 63,6%**), ce qui est le **reflet direct du caractère hétérocentré des discours de prévention**, n'étant pas systématiquement déclinés pour les sexualités non hétérosexuelles.

<sup>7</sup> Les rapports non consentis ne sont pas abordés ici en détails : ils font l'objet de questions et d'analyses spécifiques dans le chapitre sur les violences.

Méthodes utilisées lors du premier rapport parmi les répondant-es ayant utilisé une protection/contraception :

- **64,2%** ont utilisé une méthode barrière. Ce taux est bien plus élevé en cas de pratiques hétérosexuelles.
- **2** répondant-es sur **10** mentionnent la pilule contraceptive : certaines femmes prennent la pilule avant l'entrée dans la sexualité, soit pour d'autres motifs (hormones, acné), soit en anticipation du premier rapport.
- Des méthodes comme le retrait sont mentionnées mais restent minoritaires (**2,5%**), et la pilule d'urgence apparaît de manière rare (**1,6%**).

Parmi les personnes n'ayant pas utilisé de protection/contraception, la moitié déclare « ne pas avoir prévu » de quoi se protéger ou « ne pas y avoir pensé ». Ces motifs varient fortement selon groupes : par exemple, l'absence de protection car “nous n'avions pas prévu” est particulièrement citée par les hommes cisgenres hétérosexuels (**39%**), tandis que « l'absence de pénétration » est très fréquente chez les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**43,7%**) et les minorités de genre (**44,4%**).

#### Moyen d'obtention de la méthode principale :

Parmi les femmes cisgenres ayant eu recours à une protection, la moitié déclare que le/la partenaire avait apporté le moyen ; les hommes (notamment cis hétérosexuels) déclarent davantage l'achat en pharmacie/magasin ; et les hommes cis homosexuels évoquent plus souvent que la moyenne s'être approvisionnés via associations/plannings.

## 2.3. Pratiques actuelles de prévention

Cette partie porte sur les **12 derniers mois**, afin de décrire les comportements récents et limiter les biais de mémoire.

### 2.3.1. Utilisation des protections barrières (premier rapport avec le/la dernier-e partenaire)

Cette partie interroge l'usage de protections barrières lors de la première relation sexuelle avec le/la dernier-e partenaire, situation où le statut IST de l'autre est souvent inconnu, et où le préservatif protège aussi des grossesses non désirées lorsque pertinent.

On distingue les protections barrières utilisées lors de la pénétration (préservatif), de celles utilisées pour le sexe oral (digue dentaire / préservatif). Les femmes homosexuelles sont celles qui déclarent le plus souvent ne pas avoir eu besoin de recourir au préservatif (**34,9%**), et les hommes homosexuels le déclarent également en plus grandes proportions que la moyenne (**17,2%**).

#### A) Le non-recours à une protection barrière pour la pénétration

- **61,7%** déclarent avoir **utilisé une protection barrière pendant toute la durée** du rapport,
- **8,2%** de manière discontinue,
- **et plus d'un quart n'en ont pas utilisé.**

#### B) Le non-recours d'une protection pour le sexe oral

**Les protections barrières sont très rarement utilisées pour le sexe oral (moins de 1 répondant-e sur 10)**, alors que les IST se transmettent aussi par ce biais (bien que moins que via la pénétration). Cela explique potentiellement que les répondant-es en minimisent les risques, particulièrement chez les hommes cisgenres et les femmes non hétérosexuelles.

#### C) Raisons du non-usage

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, particulièrement chez les hommes cis hétérosexuels.**

Concernant spécifiquement la pénétration, 1/7 déclare en outre que cela est dû à un comportement problématique du / de la partenaire : refus, retrait du préservatif à leur insu, insistance pour ne pas en mettre ou l'enlever, etc.

Concernant spécifiquement le sexe oral :

- **Un tiers** déclare ne pas y avoir pensé, ce qui montre que dans le cas de cette pratique, le recours à une protection est moins souvent un réflexe.
- La propension à **penser que le sexe oral n'est pas risqué** en termes de transmission des IST est un **frein important**, particulièrement chez les hommes cisgenres homosexuels (**34% justifient le non-usage pour cette raison**).

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

Ici, le rapport se focalise sur l'usage d'une protection pendant l'année écoulée, et pas seulement lors du premier rapport avec un-e nouveau-elle partenaire.

Parmi les **40%** de répondant-es qui ne se sont protégé-es que rarement ou jamais contre les IST :

- **74%** le justifiaient par le fait de connaître leur statut et celui du/de la partenaire.
- **8,1%** indiquaient que c'était pour éviter de nuire au plaisir ou à l'érection ; ce sont les hommes cisgenres hétérosexuels qui sont les plus prompts à mobiliser cette raison (**17,2%** ont déclaré de l'utiliser que dans une minorité des rapports ou jamais).
- **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), ce qui est certainement lié à leur faible commercialisation/disponibilité, mais aussi au peu d'éducation à leur sujet.

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

**75,5%** des femmes cisgenres hétérosexuelles, et **69,5%** des hommes cisgenres hétérosexuels déclarent avoir utilisé une contraception systématiquement. Le motif le plus souvent évoqué pour expliquer le non-recours est la peur de réduire le plaisir ou l'érection (**20,6%**).

## 2.4. Violences sexistes et sexuelles

### 2.4.1. Cadre et définitions

Les violences sexistes et sexuelles (VSS) sont considérées ici comme un continuum de situations allant des atteintes à l'intégrité sexuelle aux agressions sexuelles, en incluant certaines pratiques observées en contexte festif. Leur définition s'appuie ici sur les informations fournies par le service public fédéral Belge (Service Public Fédéral Justice, infractions sexuelles ; Service Public Fédéral Justice, 2022).

Les questions posées aux répondant·es incluent l'ensemble des comportements, gestes ou actes imposés sans consentement au cours de la vie étudiante. Elles incluent notamment :

- les atteintes à l'intégrité sexuelle (attouchements non consentis, voyeurisme, exhibitionnisme, partage de photos intimes),
- les agressions sexuelles (attouchements et viols, avec ou sans pénétration).

### 2.4.2. Atteintes à l'intégrité sexuelle et voyeurisme (inconduites de niveau 1)

#### A) Prévalence

Les **atteintes à l'intégrité sexuelle et le voyeurisme sont répandus** : **57,8%** des répondant·es en ayant déclaré au moins une **depuis leur arrivée à l'université** :

- **40,3%** ont reçu des **commentaires sexuels inappropriés**.
- **37,8%** ont reçu **une insistance** à créer une connexion romantique ou sexuelle.
- **35,5%** ont reçu ou été exposé·es à des **gestes sexuels** sans leur consentement.
- **29,5%** ont déjà reçu des **messages à caractère sexuel** non sollicités.
- **15%** ont subi la **diffusion de rumeurs à caractère sexuel** en ligne.
- **5,2%** ont été **pris·es en photo ou filmé·es dénudé·es** sans leur permission.

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**.

- Les hommes cisgenres hétérosexuels sont par exemple **16%** à avoir reçu des messages à caractère sexuel non consentis, contre **54%** des femmes cisgenres non hétérosexuelles, et **40,5%** des femmes cisgenres hétérosexuelles.
- Les hommes cisgenres sont **1,7%** à avoir été pris en photo ou filmés dénudés sans leur consentement, contre **10,9%** des minorités de genre ayant répondu au questionnaire.

#### B) Personnes à qui les répondant·es ont parlé des inconduites vécues

- **Les pairs (ami·es) (50,3%)**,
- Leurs partenaires (**31,5%**),
- Leur famille (**20%**),
- Des professionnel·les de santé hors université (**5,9%**).

Toute autre forme d'aide (et ce comprenant la police), est sollicitée de manière anecdotique (**<3%**), particulièrement si hébergée au sein de l'université.

#### C) Lieux des atteintes à l'intégrité sexuelle et voyeurisme

- Dans la rue/lieux publics : **47,9%**,
- Vie privée / intime (dates, mon domicile, chez un·e (ex)partenaire) : **38,8%**,

- Lieux de sorties / de fête hors campus : **37%**,
- En ligne : **36,5%**,
- Campus (incluant cercles et lieux festifs) : **24,1%**.

Les inconduites vécues dans la sphère publique sont plus souvent rapportées par les femmes cisgenres non hétérosexuelles (**57,8%**) et hétérosexuelles (**54,9%**). Les hommes cis (**49%**) et femmes cis (**47%**) non hétérosexuel-les sont les plus représenté-es pour les violences vécues dans la sphère intime. Les hommes non hétérosexuels déclarent un taux particulièrement élevé d'atteintes vécues en ligne (**62,7%**).

#### D) Responsables des violences

**60,1%** désignent des inconnu-es, mais les personnes connues des victimes sont également très représentées :

- **29%** mentionnent un-e étudiant-e de l'université,
- **26,4%** un-e (ex) partenaire-e
- **20,5%** un-e ami-e hors de l'université,
- **15%** déclarent également que ces faits ont eu lieu lors d'un *date*.

### 2.4.3. Agressions sexuelles (inconduites de niveau 2)

#### A) Prévalence

Les **répondant-es sont 31,9% à déclarer avoir subi au moins une agression sexuelle** (attouchements, baisers non consentis, et viols) **depuis leur arrivée à l'université** :

- Attouchements : **32,1%**,
- Embrassé-es par surprise ou de force : **18%**,
- Rapports sexuels non consentis sans pénétration : **14,6%**,
- Rapports sexuels non consentis avec pénétration : **13,7%**.

La **propension à avoir subi des agressions sexuelles au cours de la vie universitaire varie fortement selon le genre et la sexualité** :

**Tableau 3** : victimes d'agressions sexuelles selon le genre et la sexualité depuis l'arrivée à l'université (%).

	Attouchements	Embrassé-es par surprise ou de force	Rapports sexuels non consentis sans pénétration	Rapports sexuels non consentis avec pénétration
Hommes cisgenres hétérosexuels	13,3	12,1	4,2	3
Femmes cisgenres hétérosexuelles	36,7	17	15,3	14,2
Hommes cisgenres non-hétérosexuels	26,2	17,6	18,6	15,7
Femmes cisgenres non-hétérosexuelles	45,3	27,6	21,4	22,4
Minorités de genre toutes sexualités confondues	41,3	21,7	37	37

#### B) Personnes à qui les répondant-es ont parlé des inconduites vécues

Entre **5 et 6 répondant-es sur 10** ont parlé à autrui du fait d'avoir vécu ces inconduites. La **moitié** se confie à leurs ami-es, et on remarque cette fois-ci une plus grande importance donnée à la famille, particulièrement en cas de viols avec pénétration (**48%**).

Les professionnel-les de santé, de police et de justice sont un peu plus sollicités que pour les inconduites de niveau 1 :

- En cas de diffusion de photos intimes, 9,8% se sont dirigé-es vers la police.
- En cas de viols avec pénétration, 22% se sont tourné-es vers des professionnel-les de santé ou du social.

... Mais restent peu sollicités dans l'ensemble, comparativement aux ami-es ou à la famille :

- Les recours à la police sont peu élevés en cas de viols avec (**6%**) et sans (**2,1%**) pénétration.

### C) Lieux des agressions sexuelles

- Les viols avec (**80,7%**) et sans (**68,2%**) pénétration ont majoritairement lieu dans la **sphère privée** (dates, domicile, chez un-e partenaire).
- Les attouchements et baisers non consentis sont également répartis entre la vie privée et la vie publique (fêtes, rue et dans une moindre mesure, le campus).

On constate également le rôle des **contextes festifs** et de consommation d'alcool : **plus de 80% des viols avec et sans pénétration rapportés se déroulent dans ce contexte**<sup>8</sup>.

Par ailleurs, dans l'ensemble de la population d'enquête :

- **6,5%** déclarent que quelqu'un-e a déjà mis un produit dans leur boisson à leur insu.
- **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.
- **13,2%** déclarent qu'on a ajouté de l'alcool dans leur boisson à leur insu.

### D) Responsables des violences

Conformément à ce qui est déjà documenté dans la littérature scientifique, **les violences sont le plus souvent commises par des proches**.

Les plus souvent cités sont les (ex) partenaires :

- Viols avec (**65%**) et sans (**50,4%**) pénétration,
- Partage de photos intimes (**51,2%**).

Les ami-es sont souvent mentionné-es :

- Partage de photos intimes (**43,9%**),
- Baisers non consentis (**46,6%**),
- Viols avec (**29,1%**) et sans (**25%**) pénétration.

<sup>8</sup> 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.

## 2.5. Ressources, recours à l'aide et signalement

Cette partie du rapport examine la manière dont les étudiant-es connaissent, mobilisent ou non les ressources existantes en cas de difficultés liées à la santé sexuelle ou aux violences.

**Les services de prévention et d'information en santé sexuelle** (IST et grossesses non désirées) **sont les mieux repérés**, mais les proportions les connaissant avec certitude restent bas : entre **23% et 30%** savent où se diriger avec certitude.

La connaissance des ressources en matière de violences sexistes et sexuelles est plus faible : les taux de certitude à ce sujet oscillent entre **12% et 15%**. Compte-tenu des proportions à avoir subi des VSS au cours de la vie universitaire recensées dans l'enquête, **le recours aux dispositifs d'aide mentionnés dans l'enquête semble particulièrement bas**.

Cela étant dit, 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**.

### CONCLUSION

- La santé sexuelle des étudiant-es et leur contact éventuel aux VSS sont profondément traversés par des **rapports sociaux de genre et de sexualité**.
- Il existe des **confusions** importantes entre **contraception et prévention des IST** qui témoignent de manière plus générale de lacunes en matière de santé sexuelle.
- Les **violences sexistes et sexuelles** constituent une réalité largement **répandue** en milieu universitaire, touchant de manière disproportionnée **les minorités sexuelles et de genre**.
- L'existence de ressources ne garantit pas leur accessibilité réelle ni leur appropriation par les étudiant-es, qui préfèrent en outre se diriger vers leurs proches en cas de violences. Cela peut indiquer un **manque de confiance envers la fiabilité et la sécurité des institutions intra- et extra-universitaires** (police, justice).
- Les **hommes cisgenres hétérosexuels** sont ceux qui pâtissent de loin du **plus grand nombre de lacunes** en termes de littéracie en santé sexuelle, tout en étant significativement **moins touchés par toutes les formes de violences**.