UCLouvain

Faculté de santé publique

Pratiques contraceptives des jeunes Belges francophones : une enquête entre savoirs, représentations et réalités sociales

Mémoire réalisé par
Marine Platiau

Promoteur·rice(s)
William D'Hoore
Louise-Marie Drousie

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

UCLouvain

Faculté de santé publique

Pratiques contraceptives des jeunes Belges francophones : une enquête entre savoirs, représentations et réalités sociales

Mémoire réalisé par
Marine Platiau

Promoteur·rice(s)
William D'Hoore
Louise-Marie Drousie

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Merci à Monsieur D'Hoore, mon promoteur, qui m'a aidée à identifier un sujet pertinent et réalisable lorsque mon idée de départ s'est révélée trop complexe. Il m'a orientée grâce à l'envoi d'articles scientifiques et de presse, et c'est également lui qui m'a suggéré de m'associer à une co-promotrice issue de l'ASBL O'YES. Tout au long du processus, il a pris le temps de relire mes différentes parties dès qu'elles étaient prêtes, en me faisant part de retours constructifs et de conseils clairs, ce qui m'a permis d'avancer avec plus de rigueur.

Un grand merci aussi à Madame Drousie, ma co-promotrice, pour son accompagnement attentif et bienveillant. Nos échanges en visioconférence m'ont offert un cadre rassurant pour faire le point, structurer ma réflexion et ajuster ma méthode. Elle a également relu mon travail avec exigence et encouragements. Merci aussi pour le partage du questionnaire au sein de l'ASBL O'YES, qui a largement contribué à la portée de mon enquête.

Je remercie également toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire. Leur contribution a véritablement donné sens et richesse à ce travail. Merci aussi à mes amis qui ont partagé le lien autour d'eux. Sans ce coup de pouce, je n'aurais sans doute pas récolté autant de réponses.

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Utilisation de l'intelligence artificielle

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, j'ai utilisé l'intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) de manière régulière, principalement pour améliorer la formulation de mes textes. Même si les idées, les choix méthodologiques et les analyses sont les miens, j'ai eu besoin d'aide pour structurer mes phrases, trouver les bons mots et rendre l'ensemble plus fluide.

J'ai également sollicité l'outil pour écrire certains scripts R et m'assurer de la justesse de mes analyses statistiques, en particulier pour la vérification des formules ou l'interprétation de résultats complexes. Ces apports techniques m'ont permis de mieux comprendre certaines notions et de renforcer la rigueur de mon travail, tout en gardant un regard critique sur ce que je produisais.

Cette utilisation s'inscrit dans un usage responsable de l'intelligence artificielle, en soutien à la rédaction et à l'analyse, sans délégation du contenu ou de la réflexion. Je reste pleinement responsable de l'ensemble des contenus, des choix et des interprétations présentés dans ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

Remerciements *4*

Plagiat *5*

Introduction *7*

Partie théorique *8*

L'histoire de la contraception **8**

Les différentes contraceptions **8**

A. Contraception traditionnelles 9

B. Contraceptions modernes 11

Choix de la contraception **15**

A. Choix lié au genre 15

B. Choix lié à la culture 16

C. Choix lié au statut socio-économique 19

État des lieux des pratiques contraceptives **20**

Partie pratique *23*

Question de recherche **23**

Objectifs **23**

Méthodologie **23**

Méthode quantitative 23

Échantillon 24

Analyse des données 25

Résultats **27**

Caractéristiques de l'échantillon 27

Connaissances des méthodes contraceptives 27

Compréhension des méthodes de protection contre les IST 29

Perception de l'importance de la contraception et usage effectif 31

Influence du sexe, de la culture et du statut socio-économique 46

Discussion **58**

Les connaissances liées à la contraception 58

L'usage des contraceptifs 61

Influence de l'origine, de la religion ou de l'entourage 63

Limites 66

Conclusion **68**

Bibliographie **69**

INTRODUCTION

La santé sexuelle, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), correspond à un état de bien-être physique, mental et social lié à la sexualité. Elle ne se limite pas à l'absence de maladie ou de dysfonctionnement, mais repose sur des relations respectueuses, le consentement, la liberté de choix, et l'accès à des services, des droits et des informations permettant d'exercer sa sexualité de manière épanouie et sécurisée (OMS, 2006).

Cette vision positive reste pourtant éloignée des réalités vécues par de nombreux jeunes. Inégalités d'accès aux soins, manque d'éducation sexuelle, violences sexuelles, infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses non prévues : les enjeux liés à la santé sexuelle demeurent nombreux et complexes. Parmi eux, l'évolution des pratiques contraceptives interpelle (OMS, 2006). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe observe une baisse préoccupante du recours au préservatif chez les adolescents entre 2014 et 2022, passant de 70 % à 61 % chez les garçons, et de 63 % à 57 % chez les filles. Environ 30 % d'entre eux n'ont utilisé ni préservatif ni pilule contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel. Le rapport souligne aussi des disparités sociales : les jeunes issus de milieux défavorisés se protègent moins que ceux issus de milieux plus favorisés (33 % contre 25 %) (OMS, 2024).

Face à cette situation, le rapport insiste sur l'urgence d'intervenir pour encourager des comportements sexuels plus responsables. Il met notamment en avant le manque d'éducation sexuelle complète dans de nombreux pays, ce qui empêche les jeunes d'acquérir les connaissances nécessaires pour faire des choix éclairés. Sans actions concrètes, les conséquences pourraient être lourdes : augmentation des IST, hausse des grossesses non prévues et coûts accrus pour les systèmes de santé (OMS, 2024).

Dans ce contexte, ce mémoire propose d'explorer les pratiques contraceptives des jeunes Belges francophones âgés de 18 à 25 ans. À travers une enquête par questionnaire auto-administré, il vise à décrire les usages actuels, à analyser les représentations sociales associées aux méthodes contraceptives, et à identifier les facteurs sociaux, culturels et genrés qui influencent les comportements. Bien que l'ensemble des méthodes soit abordé, ce mémoire s'est focalisé plus spécifiquement sur la pilule et le préservatif, car ce sont celles dont l'usage semble reculer chez les jeunes.

PARTIE THÉORIQUE

L'HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION

La contraception existe depuis des milliers d'années, avec des méthodes diverses utilisées aussi bien par les hommes que par les femmes (Bitzer, 2024).

Parmi les méthodes les plus connues et les plus anciennes, on retrouve le préservatif et la pilule contraceptive. Ces deux moyens de contraception ont bien évolué au fil du temps (Anderson & Johnston, 2023).
Le préservatif est utilisé depuis l'Antiquité. À l'époque, il était fabriqué à partir de matériaux naturels, comme des intestins d'animaux. L'arrivée du latex au 20e siècle a marqué un tournant, rendant les préservatifs plus fins, plus souples et plus fiables. C'est aujourd'hui la seule méthode qui protège contre les IST, y compris le VIH, ce qui explique pourquoi elle reste souvent privilégiée (Anderson & Johnston, 2023; WHO, s. d.).
La pilule contraceptive, première méthode hormonale développée, a été approuvée aux États-Unis en 1960. Elle a représenté une avancée majeure en matière de contrôle de la fertilité, mais a rapidement suscité des controverses. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, plusieurs cas de cancer et d'accidents cardiovasculaires rapportés par les médias ont provoqué une "panique autour de la pilule", révélant les inquiétudes liées aux effets secondaires hormonaux (Jones et al., 1980 ; Scrimshaw, 1981 ; Watkins, 2001 ; Wellings, 1986 as cited in (Le Guen et al., 2021))
Par la suite, les pilules de troisième et quatrième générations ont été associées à un risque accru de complications thromboemboliques, poussant certaines femmes à se tourner vers d'autres options, malgré les bénéfices qu'elles apportent (régulation des cycles, amélioration de l'acné, soulagement des douleurs liées à l'endométriose) (Anderson & Johnston, 2023).
En réponse, l'industrie pharmaceutique a tenté d'améliorer la tolérance de ces contraceptifs et de proposer des alternatives plus adaptées (Watkins, 2012 ; Roux, 2020 as cited in (Le Guen et al., 2021)).

LES DIFFÉRENTES CONTRACEPTIONS

Aujourd'hui, le choix en matière de contraception est vaste et diversifié, permettant à chacun d'opter pour une méthode adaptée à ses besoins. L'Organisation des Nations Unies (ONU) distingue deux grandes catégories de méthodes contraceptives : les méthodes dites « traditionnelles » et les méthodes « modernes » (Christin-Maitre, 2022).

A. CONTRACEPTION TRADITIONNELLES

Ces méthodes, souvent anciennes, reposent sur la connaissance du cycle menstruel et des signes physiologiques liés à la fertilité. Elles consistent à repérer les jours où le risque de grossesse est le plus élevé, pour éviter les rapports non protégés à ce moment-là (F. Casey, 2023; Christin-Maitre, 2022).

Le principe repose sur le fait que l'ovulation a généralement lieu autour du 14e jour d'un cycle de 28 jours. L'ovule ne peut être fécondé que pendant environ 12 à 24 heures après l'ovulation, mais comme les spermatozoïdes peuvent survivre jusqu'à cinq jours dans le corps de la femme, la période fertile commence environ cinq jours avant l'ovulation et se termine un jour après. Cela crée une fenêtre de fertilité d'environ six jours (F. Casey, 2023; Christin-Maitre, 2022).

En identifiant cette période grâce à des observations quotidiennes (température, pertes vaginales, calculs de dates…), les personnes peuvent choisir d'éviter les rapports sexuels non protégés à ce moment-là. Ces méthodes ne nécessitent pas de dispositifs médicaux, mais elles demandent une implication quotidienne, une certaine régularité des cycles, et ne protègent pas contre les IST (F. Casey, 2023; Christin-Maitre, 2022).

L'efficacité est mesurée en pourcentage et correspondent à l'indice de Pearl, qui mesure le nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant une méthode contraceptive.

- **Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (LAM)**

La méthode de LAM repose sur l'effet contraceptif naturel de l'allaitement. La succion fréquente inhibe les hormones responsables de l'ovulation. Son efficacité peut atteindre 98 % si trois conditions sont réunies : l'enfant a moins de six mois, la mère n'a pas repris ses règles, et l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif (Vekemans, 1997).

- **Méthode de la température basale (BBT)**

La méthode BBT consiste à mesurer sa température corporelle chaque matin avant le lever. L'ovulation provoque une légère hausse (0,2 à 0,5 °C), signalant la fin de la période fertile. Toutefois, sa fiabilité peut être altérée par le stress, une maladie ou un sommeil perturbé (Steward & Raja, 2023).

- **Méthode des deux jours**

La méthode des deux jours repose sur l'observation des sécrétions vaginales : si des pertes sont présentes aujourd'hui ou la veille, la journée est considérée comme fertile. Lorsque la glaire devient fluide, claire et abondante, elle facilite la survie des spermatozoïdes et leur progression dans l'appareil reproducteur féminin, ce qui augmente les chances de fécondation (Casey, 2023 ; Institute for Reproductive Health, s. d.). En usage parfait, son efficacité atteint 96 %, contre 86 % en usage typique (Institute for Reproductive Health, s. d.).

- **Méthode symptothermique**

La méthode symptothermique est plus complète, elle combine plusieurs indicateurs, en combinant la méthode BBT et la méthode des deux jours, : la température basale et l'aspect de la glaire cervicale (Peters & Mahdy, 2023).

- **Méthode du retrait**

Le principe de la méthode du retrait consiste à retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation. Mais cette méthode reste peu fiable, car du sperme peut être présent dans le liquide pré-éjaculatoire. Son efficacité est d'environ 80 % en pratique courante (F. Casey, 2023; Cleveland Clinic, 2022a; WHO, 2023).

- **Méthode des jours fixes**

La méthode des jours fixes est destinée aux femmes ayant des cycles réguliers (26 à 32 jours). Elle identifie les jours 8 à 19 comme les plus fertiles (Arévalo et al., 1999). Son efficacité atteint 95 % en utilisation parfaite (Institute for Reproductive Health, s. d.-a).

- **Méthode du calendrier (ou méthode du rythme) :**

La méthode du calendrier repose sur l'analyse de plusieurs cycles précédents pour estimer la période fertile. On soustrait 18 jours à la durée du cycle le plus court et 11 jours à celle du plus long. Par exemple, pour des cycles variant de 26 à 32 jours, la période fertile est estimée entre les jours 8 et 21. Cette méthode convient uniquement aux cycles réguliers et demande un suivi préalable sur plusieurs mois. Son efficacité en usage typique est d'environ 75 % (Cleveland Clinic, 2022b ; WHO, 2023).

B. Contraceptions modernes

Les méthodes de contraception modernes se sont développées surtout au cours du XXe siècle. Elles regroupent plusieurs options très efficaces pour prévenir une grossesse, qu'elles agissent de manière hormonale, mécanique ou définitive. Contrairement aux méthodes traditionnelles, la plupart d'entre elles modifient directement les processus biologiques de la reproduction, ce qui les rend globalement plus fiables. Une exception notable est le préservatif, classé parmi les méthodes modernes bien qu'utilisé depuis l'Antiquité et n'agissant pas sur les mécanismes biologiques. On retrouve dans cette catégorie les contraceptifs hormonaux (comme la pilule, les patchs, les anneaux, les injections ou les implants), les dispositifs intra-utérins (DIU), les méthodes barrières (comme les préservatifs), la contraception thermique masculine, les méthodes définitives (stérilisation), ainsi que la contraception d'urgence (Christin-Maitre, 2022; Hubacher & Trussell, 2015).

- **Méthodes hormonales**

Les contraceptifs hormonaux sont parmi les plus utilisés aujourd'hui. Leur efficacité repose principalement sur trois mécanismes : empêcher l'ovulation, épaissir la glaire cervicale pour bloquer le passage des spermatozoïdes, et rendre la muqueuse utérine moins favorable à l'implantation d'un ovule fécondé (WHO, 2023; Casey, 2023).

<u>Les pilules contraceptives combinées</u>

Les pilules contraceptives combinées associent un œstrogène et un progestatif pour bloquer l'ovulation, épaissir la glaire cervicale et rendre l'endomètre défavorable à l'implantation (Cooper & Patel, 2024).

Elles se prennent quotidiennement pendant 21 ou 24 jours, avec une pause ou des placebos (F. Casey, 2024b). Leur efficacité est de 99,7 % en usage parfait, mais tombe à 91 % en pratique courante, notamment à cause des oublis (O'YES ASBL, s. d.-b; WHO, 2023).

<u>Les pilules contraceptives progestatives</u>

Les pilules contraceptives progestatives ne contiennent qu'un progestatif et sont recommandées aux femmes ne pouvant pas prendre d'œstrogènes (migraine avec aura, hypertension). Elles agissent principalement en épaississant la glaire cervicale, parfois aussi en bloquant l'ovulation.

Elles doivent être prises à heure fixe chaque jour, car tout retard peut réduire leur efficacité (Cooper & Patel, 2024).

Les implants

Les implants sont insérés sous la peau du bras. C'est un bâtonnet qui libère un progestatif en continu pendant trois ans. Ils bloquent l'ovulation, épaississent la glaire cervicale et modifient l'endomètre (Elsan, 2022). Leur efficacité est très élevée, dépassant 99,9 % (O'YES ASBL, s. d.-h).

Les patchs

Les patchs se collent sur la peau (bras, ventre, dos ou fesse) et libèrent un œstrogène et un progestatif directement dans la circulation sanguine. Ils bloquent l'ovulation, épaississent la glaire cervicale et modifient l'endomètre. Ils se remplacent chaque semaine pendant trois semaines, suivies d'une semaine sans patch. Leur efficacité atteint plus de 99 % en usage parfait, mais tombe à 91 % en pratique courante (F. Casey, 2024a; NHS, 2024a; O'YES ASBL, s. d.-d).

Les anneaux vaginaux

Les anneaux vaginaux sont insérés dans le vagin. Ce sont des anneaux flexibles qui libèrent un œstrogène et un progestatif, bloquant l'ovulation, épaississant la glaire cervicale et modifiant l'endomètre (NHS, 2024c). Ils restent en place trois semaines, suivi d'une semaine sans anneau. Leur efficacité est comparable à celle des autres contraceptifs hormonaux en usage correct (O'YES ASBL, s. d.-c).

Les injections de progestatifs

Les injections de progestatifs sont administrées tous les trois mois, ces injections bloquent l'ovulation, épaississent la glaire cervicale et modifient l'endomètre (F. Casey, 2023b). Discrètes et sans contrainte quotidienne, elles nécessitent un bon respect du calendrier. Leur efficacité atteint 99,7 % en usage parfait et 94 % en pratique courante (O'YES ASBL, s. d.-g).

- **Méthodes intra-utérines (DIU)**

Les DIU, aussi appelés stérilets, sont insérés dans l'utérus par un professionnel de santé. Il en existe deux types (WHO, 2023) :

Le DIU au cuivre

Les DIU en cuivres rendent l'environnement toxique pour les spermatozoïdes et rend l'endomètre défavorable à l'implantation. Ils sont efficaces pendant 5 à 10 ans, selon le modèle (WHO, 2023).

Le DIU hormonal

Les DIU hormonaux libèrent un progestatif qui épaissit la glaire cervicale, modifie l'endomètre et peut bloquer l'ovulation. Leur durée varie entre 3 et 7 ans (WHO, 2023).

Les DIU offrent une efficacité supérieure à 99 % et agissent sans intervention quotidienne (NHS, 2024b; WHO, 2023).

- **Méthodes de barrière (WHO, 2023)**

Les méthodes de barrière empêchent physiquement la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule. Accessibles et non hormonales, elles protègent aussi contre les IST (WHO, 2023).

Le préservatif externe (masculin)

Le préservatif externe est la méthode contraceptive la plus répandue. Il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration. Fabriqué en latex ou en polyuréthane, il prévient les grossesses et protège efficacement contre les IST, y compris le VIH. Son efficacité est de 98 % en théorie, mais chute à 85 % en usage courant (O'YES ASBL, s. d.-e).

Le préservatif interne (féminin)

Le préservatif interne est moins connu, il s'insère dans le vagin (ou l'anus) avant un rapport sexuel et peut être placé plusieurs heures à l'avance. Fabriqué en polyuréthane, il protège aussi contre les IST. Son efficacité est de 95 % en théorie, mais tombe à 79 % en pratique. Il ne doit pas être utilisé en même temps qu'un préservatif externe (O'YES ASBL, s. d.-f).

- **Méthodes de contraception thermique**

Les méthodes de contraception thermique sont encore peu connues, elles consistent à chauffer légèrement les testicules pour inhiber temporairement la production de spermatozoïdes. Les dispositifs (anneaux Androswitch et le slip SpermaPause) doivent être portés 15 heures par jour, avec un suivi par spermogrammes (O'YES ASBL, s. d.-a).

- **Méthodes définitives**

Il existe deux grandes méthodes de stérilisation
- la vasectomie pour les hommes,
- et la ligature des trompes pour les femmes.

Ces techniques consistent à bloquer ou sectionner les canaux qui permettent le passage des spermatozoïdes ou des ovules. Cependant, ces méthodes sont moins courantes, car elles sont souvent perçues comme irréversibles et définitives (F. Casey, 2023a).

- **Méthodes d'urgence**

Les méthodes d'urgence permettent d'éviter une grossesse après un rapport non protégé ou un échec contraceptif (préservatif mal mis, oubli de pilule…).
Deux options existent :
- la pilule d'urgence, à prendre le plus tôt possible (jusqu'à 72 ou 120 h selon le type),
- et le DIU au cuivre, efficace jusqu'à 5 jours après le rapport.

La pilule agit en bloquant ou retardant l'ovulation, mais n'a aucun effet si la fécondation a déjà eu lieu. Elle ne remplace pas une contraception régulière, mais reste utile en cas d'imprévu (OMS, 2021).

CHOIX DE LA CONTRACEPTION

A. CHOIX LIÉ AU GENRE

Avant d'aborder les inégalités liées au genre dans l'accès à la contraception, il est important de distinguer le sexe, défini par des caractéristiques biologiques (chromosomes, organes, hormones), du genre, qui renvoie à des rôles et normes socialement construits, évolutifs et culturels (Gouvernement du Canada, 2014).

Dans le cadre de ce travail, cette distinction est essentielle pour comprendre pourquoi certaines personnes, notamment les femmes, les minorités de genre, peuvent rencontrer plus de difficultés que d'autres dans leur parcours contraceptif, même lorsqu'elles sont biologiquement concernées par le risque de grossesse.

Historiquement pensée comme un outil d'émancipation, la contraception s'est surtout développée autour des besoins des femmes pouvant tomber enceintes, instaurant une répartition inégalitaire des responsabilités, souvent qualifiée de « fardeau contraceptif » (Lévesque et al., 2024). Dans ce contexte, les méthodes dites partagées, comme le retrait ou le préservatif, ont progressivement été marginalisées au profit de solutions centrées sur le corps féminin (Pamboutzoglou, 2025).

Aujourd'hui encore, les jeunes femmes assument majoritairement la contraception, tandis que les hommes s'y impliquent peu, souvent sans savoir si leur partenaire utilise une méthode (de Looze et al., 2019). Bien que le préservatif soit généralement perçu comme une méthode « masculine », cette représentation ne se traduit pas toujours par une prise en charge concrète. Dans de nombreux cas, ce sont les femmes qui doivent rappeler son importance, l'acheter ou insister pour qu'il soit utilisé. Cette situation illustre un décalage entre la catégorisation genrée d'une méthode et les dynamiques réelles de négociation, souvent marquées par des rapports de pouvoir. Dans certains contextes, les femmes peuvent se heurter à une illégitimité perçue lorsqu'elles demandent son usage, malgré un discours d'égalité croissant (de Looze et al., 2019).

L'offre contraceptive illustre également ces déséquilibres : les femmes disposent de nombreuses options, tandis que les hommes n'ont accès qu'au préservatif, au retrait et à la vasectomie (WHO, 2023). Des alternatives comme la contraception thermique (anneau AndroSwitch, slip SpermaPause) restent difficiles à obtenir. Ils sont souvent fait de manière

artisanales et car ils ne sont pas commercialiés en pharmacie dû au fait qu'ils ne répondent pas aux normes européennes (O'YES ASBL, s. d.-a).

Par ailleurs, il existe la contraception masculine hormonale et elle est efficace ! Des essais ont démontré qu'une combinaison de testostérone et progestatif supprime la spermatogenèse, avec une efficacité équivalente à celle des contraceptifs féminins. Malgré cela, aucun produit n'est commercialisé à ce jour, notamment en raison du désengagement de l'industrie pharmaceutique (Reynolds-Wright & Anderson, 2019).

Des recherches plus récentes plaident pour des méthodes masculines non hormonales. Le manque d'alternatives maintient une inégalité structurelle : les deux tiers de la responsabilité contraceptive reposent sur les femmes, non par manque d'intérêt des hommes, mais faute de solutions. Les données montrent que la majorité des hommes seraient prêts à adopter de nouvelles méthodes, et que 98 % des femmes leur feraient confiance (Nickels & Yan, 2023; Reynolds-Wright & Anderson, 2019).

Au-delà des aspects purement contraceptifs, une plus grande implication des hommes dans la planification familiale est associée à des dynamiques relationnelles plus équilibrées : meilleure communication, prise de décision conjointe, et partage effectif des responsabilités (Nickels & Yan, 2023). Ce changement va dans le sens d'une répartition plus équitable des responsabilités contraceptives entre les partenaires, dans une logique de justice reproductive, entendue ici comme l'accès égal à l'autonomie, à la décision et aux moyens de planification familiale. Pourtant, les avancées restent limitées, freinées par l'absence de soutien industriel, des obstacles réglementaires persistants et un manque de financements structurels (Nickels & Yan, 2023).

Enfin, certaines normes de genre continuent de freiner l'accès à la contraception. Des idéaux de virilité peuvent dissuader les hommes de s'engager activement dans la planification familiale, tandis que certaines représentations de la féminité peuvent limiter la capacité des femmes à proposer ou imposer une méthode à leur partenaire (Baxter, 2024).

B. Choix lié à la culture

Normes culturelles, religieuses et sociales

Dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, la contraception moderne est largement acceptée, perçue comme un choix évident et intégré dans les parcours de vie. Cela s'explique par des facteurs à la fois culturels et structurels : la planification parentale est valorisée, et l'autonomie

reproductive encouragée. Le modèle « Ready, Willing and Able » illustre bien cette dynamique: pour qu'une personne adopte une méthode contraceptive, il faut une motivation personnelle, une acceptabilité sociale et un accès concret. Dans ce contexte, la contraception moderne est non seulement accessible, mais valorisée comme un comportement responsable (Dereuddre, Van de Putte, et al., 2016).

À l'inverse, dans certains pays d'Europe de l'Est, des normes sociales ou culturelles peuvent encore freiner le recours à ces méthodes, voire les stigmatiser (Dereuddre, Van de Putte, et al., 2016). Globalement, l'allongement de la période entre les premières relations sexuelles et la parentalité a accru le besoin de contraception, notamment chez les femmes. Une plus grande égalité de genre et une scolarisation prolongée des filles sont aussi associées à un usage accru de méthodes modernes (Slaymaker et al., 2020).

Le type de méthode choisie reflète également les rapports de genre. En Europe de l'Ouest, où l'égalité progresse, les femmes utilisent davantage de contraceptifs modernes, souvent féminins comme la pilule ou le stérilet. Cela témoigne d'une plus grande autonomie, mais aussi d'un maintien de la responsabilité contraceptive sur les femmes. A contrario, dans les pays où les inégalités de genre sont plus marquées, on observe davantage de recours à des méthodes traditionnelles ou à l'absence de contraception, sous l'influence de normes culturelles ancrées (Dereuddre, Van de Velde, et al., 2016).

Dans d'autres contextes, notamment religieux, l'abstinence peut être valorisée, et l'usage de la contraception perçu comme une incitation à la sexualité hors mariage, en particulier pour les jeunes femmes. Cela peut engendrer une pression sociale importante, notamment pour les célibataires (Metusela et al., 2017).

Ces normes influencent aussi l'accès à une éducation sexuelle complète. Le silence ou les tabous autour de la sexualité freinent souvent la diffusion d'informations fiables sur les règles, la contraception ou les protections contre les IST (Metusela et al., 2017).

Les croyances religieuses, quant à elles, n'entraînent pas toujours des effets homogènes : des personnes d'une même religion peuvent avoir des attitudes très différentes, certaines s'éloignant volontairement des prescriptions religieuses pour préserver leur bien-être (Srikanthan & Reid, 2008).

Enfin, en contexte migratoire, les normes culturelles peuvent parfois être renforcées comme repères identitaires, ce qui peut inclure un rejet de la contraception perçue comme contraire aux valeurs d'origine. Toutefois, les réactions sont très diverses, et il convient d'éviter toute généralisation (Srikanthan & Reid, 2008).

Perceptions et représentations des méthodes contraceptives (notamment du préservatif et de la pilule)

Certaines méthodes, comme la pilule ou le préservatif, sont associées à des représentations spécifiques qui influencent leur usage. Dans les sociétés occidentales, on observe un rejet croissant des contraceptifs hormonaux, en lien avec des effets secondaires physiques (prise de poids, migraines), psychiques (irritabilité, fatigue, moral bas), sexuels (baisse de libido, sécheresse vaginale), ou encore des inquiétudes sur la fertilité. De plus en plus de femmes souhaitent « laisser leur corps respirer » et se tournent vers des méthodes non hormonales, perçues comme plus naturelles ou moins invasives (Le Guen et al., 2021).

Cette méfiance s'inscrit aussi dans un contexte plus large de rejet des produits chimiques ou de la médicalisation. Les controverses relayées par les médias ou les témoignages diffusés sur les réseaux sociaux ont renforcé cette tendance. Certaines femmes disent aussi avoir eu le sentiment de ne pas être écoutées ou crues lorsqu'elles ont parlé de leurs effets secondaires à un professionnel de santé, ce qui renforce leur défiance vis-à-vis du système médical (Le Guen et al., 2021).

Le préservatif est lui aussi influencé par les normes sociales. Certains jeunes y renoncent avec un partenaire jugé « sans risque », en se basant sur des critères subjectifs comme l'apparence ou la réputation, plutôt que sur des informations objectives (Marston & King, 2006). Le type de relation compte également : son usage est plus fréquent au début d'une relation, puis souvent abandonné dans les couples stables, surtout si une autre méthode contraceptive est utilisée. Ce retrait est parfois vu comme un signe de confiance ou d'engagement (de Looze et al., 2019 ; Marston & King, 2006).

Enfin, parler du préservatif peut parfois être perçu comme un signe de méfiance ou comme une remise en question de la fidélité. Certains jeunes préfèrent éviter le sujet ou ne pas en avoir sur eux pour ne pas « envoyer un mauvais message » (Marston & King, 2006). Cela montre que,

même lorsque l'information est disponible, les normes sociales restent un frein important à l'usage de certaines méthodes.

C. Choix lié au statut socio-économique

Le statut socio-économique influence fortement l'accès à la contraception. Les personnes en situation de précarité, à faible niveau d'instruction ou sans couverture sociale suffisante rencontrent plus d'obstacles, à la fois financiers, logistiques et informationnels (Baxter, 2024; Metcalfe et al., 2016). En l'absence de dispositifs adaptés, le coût devient un frein majeur, notamment pour les jeunes ou les publics à faibles revenus, d'où l'importance de maintenir et renforcer les aides existantes (Assemblée Parlementaire, 2020).

L'accessibilité matérielle joue aussi un rôle clé : les préservatifs, disponibles sans ordonnance, sont perçus comme plus accessibles et moins stigmatisants. À l'inverse, la pilule nécessite une consultation, ce qui peut décourager certaines jeunes femmes, surtout dans les contextes marqués par des inégalités de genre (de Looze et al., 2019).

Les inégalités socio-économiques et territoriales influencent aussi l'accès aux services de santé sexuelle. Les populations marginalisées ou vivant dans des zones rurales ou défavorisées disposent souvent de moins de services de santé reproductive, ce qui limite leurs possibilités de recours à la contraception (Baxter, 2024).

Enfin, le niveau d'éducation influence également le recours à la contraception. Un faible niveau d'instruction est associé à une moindre utilisation de contraceptifs, notamment chez les femmes ayant vécu une grossesse non prévue. L'accès à l'information, la capacité à se repérer dans le système de soins ou encore la qualité du suivi médical sont des éléments influencés par le niveau scolaire (Metcalfe et al., 2016). À l'inverse, les jeunes issus de milieux favorisés bénéficient plus souvent d'un environnement familial ouvert sur ces questions, facilitant leur accès à des méthodes de protection (de Looze et al., 2019).

Éducation sexuelle

Dans plusieurs pays occidentaux, les normes culturelles et religieuses influencent encore fortement les contenus des programmes d'éducation sexuelle. En France, l'éducation à la sexualité est globalement bien acceptée, mais reste contestée par certains groupes conservateurs, notamment catholiques. En Autriche et en Pologne, l'influence de l'Église favorise des approches centrées sur l'abstinence, les rôles genrés traditionnels et la fidélité

conjugale. À l'inverse, des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas ou la Norvège adoptent une approche plus inclusive, intégrant les dimensions biologiques, émotionnelles et relationnelles. En Belgique, le programme EVRAS a lui aussi suscité des débats : en 2023, des associations religieuses, principalement musulmanes, ont introduit un recours contre ses animations scolaires. La Cour constitutionnelle a confirmé sa conformité, soulignant son caractère neutre, objectif et pluraliste (RTBF, 2025). Ces situations montrent que les traditions locales, les politiques éducatives et les moyens disponibles entraînent des inégalités d'accès à une information complète sur la santé sexuelle et reproductive (Botor et al., 2025).

Un enseignement complet de la sexualité est pourtant essentiel pour améliorer les connaissances contraceptives et favoriser leur utilisation. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe y voit un investissement dans une société plus équitable et en meilleure santé (Assemblée Parlementaire, 2020).

Pour être réellement efficaces, ces programmes ne peuvent se limiter à la promotion de l'usage des contraceptifs. Les politiques de santé publique doivent intégrer les dimensions de genre et d'égalité, afin de créer un environnement favorable à des pratiques sexuelles responsables chez les jeunes (de Looze et al., 2019).

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

Après avoir exploré les déterminants sociaux, culturels et économiques qui influencent le choix contraceptif, ce chapitre s'intéresse à leur traduction concrète dans le contexte belge francophone.

En Belgique francophone, la contraception est largement disponible depuis sa légalisation en 1973, mais les pratiques et représentations varient selon le genre, l'âge, le contexte relationnel ou le statut socio-économique (Ancel, s. d.).

D'après une enquête Solidaris (2017), 69 % des femmes et 34 % des hommes de 14 à 55 ans déclaraient utiliser une méthode contraceptive. Chez les jeunes, la pilule reste majoritaire chez les femmes (54,5 %), tandis que les hommes privilégient le préservatif externe (60 %). Néanmoins, une remise en question des contraceptifs hormonaux s'observe : entre 2010 et 2017, l'usage de la pilule a chuté, près de la moitié des femmes ayant changé de méthode en raison d'effets secondaires ou de craintes liées à sa composition (Ancel, s. d.).

Ce recul s'accompagne d'une insatisfaction croissante : seules 50 % des utilisatrices de la pilule et 30 % de celles du préservatif externe s'en disent pleinement satisfaites, contre plus de 60 % pour d'autres méthodes (Ancel, s. d.). La littérature belge confirme une méfiance croissante envers la médicalisation du corps féminin et un attrait pour des méthodes jugées plus « naturelles » (Devaux, 2023).

La connaissance des méthodes progresse : en 2017, 95 % des répondants connaissaient la pilule, 81 % le préservatif, et les étudiants étaient mieux informés sur des méthodes moins répandues comme l'implant ou le patch. Cependant, seuls 18 % déclaraient se protéger systématiquement, contre 9 % en 2010, signe d'une amélioration modeste (Ancel, s. d.).

Ces données masquent toutefois des inégalités d'accès, notamment pour les femmes précaires ou migrantes, confrontées à des obstacles financiers, logistiques et culturels (Devaux, 2023). Le coût reste un facteur discriminant : la pilule d'urgence est quasi gratuite, mais d'autres méthodes (stérilet, implant) peuvent dépasser 140 € sans aide. Le système prévoit une « intervention supplémentaire » pour les jeunes, les bénéficiaires du statut BIM et les personnes en institution, via le tiers payant (INAMI, s. d.; Partenamut, 2025).

Malgré l'importance du préservatif pour prévenir les IST, son usage diminue. Un rapport de l'OMS (2024) révèle une hausse des rapports non protégés chez les adolescents européens (Nations Unies, 2024). En Belgique francophone, cette tendance se traduit par une augmentation des infections comme la chlamydia et la gonorrhée chez les jeunes adultes, particulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Cette hausse, non entièrement expliquée par l'augmentation du dépistage, reflète une baisse de vigilance, liée à un usage irrégulier du préservatif et à une perception erronée du risque (Lecompte et al., 2024).

Les rapports de genre influencent fortement les pratiques. La contraception reste majoritairement assumée par les femmes : 53 % déclarent prendre seules les décisions contraceptives, tandis que 65 % des hommes estiment à tort que la décision est conjointe. En pratique, 77 % des femmes consultent leur gynécologue pour choisir une méthode, contre 37 % des hommes qui s'appuient sur leur partenaire (Ancel, s. d.).

Ce déséquilibre est renforcé par une implication masculine limitée : 90 % des femmes se sentent concernées par la contraception, contre seulement 50 % des hommes, bien que cette proportion soit plus élevée chez les plus jeunes. (Ancel, s. d.). Cette charge mentale féminine, décrite comme technique, émotionnelle et symbolique, est bien documentée (Devaux, 2023).

La contraception masculine reste marginale. Bien que 40 % des hommes se disent prêts à utiliser une pilule, celle-ci n'est toujours pas commercialisée, en partie à cause des effets secondaires jugés inacceptables, pourtant similaires à ceux que subissent les femmes (Ancel, s. d.). Cela illustre un traitement différencié du corps masculin et la tendance à considérer comme allant de soi que la contraception relève des femmes (Devaux, 2023).

Face à ces inégalités, l'éducation sexuelle apparaît comme un levier central. En Fédération Wallonie-Bruxelles, le programme EVRAS, intégré dès la maternelle et renforcé en fin de primaire et au secondaire, vise à transmettre des repères sur les émotions, le consentement et la santé reproductive. En offrant une information neutre, accessible et adaptée à l'âge, il cherche à lever les tabous, promouvoir des choix éclairés et alléger la charge contraceptive souvent assumée par les jeunes femmes (Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.).

PARTIE PRATIQUE

QUESTION DE RECHERCHE

Quels sont les facteurs sociaux, culturels et genrés associés à la baisse de l'usage du préservatif et de la pilule contraceptive chez les jeunes Belges francophones âgés de 18 à 25 ans ?

OBJECTIFS

Ce mémoire vise à identifier et analyser, à partir d'une enquête par questionnaire auto-administré, les facteurs sociaux, culturels et genrés associés à la baisse de l'usage du préservatif et de la pilule contraceptive chez les jeunes Belges francophones âgés de 18 à 25 ans. Il s'agit également d'explorer les pratiques, perceptions, motivations et obstacles liés à l'utilisation des contraceptifs, ainsi que les différences observées selon le genre.

MÉTHODOLOGIE

MÉTHODE QUANTITATIVE

Pour atteindre l'objectif de cette recherche, qui est de mieux comprendre les pratiques, perceptions et motivations des jeunes adultes belges francophones concernant l'utilisation des préservatifs et de la pilule contraceptive, une méthodologie quantitative a été retenue, reposant sur la diffusion d'un questionnaire en ligne.

Cette méthodologie a été justifiée par la nécessité de collecter des données structurées auprès d'un large échantillon de participants, permettant d'identifier des tendances générales et des différences de genre. Le choix d'un questionnaire auto-administré s'explique également par la volonté de garantir l'anonymat, de favoriser la sincérité des réponses sur un sujet parfois tabou, et d'offrir une participation simple et rapide. Ce format est cohérent avec les habitudes numériques des jeunes adultes et permet de diffuser largement l'enquête, tout en offrant la possibilité aux participants de répondre à leur rythme.

Le questionnaire comprenait environ 36 questions, mais tous les participants ne répondaient pas aux mêmes items. La structure était adaptative : selon leurs réponses initiales (sexe, orientation sexuelle, réponses conditionnelles), certaines sections étaient activées ou non. Chez les femmes, on retrouvait notamment des sections spécifiques sur l'usage de la pilule, les raisons du non-usage, les perceptions et attitudes, le dépistage, l'accès aux soins, et l'influence du genre, de la culture et du statut socio-économique. Les femmes homosexuelles recevaient des questions

adaptées à leur orientation. Chez les hommes, la structure était similaire mais adaptée à leur contexte et à leur rôle dans la contraception.

Le questionnaire se composait principalement de questions fermées (cases à cocher), parfois accompagnées d'échelles de type Likert. Une case "autre" permettait de nuancer ou préciser la réponse, et quatre questions ouvertes non obligatoires étaient proposées pour permettre aux participants de s'exprimer librement. Le temps moyen estimé pour remplir le questionnaire était compris entre 5 et 10 minutes. Aucun pré-test n'a été réalisé avant la diffusion finale.

Les questions ont été faites sur base de ce qu'il semblait important à explorer et sur base de la lecture de la littérature.

Échantillon

L'échantillon a été constitué à partir d'une méthode d'échantillonnage de convenance, principalement via les réseaux sociaux (Facebook et Instagram) et les réseaux personnels, des groupes ciblés, et l'ASBL O' YES.

Des publications sur Facebook et Instagram ont été créées afin de demander aux personnes de mon réseau de répondre au questionnaire et de le partager avec leur réseau.

Des publications dans des groupes ont été mises, notamment des groupes étudiants et des groupes LGBT. Les groupes de la communauté LGBT ont été ciblés pour plus de diversité, malheureusement ces derniers ont généré peu de réponses, ce qui n'a pas permis de réaliser des analyses détaillées par orientation sexuelle.

L'ASBL O'YES a également relayé le questionnaire via ses canaux, ce qui a permis d'atteindre un public plus large et potentiellement déjà sensibilisé aux questions de santé sexuelle et contraceptive.

À l'origine, il était envisagé d'inclure des adolescents, mais les contraintes éthiques (autorisation parentale et comité d'éthique) ont conduit à recentrer l'étude sur les jeunes adultes (18-25 ans). Les personnes transgenres ou non binaires n'ont pas été incluses, non pas par discrimination, mais pour éviter de complexifier les analyses et brouiller la lecture des résultats. Il serait toutefois pertinent de les inclure dans de futures recherches.

Le questionnaire, diffusé via Google Forms, comprenait dès le départ plusieurs questions obligatoires servant de filtres : l'âge et le lieu de résidence. Les personnes ne correspondant pas à la tranche d'âge ciblée (18 à 25 ans) ne pouvaient pas compléter le questionnaire. Les résultats des personnes ne résidant pas en Belgique n'étaient pas pris en compte.

La collecte des données s'est déroulée sur un mois (de mars à avril). Il n'y a pas eu besoin de relancer pour le public général, mais quelques rappels ciblés pour les hommes et les personnes LGBT ont été effectués, car ces groupes étaient sous-représentés.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être âgé de 18 à 25 ans ;
- Être francophone ;
- Résider en Belgique.

Un critère d'exclusion a été appliqué : les personnes ne souhaitant pas se positionner sur leur sexe (homme ou femme) ou dont le genre ne correspondait pas au sexe assigné à la naissance ont été écartées de l'analyse. Ce choix ne vise en aucun cas à invisibiliser ces personnes, mais s'explique par la volonté de comparer certaines variables selon une lecture binaire cohérente de la variable « sexe ». Dans ce contexte, le terme « sexe » est utilisé pour désigner cette variable, même si les différences observées peuvent refléter à la fois des dimensions biologiques et des normes de genre. L'analyse ne permet donc pas de distinguer de manière stricte les effets liés au sexe biologique de ceux liés aux constructions sociales genrées.

Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été exportées depuis Google Forms sous format Excel. Un travail de préparation a ensuite été réalisé pour nettoyer les données manuellement. La ville de résidence a été vérifiée afin d'exclure les participants vivant en dehors de la Belgique (notamment en France). Les réponses incohérentes ont été corrigées : par exemple, lorsqu'un participant déclarait ne pas se protéger mais expliquait ensuite se protéger "toujours", une relecture manuelle était effectuée pour recoder correctement la réponse. Ce nettoyage a pris beaucoup de temps et a nécessité une vérification ligne par ligne.

Il y a également eu un bug technique survenu pour une question : certaines femmes étaient redirigées par erreur vers une catégorie qui sautait une question concernant leur opinion sur le préservatif. Cette question a donc été supprimée pour éviter tout biais.

La création de certaines variables (comme les scores de connaissance contraceptive ou de compréhension des méthodes de protection contre les IST) a été réalisée, ainsi que l'organisation des informations selon différents axes d'analyse (genre, niveau d'études, type de relation, nombre de partenaires).

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel RStudio, en utilisant principalement les packages dplyr, ggplot2 et stats. Des analyses descriptives (moyennes, médianes, écart-type) ont d'abord été menées. La normalité des distributions a été vérifiée (test de Shapiro-Wilk et histogrammes), ce qui a conduit au choix de tests non paramétriques : test de Wilcoxon pour comparer les scores entre groupes (par exemple selon le genre ou le niveau d'éducation), test du Chi² pour examiner les associations entre variables catégorielles (comme le sexe et l'utilisation de la contraception), et corrélations de Spearman pour explorer les liens entre l'âge et les scores.

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques ou de tableaux synthétiques afin de rendre les tendances plus lisibles et compréhensibles. Ceux-ci ont été créés avec R studio. L'intelligence artificielle (ChatGPT) a été sollicitée comme appui technique pour la création des scripts.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'analyse porte sur un échantillon final de 138 participants ayant complété le questionnaire. Parmi eux, 72 % sont des femmes (n = 99) et 28 % des hommes (n = 39). L'âge moyen est de 23,2 ans (± 1,79), avec un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 25 ans.

Cet échantillon présente toutefois un déséquilibre marqué en faveur des femmes (72 %), ainsi qu'une forte représentation de jeunes ayant un niveau d'études supérieur : 52 % sont titulaires d'un master et 39 % d'un bachelier, contre seulement 7 % ayant obtenu un CESS et moins de 1 % issus de l'enseignement professionnel ou de la formation en alternance (EFP). Ces caractéristiques doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats, car elles reflètent un biais probable lié aux canaux de diffusion (réseaux sociaux personnels, relais via une ASBL sensibilisée) et à l'auto-sélection des répondants, souvent plus éduqués et sensibilisés à la santé sexuelle.

CONNAISSANCES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Cette section a pour objectif d'examiner si le sexe et le niveau d'éducation des participants influencent leur niveau de connaissance des méthodes contraceptives.

Scores moyens de connaissance contraceptive par sexe et niveau d'éducation

Niveau d'éducation	Femmes (N)	Hommes (N)	Score moyen ± SD (Femmes)	Score moyen ± SD (Hommes)
Ce2d	1		9 ± NA	
École secondaire (CESS)	7	3	10 ± 0	9 ± 1.73
École professionnelle		1		6 ± NA
Formation professionnelle (EFP)		1		6 ± NA
Bachelier HE ou universitaire (ou études en cours)	38	16	8.68 ± 1.88	7.19 ± 3.56
Master HE ou universitaire (ou études en cours)	52	19	8.77 ± 2	6.47 ± 3.31

Scores exprimés sur 10. Moyennes ± SD calculées séparément pour chaque sexe.

Figure 1 : Scores moyens de connaissance contraceptive (moyenne ± SD) selon le sexe et le niveau d'éducation

Un test de Wilcoxon a été réalisé pour comparer les scores entre les sexes. Les résultats montrent une différence significative entre les femmes et les hommes ($W = 2774.5$, $p < 0.001$), les femmes ayant un score moyen plus élevé, ce qui suggère qu'elles possèdent globalement une meilleure connaissance contraceptive.

Pour le niveau d'éducation, des comparaisons post-hoc ont été réalisées à l'aide de tests de Wilcoxon pairwise avec correction de Benjamini-Hochberg. Les participants ayant un niveau « École secondaire (CESS) » semblent obtenir des scores légèrement plus élevés que ceux de l'école professionnelle ($p = 0.078$), de la formation professionnelle (EFP) ($p = 0.078$), du bachelier ($p = 0.078$) ou du master ($p = 0.059$). Toutefois, ces différences ne sont pas significatives au seuil de 0.05, et aucune autre différence notable n'a été observée. Ce résultat doit être interprété avec prudence en raison de la faible taille du sous-groupe CESS, qui limite fortement la portée des comparaisons statistiques.

Une analyse exploratoire a été réalisée pour vérifier l'existence d'une éventuelle association entre l'âge des participants et leur score de connaissance contraceptive. Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence, que ce soit globalement (rho = 0,01 ; p = 0,87), chez les femmes (rho = 0,04 ; p = 0,68) ou chez les hommes (rho = –0,09 ; p = 0,60). Ces résultats suggèrent que, dans cet échantillon, l'âge ne semble pas influencer le niveau de connaissance déclaré concernant les méthodes contraceptives.

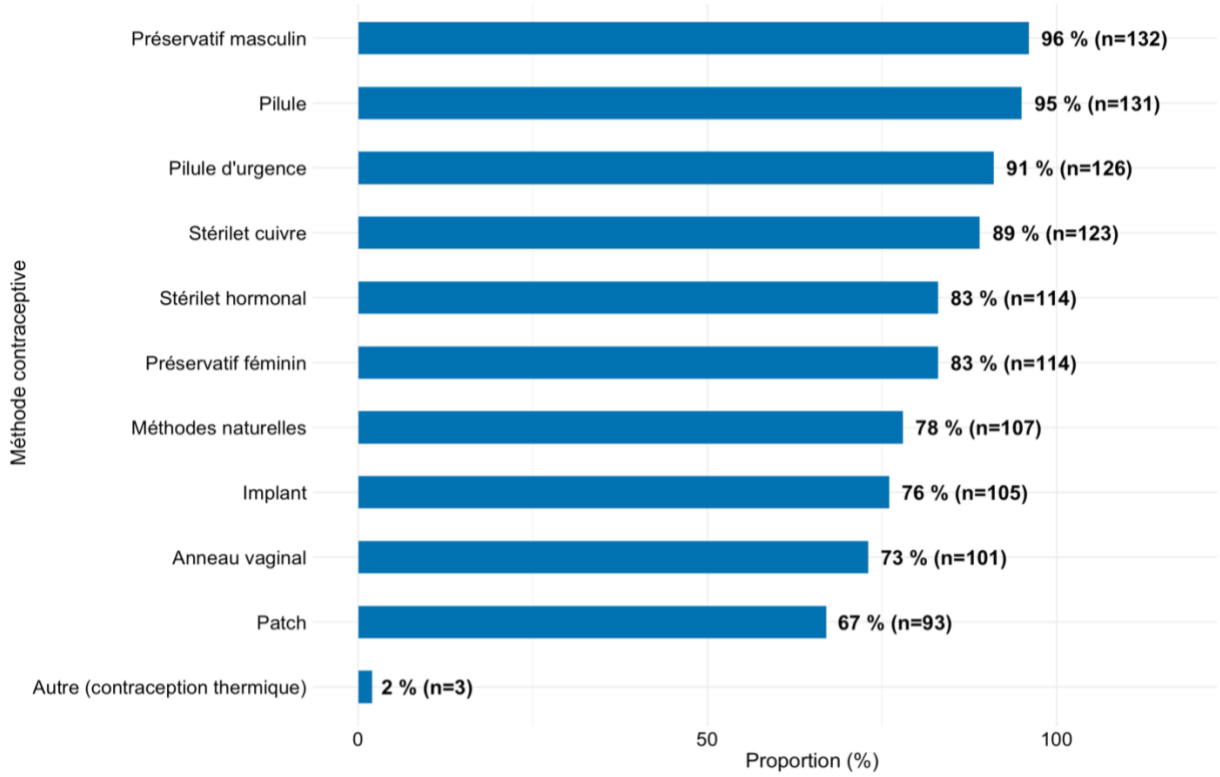

Figure 2 : Proportion globale des participants déclarant connaître chaque méthode contraceptive (n = 138)

Les résultats montrent que les méthodes les plus connues sont le préservatif masculin (96 %) et la pilule contraceptive (95 %), suivies par la pilule d'urgence (91 %) et le stérilet en cuivre (89 %). L'implant, l'anneau vaginal, le patch et les méthodes naturelles sont également bien identifiés, mais dans une moindre mesure (entre 67 % et 78 %).

À l'inverse, la contraception thermique n'a été citée que par 2 % des participants. Il est important de préciser que cette méthode n'était pas proposée initialement dans le questionnaire ; elle a été ajoutée spontanément par quelques répondants dans la catégorie "autre".

Ces résultats confirment que les méthodes les plus classiques ou les plus médiatisées restent celles qui sont le mieux intégrées par les jeunes adultes, tandis que certaines options plus récentes ou moins visibles sont encore peu connues.

Compréhension des méthodes de protection contre les IST

Une seconde question à choix multiples, construite sur le même modèle que celle utilisée pour le score de connaissance générale, visait à évaluer si les participants savaient précisément quelles méthodes contraceptives protègent également contre les IST.

Il leur était demandé de cocher les méthodes qu'ils considéraient comme protectrices contre les IST, parmi les mêmes propositions que celles de la question précédente.

Le tableau ci-dessous présente les moyennes de bonnes et de mauvaises réponses, en fonction du genre et du niveau d'éducation. Le score maximal de bonnes réponses était de 2, car seules deux méthodes protègent réellement contre les IST : le préservatif externe et le préservatif interne. Pour être considéré comme ayant une bonne compréhension, il fallait cocher exactement ces deux méthodes, sans en ajouter d'autres. Toute réponse supplémentaire comptait comme une erreur, et augmentait le score de mauvaises réponses.

Scores moyens de compréhension des méthodes de protection contre les IST par sexe et niveau d'éducation

Niveau d'éducation	Sexe	Moyenne bonnes réponses	SD bonnes réponses	Moyenne erreurs	SD erreurs	N
Ce2d	Femme	2.00	NA	0.00	NA	1
École secondaire (CESS)	Femme	1.86	0.38	0.00	0.00	7
École secondaire (CESS)	Homme	1.67	0.58	0.00	0.00	3
École professionnelle	Homme	2.00	NA	0.00	NA	1
Formation professionnelle (EFP)	Homme	2.00	NA	0.00	NA	1
Bachelier HE ou universitaire (ou études en cours)	Femme	1.79	0.41	0.05	0.22	39
Bachelier HE ou universitaire (ou études en cours)	Homme	1.87	0.35	0.00	0.00	15
Master HE ou universitaire (ou études en cours)	Femme	1.73	0.53	0.04	0.19	52
Master HE ou universitaire (ou études en cours)	Homme	1.74	0.65	0.16	0.37	19

Les scores de bonnes réponses varient de 0 à 2. Les erreurs correspondent aux méthodes incorrectement cochées.

Figure 3 : Tableau des scores moyens de compréhension des méthodes de protection contre les IST selon le sexe et le niveau d'éducation

Les scores de compréhension des méthodes de protection contre les IST apparaissent globalement élevés, avec très peu d'erreurs observées.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 106 participants ont donné une réponse parfaitement correcte. Parmi eux, 76,8 % des femmes (76 sur 99) et 76,9 % des hommes (30 sur 39) ont répondu correctement.

Les taux de bonne compréhension varient également selon le niveau d'éducation : 100 % pour les niveaux Ce2d, enseignement professionnel et formation professionnelle (EFP), 80 % pour le niveau CESS, 78 % chez les titulaires d'un bachelier et 75 % pour le niveau master.

Toutefois, les tests du chi² n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative, ni selon le sexe ($\chi^2 = 0$, ddl = 1, p = 1), ni selon le niveau d'éducation ($\chi^2 = 1{,}18$, ddl = 5, p = 0,947). Ces écarts ne permettent donc pas de conclure à une association significative entre ces variables et le niveau de compréhension des méthodes de protection contre les IST.

Aucune corrélation significative n'a été observée entre l'âge et le score de bonnes réponses (rho = –0,09 ; p = 0,30), ni entre l'âge et le score d'erreurs (rho = –0,10 ; p = 0,25) concernant la compréhension des méthodes protectrices contre les IST. Ces résultats suggèrent que, dans cet échantillon, l'âge n'a pas d'influence notable sur le niveau de connaissance relatif à la protection contre les infections sexuellement transmissibles.

Perception de l'importance de la contraception et usage effectif

Usage de la contraception et raisons du non-usage

L'utilisation d'une méthode contraceptive varie nettement selon le sexe. Globalement, 74 % des femmes (73 sur 99) déclarent en utiliser une, contre 41 % des hommes (16 sur 39). Cette différence est statistiquement significative (χ^2 = 11,68, ddl = 1, p = 0,001).

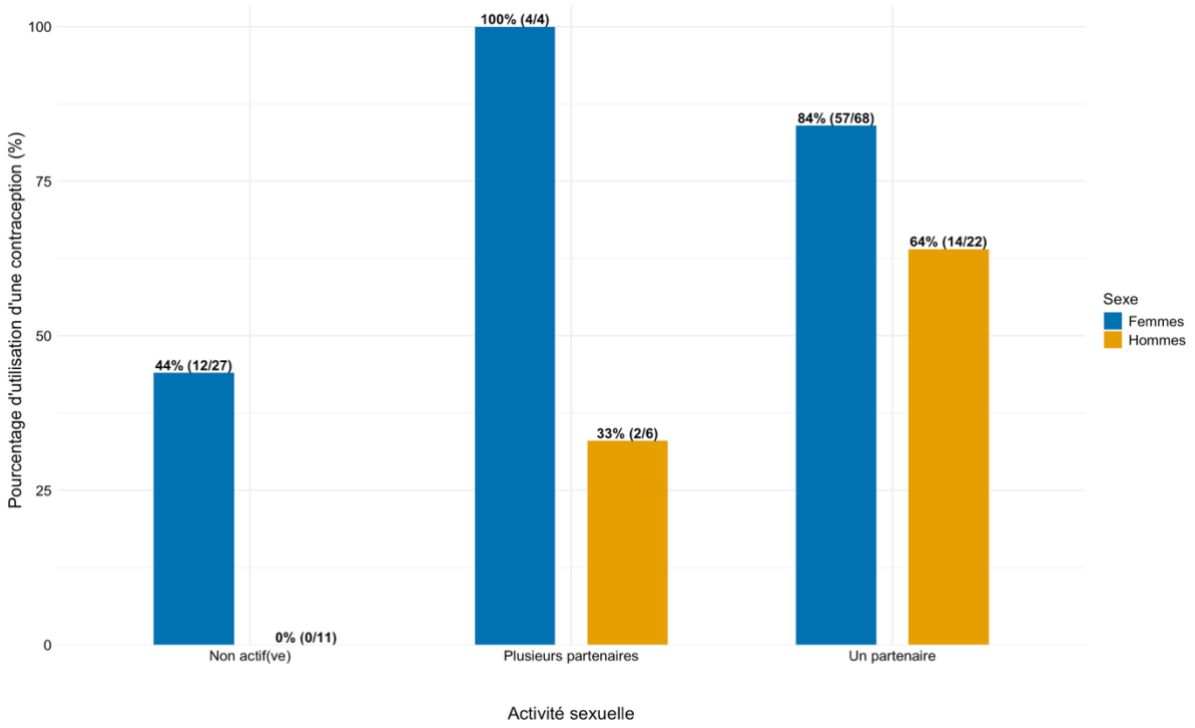

Figure 4 : Utilisation de la contraception selon l'activité sexuelle et le sexe

Chez les femmes, l'utilisation de la contraception reste très élevée même en cas d'activité sexuelle irrégulière. Parmi celles ayant plusieurs partenaires (4 % de l'échantillon), toutes déclarent utiliser une méthode contraceptive (100 %). Parmi celles ayant un(e) partenaire exclusif(ve) (69 %), 84 % recourent à une contraception. Enfin, 44 % des femmes non actives sexuellement (27 % de l'échantillon) continuent tout de même à utiliser une méthode, souvent pour des raisons médicales ou par habitude.

Chez les hommes, l'utilisation de la contraception varie davantage selon le type de relation. Seuls 33 % de ceux ayant plusieurs partenaires (15 % de l'échantillon) déclarent utiliser une méthode, contre 64 % de ceux ayant un(e) partenaire exclusif(ve) (56 %). Enfin, aucun des hommes actuellement non actifs sexuellement (28 % de l'échantillon) ne déclare utiliser une méthode contraceptive, ce qui s'explique par leur absence d'activité sexuelle.

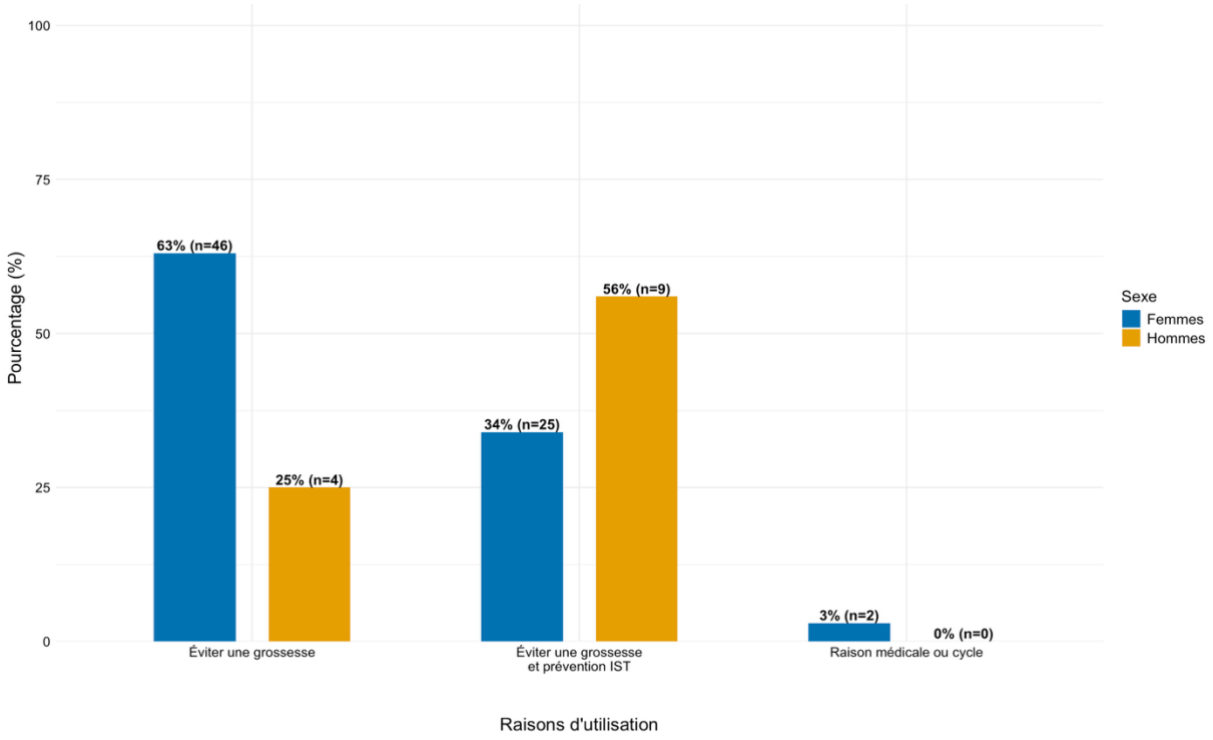

Figure 5 : Raisons principales d'utilisation d'une contraception selon le sexe

Parmi les femmes, la principale raison d'utilisation de la contraception est l'évitement d'une grossesse non prévue (63 %), suivie de la double protection contre une grossesse et les IST (34 %). Une minorité évoque une raison médicale ou le contrôle du cycle (3 %).

Chez les hommes, les principales motivations sont également la double protection (56 %) et l'évitement d'une grossesse (25 %). Aucun homme ne mentionne de raison médicale.

Ces questions ont été posées uniquement aux participants hétérosexuels ou bisexuels, et non aux participants homosexuels, car il était supposé que, dans ce dernier cas, la protection éventuelle viserait uniquement la prévention des IST.

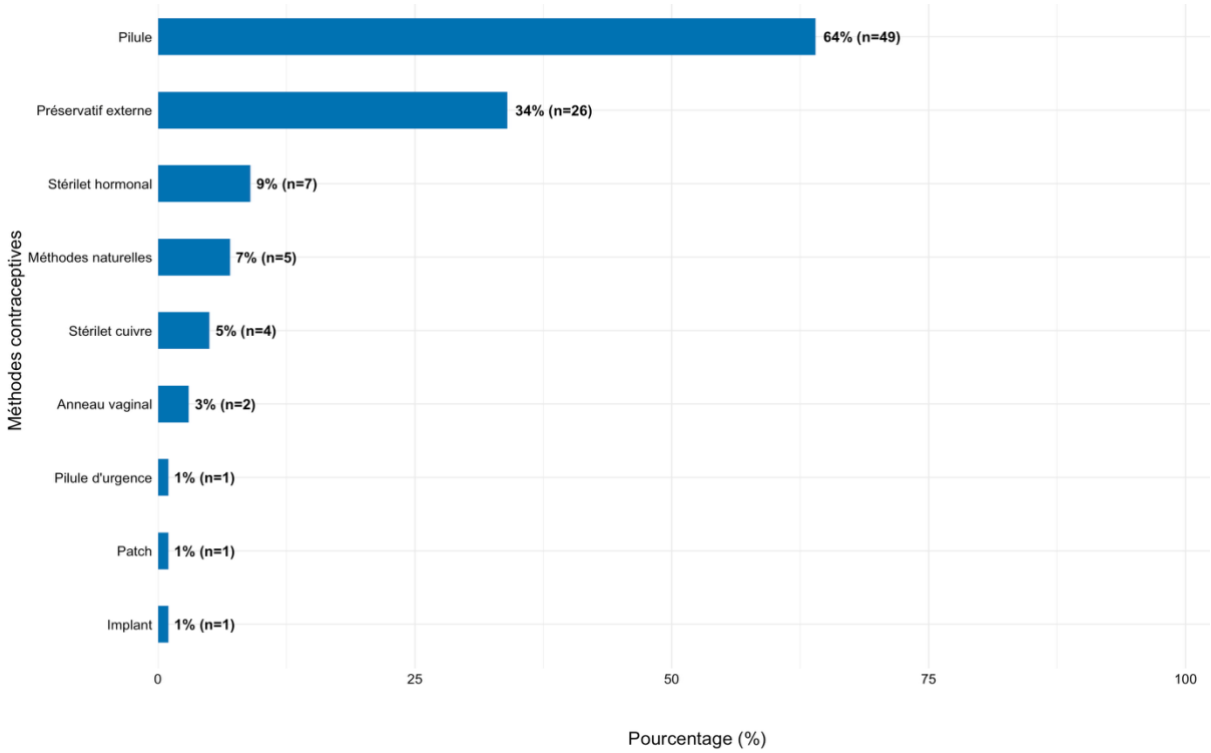

Figure 6 : Méthodes contraceptives utilisées actuellement chez les femmes

Chez les femmes utilisant une contraception (n = 76), la méthode la plus fréquente est la pilule (64 %), suivie du préservatif externe (34 %). Les autres méthodes, comme le stérilet hormonal (9 %), le stérilet en cuivre (5 %), l'anneau vaginal (3 %) ou les méthodes naturelles (7 %), sont plus marginales. L'implant, le patch et la pilule d'urgence restent très peu cités.

Plusieurs participantes déclarent associer différentes méthodes, par exemple pilule et préservatif, ou alternance de méthodes naturelles et préservatif selon la période du cycle, ce qui explique que la somme des pourcentages dépasse 100 %.

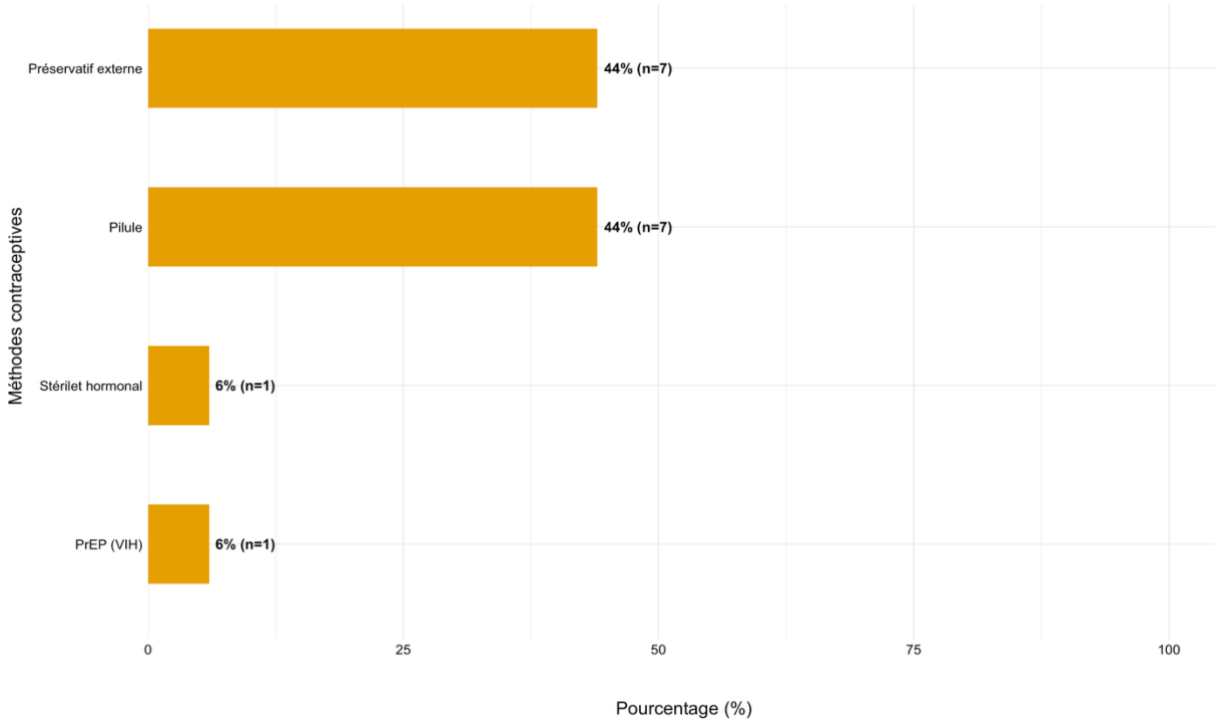

Figure 7 : Méthodes contraceptives utilisées actuellement chez les hommes

Chez les hommes utilisant une contraception (n = 16), les méthodes les plus fréquemment citées sont le préservatif externe (44 %) et la pilule prise par la partenaire (44 %). Le stérilet hormonal (6 %) et la PrEP (6 %) sont mentionnés plus marginalement. Ces résultats traduisent une répartition relativement équilibrée entre l'utilisation de méthodes barrières et le recours à la contraception hormonale via la partenaire.

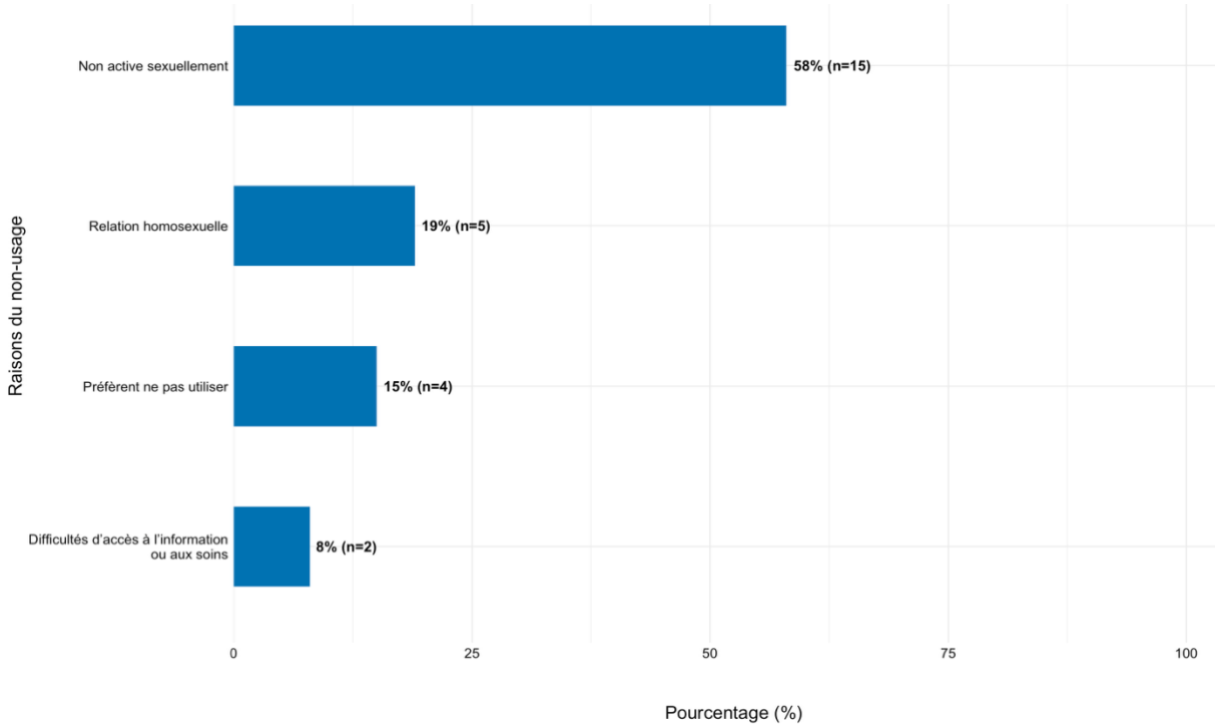

Figure 8 : Raisons du non-usage de la contraception chez les femmes

Parmi les femmes n'utilisant pas de contraception (n = 26), la principale raison évoquée est l'absence d'activité sexuelle (58 %). Viennent ensuite les relations homosexuelles (19 %), le choix de ne pas utiliser de méthode sans justification spécifique (15 %) et enfin les difficultés d'accès à l'information ou aux soins (8 %), souvent liées à un entourage strict ou à un contexte familial restrictif.

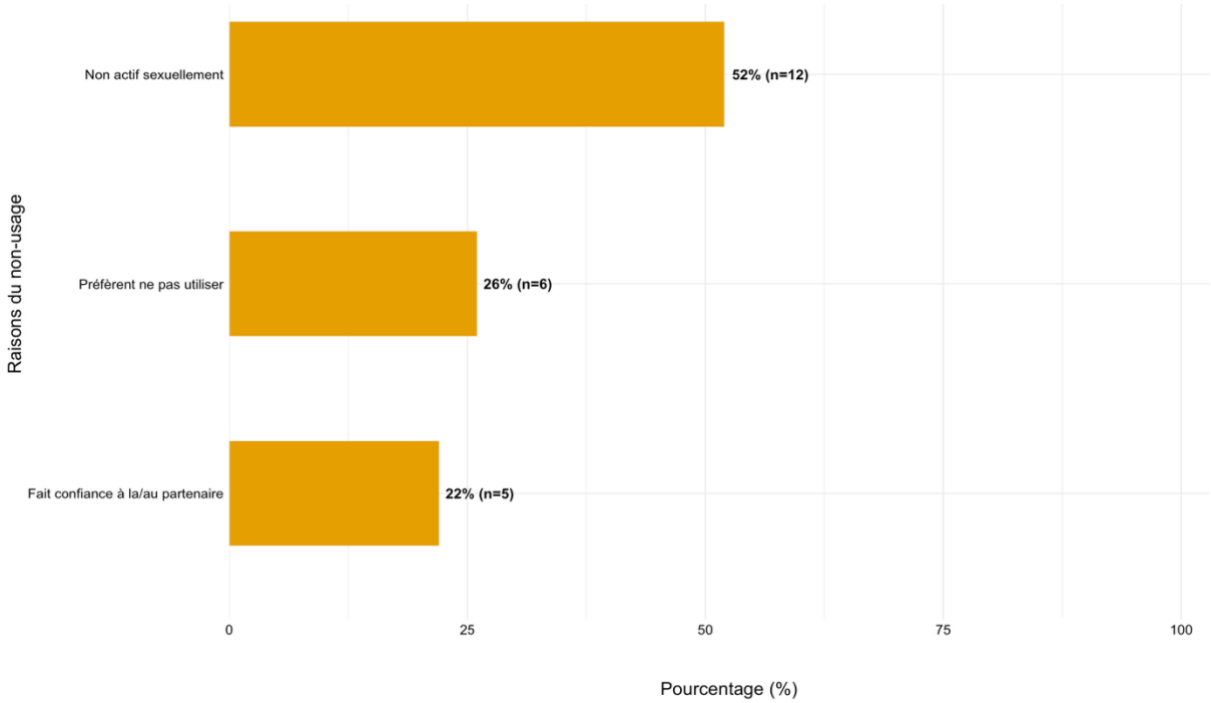

Figure 9 : Raisons du non-usage de la contraception chez les hommes

Parmi les hommes n'utilisant pas de contraception (n = 23), la principale raison évoquée est l'absence d'activité sexuelle (52 %). Viennent ensuite le choix de ne pas utiliser de méthode, sans justification spécifique (26 %), et enfin la confiance accordée à la/au partenaire (22 %). Cette dernière raison reflète surtout une confiance construite dans le couple : les participants expliquent avoir réalisé des tests de dépistage avec leur partenaire et estiment ne pas être exposés à des IST, car ils ne fréquentent pas d'autres partenaires depuis le début de leur relation.

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE LA CONTRACEPTION ET DE LA PROTECTION CONTRE LES IST

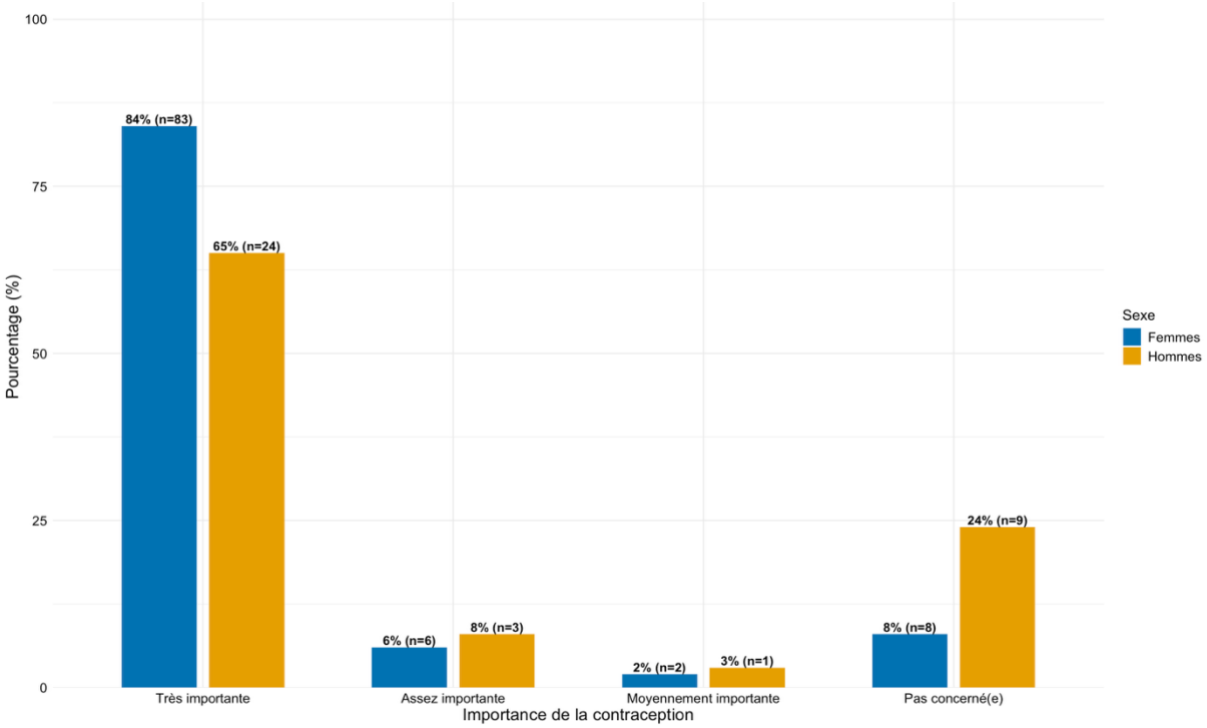

Figure 10 : Perception de l'importance de la contraception pour prévenir une grossesse selon le sexe

Parmi les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles (n = 91), la majorité considère la contraception comme « très importante » (91 %), tandis que 7 % la jugent « assez importante » et 2 % « moyennement importante ».

Du côté des hommes hétérosexuels ou bisexuels (n = 28), 86 % estiment que la contraception est « très importante », 11 % la jugent « assez importante » et 4 % « moyennement importante ». Les personnes homosexuelles (8 femmes et 9 hommes) se disent globalement « pas concernées », ce qui s'explique par l'absence de risque de grossesse dans leur contexte relationnel.

La différence de répartition des réponses entre les femmes et les hommes hétérosexuels ou bisexuels n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 0{,}71$; ddl = 2 ; p = 0,70).

Ces résultats confirment une forte adhésion à l'importance de la contraception chez la majorité des participants concernés.

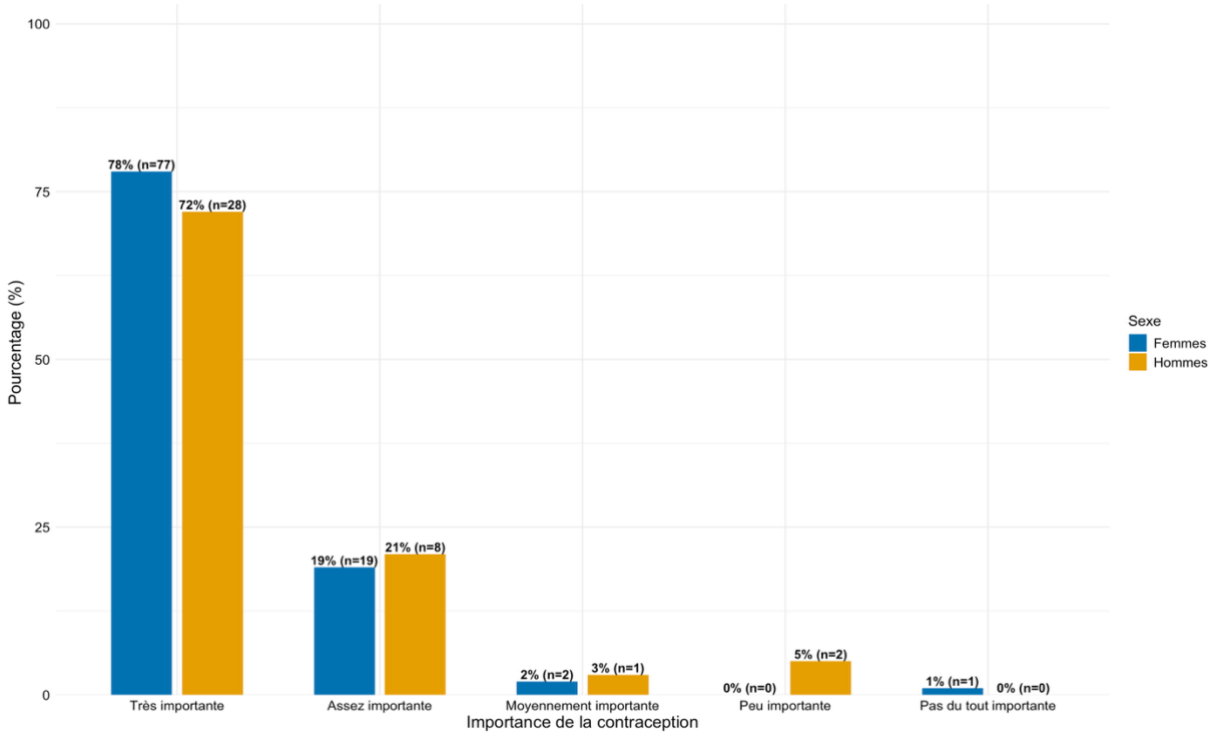

Figure 11 : Perception de l'importance du préservatif pour prévenir les IST selon le sexe

Le préservatif est jugé 'très important' pour prévenir les IST par une majorité des femmes (78 %) et des hommes (72 %). Chez les femmes, les deux premières catégories (« très importante » et « assez importante ») regroupent plus de 97 % des réponses, traduisant un consensus fort autour de l'importance de la contraception.

Du côté des hommes, bien que la majorité considère également la contraception comme très ou assez importante (92 %), une petite proportion exprime une importance moindre (6 % la jugent « peu importante » et 3 % « moyennement importante »).

Ces résultats illustrent globalement une forte adhésion à l'importance de la contraception, tout en montrant une légère variabilité d'appréciation entre les sexes. La différence de répartition des réponses entre les femmes et les hommes n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 5{,}67$; ddl = 4 ; $p = 0{,}226$).

USAGE EFFECTIF DU PRÉSERVATIF

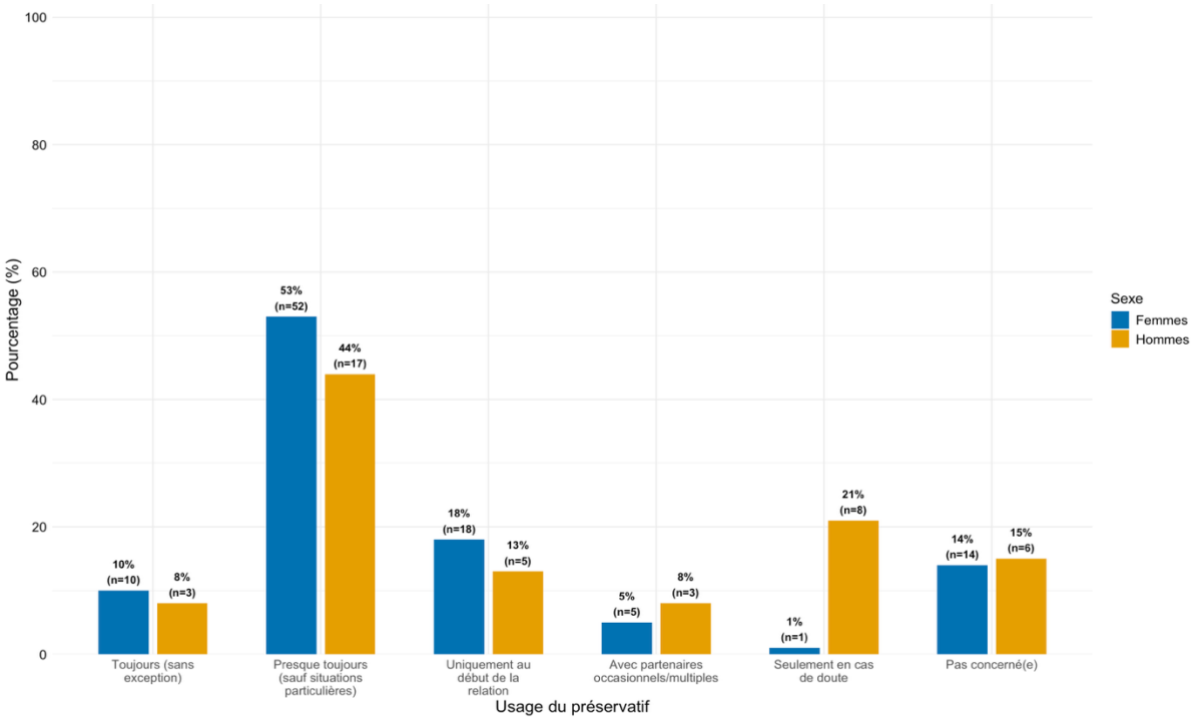

Figure 12 : Fréquence d'utilisation du préservatif selon le sexe

Malgré l'importance accordée au préservatif dans les discours, son utilisation effective reste limitée et dépend fortement du contexte relationnel.

Chez les femmes (n = 99), seules 10 % déclarent l'utiliser systématiquement, quelle que soit la situation. La majorité (52 %) indiquent l'utiliser « presque toujours », mais avec des exceptions, notamment en cas de relation longue ou après des tests récents de dépistage des IST. Environ 18 % y ont recours uniquement au début de la relation, avant de l'abandonner. Certaines (5 %) déclarent l'utiliser uniquement avec des partenaires occasionnels ou multiples, et 1 % uniquement en cas de doute. Enfin, 14 % des femmes se disent « pas concernées ».

Chez les hommes (n = 39), la proportion de ceux qui déclarent utiliser systématiquement un préservatif est légèrement inférieure (8 %). Ils sont 44 % à l'utiliser « presque toujours », avec des exceptions similaires. Environ 13 % y ont recours uniquement au début de la relation, et 8 % uniquement avec des partenaires occasionnels ou multiples. Enfin, 21 % déclarent l'utiliser seulement en cas de doute, et 15 % se disent « pas concernés ».

RAISONS DU NON-USAGE SYSTÉMATIQUE DU PRÉSERVATIF

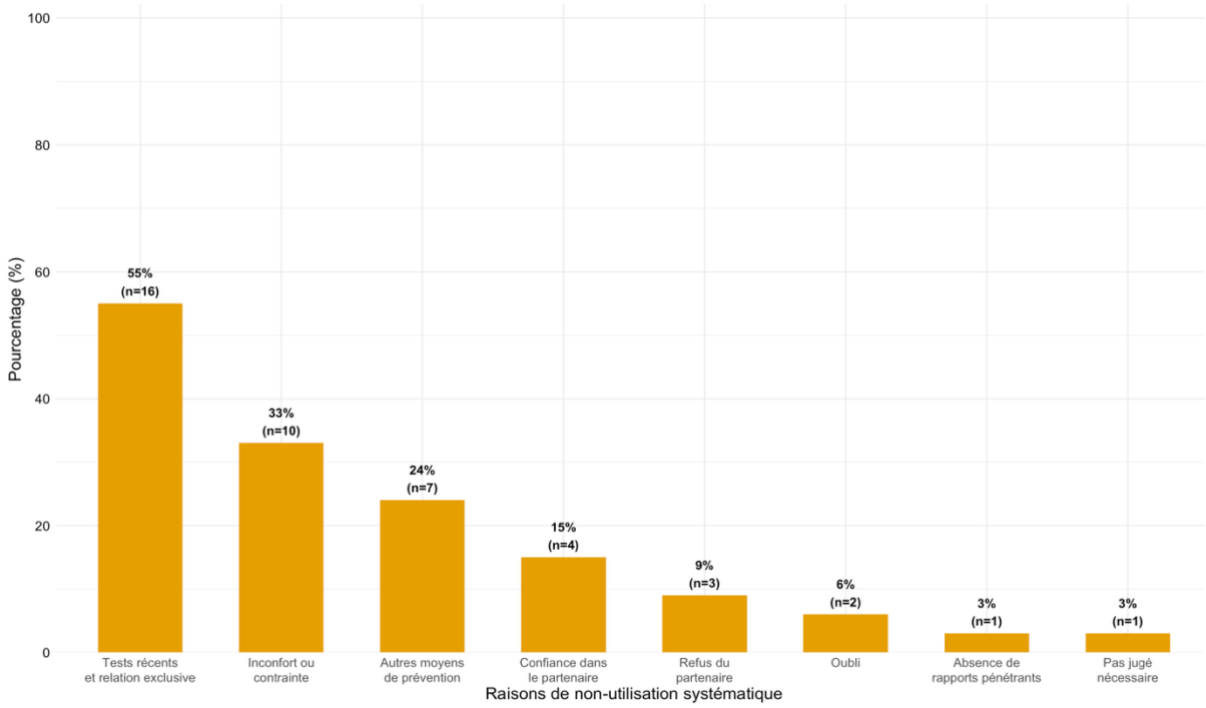

Figure 14 : Raisons du non-usage systématique du préservatif chez les hommes

Chez les hommes (n = 30), la raison la plus fréquemment évoquée pour ne pas utiliser systématiquement le préservatif est la réalisation de tests récents dans le cadre d'une relation exclusive (55 %). L'inconfort ou la contrainte associée au port du préservatif est mentionné par 33 %, et 24 % évoquent le recours à d'autres moyens de prévention. La confiance dans le partenaire est citée par 15 %, tandis que le refus du partenaire apparaît chez 9 %. D'autres motifs plus ponctuels sont rapportés, tels que l'oubli (6 %), l'absence de rapports pénétrants (3 %) ou la perception de ne pas en avoir besoin (3 %).

Ces résultats mettent en évidence un mélange de justifications pratiques, relationnelles et psychologiques, soulignant que l'abandon du préservatif s'appuie à la fois sur la confiance, la recherche de confort et une perception plus générale du risque.

FRÉQUENCE DES RAPPORTS NON PROTÉGÉS SANS DÉPISTAGE

La fréquence des rapports sexuels non protégés en l'absence de dépistage préalable varie selon le genre.

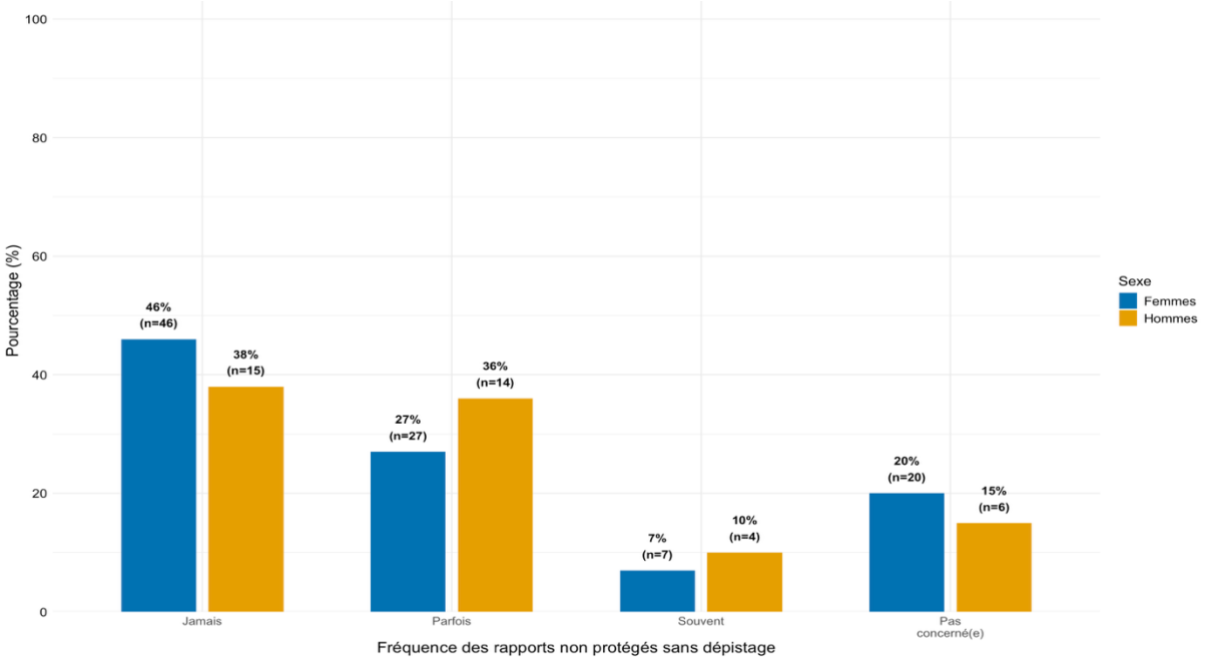

Figure 15 : Fréquence des rapports non protégés sans dépistage selon le sexe

Chez les femmes (n = 99), 46 % déclarent ne jamais avoir de rapports non protégés sans avoir réalisé un dépistage d'IST préalable, de leur part et/ou de celle de leur partenaire. Vingt-sept pour cent indiquent que cela leur arrive parfois et 7 % admettent que cela se produit souvent. Enfin, 20 % ne se sentent pas concernées par cette question, ce qui peut refléter une absence d'activité sexuelle.

Du côté des hommes (n = 39), 38 % déclarent ne jamais avoir de rapports non protégés sans dépistage, 36 % indiquent que cela leur arrive parfois, 10 % souvent, et 15 % ne se sentent pas concernés.

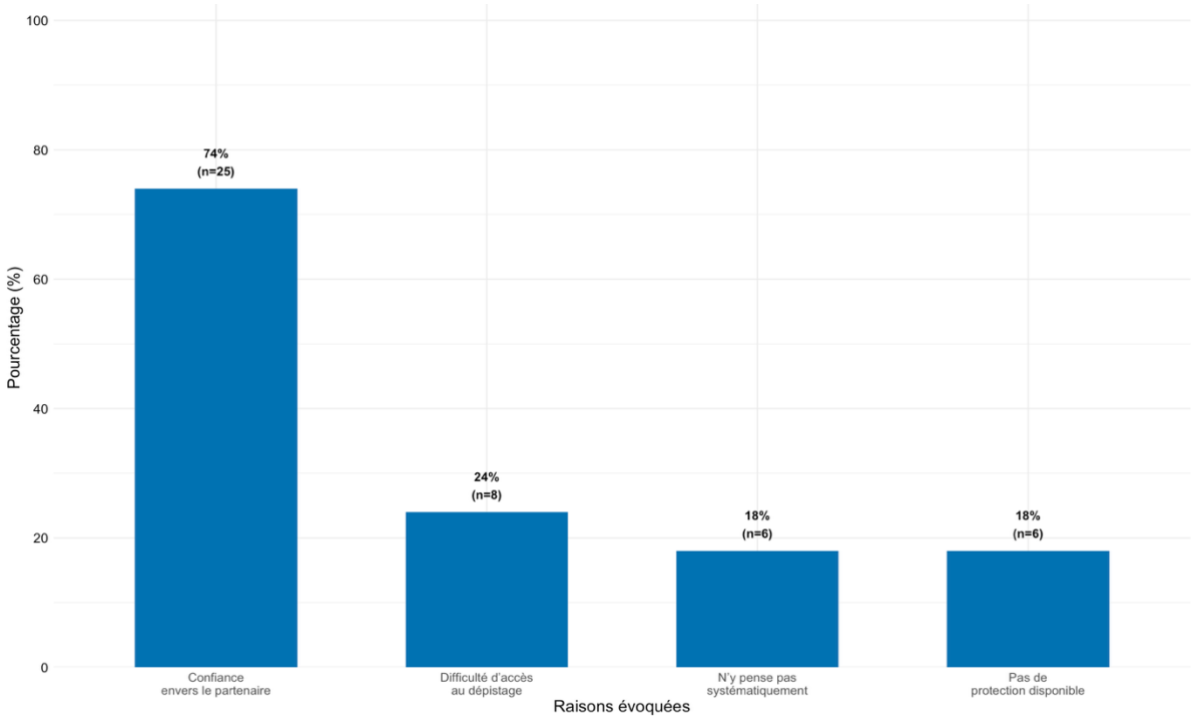

Figure 16 : Raisons des rapports non protégés sans dépistage chez les femmes

Parmi les 34 femmes ayant déclaré avoir parfois des rapports non protégés sans dépistage préalable, la raison la plus fréquemment évoquée est la confiance envers leur partenaire (73 %). Certaines mentionnent également la difficulté d'accès au dépistage (23 %), le fait de ne pas y penser systématiquement (17 %) ou encore l'absence de moyens de protection disponibles au moment opportun (17 %).

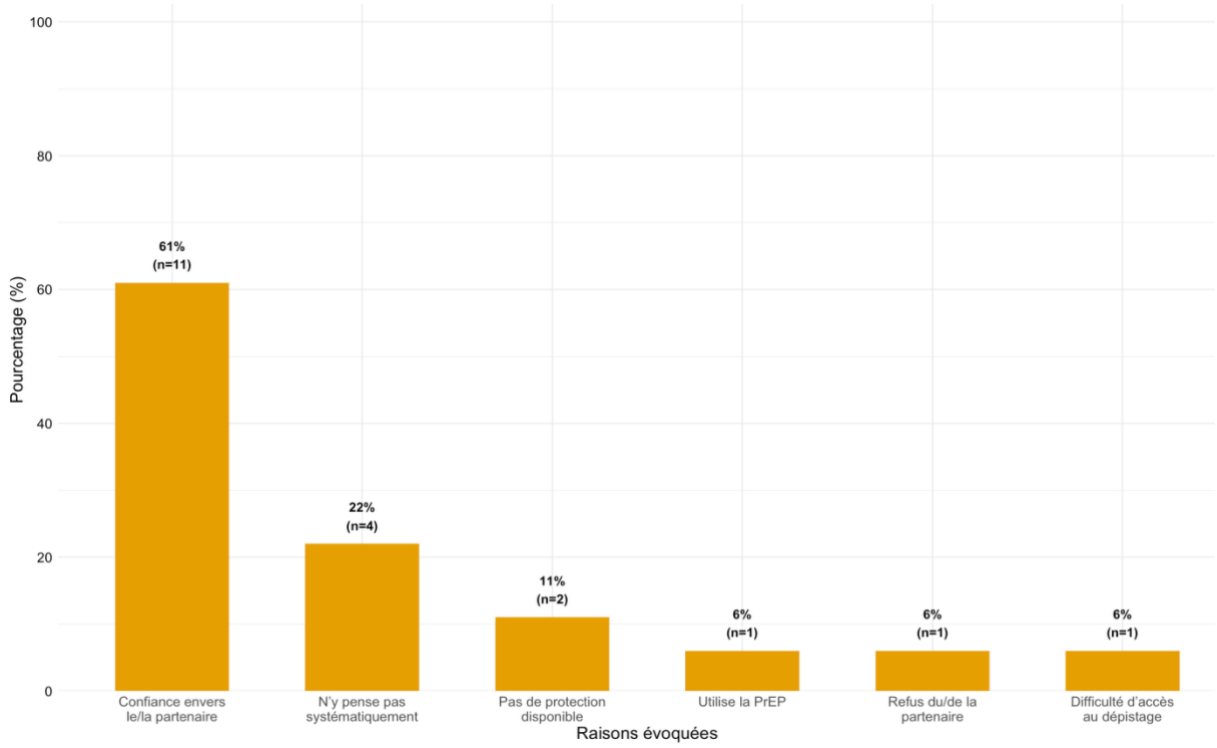

Figure 17 : Raisons des rapports non protégés sans dépistage chez les hommes

Chez les hommes interrogés (n = 18), la raison la plus souvent évoquée pour expliquer la survenue de rapports non protégés sans dépistage préalable est la confiance envers leur partenaire (61 %).

Le fait de ne pas y penser systématiquement est mentionné par 22 % des répondants. Parmi les autres raisons, on retrouve l'absence de protection disponible au moment opportun (11 %), la difficulté d'accès au dépistage (6 %), le refus du ou de la partenaire (6 %), ainsi que l'utilisation de la PrEP (6 %).

ARRÊT DE L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF OU DE LA PILULE

Sur l'ensemble des femmes hétérosexuelles ou bisexuelles interrogées (n=91), 29 % déclarent avoir déjà arrêté l'usage de la pilule et du préservatif au cours de leur parcours.

Parmi les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles, 14 % déclarent avoir arrêté uniquement la pilule. Les raisons évoquées sont multiples: des effets secondaires difficiles à supporter (migraines, perte de libido, mycoses vaginales récurrentes, sautes d'humeur importantes), des inquiétudes face aux risques pour la santé (notamment thromboses ou cancers), l'envie de retrouver un cycle naturel, la fin d'une relation amoureuse, ou encore le désir de réduire la charge mentale associée à la prise quotidienne d'un médicament.

À l'inverse, 34 % des femmes hétérosexuelles ou bisexuelles déclarent avoir cessé uniquement l'usage du préservatif. La raison principale mentionnée est l'entrée dans une relation stable avec un (ou une) partenaire unique, accompagnée de la réalisation de tests IST récents et négatifs. D'autres motifs sont également avancés : une préférence pour les rapports sans préservatif, perçus comme procurant de meilleures sensations, parfois exprimée directement par la femme, mais plus souvent attribuée au partenaire masculin ; la praticité (absence de préparation ou d'achat régulier) ; le coût du préservatif jugé trop élevé ; l'adoption d'une autre méthode (pilule, stérilet, etc.) ; ou encore une pression du partenaire.

Cette perception du coût comme frein peut toutefois paraître paradoxale, dans la mesure où les préservatifs sont disponibles gratuitement dans les plannings familiaux, certaines écoles ou via des associations. Cela suggère que l'obstacle est parfois moins financier qu'informatif ou organisationnel : méconnaissance des lieux de distribution, gêne à en demander ou difficulté à anticiper.

Certaines femmes déclarent également s'être senties mal à l'aise à l'idée de réclamer le port du préservatif.

Enfin, 22 % des femmes interrogées déclarent n'avoir jamais utilisé ni la pilule ni le préservatif, ou ne jamais avoir interrompu leur usage au cours de leur parcours contraceptif.

Du côté des femmes homosexuelles, bien que l'effectif soit restreint (n=8), les réponses recueillies apportent un éclairage complémentaire. Parmi elles, 50 % déclarent avoir arrêté l'usage du préservatif à un moment donné, tandis que les autres déclarent ne l'avoir jamais

utilisé ou ne pas l'avoir interrompu. Les principales raisons évoquées sont liées à la perception d'une moindre pertinence du préservatif dans une relation entre femmes, en l'absence de risque de grossesse et dans un contexte relationnel jugé fidèle et sécurisé vis-à-vis des IST. Une participante rapporte également une allergie au latex comme raison de l'arrêt du préservatif.

Chez les hommes hétérosexuels ou bisexuels (n=28), 77 % déclarent avoir arrêté l'utilisation du préservatif, contre 23 % qui affirment ne jamais l'avoir interrompu ou ne pas l'avoir utilisé. Les raisons évoquées sont généralement proches de celles avancées par les femmes : la stabilité de la relation est citée comme premier facteur, notamment lorsqu'il s'agit d'une relation exclusive, durable ou jugée sécurisée, souvent avec la réalisation de dépistages IST mutuels. D'autres raisons sont également rapportées : la préférence pour les sensations sans préservatif, évoquée dans certains cas comme liée à des pertes d'érection ou une sensation jugée moins agréable ; la fréquence des tests de dépistage, utilisée comme justification compensatoire ; le coût perçu comme un frein, avec l'idée que l'achat régulier représente une charge financière ; la contraception de la partenaire (pilule, stérilet, etc.) ; ou encore un accord au sein du couple, formulé comme une décision conjointe. Quelques hommes rapportent aussi une inactivité sexuelle récente, ou une forme de relâchement dans leurs pratiques liées à l'habitude ou à un sentiment de sécurité.

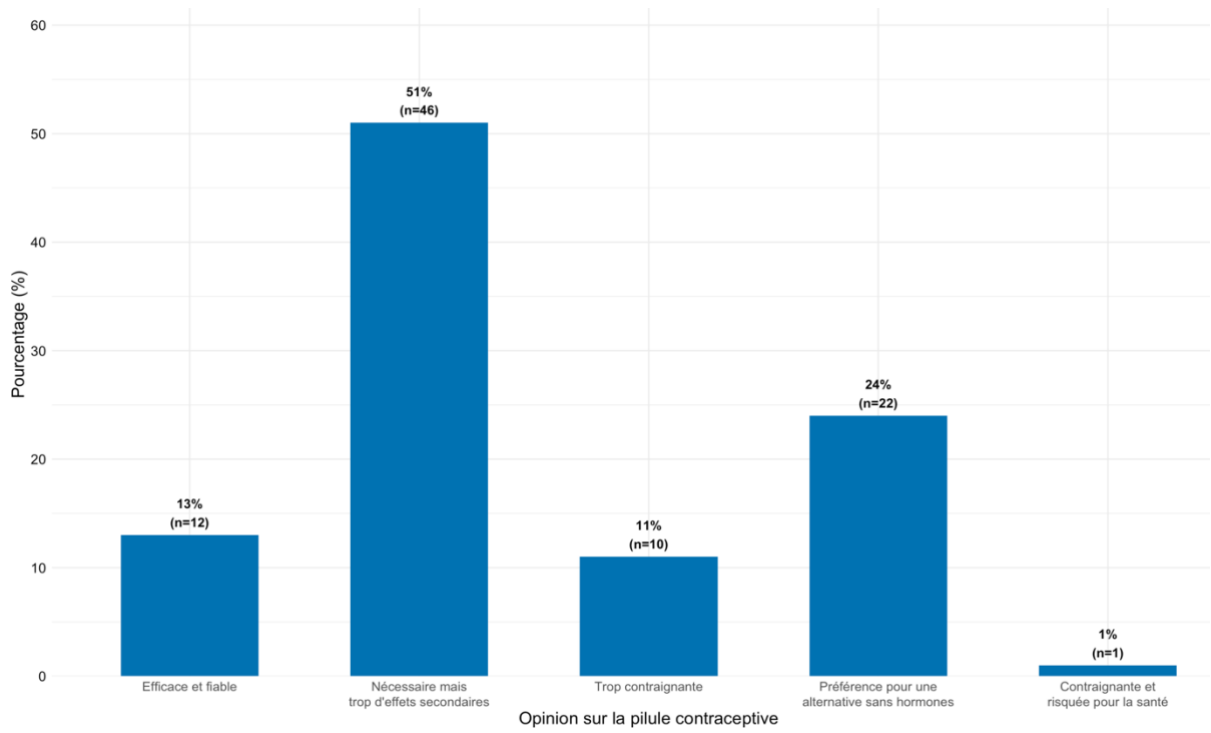

Figure 18 : Opinions sur la pilule contraceptive chez les femmes

Chez les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles (n = 91), les perceptions de la pilule contraceptive apparaissent plutôt ambivalentes. Si 13 % la considèrent comme une méthode efficace et fiable, une majorité relative (51 %) la jugent nécessaire mais estiment qu'elle entraîne trop d'effets secondaires. Pour 11 %, la pilule est perçue comme trop contraignante au quotidien, tandis que 24 % déclarent préférer une alternative sans hormones. Enfin, 1 % des participantes la considèrent à la fois trop contraignante et potentiellement risquée pour la santé.

Ces résultats soulignent la prédominance des critiques vis-à-vis de la pilule, en particulier autour de ses effets indésirables et de la contrainte qu'elle représente, malgré sa large utilisation.

INFLUENCE DU SEXE, DE LA CULTURE ET DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

RESPONSABILITÉ CONTRACEPTIVE

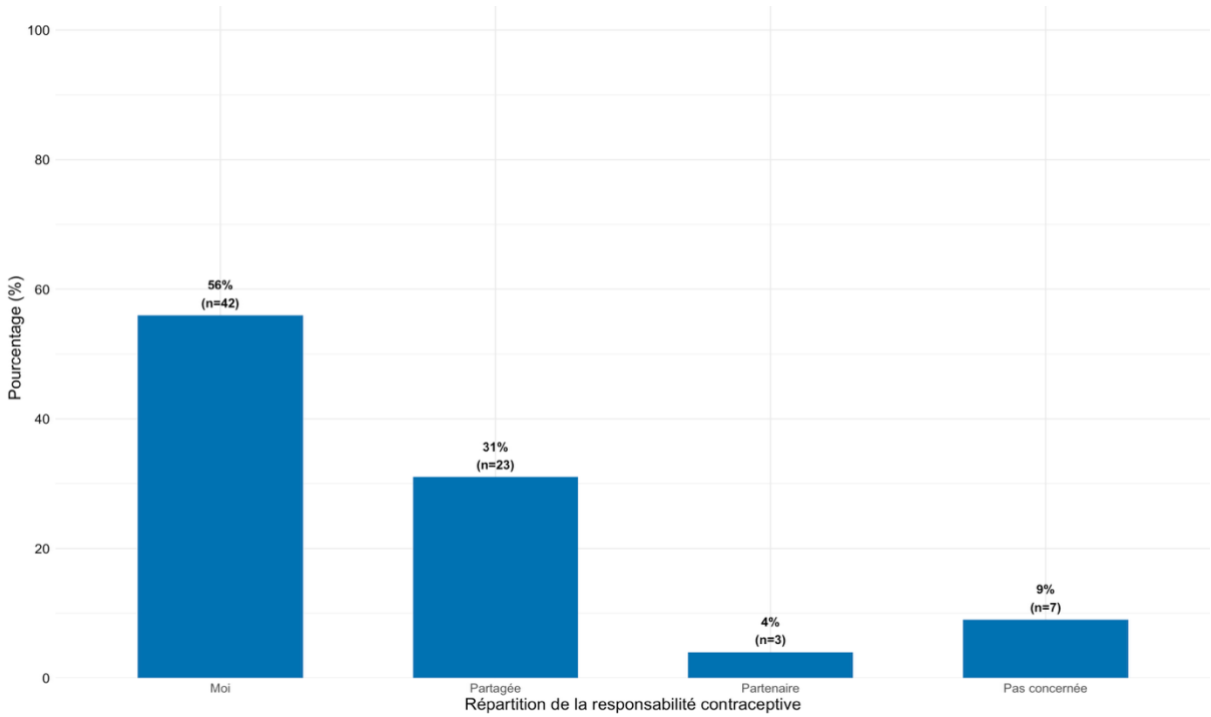

Figure 19 : Répartition de la responsabilité contraceptive dans la relation chez les femmes

Chez les femmes hétérosexuelles (n = 75), 56 % déclarent assumer seules la responsabilité contraceptive dans leur relation actuelle. Un peu moins d'un tiers (31 %) estiment que cette responsabilité est partagée avec leur partenaire, et seulement 3 % considèrent qu'elle revient principalement à leur partenaire. Enfin, 13 % ne se sentent pas concernées, ce qui peut refléter une absence d'activité sexuelle ou le choix de ne pas recourir à une méthode contraceptive.

Ces résultats mettent en évidence une prise en charge majoritairement individuelle de la contraception par les femmes, malgré une perception fréquente de l'idéal d'un partage

équitable. Ils illustrent aussi la persistance d'un schéma où la charge contraceptive pèse encore largement sur les femmes dans la pratique.

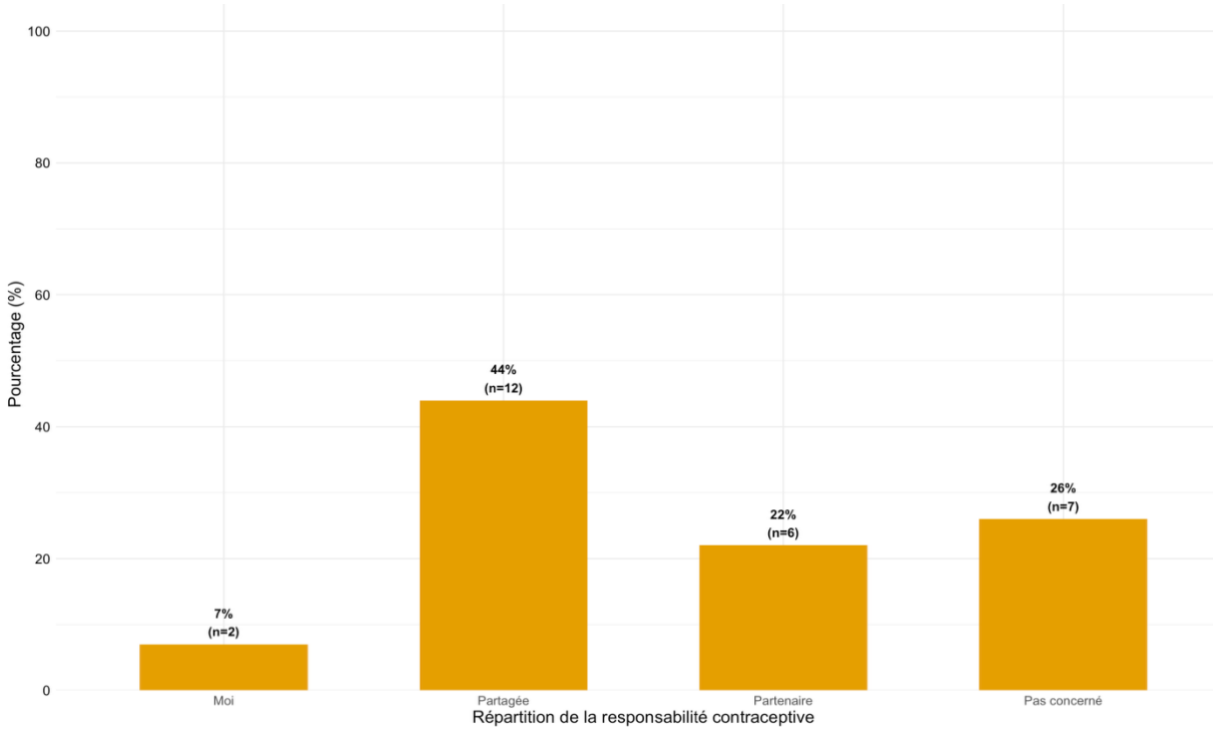

Figure 20 : Répartition de la responsabilité contraceptive dans la relation chez les hommes

Chez les hommes (n = 27), 44 % déclarent partager la responsabilité contraceptive avec leur partenaire. Pour 26 %, cette question ne les concerne pas, ce qui peut refléter une absence de rapports sexuels, l'absence de recours à une méthode contraceptive, ou une perception d'absence de besoin. Vingt-deux pour cent considèrent que cette responsabilité est principalement assumée par leur partenaire, tandis que seulement 7 % se déclarent comme les seuls responsables de la contraception.

Ces résultats montrent que, du point de vue masculin, la perception d'un partage de responsabilité est plus fréquente qu'une prise en charge individuelle. Toutefois, la proportion relativement élevée d'hommes qui estiment que la contraception relève surtout de leur partenaire témoigne encore d'une certaine délégation, contrastant avec la tendance majoritaire des femmes à endosser cette charge elles-mêmes.

PERCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ POUR PRÉVENIR UNE GROSSESSE

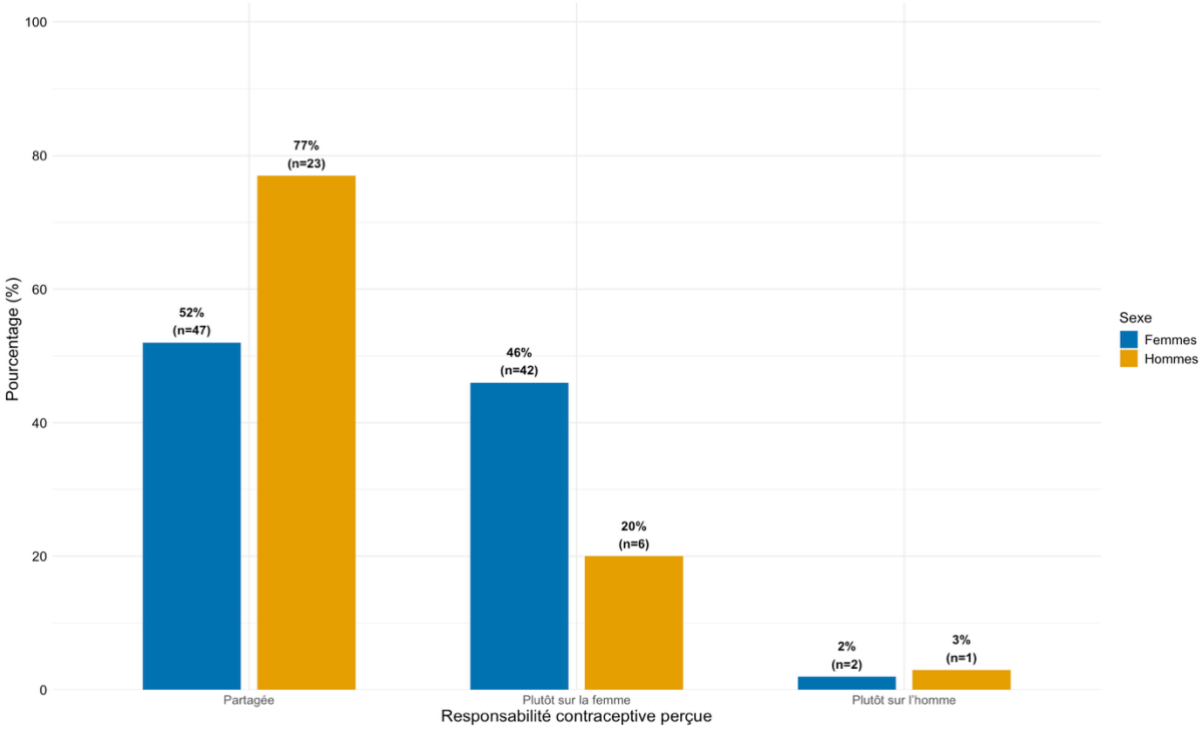

Figure 21 : Perception de la responsabilité contraceptive pour prévenir une grossesse selon le sexe

Chez les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles (n = 91), 52 % estiment que la responsabilité de la contraception pour prévenir une grossesse devrait être partagée entre les deux partenaires. Toutefois, plusieurs participantes précisent que, même si cette responsabilité devrait être commune, elles en assument souvent la charge concrète au quotidien (choix de la méthode, gestion, suivi). Par ailleurs, 46 % considèrent que cette responsabilité est encore principalement assignée aux femmes, et seulement 2 % l'attribuent plutôt aux hommes.

Chez les hommes hétérosexuels ou bisexuels (n = 30), 77 % jugent que la responsabilité contraceptive devrait être partagée, 20 % estiment qu'elle repose surtout sur les femmes, et 3 % considèrent qu'elle leur revient.

Ces résultats révèlent un apparent consensus en faveur d'une responsabilité partagée, mais mettent aussi en évidence une perception d'inégalités persistantes dans la répartition réelle de la charge contraceptive.

RESPONSABILITÉ PERÇUE DANS L'USAGE DU PRÉSERVATIF POUR PRÉVENIR LES IST

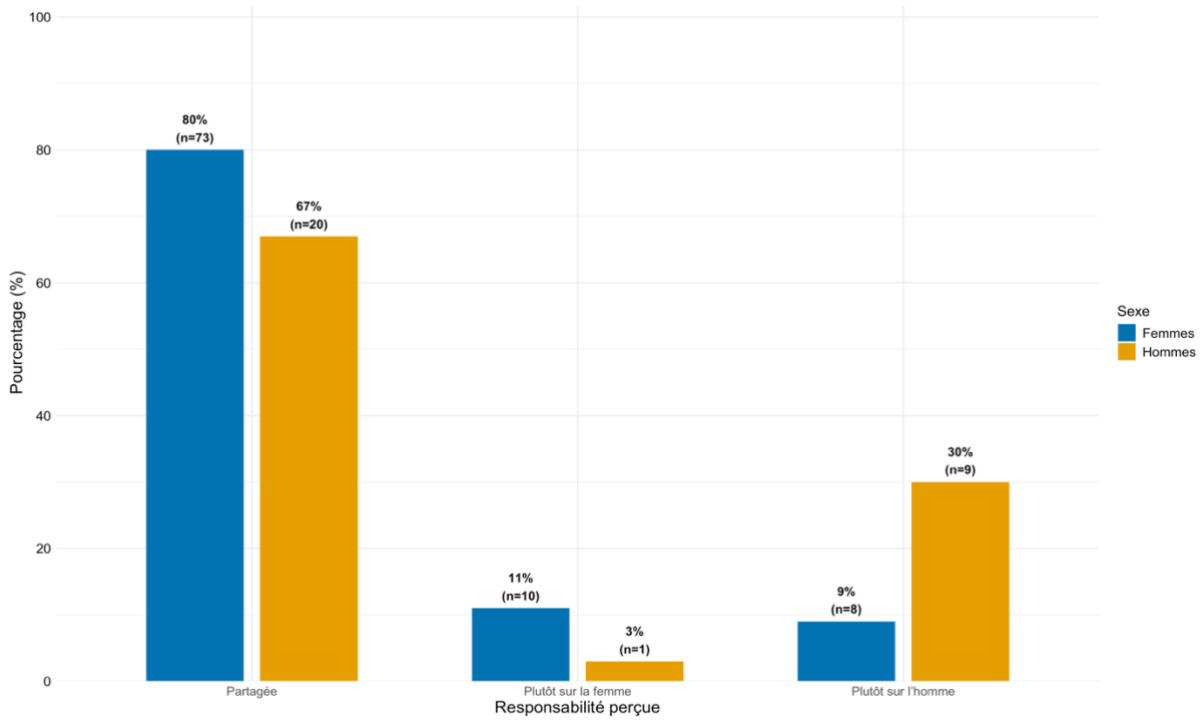

Figure 22 : Responsabilité perçue dans l'usage du préservatif pour prévenir les IST selon le sexe

Chez les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles (n = 91), 80 % estiment que la responsabilité du port du préservatif pour prévenir les IST devrait être partagée entre les deux partenaires. Une minorité considère que cette responsabilité leur revient principalement (11 %), tandis que 9 % l'attribuent plutôt à leur partenaire masculin. Certaines participantes ayant choisi l'option « partagée » nuancent toutefois leur réponse, en soulignant que, dans la pratique, les hommes se montrent parfois moins impliqués ou moins proactifs, les obligeant à rappeler l'importance du préservatif ou à en assumer l'initiative.

Du côté des hommes hétérosexuels ou bisexuels (n = 30), 67 % jugent également que la responsabilité doit être partagée. Cependant, 30 % estiment que cette responsabilité leur revient principalement, ce qui peut s'expliquer par le fait que le préservatif externe est majoritairement porté par les hommes. Seul un répondant (3 %) considère que cette responsabilité incombe plutôt aux femmes.

Ces résultats mettent en évidence une perception majoritairement égalitaire, tout en révélant certaines nuances dans l'attribution concrète de la responsabilité, liées aux normes genrées et à la répartition pratique du port du préservatif.

RENONCEMENT POUR RAISONS FINANCIÈRES OU PRATIQUES

Afin d'explorer les éventuelles barrières financières ou organisationnelles à l'accès à la contraception, une question ouverte a été proposée aux participantes: « Avez-vous déjà renoncé à utiliser une méthode contraceptive en raison de son coût ou des démarches nécessaires pour y accéder ? Si oui, laquelle et pourquoi ? ». Cette question, laissée libre pour ne pas alourdir la charge de réponse, visait à recueillir des éléments spontanés permettant d'enrichir l'analyse.

Au total, 34 participantes ont choisi d'y répondre. Parmi elles, la majorité (74 %) indique n'avoir jamais renoncé à utiliser une méthode contraceptive pour des raisons financières ou pratiques. Les autres participantes décrivent différents freins rencontrés.

Le coût est le motif le plus fréquemment cité (12 %). Certaines expliquent que l'achat régulier de pilules ou préservatifs représente une dépense importante, tandis que d'autres mentionnent le prix des consultations médicales ou des examens nécessaires pour obtenir certaines méthodes contraceptives. L'une des participantes souligne que seule l'aide financière de ses parents lui a permis d'accéder à sa méthode, autrement inabordable.

La gêne sociale est également évoquée comme un frein (6 %). Elle concerne principalement l'achat de préservatifs ou la demande de la pilule d'urgence en pharmacie, avec une crainte d'être jugée par les professionnels de santé.

D'autres motifs plus spécifiques sont également mentionnés, comme la lourdeur des démarches médicales pour obtenir un rendez-vous. Enfin, certaines participantes expriment une forme de contrainte mentale liée au fait de devoir penser à avoir des préservatifs à disposition, ce qu'elles identifient comme un frein à l'usage régulier.

INFLUENCE DE L'ORIGINE, DE LA RELIGION OU DE L'ENTOURAGE

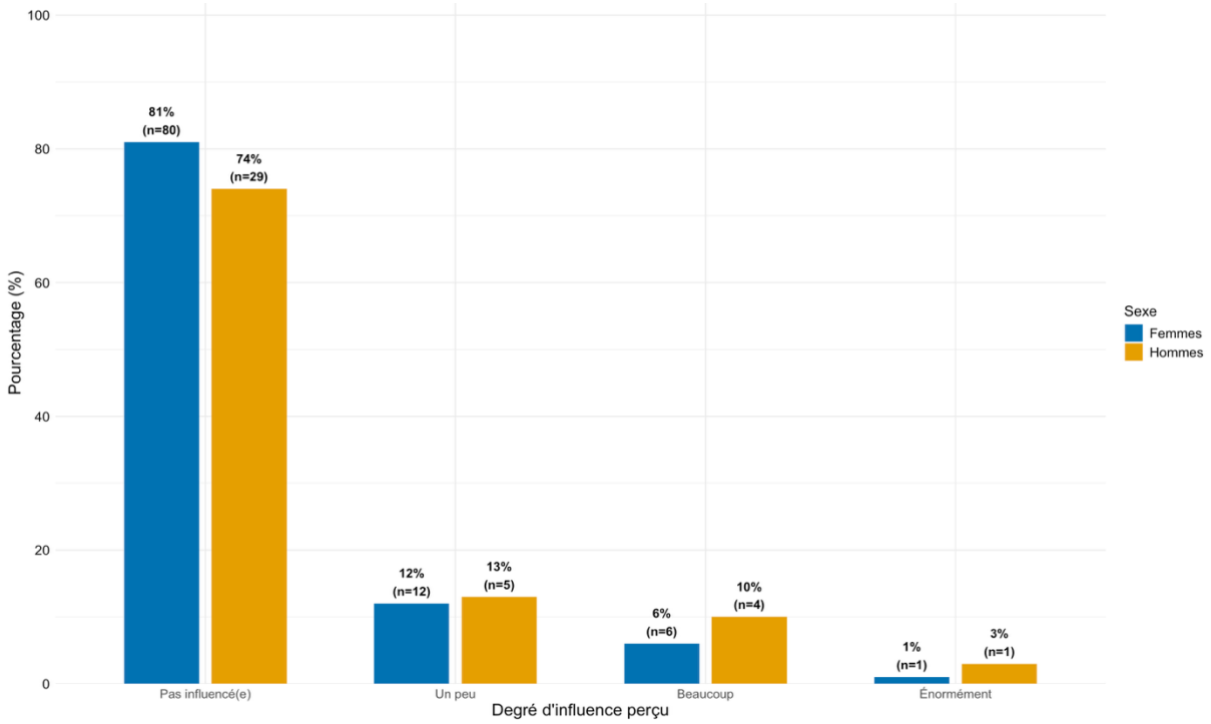

Figure 23 : Influence perçue de l'origine, de la religion ou de l'entourage sur les choix contraceptifs selon le sexe

Chez les femmes (n = 99), la majorité (81 %) déclare ne pas être influencées par leur origine, leur religion ou leur entourage dans leur choix contraceptif. Une influence légère est mentionnée par 12 %, 6 % estiment être beaucoup influencées, et 1 % déclarent une influence très forte. Parmi celles qui ont détaillé leur réponse, plusieurs évoquent l'importance de leur mère, de leurs amis ou des campagnes de sensibilisation, qui ont contribué à normaliser l'utilisation de la pilule comme méthode principale. Certaines mentionnent aussi l'impact des professionnels de santé (gynécologues ou dermatologues) dans l'orientation vers la pilule. D'autres décrivent des influences plus restrictives, liées à un contexte religieux valorisant l'abstinence ou à des tabous culturels sur la sexualité, pouvant générer un sentiment de culpabilité ou freiner l'accès à la contraception. Enfin, quelques-unes parlent d'antécédents familiaux médicaux, notamment liés au cancer, qui ont influencé leur choix vers des méthodes perçues comme plus sûres/naturelles.

Chez les hommes (n = 39), 74 % indiquent ne pas être influencés, 13 % disent l'être un peu, 10 % beaucoup et 3 % énormément. Parmi ceux qui détaillent leur influence, plusieurs évoquent la peur d'assumer une parentalité non désirée et la responsabilité associée, ainsi qu'un entourage qui a toujours insisté sur l'importance de la protection. Certains mentionnent un

« enseignement » familial ou éducatif très fort, leur rappelant qu'il fallait toujours utiliser un moyen de contraception, et soulignent que « presque tout le monde a entendu ses parents dire qu'utiliser une contraception est important, que ce soit pour éviter une grossesse ou une IST ». D'autres évoquent des interdits culturels ou religieux qui interdisent certaines méthodes, et quelques-uns parlent d'un entourage très ouvert et encourageant la discussion, ce qui a pu influencer positivement leur approche. Enfin, certains hommes disent être conscients du risque encouru et expliquent que l'encouragement de leur entourage les a poussés à utiliser le préservatif, même si le choix final reste personnel.

Ces résultats confirment que, bien que la majorité des répondants considèrent leurs choix contraceptifs comme relativement autonomes, des facteurs sociaux, familiaux et culturels continuent d'exercer une influence, avec des nuances entre les femmes et les hommes.

SOURCES D'INFORMATION

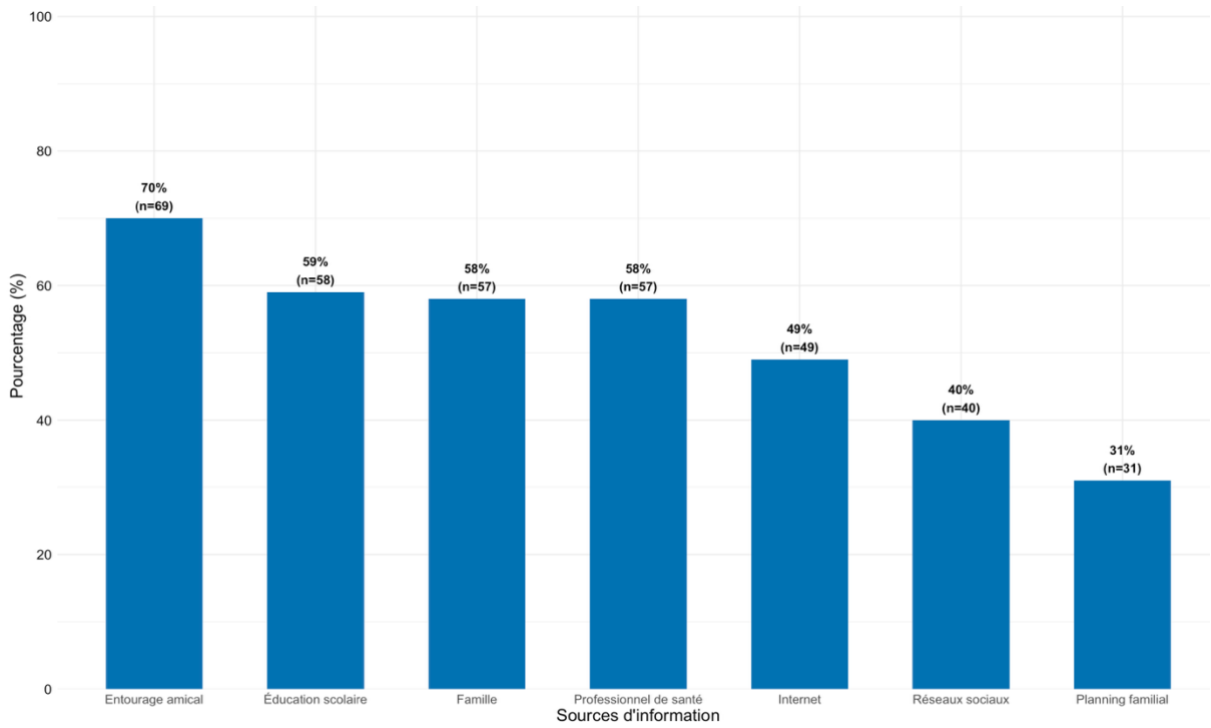

Figure 24 : Sources d'information sur la contraception chez les femmes

Chez les femmes (n = 99), l'entourage amical est la source d'information la plus fréquemment citée (70 %), suivie par l'éducation scolaire (59 %), la famille (58 %) et les professionnels de santé (58 %). Les sources numériques sont également présentes : 49 % des participantes mentionnent Internet et 40 % les réseaux sociaux. Enfin, 31 % déclarent avoir été informées par le planning familial. Comme les participantes pouvaient indiquer plusieurs sources, les pourcentages dépassent 100 %. Ces résultats mettent en évidence la diversité des canaux

mobilisés, tout en soulignant l'importance des relations personnelles et des ressources éducatives et numériques.

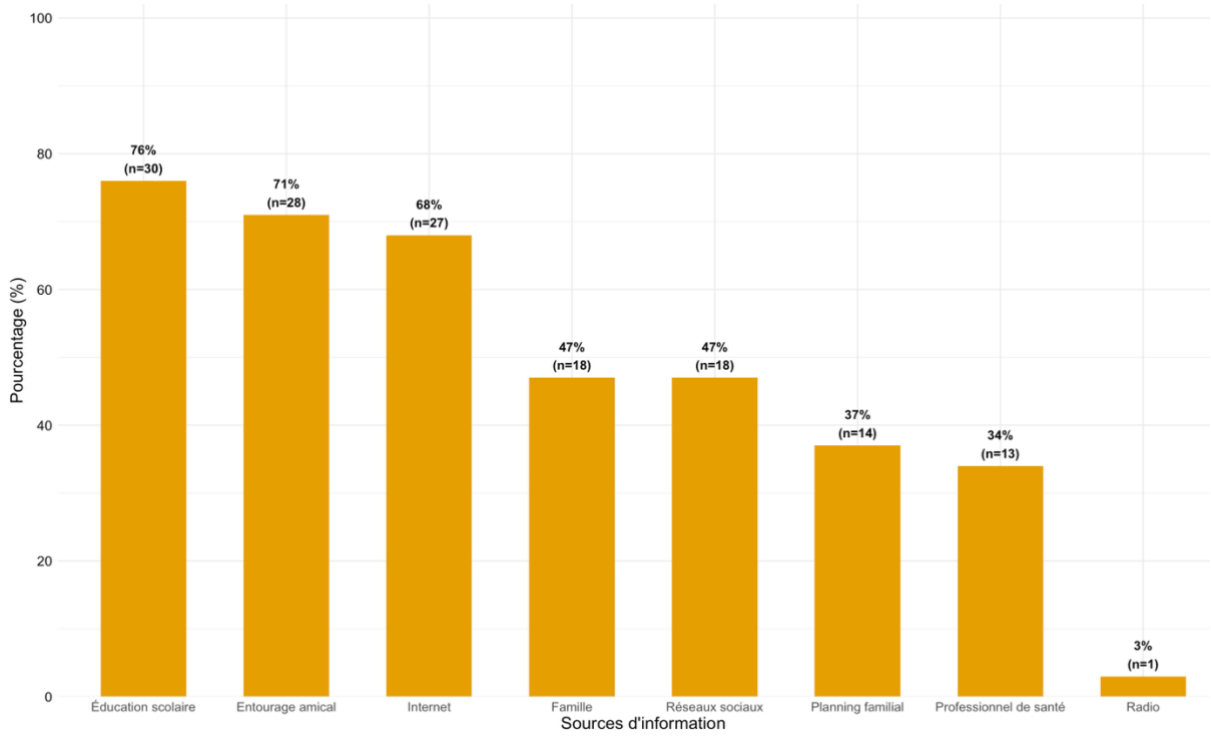

Figure 25 : Sources d'information sur la contraception chez les hommes

Chez les hommes (n = 39), l'éducation scolaire est la source principale (76 %), suivie de l'entourage amical (71 %) et d'Internet (68 %). La famille et les réseaux sociaux sont chacun cités par 47 % des répondants, le planning familial par 37 %, et les professionnels de santé par 34 %. La radio est très peu mentionnée (3 %), confirmant le rôle marginal des médias traditionnels. Ces résultats confirment également la possibilité de cocher plusieurs sources, ce qui explique que les pourcentages dépassent 100 %, et mettent en avant la place centrale de l'école et des cercles proches.

PERCEPTION DE L'INFORMATION REÇUE À L'ÉCOLE

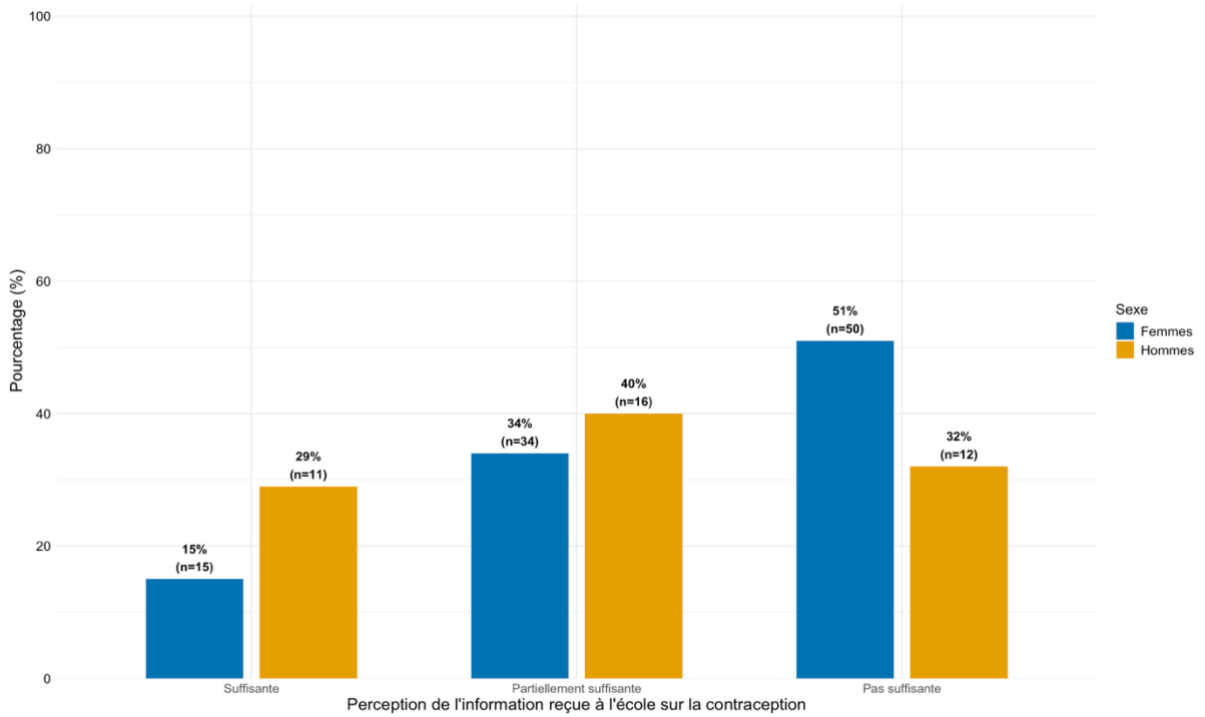

Figure 26 : Perceptions de l'information reçue sur la contraception à l'école selon le sexe

Chez les femmes (n = 99), la moitié (51 %) estiment ne pas avoir reçu une information suffisante sur la contraception durant leur scolarité. Un tiers (34 %) considèrent en avoir reçu partiellement, tandis que seulement 15 % jugent l'information reçue suffisante.

Chez les hommes (n = 39), les réponses apparaissent un peu plus nuancées. Quarante pour cent déclarent avoir reçu une information partiellement suffisante, 29 % estiment que celle-ci était suffisante, et 32 % indiquent ne pas avoir été suffisamment informés.

Ces résultats mettent en évidence un ressenti globalement mitigé, avec une insatisfaction majoritaire chez les femmes et une perception plus équilibrée chez les hommes. La proportion relativement faible de personnes ayant trouvé l'information satisfaisante, tous genres confondus, souligne l'importance d'améliorer l'éducation à la contraception dès l'école.

PERCEPTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

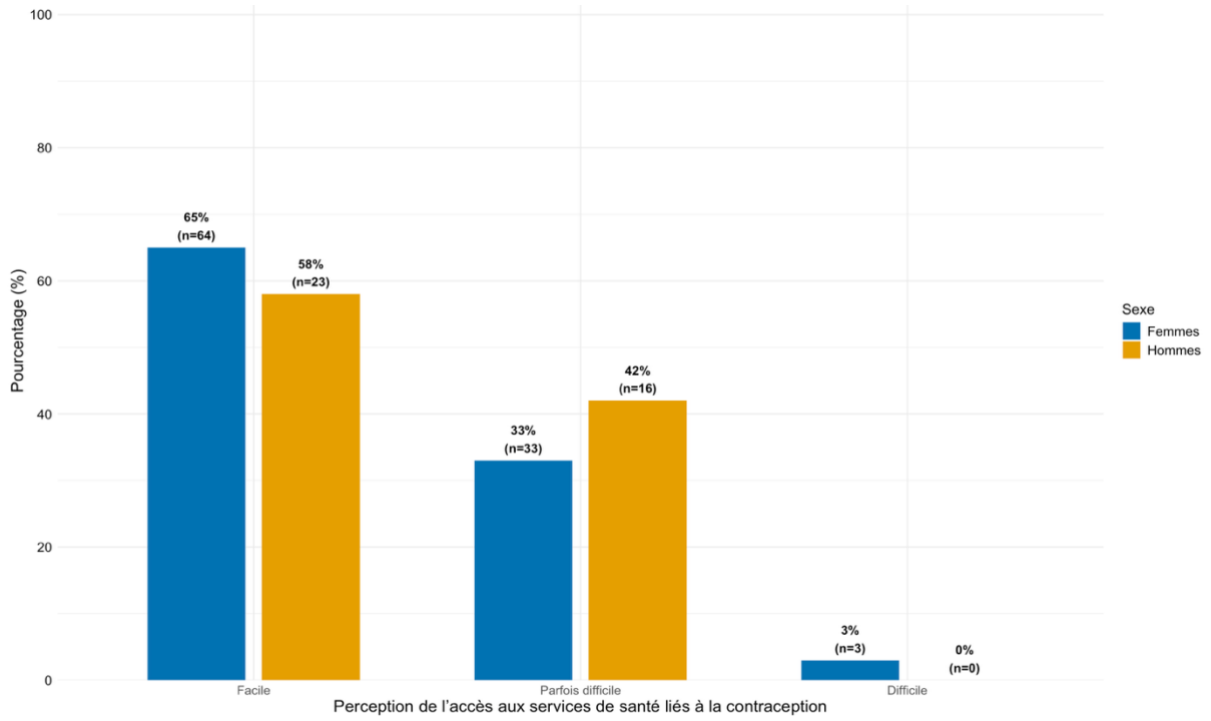

Figure 27 : Perception de l'accès aux services de santé liés à la contraception selon le sexe

La perception de l'accès aux services de santé liés à la contraception (médecin généraliste, gynécologue, centre de planning familial) apparaît globalement positive, tant chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes (n = 99), 65 % estiment que l'accès est facile, 33 % le trouvent parfois difficile et 3 % le jugent difficile. Chez les hommes (n = 39), 58 % déclarent un accès facile et 42 % le trouvent parfois difficile ; aucun n'a mentionné que l'accès était difficile.

Aucun homme n'a mentionné que l'accès était « très difficile », mais 42 % estiment que l'accès peut être parfois difficile. La différence de répartition des réponses entre les sexes n'est pas statistiquement significative (test exact de Fisher, p = 0,096). Ces résultats pourraient refléter une moindre familiarité des hommes avec ces services ou des différences de recours habituel aux dispositifs de contraception.

OBSTACLES D'ACCÈS

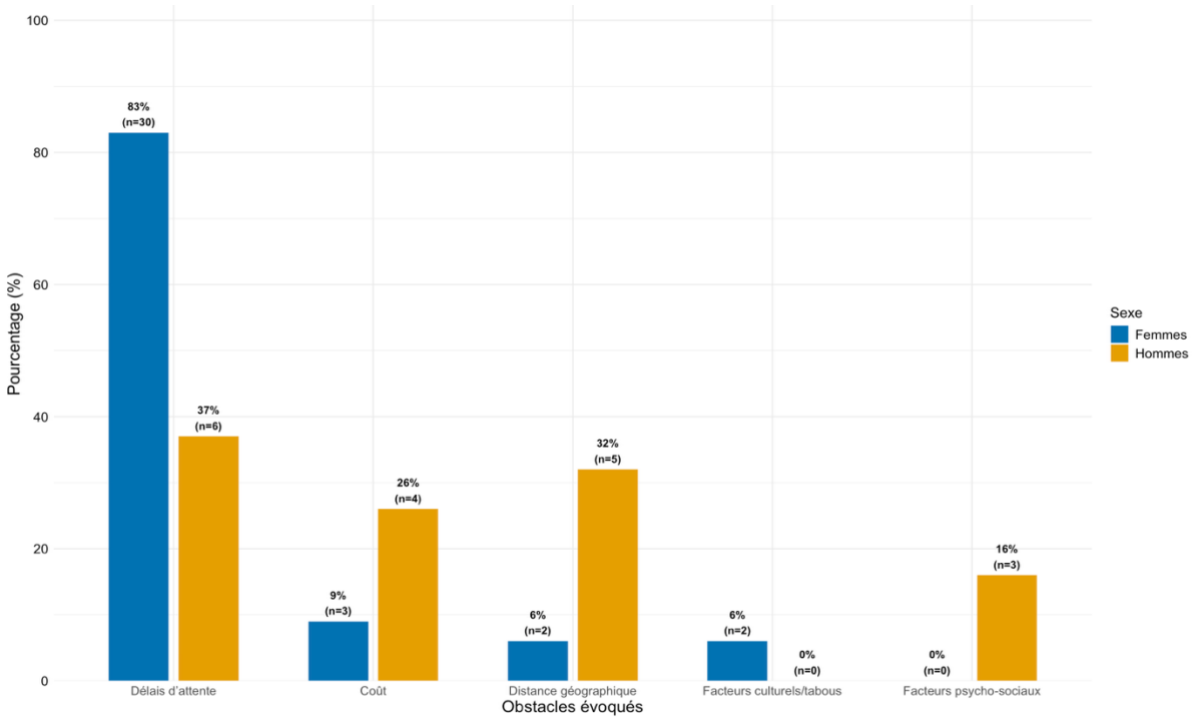

Figure 28 : Obstacles d'accès aux services de santé liés à la contraception selon le sexe

Chez les femmes ayant déclaré des difficultés d'accès (n = 36), les délais d'attente représentent de loin l'obstacle principal, évoqué par 83 % d'entre elles. Les autres freins sont moins fréquents : 9 % citent le coût, 6 % la distance géographique, et 6 % mentionnent des facteurs culturels ou des tabous liés à la sexualité et à la santé reproductive.

Parmi les hommes confrontés à des difficultés (n = 16), les obstacles apparaissent plus diversifiés : 37 % évoquent les délais d'attente, 32 % la distance, 26 % le coût, et 16 % mentionnent des freins psychologiques ou sociaux, comme la gêne à s'exprimer, la honte ou les stéréotypes liés à la masculinité.

Ces résultats mettent en évidence des profils différents selon le sexe. Chez les femmes, la problématique semble avant tout organisationnelle, centrée sur les délais d'attente, alors que chez les hommes, les difficultés sont plus variées et intègrent davantage des dimensions psychologiques et sociales. Cette différence pourrait refléter un rapport distinct aux services de santé et une perception différenciée de la contraception en fonction du genre.

Le tableau suivant propose une synthèse comparative et équilibrée des principales données quantitatives observées chez les femmes et les hommes, afin de faciliter la lecture des écarts et similitudes avant la discussion des résultats.

Aspect analysé	Femmes (%)	Hommes (%)
Utilisation d'une contraception	74	41
Importance contraception 'très importante'	91	86
Importance préservatif 'très important'	78	72
Utilisation systématique du préservatif	10	8
Connaissance correcte des IST	77	77
Responsabilité contraceptive perçue comme partagée	52	77
Déclarent assumer seuls la contraception	56	7
Renoncement pour raisons financières/pratiques	26	42
Ont arrêté le préservatif	34	77
Perçoivent l'info scolaire insuffisante	51	32
Ont arrêté la pilule	14	NA
Utilisent pilule + préservatif	34	NA

Figure 29 : Récapitulatif des résultats les plus importants

DISCUSSION

Après avoir présenté les résultats, il est maintenant important d'en discuter la signification pour mieux répondre à la question de recherche initiale.

Même si l'ensemble des pratiques contraceptives a été abordé, la réflexion s'est concentrée prioritairement sur la pilule et le préservatif, dans la mesure où ces deux méthodes sont les plus utilisées chez les jeunes et les plus concernées par la baisse observée.

Ce mémoire visait à comprendre les facteurs liés à cette baisse chez les jeunes Belges francophones âgés de 18 à 25 ans, et à analyser l'influence du sexe et des différences de genre sur ces comportements. Les données mettent en lumière plusieurs tendances, que ce soit en termes de connaissances, de perceptions ou de pratiques.

La discussion qui suit a pour but de replacer ces constats dans un cadre théorique plus large et de les comparer aux résultats d'autres études, afin d'en dégager des pistes d'interprétation et de mieux comprendre les dynamiques observées.

LES CONNAISSANCES LIÉES À LA CONTRACEPTION

Les résultats de ce mémoire confirment que les participantes présentent un niveau de connaissance globalement plus élevé que les participants concernant les méthodes contraceptives. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que la majorité des méthodes disponibles sont spécifiquement conçues pour les femmes (pilule, stérilet, implant), et qu'elles sont également plus souvent ciblées lors des consultations médicales au sujet de la contraception. Cette exposition plus fréquente contribue probablement à une meilleure familiarité avec les différentes options. Ce constat rejoint ce que plusieurs auteurs décrivent comme un « fardeau contraceptif », historiquement construit et toujours très présent (Lévesque et al., 2024 ; Devaux, 2023).

Le sexe apparaît ici comme la seule variable significativement associée aux connaissances contraceptives. Bien que certaines variations soient observées selon le niveau d'éducation, notamment des scores légèrement plus élevés chez les personnes titulaires d'un CESS, aucune différence significative n'a été démontrée. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car les groupes d'éducation sont très inégalement représentés : 52 % des participants ont un master et 39 % un bachelier, tandis que les niveaux inférieurs (CESS, CE2D, école

professionnelle et formation professionnelle) ne représentent ensemble qu'environ 10 % de l'échantillon (7 % pour le CESS et environ 1 % chacun pour les autres). Les personnes ayant un niveau d'études inférieur sont donc nettement moins nombreuses que celles en formation supérieure, ce qui peut fausser les moyennes observées. Ces écarts pourraient refléter des effets de structure ou des biais d'échantillonnage, plutôt qu'une tendance généralisable. Il est également important de souligner que le score de connaissance repose sur des réponses fermées à cocher, ce qui évalue surtout la reconnaissance des méthodes, et non leur compréhension approfondie ou la capacité à en expliquer le fonctionnement. Ce type de mesure peut donc surestimer le niveau réel de connaissance contraceptive, notamment si certains participants ont répondu par déduction ou reconnaissance intuitive plutôt que sur base d'un savoir précis.

Par ailleurs, le recrutement majoritairement réalisé via mes réseaux sociaux personnels a probablement attiré un public plus sensibilisé, féminin et éduqué, ce qui limite la représentativité des résultats à l'ensemble des jeunes Belges francophones.

Il serait aussi pertinent de questionner si la surreprésentation des jeunes diplômés reflète réellement un intérêt plus marqué pour la thématique ou une meilleure exposition à l'éducation sexuelle. Les résultats suggèrent en effet que le niveau d'études ne garantit pas nécessairement une meilleure connaissance contraceptive, ce qui pourrait être exploré dans de futures recherches en comparant différents milieux sociaux et contextes éducatifs.

Cette faible représentation des niveaux d'éducation inférieurs peut notamment s'expliquer par les canaux de diffusion choisis. La majorité des réponses provient de mes cercles personnels et de mes réseaux sociaux, constitués principalement d'étudiants ou de jeunes diplômés, issus de milieux relativement favorisés et peu marqués par des normes religieuses strictes. Ce lien direct avec moi a sans doute encouragé la participation, notamment par solidarité ou par intérêt académique (par exemple, d'autres étudiants en mémoire, conscients de l'importance d'un nombre suffisant de répondants). En revanche, les publications dans des groupes Facebook plus larges ou via l'ASBL O'YES ont probablement touché des personnes qui ne me connaissaient pas directement, et qui ont pu être moins enclines à répondre en l'absence de ce lien personnel. Cette combinaison pourrait ainsi accentuer un biais de sélection vers un public plus sensibilisé, plus éduqué et globalement plus favorable à la contraception.

Certaines personnes ont peut-être également coché plusieurs options par prudence, sans forcément connaître avec certitude toutes les méthodes mentionnées. Ce comportement, difficile à identifier dans un questionnaire en ligne, pourrait gonfler légèrement certains scores, sans que cela ne reflète un réel niveau de connaissance approfondie.

Par ailleurs, l'intérêt personnel pour le sujet peut aussi jouer un rôle : les personnes qui s'informent activement, par exemple via Internet, les médias ou leur entourage, peuvent acquérir davantage de connaissances, indépendamment de leur parcours scolaire. Le niveau de connaissance ne dépend donc pas uniquement du diplôme, mais aussi de l'attention portée à ces thématiques dans la vie quotidienne, ou de l'environnement familial et éducatif (de Looze et al., 2019). Il faut également noter qu'il est possible que certains participants aient "vérifié" ou recherché des informations pendant la passation du questionnaire en ligne, ce qui pourrait avoir artificiellement augmenté certains scores. Cette limite est inhérente à ce type de méthodologie auto-administrée.

En ce qui concerne la reconnaissance des différentes méthodes, les résultats montrent une meilleure identification des méthodes les plus visibles et les plus médiatisées, comme le préservatif externe (96 %) et la pilule contraceptive (95 %). À l'inverse, des méthodes comme l'implant ou l'anneau vaginal restent moins connues, traduisant un déséquilibre persistant dans la diffusion des informations.

La compréhension des méthodes protégeant contre les IST apparaît globalement satisfaisante, avec plus de 75 % des répondants ayant coché uniquement les bonnes réponses. Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe ou le niveau d'éducation. De plus, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre l'âge et la compréhension des méthodes protectrices contre les IST, que ce soit pour le score de bonnes réponses (rho = –0,09 ; p = 0,30) ou le score d'erreurs (rho = –0,10 ; p = 0,25).

Dans l'ensemble, ces résultats soulignent que la visibilité et la fréquence d'utilisation des méthodes jouent un rôle important dans leur reconnaissance. Ils rappellent aussi la nécessité de diffuser une information claire, complète et accessible à toutes et tous, quel que soit le sexe ou le parcours éducatif. Enfin, ils confirment que la contraception reste encore largement associée aux femmes, tant en termes de connaissances que de responsabilisation (Devaux, 2023).

L'USAGE DES CONTRACEPTIFS

Les résultats montrent une forte adhésion, tant chez les femmes que chez les hommes, à l'importance de la contraception pour prévenir une grossesse. Parmi les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles, 91 % la jugent « très importante », contre 86 % des hommes. Cette quasi-unanimité confirme la valorisation de la contraception comme choix responsable, déjà décrite dans la littérature (de Looze et al., 2019 ; Dereuddre et al., 2016). Pourtant, cet accord théorique ne se traduit pas toujours dans la pratique : 74 % des femmes déclarent utiliser une méthode, contre seulement 41 % des hommes ($p = 0,001$). Cette différence prolonge celle observée dans les connaissances et rappelle que, dans la réalité, elle est encore largement assumée par les femmes (Lévesque et al., 2024 ; Devaux, 2023).

Il convient toutefois de rappeler que les hommes sont fortement sous-représentés dans l'échantillon (28 %), ce qui limite la portée des comparaisons entre genres. Ce déséquilibre pourrait refléter un moindre intérêt ou une moindre mobilisation des jeunes hommes sur les questions contraceptives, mais il peut aussi s'expliquer par les canaux de diffusion utilisés ou par un biais d'auto-sélection. Ces éléments invitent à relativiser les écarts observés.

Par ailleurs, les comportements sexuels et contraceptifs rapportés dans un questionnaire auto-administré sont susceptibles d'être embellis ou minimisés en fonction de ce que les répondants jugent socialement acceptable. Ce biais de désirabilité sociale peut notamment conduire à une surestimation de l'usage contraceptif et à une sous-estimation des rapports non protégés.

Même quand les hommes déclarent une contraception, il s'agit souvent d'une méthode gérée par leur partenaire (comme la pilule), ce qui reflète un engagement encore partiel. Cette différence pourrait aussi refléter un biais de perception : certains hommes semblent surestimer leur implication, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif, qu'ils associent automatiquement à une responsabilité partagée ou personnelle. À l'inverse, plusieurs femmes interrogées expriment le sentiment d'être seules à devoir rappeler ou gérer la protection. Ce décalage entre les perceptions masculines et féminines pourrait traduire une vision plus symbolique que concrète de l'engagement chez les hommes. Cela rejoint les analyses qui montrent que la contraception est souvent considérée, consciemment ou non, comme une responsabilité féminine (Pamboutzoglou, 2025 ; Devaux, 2023). Les résultats confirment aussi que l'usage varie selon la relation : les femmes ayant plusieurs partenaires sont plus vigilantes (100 % d'utilisation), alors que chez les hommes dans

la même situation, seuls 33 % déclarent une protection. Cela pourrait s'expliquer par une perception plus concrète du risque de grossesse et par une socialisation qui encourage les femmes à anticiper et se protéger (Marston & King, 2006).

Même parmi les femmes non actives sexuellement, 44 % continuent une contraception. Cela s'explique par des raisons médicales (régulation hormonale, gestion des symptômes), par la continuité de certaines méthodes (comme le stérilet), ou par une logique d'anticipation, déjà relevée dans la littérature (Le Guen et al., 2021). Ce choix montre que la contraception ne répond pas seulement à un risque immédiat mais s'inscrit aussi dans une gestion plus large de la santé reproductive.

Les motivations diffèrent également : la peur d'une grossesse non prévue est la première raison citée chez les femmes (63 %), alors que les hommes évoquent davantage la double protection (grossesse + IST). Le fait que la prévention des IST ne soit jamais mentionnée seule confirme qu'elle reste secondaire dans les priorités, ce qui rejoint plusieurs études (Srikanthan & Reid, 2008 ; Marston & King, 2006). Cela pourrait aussi expliquer pourquoi seulement 10 % des femmes et 8 % des hommes disent utiliser un préservatif de façon systématique. Ce constat illustre l'écart bien connu entre les attitudes déclarées (l'importance accordée à la prévention) et les comportements effectifs, un phénomène fréquent en santé publique (OMS, 2024). Ces observations rejoignent les enquêtes belges récentes qui signalent un usage irrégulier du préservatif malgré une bonne connaissance des risques, notamment chez les jeunes adultes (Solidaris, 2017 ; OMS, 2024). La majorité parle d'un usage « presque toujours » ou réservé au début des relations, souvent abandonné ensuite par confiance ou après des tests.

Les raisons du non-usage systématique du préservatif, comme l'inconfort ou la confiance dans le couple, confirment l'idée d'une dissociation fréquente entre contraception et prévention des IST. Cette dissociation, souvent observée dans les couples stables, montre que le préservatif peut être perçu comme un obstacle à l'intimité ou comme un signe de méfiance (Marston & King, 2006 ; de Looze et al., 2019).

Les rapports non protégés sans dépistage préalable restent fréquents, bien que 46 % des femmes et 38 % des hommes disent ne jamais y recourir. Les justifications données (confiance, oubli, difficulté d'accès au dépistage) traduisent une tension entre la connaissance théorique du risque et la réalité des choix. Cela rejoint l'idée que la confiance relationnelle influence fortement les pratiques (Metusela et al., 2017).

Concernant l'arrêt du préservatif ou de la pilule, les raisons sont variées. Chez les femmes, elles concernent souvent la santé, la charge mentale ou le souhait de retrouver un cycle naturel, ce qui rejoint les critiques croissantes vis-à-vis de la contraception hormonale (Le Guen et al., 2021 ; Devaux, 2023). Du côté des hommes, l'arrêt du préservatif est surtout lié à la confiance dans le couple et à la recherche de confort, ce qui confirme leur engagement plus passif et un suivi parfois délégué à la partenaire (de Looze et al., 2019).

Enfin, la perception de la pilule est marquée par une forte ambivalence. Bien qu'elle soit jugée efficace, elle est vécue comme contraignante et source d'effets secondaires. Une part importante des femmes se tourne ou souhaiterait se tourner vers des méthodes sans hormones, traduisant une défiance croissante envers les solutions médicalisées (Le Guen et al., 2021 ; Devaux, 2023). Cette méfiance est aussi alimentée par les nombreux témoignages partagés sur les réseaux sociaux, où les expériences négatives sont largement relayées et contribuent à façonner les représentations collectives.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment que, malgré une adhésion forte au discours sur la contraception et la prévention des IST, la charge contraceptive reste principalement féminine, et la vigilance réelle vis-à-vis des IST reste incomplète. Ces constats rejoignent les appels à diversifier l'offre contraceptive, à mieux inclure les hommes et à favoriser un partage réel des responsabilités (Lévesque et al., 2024 ; Nickels & Yan, 2023). Ils soulignent aussi l'importance d'une éducation sexuelle plus complète et d'un accompagnement adapté pour permettre des choix éclairés et partagés.

Influence de l'origine, de la religion ou de l'entourage

Les résultats sur l'influence de l'origine, de la religion et de l'entourage confirment que, même si la majorité des participants se disent autonomes dans leur choix contraceptif (81 % des femmes, 74 % des hommes), ces facteurs sociaux et culturels continuent de jouer un rôle, parfois de façon plus implicite. Ce constat rejoint la littérature qui montre que, dans les sociétés occidentales, la contraception est globalement acceptée, mais que certaines normes culturelles ou religieuses peuvent encore freiner ou orienter les pratiques (Dereuddre et al., 2016 ; Srikanthan & Reid, 2008). Les témoignages recueillis, notamment chez les femmes, soulignent la place de l'entourage proche (mère, amis) et des professionnels de santé, confirmant l'importance de la socialisation reproductive dès le plus jeune âge. D'autres participantes mentionnent un contexte religieux valorisant l'abstinence ou des tabous culturels, ce qui peut

renforcer la culpabilité et limiter l'autonomie, un phénomène également observé dans d'autres études (Metusela et al., 2017).

Chez les hommes, les témoignages mettent en évidence une influence davantage tournée vers la peur d'assumer une parentalité non désirée et la crainte des responsabilités qui y sont associées. L'éducation et l'entourage familial insistent souvent sur la nécessité de se protéger, parfois perçue comme une « évidence » transmise dès l'enfance. Certains hommes soulignent un entourage très ouvert et encourageant la discussion, tandis que d'autres évoquent des interdits culturels ou religieux interdisant certaines méthodes. Ces résultats montrent que, même si les hommes se disent moins directement impliqués dans la contraception, leur rapport aux méthodes de protection est façonné par des attentes sociales plus larges autour de la responsabilité parentale et de la protection.

Ces nuances mettent en évidence l'importance de l'environnement social et éducatif dans la construction des perceptions et des pratiques contraceptives, et soulignent la nécessité d'explorer plus finement ces dynamiques, notamment pour promouvoir une approche plus égalitaire et informée de la contraception.

Concernant les sources d'information, les résultats mettent en évidence la diversité des canaux mobilisés, tout en soulignant des différences entre les sexes. Chez les femmes, l'entourage amical est la source principale (70 %), suivie de près par l'éducation scolaire, la famille et les professionnels de santé. Cette multiplicité confirme le rôle central des relations interpersonnelles et la confiance accordée aux sources proches (de Looze et al., 2019). Chez les hommes, l'éducation scolaire apparaît comme la première source (76 %), ce qui pourrait refléter une moindre recherche autonome ou un moindre recours à des discussions informelles, mais aussi l'importance du cadre scolaire comme espace d'apprentissage privilégié. Le poids important d'Internet et des réseaux sociaux chez les deux sexes rejoint les tendances récentes observées en Europe. Cela interroge toutefois la fiabilité de ces sources, souvent composées de témoignages personnels ou d'informations partielles, qui peuvent renforcer les craintes ou alimenter des représentations erronées (Le Guen et al., 2021).

Les perceptions de l'information reçue à l'école révèlent un ressenti globalement mitigé. La moitié des femmes considèrent ne pas avoir reçu une information suffisante, contre 32 % chez les hommes. Ces chiffres confirment que, malgré des dispositifs existants (comme le programme EVRAS en Belgique), l'éducation sexuelle reste perçue comme incomplète, parfois

trop théorique ou déconnectée des réalités vécues. Ce constat est cohérent avec les analyses de Botor et al. (2025), qui soulignent l'importance d'une approche plus participative et inclusive. Il interroge aussi l'efficacité des programmes actuels pour préparer les jeunes à faire des choix contraceptifs éclairés et autonomes. Il serait également intéressant de se demander si ce manque de satisfaction vis-à-vis de l'école n'affecte pas la confiance envers les autres sources d'information (professionnels, entourage) et la capacité à passer à l'acte en matière contraceptive. Il serait également intéressant d'explorer comment la perception des programmes d'éducation sexuelle, tels qu'EVRAS, évolue chez les nouvelles générations, car les répondants actuels n'ont pas nécessairement bénéficié des mêmes contenus que ceux prévus aujourd'hui.

La perception de l'accès aux services de santé liés à la contraception apparaît globalement positive, mais avec des nuances : 65 % des femmes et 58 % des hommes jugent l'accès facile. La présence de réponses « difficile » uniquement chez les femmes (3 %) pourrait refléter une expérience plus concrète et répétée des parcours de soin, ou une plus grande vigilance face aux éventuelles barrières. Ce constat peut aussi s'expliquer par une socialisation médicale plus marquée chez les femmes, qui les conduit à consulter plus régulièrement et à être plus attentives aux éventuels obstacles ou délais (Devaux, 2023). Cette différence rejoint la littérature sur la charge mentale reproductive, montrant que les femmes développent aussi une vigilance accrue aux obstacles. (Devaux, 2023).

L'analyse des obstacles d'accès révèle des profils distincts. Chez les femmes, la problématique semble avant tout logistique (83 % citent les délais d'attente), confirmant un rapport pragmatique et organisé aux soins. Chez les hommes, les freins sont plus variés : délais, distance, coût, mais aussi des obstacles psychologiques ou sociaux (16 % évoquent la honte, la gêne, ou les stéréotypes). Ces données illustrent que les hommes peuvent se sentir moins légitimes à solliciter ces services, ou éprouver une forme de malaise lié aux normes de masculinité (Baxter, 2024 ; Metusela et al., 2017).

Ces résultats questionnent la pertinence des dispositifs actuels pour inclure réellement les hommes dans une démarche proactive et égalitaire. Ils confirment également la nécessité d'améliorer l'accessibilité (physique, financière, psychologique) pour tous, mais aussi de développer des approches pédagogiques qui intègrent la dimension relationnelle et émotionnelle des choix contraceptifs. Plus largement, ils invitent à repenser la place des hommes dans les politiques de santé reproductive, afin d'alléger la charge contraceptive pesant

sur les femmes et de promouvoir une justice reproductive plus concrète (Nickels & Yan, 2023 ; Lévesque et al., 2024).

Dans l'ensemble, ces résultats confirment la centralité du genre et des normes sociales dans la contraception, tout en soulignant des lacunes persistantes dans la prévention des IST et l'équité d'accès aux services. Ils invitent à renforcer l'éducation sexuelle, à diversifier les méthodes proposées et à repenser le rôle des hommes dans la santé reproductive, afin d'encourager un partage réel et équitable des responsabilités. Ces constats appellent à des approches multidimensionnelles, intégrant l'éducation, la réduction des inégalités structurelles et une meilleure représentation des hommes, afin de construire des parcours contraceptifs plus équitables et adaptés aux besoins variés des jeunes adultes.

LIMITES

Ce travail présente certaines limites qu'il convient de considérer pour interpréter les résultats avec prudence. Tout d'abord, l'échantillon recruté via les réseaux sociaux et les cercles personnels reflète majoritairement un public jeune, éduqué et globalement sensibilisé aux questions de santé sexuelle. Cette surreprésentation peut introduire un biais de sélection, limitant la généralisation des résultats à l'ensemble des jeunes Belges francophones.

Ensuite, la méthode du questionnaire auto-administré, bien qu'elle permette une collecte de données large et anonyme, expose à un biais de désirabilité sociale : les participants peuvent avoir eu tendance à présenter leurs comportements de manière plus conforme aux attentes perçues, notamment en matière d'usage des préservatifs ou de fréquentation des services de santé.

Il est également possible que certains répondants aient consulté des ressources extérieures pendant la passation du questionnaire, ce qui pourrait avoir artificiellement élevé les scores de connaissance. De plus, la variable "niveau d'éducation" reste sous-représentée pour certains groupes (par exemple, les personnes sans diplôme ou issues de filières professionnelles), ce qui limite les comparaisons statistiques entre niveaux d'instruction.

Enfin, l'analyse se concentre principalement sur deux méthodes (pilule et préservatif), ce qui ne permet pas d'explorer en détail la diversité des trajectoires contraceptives (implants, stérilets, méthodes naturelles, etc.) ni les situations spécifiques de certaines minorités de genre ou d'orientation sexuelle.

Ces limites ouvrent des perspectives pour de futurs travaux : diversifier les canaux de diffusion, inclure des entretiens qualitatifs pour approfondir les représentations individuelles, et accorder une attention particulière aux jeunes en situation de précarité ou vivant dans des zones moins desservies.

CONCLUSION

Ce mémoire a exploré les pratiques contraceptives des jeunes Belges francophones, en se focalisant plus spécifiquement sur la baisse d'usage du préservatif et de la pilule, ainsi que sur l'influence du genre, du statut socio-économique et des normes culturelles sur ces comportements. Les résultats révèlent une large adhésion aux discours valorisant la contraception, mais un écart persistant entre les intentions et les pratiques, illustrant un enjeu majeur de santé publique.

La charge contraceptive demeure majoritairement féminine, traduisant une inégalité structurelle nécessitant une réponse collective et systémique. La méfiance croissante vis-à-vis de la pilule et la préférence pour des méthodes perçues comme plus « naturelles » soulignent aussi un besoin de repenser l'offre contraceptive, pour l'adapter aux attentes des jeunes.

Du point de vue de la santé publique, ces constats rappellent l'importance d'interventions globales : éducation sexuelle renforcée, amélioration de l'accessibilité aux services, développement des méthodes contraceptives masculines et promotion d'un véritable partage des responsabilités. En Belgique francophone, la poursuite et le renforcement du programme EVRAS à tous les niveaux d'enseignement constituent un levier essentiel pour améliorer l'information, réduire les inégalités et encourager un partage plus équitable. Ces mesures doivent s'accompagner d'actions de plaidoyer pour réduire la stigmatisation, renforcer l'autonomie décisionnelle et soutenir l'égalité de genre.

Il est aussi nécessaire d'adapter les stratégies aux populations plus vulnérables ou peu représentées, et d'intégrer la contraception dans une approche plus large de santé sexuelle, centrée sur le bien-être, l'équité et les droits.

Enfin, ces résultats invitent à poursuivre la recherche, notamment en adoptant des perspectives intersectionnelles et participatives, afin de mieux accompagner les trajectoires contraceptives dans une logique de prévention et de promotion de la santé à long terme.

Perspectives : Il serait intéressant, dans de futurs travaux, d'inclure des entretiens qualitatifs, d'intégrer les personnes transgenres ou non binaires, et d'explorer les spécificités territoriales plus fines.

BIBLIOGRAPHIE

Ancel, D. (s. d.). Grande enquête Contraception. *Institut Solidaris*. Consulté 24 octobre 2024, à l'adresse https://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/

Anderson, D. J., & Johnston, D. S. (2023). A brief history and future prospects of contraception. *Science (New York, N.Y.)*, *380*(6641), 154. https://doi.org/10.1126/science.adf9341

Arévalo, M., Sinai, I., & Jennings, V. (1999). A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*, *60*(6), 357-360. https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00106-7

Assemblée Parlementaire. (2020). *PACE website*. https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28675

Baxter, R. (2024, avril 3). *How Do Cultural or Societal Factors Impact Sexual Health?* ISSM. https://www.issm.info/sexual-health-qa/how-do-cultural-or-societal-factors-impact-sexual-health

Bitzer, J. (2024). Male contraception – Part of gender medicine and reproductive right of men. *Contraception*, 110734. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110734

Botor, A., Bator, K., Stojko, S., Stojko, R., & Drosdzol-Cop, A. (2025). Sexual education around the world : In Australia and Oceania and Europe. *Ginekologia Polska*, *0*(0), Article 0. https://doi.org/10.5603/gpl.103664

Casey, F. (2023, juillet). *Méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fertilité—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/planning-familial/méthodes-contraceptives-basées-sur-la-connaissance-de-la-fertilité

Casey, F. (2023a, août). *Contraception définitive—Problèmes de santé de la femme*. Manuels MSD pour le grand public. https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/planning-familial/contraception-définitive

Casey, F. (2023b, août). *Injections de progestatifs contraceptifs—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/planning-familial/injections-de-progestatifs-contraceptifs

Casey, F. (2024a, janvier). *Contraceptifs hormonaux transdermiques et par anneaux vaginaux—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/planning-

familial/contraceptifs-hormonaux-transdermiques-et-par-anneaux-vaginaux
Casey, F. (2024b, avril). *Hormonal Methods of Contraception—Women's Health Issues*. MSD Manual Consumer Version. https://www.msdmanuals.com/home/women-s-health-issues/family-planning/hormonal-methods-of-contraception
Christin-Maitre, S. (2022). La contraception à travers le monde. *médecine/sciences*, *38*(5), Article 5. https://doi.org/10.1051/medsci/2022058
Cleveland Clinic. (2022a, septembre 15). *Pull Out Method (Withdrawal) : Effectiveness & Risks*. Cleveland Clinic. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/24174-pull-out-method
Cleveland Clinic. (2022b, décembre 8). *Rhythm Method : Birth Control, Calendar & Effectiveness*. Cleveland Clinic. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/17900-rhythm-method
Cooper, D. B., & Patel, P. (2024). Oral Contraceptive Pills. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/
de Looze, M., Madkour, A. S., Huijts, T., Moreau, N., & Currie, C. (2019). Country-Level Gender Equality and Adolescents' Contraceptive Use in Europe, Canada and Israel : Findings from 33 Countries. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *51*(1), 43-53. https://doi.org/10.1363/psrh.12090
Dereuddre, R., Van de Putte, B., & Bracke, P. (2016). Ready, Willing, and Able : Contraceptive Use Patterns Across Europe. *European Journal of Population*, *32*(4), 543-573. https://doi.org/10.1007/s10680-016-9378-0
Dereuddre, R., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2016). Gender inequality and the 'East-West' divide in contraception : An analysis at the individual, the couple, and the country level. *Social Science & Medicine*, *161*, 1-12. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.030
Devaux, C. (2023, juillet 6). *La contraception en Belgique francophone – Revue de littérature | Observatoire du sida et des sexualités*. https://www.observatoire-sidasexualites.be/la-contraception-en-belgique-francophone-revue-de-litterature/
Elsan. (2022, juin 28). *Implant contraceptif*. Elsan. https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/implant-contraceptif-definition-pose
Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). *Enseignement.be—Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)*. Enseignement.be. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse http://www.enseignement.be/index.php?page=27276&navi=4047
Gouvernement du Canada, I. de recherche en santé du C. (2014, janvier 10). *Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? - IRSC*. https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html
Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods.

Contraception, *92*(5), 420-421. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.008
INAMI. (s. d.). *Intervention supplémentaire dans le prix des contraceptifs | INAMI*. Consulté 9 mai 2025, à l'adresse https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/medicaments/remboursement-d-un-medicament/contraceptifs
Institute for Reproductive Health. (s. d.-a). *Méthode des Jours Fixes avec le Collier du Cycle*. Consulté 11 mars 2025, à l'adresse https://www.irh.org/wp-content/uploads/2013/04/SDM_Provider_Job_Aid_FR.pdf
Institute for Reproductive Health. (s. d.-b). *TwoDay Method*. Institute for Reproductive Health. Consulté 14 mars 2025, à l'adresse https://www.irh.org/twoday-method/
Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A., & de La Rochebrochard, E. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries : A systematic review. *Social Science & Medicine*, *284*, 114247. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247
Lecompte, A., Serrien, B., Bensemmane, S., De Baetselier, I., Van den Bossche, D., Deblonde, J., & Van Beckhoven, D. (2024, novembre 6). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Situation épidémiologique au 31 décembre 2023* [Text]. sciensano.be; Sciensano. https://www.sciensano.be/fr/biblio/surveillance-des-infections-sexuellement-transmissibles-situation-epidemiologique-au-31-decembre
Lévesque, S., Toupin, A., & Pugliese, M. (2024). Contraception : A gendered burden? A mixed methods exploration of experiences around contraception responsibility. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *33*(2), 236-248. https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0006
Metcalfe, A., Talavlikar, R., du Prey, B., & Tough, S. C. (2016). Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reproductive Health*, *13*(1), 28. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0151-y
Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). « In My Culture, We Don't Know Anything About That » : Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International journal of behavioral medicine*, *24*. https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3
NHS. (2024a, février 29). *Side effects and risks of the contraceptive patch*. Nhs.Uk. https://www.nhs.uk/contraception/methods-of-contraception/contraceptive-patch/side-effects-and-risks/
NHS. (2024b, février 29). *What is an IUD (intrauterine device) or copper coil?* Nhs.Uk. https://www.nhs.uk/contraception/methods-of-contraception/iud-coil/what-is-it/
NHS. (2024c, février 29). *What is the vaginal ring?* Nhs.Uk.

https://www.nhs.uk/contraception/methods-of-contraception/vaginal-ring/what-is-it/
Nickels, L., & Yan, W. (2023). Nonhormonal Male Contraceptive Development-Strategies for Progress. *Pharmacological Reviews*, *76*(1), 37-48. https://doi.org/10.1124/pharmrev.122.000787
OMS. (2006). *Santé sexuelle*. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health
OMS. (2021, novembre 9). *Contraception d'urgence*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception
OMS. (2024, août 29). *Un nouveau rapport de l'OMS met en avant une baisse alarmante de l'utilisation des préservatifs chez les adolescents et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées*. https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report
O'YES ASBL. (s. d.-a). *La contraception dite masculine – MESCONTRACEPTIFS.BE*. Consulté 17 juin 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/les-methodes-de-contraception-thermique/
O'YES ASBL. (s. d.-b). *La pilule combinée – MONCONTRACEPTIF.BE*. Consulté 16 mars 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/la-pilule-combinee/
O'YES ASBL. (s. d.-c). *L'anneau vaginal – MONCONTRACEPTIF.BE*. Consulté 16 mars 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/lanneau-mensuel/
O'YES ASBL. (s. d.-d). *Le patch hormonal – MONCONTRACEPTIF.BE*. Consulté 16 mars 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/le-patch-hormonal/
O'YES ASBL. (s. d.-e). *Le préservatif externe – MESCONTRACEPTIFS.BE*. Consulté 4 avril 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/le-preservatif-externe/
O'YES ASBL. (s. d.-f). *Le préservatif interne – MESCONTRACEPTIFS.BE*. Consulté 4 avril 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/le-preservatif-interne/
O'YES ASBL. (s. d.-g). *Les progestatifs injectables – MONCONTRACEPTIF.BE*. Consulté 16 mars 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/les-progestatifs-injectables/
O'YES ASBL. (s. d.-h). *L'implant – MONCONTRACEPTIF.BE*. Consulté 16 mars 2025, à l'adresse https://www.mescontraceptifs.be/limplant/
Pamboutzoglou, L. (2025). Cécile Thomé, Des corps disponibles. Comment la contraception façonne la sexualité hétérosexuelle. *Lectures*. https://doi.org/10.4000/13da1
Partenamut. (2025, mars 17). *Prix de la contraception en Belgique*. https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/prevention/sexualite/prix-contraception-belgique

Peters, A., & Mahdy, H. (2023). Symptothermal Contraception. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564316/

Reynolds-Wright, J. J., & Anderson, R. A. (2019). Male contraception : Where are we going and where have we been? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *45*(4), 236-242. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2019-200395

RTBF. (2025, mai 15). *« L'EVRAS n'est pas un endoctrinement, elle est neutre », confirme la Cour constitutionnelle—RTBF Actus*. RTBF. https://www.rtbf.be/article/l-evras-n-est-pas-un-endoctrinement-elle-est-neutre-confirme-la-cour-constitutionnelle-11547409

Slaymaker, E., Scott, R. H., Palmer, M. J., Palla, L., Marston, M., Gonsalves, L., Say, L., & Wellings, K. (2020). Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries : A retrospective analysis of nationally representative surveys. *The Lancet. Global Health*, *8*(4), e567-e579. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30060-7

Srikanthan, A., & Reid, R. (2008). Religious and Cultural Influences on Contraception. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, *30*, 129-137. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32736-0

Steward, K., & Raja, A. (2023). Physiology, Ovulation And Basal Body Temperature. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546686/

Vekemans, M. (1997). Postpartum contraception : The lactational amenorrhea method. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, *2*(2), 105-111. https://doi.org/10.3109/13625189709167463

WHO. (s. d.). *Condoms*. Consulté 24 octobre 2024, à l'adresse https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/condoms

WHO. (2023, septembre 5). *Planification familiale/méthodes de contraception*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**