



# Adolescentes: sexualité & santé de la reproduction

Etat des lieux  
en Wallonie et à Bruxelles



Ministère  
de la Communauté  
française



# Adolescentes: sexualité & santé de la reproduction

Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles

Douchan Beghin <sup>(1)</sup>  
Claudine Cueppens <sup>(2)</sup>  
Catherine Lucet <sup>(3)</sup>  
Samuel Ndamè <sup>(4)</sup>  
Godelieve Masuy-Stroobant <sup>(5)</sup>  
André Sasse <sup>(6)</sup>  
Danielle Piette <sup>(1)</sup>

Bruxelles, février 2006



**(1) ULB-PROMES**  
Service Communautaire  
de Promotion de la Santé  
Université Libre de Bruxelles  
École de Santé Publique C.P. 596  
Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles  
Tél. : 02 555 40 81 - Fax : 02 555 40 49  
Courriel : dpiette@ulb.ac.be  
www.ulb.ac.be/esp/promes



**(4) OFFICE DE LA  
NAISSANCE ET DE  
L'ENFANCE**  
Chaussée de Charleroi 95,  
1060 Bruxelles  
Tél. : 02 542 14 17  
Courriel : samuel.ndame@one.be  
www.one.be



**(2) FÉDÉRATION LAÏQUE DE  
CENTRES DE PLANNING  
FAMILIAL**

Rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles  
Tél. : 02 502 68 00  
Courriel : flcpf@planningfamilial.net  
www.planningfamilial.net



**UCL**

**(5) INSTITUT DE  
DÉMOGRAPHIE**  
Université catholique de Louvain  
Place Montesquieu 1/17,  
1348 Louvain-la-Neuve  
Tél. : 010 47 29 51  
Courriel : stroobant@demo.ucl.ac.be  
www.demo.ucl.ac.be



**(3) AGENCE INTERMUTUALISTE**

Equipe «Santé de la reproduction»  
Coordinatrice : Lucet Catherine  
UNMS-NVSM  
Rue St-Jean 32-38, 1000 Bruxelles  
Tél. : 02 515 06 64  
Courriel : catherine.lucet@mutsoc.be  
www.nic-ima.be - www.cin-aim.be



**(6) INSTITUT SCIENTIFIQUE  
DE SANTÉ PUBLIQUE**  
Rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles  
Tél. : 02 642 50 39  
Courriel : andre.sasse@iph.fgov.be  
www.iph.fgov.be/epidemo/aid



# Table des matières

<b>1.</b>	<b>Contexte, objectifs et méthodologie</b> .....	<b>1</b>
1.1.	<b>Cadre politique général</b>	<b>1</b>
1.2.	<b>Objectifs</b>	<b>2</b>
1.3.	<b>Sources d'information</b>	<b>3</b>
	Données publiées	3
	Institut national de statistique (I.N.S./D.G.S.I.E.)	
	Institut scientifique de santé publique	
	Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse	
	Autres sources	
	Exploitation de bases de données	4
	Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain	
	ULB-PROMES	
	Agence Intermutualiste	
	Office de la Naissance et de l'Enfance	
	Institut scientifique de santé publique	
	Populations d'étude	5
1.4.	<b>Validité des données</b>	<b>6</b>
	Définition du problème	6
	Définition du groupe cible	7
	Période	7
	Echantillonnage	7
<b>2.</b>	<b>Fécondité</b> .....	<b>9</b>
2.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>9</b>
2.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>10</b>
	Les données publiées	10
	Les bases de données d'état civil	10
	Le choix des classes d'âges	11
2.3.	<b>Résultats</b>	<b>11</b>
	Une fécondité en mutation	11
	Des particularités régionales	12
	Des mères de plus en plus souvent non mariées et inactives	13
	Davantage de mort-nés, des nouveau-nés plus fragiles	14
2.4.	<b>Discussion</b>	<b>16</b>
<b>3.</b>	<b>Connaissances et comportements</b> .....	<b>19</b>
3.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>19</b>
3.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>20</b>
3.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>20</b>
	Connaissances	20
	Comportements	21
	Activité sexuelle	
	Multipartenariat	
	Protection lors des rapports sexuels	
	Attitudes face au sida	24
	Consommation de soins et utilisation des services de santé	25
	Note sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire	26
3.4.	<b>Discussion</b>	<b>26</b>
	Validité des données	26
	Image de la situation	27

<b>4.</b>	<b>Contraception</b> .....	<b>29</b>
4.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>29</b>
4.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>30</b>
4.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>31</b>
	Utilisation d'une méthode	31
	Achat d'une méthode remboursée	32
	Utilisation d'une méthode avant une interruption de grossesse	33
4.4.	<b>Discussion</b>	<b>33</b>
	Validité des données	33
	Image de la situation	34
<b>5.</b>	<b>Interruption volontaire de grossesse</b> .....	<b>37</b>
5.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>37</b>
5.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>38</b>
5.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>38</b>
	Déclarations d'interruptions volontaires de grossesse	38
	Soins facturés pour interruption de grossesse	39
5.4.	<b>Discussion</b>	<b>40</b>
	Validité des données	40
	Image de la situation	40
<b>6.</b>	<b>Naissances</b> .....	<b>43</b>
6.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>43</b>
6.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>43</b>
6.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>45</b>
	Naissances ou accouchements	45
	Suivi avant l'accouchement	46
	Mode d'accouchement	48
	Caractéristiques des nouveau-nés	48
6.4.	<b>Discussion</b>	<b>50</b>
	Validité des données	50
	Image de la situation	50
<b>7.</b>	<b>Infections sexuellement transmissibles</b> .....	<b>53</b>
7.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>53</b>
7.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>54</b>
7.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>54</b>
	Infection au V.I.H	54
	Jeunes de nationalité belge	
	Jeunes de nationalité autre que belge	
	Chlamydiae	58
	Gonorrhée	59
	Autres infections	59
	Protection lors des relations sexuelles	59
7.4.	<b>Discussion</b>	<b>60</b>
	Validité des données	60
	Image de la situation	60
<b>8.</b>	<b>Violences sexuelles</b> .....	<b>63</b>
8.1.	<b>Contexte et objectifs</b>	<b>63</b>
8.2.	<b>Méthodologie</b>	<b>64</b>
8.3.	<b>Présentation des données</b>	<b>65</b>
	Infractions jugées	65
	Relations sexuelles chez les moins de 14 ans	65
8.4.	<b>Discussion</b>	<b>66</b>
	Validité des données	66
	Image de la situation	66

# Résumé

Les pouvoirs publics et l'opinion prêtent une attention accrue à la vie affective et sexuelle des jeunes femmes, et aux domaines connexes : fécondité, contraception, grossesses et interruptions de celles-ci, infections sexuellement transmissibles, violences liées au genre.

Des instances internationales et nationales insistent sur la nécessité de collecter, analyser et diffuser de l'information sur le sujet. Dans notre pays, des données existent mais n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'un relevé synthétique.

Cette brochure souhaite servir de référence aux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : décideurs politiques et administratifs, collecteurs et analyseurs de données, diffuseurs de l'information et spécialement enseignants et journalistes, travailleurs médico-sociaux et jeunes eux-mêmes.

Nous avons effectué une synthèse des informations déjà existantes en nous concentrant sur les adolescentes âgées de 10 à 17 ans. Ces informations relèvent de deux domaines. Il s'agit soit de données immédiatement disponibles parce que publiées, soit de données non publiées mais rapidement exploitables dans les bases de données de cinq institutions : Institut de démographie de l'U.C.L., Ecole de santé publique de l'U.L.B., Agence Intermutualiste, Office de la Naissance et de l'Enfance, Institut scientifique de santé publique.

Les données présentées peuvent être rarement comparées directement entre elles, compte tenu des variations ou imprécisions concernant l'un ou l'autre des critères de validation suivant : définition de la situation à étudier, tranche d'âge, lieu de résidence, année d'étude, qualité de l'échantillonnage. Néanmoins, la cohérence entre la plupart des informations et la quasi-exhaustivité de certaines d'entre elles apparaîtront clairement, ce qui permettra des mises en perspective, des observations de tendances, et en conséquence, des conclusions générales fiables conduisant à des recommandations.

## **Fécondité faible**

La fécondité des jeunes femmes (15-17 ans) est faible dans toutes les régions du pays et montre une régression, au moins jusqu'en 1997, dernière année pour laquelle l'information est disponible. Au niveau du Royaume, on peut y retracer le calendrier de diffusion de la contraception moderne, qui s'est adressée avec un retard certain aux plus jeunes, mais aussi l'effet de l'allongement de l'obligation scolaire sur le taux d'activité de ces très jeunes mères. Suivant la désaffection progressive pour le mariage à tous les âges, ces jeunes mères sont rarement mariées, sauf en Région de Bruxelles-Capitale mais cette particularité s'explique chez les Bruxelloises de moins de 20 ans par la proportion élevée d'étrangères. Professionnellement peu actives et rarement mariées, ces jeunes mères sont sans doute très dépendantes de leur famille d'origine et à cette vulnérabilité sociale s'ajoutent les risques liés aux grossesses précoces : plus de mortalité et davantage d'enfants nés avec un poids inférieur à 2500 g.

## **Comportements à risque et sous-utilisation des services de santé**

Les relations sexuelles chez les adolescentes représentent une réalité dont il faut tenir compte ; elles concernent une minorité qui n'est pas négligeable, et qui semble se stabiliser au cours du temps ; l'activité sexuelle est plus élevée en Région wallonne et parmi les jeunes femmes les moins favorisées socio-économiquement.

C'est dans l'enseignement professionnel que l'on déclare davantage de relations sexuelles très précoces (10-14 ans) et parmi les adolescentes originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

Il n'est pas possible d'avoir une image claire concernant le niveau ou la qualité de la protection lors des rapports sexuels. Il apparaît cependant que la protection contre une grossesse non désirée ou contre les infections sexuellement transmissibles est insuffisante, particulièrement parmi les jeunes élèves des enseignements technique et professionnel.

Les informations portant sur la consommation de soins ou l'utilisation des services de santé sont peu nombreuses mais permettent néanmoins de constater une carence chez les adolescentes en général et parmi les moins favorisées en particulier.

## **Recours insuffisant ou inadéquat à la contraception**

Les jeunes wallonnes et les jeunes bruxelloises (15-24 ans) se protègent insuffisamment contre les grossesses.

En Région wallonne, une mineure (10-17 ans) assurée sociale sur dix a acheté au moins un contraceptif remboursé dans l'année ; une très jeune mineure (10-14 ans) sur 100 a également effectué un tel achat. La proportion de consommatrices est deux fois plus faible dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Près de 90 % des très jeunes filles (10-14 ans) en demande d'interruption de grossesse n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé une méthode contraceptive peu efficace dans le mois qui précédait la grossesse.

L'utilisation du préservatif comme méthode anticonceptionnelle est largement plus fréquente parmi les très jeunes femmes que parmi celles plus âgées, ce qui pourrait expliquer une partie des échecs de contraception.

### **Hausse des I.V.G. : réalité ou amélioration des déclarations ?**

On relève dans tout le pays un accroissement du nombre *d'enregistrements* d'interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) au cours du temps, y compris parmi les mineures. En 2003, le recours à une interruption a concerné 65 jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. L'augmentation des enregistrements ne correspond pas nécessairement à une augmentation du nombre des interruptions réellement pratiquées ; elle peut en effet résulter d'une meilleure communication des données.

Les chiffres concernant les *soins facturés* pour interruptions de grossesse sont à peine supérieurs à ceux des enregistrements officiels. Le recours à ces soins est un peu plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne ou qu'en Région flamande ; il est plus marqué parmi les jeunes femmes à faible revenu économique.

En 1997, une grossesse d'adolescente sur deux se terminait par une interruption volontaire.

### **Association entre grossesse et précarité sociale**

Le phénomène de grossesse d'adolescente est une réalité plus marquée en Région wallonne (et plus dans le Hainaut que dans les autres provinces) qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et surtout qu'en Région flamande.

Les naissances chez les adolescentes sont associées à des indicateurs de précarité sociale. Certaines jeunes femmes enceintes n'ont pas de suivi prénatal ou ont un suivi plus tardif en comparaison de leurs aînées ; la situation est la plus préoccupante en Région de Bruxelles-Capitale, parmi celles en situation précaire et aussi parmi les jeunes femmes originaires de l'Afrique subsaharienne.

Il y a davantage d'enfants nés prématurément ou nés avec un poids de naissance insuffisant, chez les jeunes mères ; les différences sont plus marquées quand ces mères vivent isolées.

Les nouveau-nés sont mis au sein moins fréquemment par les mères belges, par celles vivant en situation précaire, par celles résidant en Région de Bruxelles-Capitale.

### **Davantage d'infections à V.I.H. parmi les non-Belges**

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection au V.I.H. parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, est en hausse parmi celles d'une nationalité autre que belge. Plus de trois quarts des contaminations par voie sexuelle concernent des femmes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne ; et les partenaires sont majoritairement originaires d'un de ces pays.

L'augmentation récente du nombre de diagnostics de chlamydia pourrait être partiellement due à un renforcement du dépistage et à une amélioration des techniques de diagnostic.

### **Violences sexuelles : des données très insuffisantes**

Les multiples données disponibles sont quasiment inexploitable compte tenu de l'absence de définitions consensuelles, et de biais dans la collecte des informations.

On peut cependant mettre en évidence que les infractions jugées concernent davantage de jeunes filles que de jeunes gens.

Les données sur les I.V.G. et sur les naissances nous montrent également la réalité des relations sexuelles très précoces (avant 14 ans) considérées par le Code pénal comme le résultat d'un viol.

# Conclusions

Les autorités s'étonnent qu'à notre époque de large accès aux moyens de prévention, les phénomènes de grossesses et d'infections sexuellement transmissibles persistent parmi les adolescentes.

Les documents consultés et les données analysées convergent pour montrer qu'il n'y a pas d'augmentation *démontrée* du nombre de grossesses ou d'I.V.G. mais seulement du nombre d'enregistrement d'I.V.G. De la même manière, les enregistrements d'infections à V.I.H. sont en augmentation chez les jeunes femmes d'une nationalité autre que belge.

Toutes les jeunes femmes ne sont pas égales face au risque. Les plus vulnérables se retrouvent dans les populations :

- socio-économiquement défavorisées
- habitant en Province de Hainaut ou en Région de Bruxelles-Capitale
- fréquentant l'enseignement professionnel
- migrantes originaires d'Afrique subsaharienne.

Notre tour d'horizon nous a également permis de mettre en évidence le peu d'information existant sur l'utilisation des services de santé par les jeunes et sur les violences liées au genre.

Cette revue des connaissances sur les problèmes liés à la sexualité nous renvoie à la complexité de ce sujet qui n'est plus tabou mais qui reste sensible chez les adolescentes plus encore que chez les adultes. La sexualité et les relations avec l'autre sexe en général mettent en jeu bien plus que des problématiques se réduisant à des indicateurs épidémiologiques ; de nombreux déterminants psychosociaux sont à prendre en compte : l'image de soi-même influencée par les pairs, la publicité, l'éducation, les relations homme-femme et le pouvoir des jeunes filles à négocier les relations sexuelles, les images de la féminité ou du couple véhiculées par les médias, la reconnaissance sociale et le désir de grossesse.

# Recommandations : recherche-action

Les recommandations sont évidentes et se déclinent dans deux domaines : connaissance de la situation et action ; en d'autres mots il y aurait lieu de développer des programmes en vue d'identifier les jeunes les plus à risque et de les aider à se prendre en charge.

## Connaître la situation

Il s'agirait de mettre en place des instruments conduisant à une amélioration des connaissances portant sur la vie affective et sexuelle des adolescentes et sur les domaines connexes soulignés ci-dessus y compris l'utilisation des services de santé.

- ▶ Les décideurs politiques et administratifs pourraient
  - soutenir la mise à jour régulière des données analysées ici, ainsi que leur diffusion ; des collaborations avec les observatoires de la santé devraient être encouragées ; la création d'un observatoire de la santé de la reproduction pourrait à nouveau être envisagée <sup>(1)</sup>
  - soutenir la recherche, avec comme domaines majeurs : (i) l'identification des profils de risques, des situations à risque et de leurs déterminants ; la recherche devrait être moins frileuse dans l'identification d'associations entre l'origine ethnique ou les pratiques religieuses des populations et les comportements (ii) l'accessibilité aux services de santé et leur utilisation
  - accélérer le processus de transmission des données issues des certificats de naissance vers la Direction générale Statistique et Information économique (ex-Institut national de statistique, I.N.S.), en vue d'actualiser la publication des données nécessaires au suivi de la fécondité des adolescentes.
- ▶ De leur côté, les collecteurs et analyseurs de données devraient se concerter pour coordonner leurs approches et notamment procéder à une définition consensuelle de certaines variables : tranches d'âge, naissances de *jure* ou de *facto*, catégories socioculturelles, violences, etc. ; ils devraient aussi standardiser la présentation des données et assurer leur lisibilité.
- ▶ Des collaborations pluridisciplinaires sont indispensables entre d'une part les sociologues et épidémiologistes, et d'autre part les intervenants de terrain comme les enseignants, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, personnel médical scolaire, afin d'appréhender la sexualité des adolescentes - et des adolescents - dans sa complexité, et identifier les déterminants conduisant à la prise de risque.

## Elaborer et évaluer les actions à mettre en place

Il s'agirait de concentrer sur les points faibles - sociaux ou géographiques - les interventions pertinentes : prévention et promotion de la santé, soins médicaux, services sociaux et de protection de la jeunesse, avec en premier ressort la formation et l'information.

- ▶ Les décideurs politiques et administratifs devraient
  - soutenir l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire visant prioritairement les élèves de l'enseignement professionnel ; l'accent devrait être mis, via une approche globale respectueuse des croyances, sur (1) les alternatives aux rapports sexuels complets (2) la double protection lors d'une relation sexuelle : utilisation de la pilule et du préservatif (3) les conséquences possibles d'une relation sexuelle non protégée (4) la disponibilité en structures médico-sociales et en structures d'information et d'écoute
  - améliorer l'accessibilité financière, géographique et culturelle aux services de santé
  - développer des structures associatives à l'intention des jeunes africaines originaires de pays d'Afrique subsaharienne.
- ▶ Pour les enseignants, il s'agit d'entendre les questions et demandes des jeunes et de chercher à y répondre, probablement avec des partenaires extérieurs à l'école.
- ▶ Pour les journalistes, il s'agit de relayer une information pertinente auprès du grand public.

(1) Par exemple, par la poursuite du projet «Sphère ASR» ou «SPHERE de la Santé Affective, Sexuelle et de la reproduction», 2003-2005. <[www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)>.

- Pour les travailleurs médicosociaux, l'identification précoce d'une situation à risque n'est pas chose aisée. Notre revue de la situation n'en définit clairement qu'une : celle vécue par les mères jeunes vivant isolées ou en maison d'accueil.

Les adolescentes fréquentant l'enseignement professionnel représentent une priorité sociologique : il s'agit d'une population dite captive donc facile à contacter et regroupant une proportion importante de personnes socio-économiquement moins favorisées.

Dans tous les cas, l'information doit éviter les généralisations, la confusion entre aggravation enregistrée et aggravation réelle d'une situation, ainsi que les réactions émotives.

Deux priorités géographiques se dégagent : la Région de Bruxelles-Capitale et la Province du Hainaut.

Enfin, toutes ces actions devraient être développées de façon structurée selon des modalités encore à déterminer et subir l'examen d'évaluations rigoureuses.

## Liste des abréviations

<b>A.I.M.</b>	Agence Intermutualiste
<b>I.N.S./D.G.S.I.E.</b>	Institut national de statistique (anciennement) / Direction générale Statistique et Information économique (actuellement)
<b>I.S.P.</b>	Institut scientifique de la santé publique
<b>I.S.T.</b>	infection sexuellement transmissible
<b>I.V.G.</b>	interruption volontaire de grossesse
<b>O.N.E.</b>	Office de la Naissance et de l'Enfance
<b>ULB-PROMES</b>	Unité de Promotion Education Santé de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
<b>U.C.L.</b>	Université catholique de Louvain
<b>V.I.H.</b>	virus de l'immuno-déficiences humaine



# 1. Contexte, objectifs et méthodologie

Douchan Beghin et Claudine Cueppens

## Résumé

**Cadre politique général** – Depuis quelques années les pouvoirs publics prêtent une attention accrue à la santé de la reproduction chez les jeunes, et à la collecte d'informations, à leur traitement et à leur diffusion. Les informations sont éparpillées, et n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'un relevé synthétique.

**Objectifs** – La présente brochure est destinée aux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé en vue de leur fournir un document de référence portant sur différents aspects de la santé de la reproduction des jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans résidant en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Sources d'informations** – Notre méthodologie consiste à effectuer une synthèse des informations déjà existantes. Ces informations relèvent de deux domaines. Il s'agit (i) soit de données immédiatement disponibles parce que publiées (ii) soit de données non publiées mais rapidement exploitables dans des bases de données auprès de cinq institutions : l'Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain, l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, l'Agence Inter-mutualiste (A.I.M.), l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.), l'Institut scientifique de santé publique (I.S.P.)

**Validité des données** – Les données présentées ne peuvent pas toujours être directement comparées entre elles, compte tenu des variations ou imprécisions concernant l'un ou l'autre des critères de validation suivant : définition de la population étudiée, tranche d'âge, lieu de résidence, année de référence des données analysées, qualité des mesures, qualité de l'échantillonnage. Néanmoins, la cohérence entre la plupart des informations collectées à des sources différentes apparaît clairement, ce qui permet des mises en perspective et conduira à quelques conclusions générales.

## 1.1. Cadre politique général

L'U.N.F.P.A., agence des Nations unies, soulignait en 1993 : «Les adolescentes doivent pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité pouvant en résulter. Il faut également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation.»<sup>(1)</sup> L'O.N.U.S.I.D.A., autre agence des Nations unies, a fait remarquer plus récemment que les éléments essentiels de la prévention intégrée de l'infection au virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) comprennent l'éducation et la sensibilisation notamment des jeunes.<sup>(2)</sup>

Cette priorité à accorder à la santé de la reproduction des jeunes a trouvé des échos très clairs auprès des pouvoirs politiques de notre pays tant au plan fédéral qu'aux plans communautaire et régional.

Une Conférence interministérielle de 2001 s'est inquiétée d'une proportion de plus en plus élevée de *déclarations* d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) chez les jeunes. La Conférence a émis des recommandations précises dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle, de l'accessibilité à la contraception, de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (I.S.T.)<sup>(3)</sup>

La Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse insiste dans ses derniers rapports sur la nécessité d'inclure dans les programmes scolaires l'éducation à la vie affective et sexuelle, et de faciliter l'accès des jeunes à la contraception et à la pilule du lendemain.<sup>(4)</sup>

Dans la Déclaration de politique communautaire 2004-2009, le gouvernement de la Communauté française s'engage à «renforcer les programmes coordonnés de prévention des maladies sexuellement transmissibles, notamment en matière de prévention dans la lutte contre le sida». Dans ce même document, l'accent est mis sur la promotion d'une éducation affective et sexuelle dès l'école primaire.<sup>(5)</sup> Par ailleurs, dans le Programme quinquennal de promotion de la santé en Communauté française, la prévention du sida et des I.S.T., particulièrement en milieu scolaire, fait partie des problématiques de santé prioritaires.<sup>(6)</sup>

(1) Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 1993. <www.unfpa.org>.

(2) ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale du V.I.H./SIDA. Genève, 2004. <www.unaids.org>.

(3) Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Conférence interministérielle Santé publique. Groupe de travail interministériel «Contraception chez les jeunes». Réunion du 11 décembre 2001, 15 p.

(4) Référence du dernier de ces rapports : *Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003), Bruxelles, 2004, 65 p. <www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf>.

(5) Gouvernement de la Communauté française. Déclaration de politique communautaire 2004-2009, 2004, 97 p. <www.cfwb.be>.

(6) Direction générale de la Santé de la Communauté française. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, 2004, 28 p. <www.sante.cfwb.be>.

Le gouvernement de la Région wallonne insiste, dans son contrat d'avenir, sur le renforcement des centres de planning familial et l'amélioration de leur accessibilité pour les plus démunis. <sup>(7)</sup> Dans le but de prévenir des grossesses non désirées chez les jeunes en favorisant l'accès aux moyens de contraception, le Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a mis en place une mesure «contraception-jeunes». Depuis mai 2004, les jeunes femmes bénéficient jusqu'à l'âge de 20 ans inclus, d'une intervention financière supplémentaire à l'achat des méthodes contraceptives obtenues sur prescription médicale. <sup>(8)</sup>

Dans le domaine des publications, l'intérêt pour la santé de la reproduction des jeunes est également présent.

Deux auteurs bruxellois se sont interrogés sur l'adolescence <sup>(9)</sup> : «Aujourd'hui, dans le domaine de la santé (...), l'adolescence «fait problème» ou, à tout le moins, est considérée comme une problématique particulière (...) L'adolescent développe avec ses pairs une culture spécifique mettant au premier plan des valeurs de jouissance immédiate opposées à celles des adultes. Cette culture est évidemment rétive au discours de la prévention-prévision-précaution.»

Le rapport 2002-2003 de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) a été consacré en grande partie aux mères adolescentes, traduisant ainsi l'intérêt de cette institution communautaire envers «les mères en situation de grande vulnérabilité». <sup>(10)</sup>

Dans le cadre de la prestigieuse Chaire Quetelet 2004, l'Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain, a consacré un des quatre thèmes de communications aux grossesses chez les adolescentes. <sup>(11)</sup>

Il existe évidemment d'autres publications, et notamment celles récurrentes d'ULB-PROMES <sup>(12)</sup>, qui portent sur les jeunes, leur sexualité et les problèmes y afférents, sans oublier les violences sexuelles subies.

Ces informations n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'un relevé systématique.

La Commission européenne recommande «de recueillir davantage de données fiables sur les déterminants de la santé (comportements) tels que les facteurs structurels ou la sensibilisation à la santé. Ces données pourraient être réparties en diverses catégories, selon la classe sociale, le sexe, l'origine ethnique, etc.» <sup>(13)</sup>

Le Décret organisant la promotion de la santé en Communauté française va dans le même sens puisqu'il recommande «un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de la santé et de la population». <sup>(14)</sup>

## 1.2. Objectifs

La présente brochure est destinée aux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : décideurs politiques et administratifs, travailleurs médico-sociaux, communicateurs, enseignants et journalistes. Elle souhaite fournir un document de référence portant sur différents aspects de la santé de la reproduction des jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Nous tenterons de répondre aux questions suivantes concernant les jeunes femmes :

- comment a évolué leur fécondité ?
- quels sont leurs connaissances, attitudes et comportements en relation avec la vie affective et sexuelle ?
- la prévention des grossesses non désirées est-elle satisfaisante ?
- comment interpréter l'augmentation du nombre de déclarations d'I.V.G. ?
- quels sont les risques liés aux grossesses ? quels sont les risques encourus par les nouveaux-nés issus de grossesses d'adolescentes ?
- quelle est la situation en ce qui concerne les I.S.T. et l'infection au V.I.H. en particulier ?
- que sait-on au sujet des violences sexuelles ?

La brochure s'inscrit ainsi exactement dans le cadre défini par le Décret organisant la promotion de la santé en Communauté française dont mention a été faite plus haut.

(7) <[www.contratdavenir.wallonie.be](http://www.contratdavenir.wallonie.be)>.

(8) Arrêté royal du 24 mars 2004. <[www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions](http://www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions)>.

(9) Kinna F et Cherbonnier A. *Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence*. Bruxelles santé, n°22, juin 2001, pp. 46-57.

(10) *Banque de données médico-sociales de l'ONE*. Rapport 2002-2003. Dossier spécial : mères adolescentes. Bruxelles, 2003, 70 p. <[www.one.be](http://www.one.be)>.

(11) <[www.demo.ucl.ac.be/cq04/textes/progtex.htm](http://www.demo.ucl.ac.be/cq04/textes/progtex.htm)>.

(12) Référence du dernier rapport : Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et de Smet P. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?* Bruxelles, ULB-PROMES, 2003, 111 p. <[www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)>.

(13) *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) & European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA)*. Le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités de santé - Recommandations. Document co-financé par la Commission européenne et le Ministère flamand pour l'aide sociale, la santé et l'égalité des chances, Année non précisée, 39 p. <[www.vig.be](http://www.vig.be)> & <[www.eurohealthnet.org](http://www.eurohealthnet.org)>.

(14) *Ministère de la Communauté française*. Décret modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, 17 juillet 2003. <[www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be)>.

## 1.3. Sources d'information

Notre méthodologie a consisté à effectuer une synthèse des informations déjà existantes concernant la santé de la reproduction des jeunes femmes. Ces informations relèvent de deux domaines. Il s'agit (i) soit de données publiées donc immédiatement disponibles (ii) soit de données non publiées mais rapidement exploitables dans des bases de données existantes.

### Données publiées

**Institut national de statistique (I.N.S.) / Direction générale Statistique et Information économique (D.G.S.I.E.)**

Comme l'impose le Code Civil, les naissances, vivantes et mort-nés, sont déclarées à l'officier d'état civil de la commune où la naissance a eu lieu (commune de fait). Notification de cette naissance est alors transmise à la commune de résidence habituelle de la mère de l'enfant et cette naissance est inscrite au registre de la population. A l'occasion de cette déclaration, un certain nombre de renseignements, dont la commune de résidence habituelle de la mère de l'enfant (commune de droit), sont recueillis via le bulletin (certificat) individuel de naissance à des fins d'exploitation statistique. L'Institut national de statistique (I.N.S.) élabore ses statistiques en référence à la commune de droit de la mère, ce qui permet de disposer de statistiques de naissances selon l'âge de la mère et sa région de résidence. Le recours aux bases de données individuelles (anonymisées) de naissance élaborées à partir des données d'état civil, offre la possibilité de croiser ces informations avec d'autres caractéristiques de la mère, telle la nationalité, l'état matrimonial, le poids de naissance de l'enfant ... Ces statistiques ne sont disponibles que jusqu'en 1997. A partir de l'année 1998, un éventail plus large de données sera disponible suite à la modification des bulletins d'état civil mise en vigueur depuis 1998. Les statistiques de naissances issues du Registre national des personnes physiques sont disponibles pour des années plus récentes, mais ne permettent pas de produire des analyses détaillées reliant les caractéristiques socio-économiques des mères à leur fécondité, ni d'y associer les conséquences sur la santé de l'enfant d'une fécondité précoce.

L'I.N.S. constitue des fichiers de données (anonymes) à partir des informations recueillies via les certificats de naissance et de décès qui peuvent être exploités à des fins de recherche<sup>(15)</sup> : ces fichiers ont été mis à disposition des chercheurs de l'Institut de démographie pour la période 1980-1997. Ils sont également exploités par le Centre de recherche opérationnelle en santé publique : voir ci-dessous.

L'I.N.S. participe également aux Enquêtes de santé par interview.

### Institut scientifique de santé publique

Les Enquêtes de santé par interview, organisées sous l'égide de l'Institut Scientifique de Santé Publique (I.S.P.) et l'I.N.S./D.G.S.I.E. – deux institutions fédérales –, récoltent des informations par auto-questionnaire et par entrevue à domicile, auprès d'un échantillon aléatoire tiré à partir du Registre National des personnes physiques.<sup>(16)</sup> En 2004, le nombre de répondant(e)s âgé(e)s de 15 ans et plus s'élevait à 12 945 : 4992 en Région wallonne, 4513 dans la Région de Bruxelles-Capitale, et 4513 dans la Région flamande. Ce type d'enquête est confronté à certaines limites : (i) la représentativité d'un échantillon n'est jamais parfaite (procédures complexes de sélection, refus de participation de 39% des ménages contactés) et ne permet pas l'extrapolation des résultats observés à l'ensemble de la population, (ii) on collecte les réponses que les personnes ont bien voulu donner. L'enquête permet d'obtenir un aperçu global de l'état de santé et des comportements de l'ensemble de la population, et ce du point de vue des personnes elles-mêmes. L'enquête inclut des questions sur l'utilisation de méthodes contraceptives, sur l'utilisation des services de santé et sur la protection contre les I.S.T.

Le Centre de recherche opérationnelle en santé publique est une unité de recherche basée à l'I.S.P. Il analyse notamment les bases de données constituées à partir des certificats de naissance et de décès et produit des statistiques à partir de ces données.<sup>(17)</sup>

### Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse

Une loi de 1990 a institué une Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse chargée d'établir tous les deux ans à l'attention du parlement un rapport statistique détaillé sur base des informations recueillies, et le cas échéant des recommandations en vue de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse.<sup>(18)</sup> La prise en charge d'une interruption oblige les établissements de soins à remplir un document d'enregistrement pour chaque demande. La Commission présente son rapport sur les enregistrements qui lui sont communiqués ; elle ne dispose que des seules informations qu'elle est autorisée par la loi à

(15) Cela a notamment donné lieu à une analyse systématique des fichiers de naissance et de décès foeto-infantiles couvrant la période 1980-1994 en vue de retracer l'évolution des caractéristiques des naissances (âge, nationalité, état civil et activité de la mère) sur la santé de l'enfant (mortalité, faible poids de naissance, prématurité). Cette analyse a été publiée par l'I.N.S. : Masuy-Stroobant G, Gourbin C et Masuy B. *Santé et mortalité foeto-infantile, évolution des facteurs de risque au niveau régional de 1980 à 1994*. Bruxelles, Institut National de Statistique, Etudes statistiques n°107, 2001.

(16) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P.J, Tafforeau J et Van der Heyden J. *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Direction générale Statistique et Information économique. IPH/EPI REPORTS N°2006-034. <www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4htm>.

(17) Tafforeau J, Van Oyen H, Drieskens S, Pirenne Y, Deroubaix J, Biron J et Diamant M. *Naissances, mortalité périnatale et infantile, statistiques 1993-1995*. Bruxelles, Centre de recherche opérationnelle en santé publique, Ministère de la Communauté française, Institut Scientifique de la Santé Publique. Programme N°314-2000, 2000.

(18) *Commission nationale d'évaluation. Op. cit.*

demander aux médecins. Le rapport reprend, pour l'ensemble du pays, les enregistrements de déclaration *par année* d'âge de la femme. D'autres informations sont ventilées par *tranche* d'âge de 5 ans (10-14, 15-19, etc.) et notamment sur : la méthode contraceptive la plus utilisée dans le mois précédant la demande, le lieu de l'interruption de grossesse (centre extrahospitalier, hôpital/clinique), la méthode d'interruption. La ventilation des données par Région n'est donc pas publiée par la Commission.

### Autres sources

Nous avons repris ci-dessus les principales sources de données publiées. D'autres sources peuvent être utilisées ponctuellement en fonction des thèmes abordés et seront alors renseignées au fur et à mesure des chapitres.

## Exploitation de bases de données

### Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain

L'Institut démographique a accès aux données de l'Institut national de statistique (I.N.S.) et exploite les fichiers de naissances (vivantes et mort-nées) et de décès infantiles (moins d'un an) constitués à partir des bulletins d'état civil, comme on l'a vu ci-dessus.

### ULB-PROMES

Cette institution basée à l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles réalise de façon récurrente et selon un protocole international des études sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire, avec des questions relatives aux relations sexuelles.<sup>(19)</sup> Les détails sont fournis au chapitre 3.

### Agence Intermutualiste

L'Agence intermutualiste (A.I.M.) fournit des données portant sur la population couverte par la sécurité sociale belge. Cette agence est une association sans but lucratif créée en octobre 2002 par les Organismes assureurs dans le but de rassembler et d'analyser les données collectées par les mutualités, et de diffuser cette information.<sup>(20)</sup>

Près de cent pour cent (99,4 %) de la population des personnes inscrites au Registre national est couverte par la sécurité sociale et se retrouve dans les bases de données de l'A.I.M. ; 90,6 % de la population fait partie du régime général, c'est-à-dire qu'elle est assurée pour les soins hospitaliers et extrahospitaliers, et 8,8 % bénéficie du régime des indépendants ; pour ces dernières l'agence ne dispose que des données sur les soins hospitaliers. Les données de l'A.I.M. assurent donc une couverture quasi exhaustive de la population résidante. Ont également droit à la sécurité sociale deux catégories de personnes qui ne sont pas prises en compte par l'I.N.S. : les travailleurs transfrontaliers qui résident aux Pays-Bas, Luxembourg, Allemagne, France mais travaillent en Belgique ; et les demandeurs d'asile pendant la procédure de reconnaissance de leur statut de réfugiés.

Les données des Organismes assureurs sont des données de facturation de soins de santé remboursés ; les organismes ne possèdent aucune donnée médicale, aucun diagnostic ; ils ne possèdent pas non plus d'information sur les actes médicaux, médicaments et matériels médicaux non remboursés par la sécurité sociale.

L'A.I.M. dispose de quelques caractéristiques des bénéficiaires :

- l'âge
- le domicile selon le code de l'Institut national de statistique
- le type de remboursement en fonction du statut socio-économique : bénéfique ou non d'une intervention financière majorée de l'Organisme assureur.

L'A.I.M. fournit aussi des informations sur le type de prestations qui a donné lieu à un remboursement ; voir les chapitre 4, 5 et 6 : Contraception, I.V.G. et Naissances.

L'A.I.M. a effectué les analyses sur les jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans pour la présente recherche. Des analyses sur les deux Régions étudiées ont été effectuées, mais en raison de la rareté de certains items (par exemple grossesses d'adolescentes), il a fallu dans certains cas se limiter à présenter des données nationales.

Un statut socio-économique faible est attribué aux femmes bénéficiant d'une intervention majorée (anciennement : régime préférentiel) dans le remboursement de leurs soins de santé.<sup>(21)</sup>

(19) Piette *et al.* *Op. cit.*

(20) Agence Intermutualiste - Intermutualistisch Agentschap (A.I.M.-I.M.A.), Statuts Publiés le : 2002-10-31, N. 021743, <[www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)> et <[www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be)>.

(21) <[www.inami.fgov.be/secure/fr/ceiling/index.htm](http://www.inami.fgov.be/secure/fr/ceiling/index.htm)>.

## Office de la Naissance et de l'Enfance

La Banque de données médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) est une base de données informatisées concernant le suivi préventif de la future mère et de l'enfant de la Région wallonne (à l'exception des cantons de l'Est) et de la Région de Bruxelles-Capitale (pour les naissances de mères francophones).<sup>(22)</sup> La méthodologie de la collecte des données à travers les Avis de naissances et de leur exploitation est présentée au chapitre 6.

### Institut scientifique de santé publique

L'I.S.P. a mis en place trois réseaux et les bases de données y afférentes<sup>(23)</sup> : les *Laboratoires de référence* pour les enregistrements des nouvelles contaminations au V.I.H. ; les *Laboratoires de microbiologie* pour la récolte d'informations sur trois I.S.T. : gonorrhée, chlamydiae, syphilis ; le *Réseau sentinelle de cliniciens* pour la surveillance des I.S.T. Les détails sont fournis au chapitre 7.

## Population d'étude

La convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant de 1989 fixe la limite de l'enfance à 18 ans.<sup>(24)</sup> Cependant dans un rapport sur la violence et la santé, l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit les jeunes comme des personnes de 10 à 29 ans<sup>(25)</sup> ; elle souligne toutefois que si on veut comprendre la violence chez les jeunes, il convient également de tenir compte du groupe des 30 à 34 ans. Le Fonds des Nations unies pour la population<sup>(26)</sup> et l'O.M.S.<sup>(27)</sup> définissent les femmes en âge de reproduction comme celles âgées de 15 à 49 ans, ce qui exclut donc les femmes de moins de 15 ans. Pour cette étude-ci, nous avons choisi l'âge de 18 ans comme la limite supérieure, parce que cet âge correspond à la majorité et à celle de la fin de la scolarité obligatoire. La limite inférieure a été fixée à 10 ans pour tenir compte des très jeunes adolescentes (10 à 14 ans) ; les *jeunes femmes* de 10 à 17 ans, constituent donc la population de référence de notre étude.

Nous avons ensuite défini le territoire de Résidence. Il s'agit de la *Région wallonne* et de la *Région de Bruxelles-Capitale*. Cette définition correspond à des découpages institutionnels et géographique précis.

Nous essayerons de fournir des données sur la *période de temps la plus récente*.

Dans le chapitre 6 portant sur les grossesses d'adolescentes, nous porterons une attention supplémentaire aux *nouveau-nés* issus des grossesses d'adolescentes.

A partir du Registre national des personnes physiques, l'I.N.S. enregistrait en 2002<sup>(28)</sup> : 213 139 résidentes âgées de 10 à 17 ans dans les deux Régions (voir tableau 1.1.)

(22) <www.one.be>.

(23) <www.iph.fgov.be/epidemi>.

(24) *Nations unies*. La convention internationale des droits de l'enfant. New York, Nations unies, 1989.

(25) *Organisation mondiale de la santé*. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002, 376 p. <www.who.int/violence\_injury\_prevention/violence/world\_report/en/full\_fr.pdf>.

(26) *Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA)*. Etat de la population mondiale 2004. New York. <www.unfpa.org>.

(27) <www.who.int/fr>.

(28) *Institut national de statistique*. Statistiques démographiques. <www.statbel.fgov.be/home\_fr.asp>.

**Tableau 1.1. Nombre de femmes inscrites au Registre national des personnes physiques par tranche d'âge, fin 2002 ; selon le lieu de résidence.**

Source : Institut national de statistique, 2004.

Résidence	Nombre de femmes inscrites	
	10-17 ans	18-49 ans
Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale	213 139	970 556
Région wallonne	170 338	735 141
Région de Bruxelles-Capitale	42 801	235 415
Région flamande	273 822	1 320 239
Total Royaume	486 961	2 290 795

Les données de l'A.I.M. sont très proches de celles de l'I.N.S. Le tableau 1.2 présente le nombre de femmes assurées auprès de la sécurité sociale dans le régime général, c'est-à-dire pour les soins hospitaliers et ambulatoires au 30 juin 2002. Parmi les adolescentes de 10 à 17 ans, 43 334 (soit 8,86 %) ont le statut de travailleur indépendant.

**Tableau 1.2. Nombre de femmes assurées (régime général et régime des indépendantes), en 2002, par tranche d'âge, en 2002 ; selon le lieu de résidence.**

Source : Agence Intermutualiste, 2002.

Résidence	Nombre de femmes assurées	
	Tranche d'âge	
	10-17 ans	18-49 ans
Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale	211 262	945 664
Région wallonne	168 729	722 110
Région de Bruxelles-Capitale	42 533	223 554
Région flamande	274 455	1 311 199
Résidence non définie	3 380	17 630
Total Royaume	489 097	2 274 493

L'A.I.M. peut également fournir quelques informations sur les femmes bénéficiaires ou non d'une intervention majorée lors des remboursements de soins de santé. Ces bénéficiaires sont proportionnellement plus nombreuses parmi les plus jeunes, et aussi en Région de Bruxelles-Capitale plutôt qu'en Région wallonne et surtout qu'en Région flamande ; le tableau 1.3 se penche sur les provinces et montre que celles de Liège et du Hainaut affichent les chiffres les plus élevés.

**Tableau 1.3. Pourcentage de femmes bénéficiaires d'une intervention majorée dans le régime général par tranche d'âge, en 2002 ; selon le lieu de résidence (n = 2 519 637 assurées dans tout le pays).**

Source : Agence Intermutualiste, 2002.

Résidence	% de bénéficiaires d'une intervention majorée	
	Tranche d'âge	
	10-17 ans	18-49 ans
Région wallonne	10,1	8,4
Hainaut	11,5	9,5
Liège	11,8	9,5
Namur	7,8	6,9
Luxembourg	6,9	6,4
Brabant wallon	5,1	4,3
Région de Bruxelles-Capitale	17,4	12,4
Royaume	8,5	6,6

## 1.4. Validité des données

Les données présentées mesurent-elles bien ce qu'elles sont censées mesurer ? En d'autres mots, donnent-elles une idée valide de :

- la situation à étudier : fécondité, connaissances et comportements, contraception, I.V.G., grossesses, I.S.T., violences
- parmi les jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans
- en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale
- à des dates récentes ?

Chaque chapitre se terminera par une discussion sur la validité des données présentées. Un aperçu général de notre approche figure ci-dessous.

### Définition du problème

Qu'est-ce exactement être sexuellement active ? Et sur quelle période d'«activité» l'information doit-elle porter : sur le mois précédant, sur trois mois, sur douze mois ?

Lorsqu'on parle de rapports sexuels protégés, que vise-t-on : l'évitement d'une infection et/ou celui d'une grossesse ?

Les grossesses et les interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes sont-elles en hausse ?

Comment définir la violence sexuelle ? Et par qui doit-elle être définie : par le code pénal, par la jurisprudence, par la doctrine ou encore par l'opinion publique, voire par la personne qui déclare l'avoir subie ?

## Définition du groupe cible

Nous ne présentons que quelques données portant sur la *tranche d'âge* visée c'est-à-dire 10-17 ans ; en effet, la plupart des études excluent les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. On observe une variabilité importante des tranches d'âge selon lesquelles les données sont disponibles : 15-17 ans, 15-18 ans, 15-19 ans, 15-24 ans, etc.

De même, nous ne présentons que quelques données portant précisément sur les deux *Régions* visées. Ainsi l'O.N.E. qui dépend de la Communauté française, fournit des données pour la Région wallonne à l'exclusion des cantons de l'Est (qui dépendent de la Communauté germanophone). L'Office ne retient sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale que les femmes francophones qui représentent *a priori* 90 % de la population résidante.

Dans certains cas, nous n'avons eu accès qu'à des données agrégées pour tout le pays.

Deux autres difficultés majeures ont surgi.

Tout d'abord, le statut socio-économique des personnes étudiées n'est pas systématiquement évoqué. L'Enquête de santé par interview mentionne le niveau d'instruction. Trois des bases de données que nous avons exploitées approchent la question : l'A.I.M. et O.N.E. comme nous l'avons vu plus haut, et ULB-PROMES qui distribuent les élèves suivant le type d'enseignement : général, technique et professionnel.

Par ailleurs le statut socioculturel/ethnique n'est défini nulle part ; seules des informations portant sur la nationalité sont disponibles dans deux bases de données : l'O.N.E. relève la nationalité *d'origine*, l'I.S.P. fait part de la nationalité *actuelle* dans les analyses sur l'infection au V.I.H.

## Période

Certaines données de l'I.N.S. datent de 1997 (état civil : certificats de naissance et décès) ; d'autres relèvent de l'année 2003 (Registre national). L'O.N.E. peut cumuler des données de 1998 à 2002. L'A.I.M. a étudié pour le moment l'année 2002. L'I.S.P. peut fournir des données portant sur l'infection au V.I.H. et les infections sexuellement transmissibles jusqu'en 2003.

## Echantillonnage

La plupart des études présentées signalent elles-mêmes leurs déficiences : taille réduite, échantillonnage, non aléatoire, pourcentage éventuellement élevé de données inconnues.

\*  
\* \*

Les données déjà publiées ou extraites de bases de données ne peuvent certes pas être directement comparées entre elles.

Cependant les Enquêtes de santé par interview et toutes les bases de données auxquelles nous avons fait appel auprès de cinq institutions, récoltent leurs informations de façon itérative et avec chacune une méthodologie standardisée, en sorte que des tendances dans le temps sont dégagées ou pourront l'être dans le futur.

La présente brochure montre que nous avons des informations qui ne sont évidemment pas parfaites mais elles se recoupent ce qui permettra des mises en perspective et nous amènera à la fin de chaque chapitre à proposer une «Image de la situation».



# 2. Fécondité

## Adolescentes et mères : les statistiques d'état civil 1965-1997

Godelieve Masuy-Stroobant<sup>(1)</sup>  
Institut de démographie, U.C.L.

### Résumé

**Contexte et objectifs** – Les statistiques d'état civil élaborées à partir du bulletin d'état civil complété lors de la déclaration obligatoire des naissances permettent de retracer l'évolution de la fécondité des adolescentes en Belgique et ses Régions, d'en évaluer l'importance et de cerner le profil de ces très jeunes mères.

**Méthodologie** – L'analyse porte sur les séries de taux de fécondité par âge publiés par l'Institut national de statistique (I.N.S.) pour la période 1965-1997 pour le Royaume, et depuis 1980 par Région. Ces données publiées ont été complétées par une exploitation spécifique des bases de données d'état civil auxquelles nous avons accès pour les années 1980-1997. Il s'agit ici de dresser le profil des mères adolescentes selon les Régions dans les limites des données recueillies lors de la déclaration de naissance. Dans ces analyses les moins de vingt ans ont été regroupées en deux classes d'âges : les 15-17 ans et les 18-19 ans. Le groupe de jeunes adultes (20-24 ans) servant de référence.

**Résultats** – L'analyse de ces données administratives a révélé un certain nombre de faits qui méritent d'être soulignés : la fécondité des plus jeunes (15-17 ans) est faible dans toutes les régions du pays et poursuit sa régression, au moins jusqu'en 1997.

Au niveau du Royaume on peut y retracer le calendrier de diffusion de la contraception moderne, qui s'est adressée avec un retard certain aux plus jeunes, mais aussi l'effet de l'allongement de l'obligation scolaire sur le taux d'activité de ces très jeunes mères.

Suivant en cela la désaffection progressive du mariage à tous les âges, les très jeunes mères sont rarement mariées, sauf en Région de Bruxelles-Capitale... mais cette particularité s'explique par la proportion élevée d'étrangères chez les bruxelloises de moins de 20 ans.

Peu actives et rarement mariées, ces jeunes mères sont sans doute très dépendantes de leur famille d'origine et à cette vulnérabilité sociale s'ajoutent les risques liés à ces grossesses précoces : plus de risque de mettre au monde un enfant mort-né, davantage d'enfants nés avec un poids inférieur à 2500 g et de prématurité.

**Discussion** – L'avantage indéniable de cette source de données est son exhaustivité au niveau national et régional, son inconvénient est qu'elle ne traite que les issues de grossesses soumises à déclaration, excluant de ce fait les fausses couches et autres avortements. Les caractéristiques étudiées manquent aussi de nuances : aujourd'hui un nombre croissant d'enfants naissent hors mariage, ce qui ne signifie pas nécessairement l'absence de père et de couple parental stable. En revanche, l'analyse des naissances et des caractéristiques de ces adolescentes devenues mères, permet de chiffrer l'importance de ce comportement, de cerner le profil de ces très jeunes mères et d'évaluer dans quelle mesure ces maternités précoces posent un problème tant du point de vue social que sanitaire.

### 2.1. Contexte et objectifs

Selon le code civil, articles 55 et 56 : «Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier d'état civil du lieu de naissance (...) La naissance de l'enfant sera déclarée par le père<sup>(2)</sup>, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou toute autre personne qui auront assisté à l'accouchement (...)» Cette obligation assortie de pénalités en cas de non-respect est ancienne : elle date de 1803, mais est, à des détails près (allongement du délai de déclaration à 15 jours, suppression de l'obligation de présenter l'enfant à l'officier d'état civil, possibilité pour la mère de déclarer seule la naissance) inchangée dans ses fondements. Depuis lors, tout enfant né vivant, de même que les mort-nés<sup>(3)</sup> font l'objet d'une déclaration à l'officier d'état civil de la commune de naissance de l'enfant (commune de fait). C'est vers le milieu du 19<sup>e</sup> siècle que, parallèlement à cet acte légal, un recueil de données sur l'enfant et ses parents a été réalisé à des fins d'exploitation statistique, d'abord au moyen de tableaux synoptiques établis par les communes à partir des actes d'état civil, ensuite par l'établissement d'un formulaire spécifique établi pour chaque naissance (le bulletin d'état civil).

Le contenu des bulletins d'état civil a considérablement évolué dans le temps : à l'origine il ne contenait que les informations figurant sur l'acte de naissance et nécessaires à l'acquisition, pour

(1) Je tiens à remercier Catherine Gourbin (Institut de démographie, UCL) pour sa relecture critique et Bernard Masuy (informaticien-expert, UCL) pour avoir harmonisé les bases de données d'état civil.

(2) Le 'père' est le père légitime. Les naissances hors mariage sont déclarées par ordre de priorité par les autres personnes citées dans le texte.

(3) Au cours de la période considérée, (1980-1997), l'obligation de déclaration des enfants mort-nés était encore soumise aux critères définis par notre ancien Code Civil (1848) qui ne prend en compte que les décès fœtaux survenus à partir d'une durée de gestation de 180 jours (25,7 semaines) à compter à partir de la date de la conception, ce qui revient approximativement à 28 semaines (25,7 + 2) à compter à partir de la date des dernières règles, qui est la définition de la mort fœtale tardive de l'OMS. Les mort-nés sont déclarés à l'état civil, mais ne sont pas enregistrés au registre national. Pour plus de détails sur les définitions de mort-né et de né vivant en Belgique et ailleurs, voir : Gourbin C et Masuy-Stroobant G. *Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe?* In Bulletin of the World Health Organization. 1995, 73(4), 449-460.

l'enfant, d'une existence légale : le sexe, la gémellité, la légitimité (issu ou non d'une union légale), la nationalité et, bien sûr, la date et le lieu de naissance. En 1939 des informations sur les parents de l'enfant ont été ajoutées (date de naissance, état matrimonial, date du mariage, nationalité, profession) ainsi que sur le nombre des naissances précédentes issues du mariage actuel. En 1979, un pas important a été franchi par la prise en compte de l'état de santé de l'enfant à la naissance (poids de naissance, durée de gestation, périmètre crânien, score d'Apgar, présence de malformations congénitales), de l'état de santé de sa mère en cours de grossesse et du mode d'accouchement. Cette révision s'est accompagnée de la création d'un bulletin spécifique de décès pour les enfants de moins d'un an et les mort-nés qui, outre les informations relatives au décès (causes, date...), est conçu à l'identique du bulletin de naissance<sup>(4)</sup>. Une révision plus récente, mise en vigueur en 1998, introduit la notion d'union à côté de celle de mariage, recueille des informations sur le niveau d'instruction des parents de l'enfant et s'intéresse de plus près à la prise en charge médicale de l'accouchement et du nouveau-né.

Seules les statistiques recueillies jusque et y compris 1997, année précédant la dernière révision, sont disponibles au niveau national, ce qui va limiter notre analyse de la fécondité des adolescentes à cette année-là. Même si elles s'arrêtent à 1997, les données d'état civil permettent de retracer l'évolution de la fécondité des adolescentes en Belgique et ses Régions, d'en évaluer l'importance et de cerner le profil de ces très jeunes mamans, dans les limites des informations disponibles. L'avantage indéniable de cette source de données est son exhaustivité<sup>(5)</sup> au niveau national et régional, son inconvénient est qu'elle ne traite que les issues de grossesses soumises à déclaration, excluant de ce fait les fausses couches<sup>(6)</sup> et autres avortements.

## 2.2. Méthodologie

### Les données publiées

L'Institut national de statistique (I.N.S.) publie annuellement des taux de fécondité générale par âge depuis 1963 au niveau du Royaume et depuis 1978 pour les trois Régions du pays dans sa collection «*Statistiques démographiques*». Il s'agit toujours de statistiques «de droit», c'est-à-dire rapportées au lieu de résidence légal de la mère, cette information figurant sur les bulletins d'état civil.

Ces taux ( $T_x$ ) annuels sont calculés comme suit :  $T_x = N_x / P_x$

Où :  $N_x$  sont les naissances vivantes survenues cette année-là chez les femmes âgées de  $x$  années et résidant en Belgique. Cette information provient des statistiques d'état civil.

$P_x$  la moyenne arithmétique simple des femmes âgées de  $x$  années au 1er janvier et au 31 décembre de l'année. Avant 1993, le détail de la composition par âge et sexe de la population n'était disponible que lors des recensements décennaux (1961, 1970, 1981, 1991) de la population et l'I.N.S. procédait à des estimations de ces chiffres au niveau national et, depuis 1978 au niveau des Régions pour les périodes intercensitaires ; depuis 1993, la généralisation du Registre national des personnes physiques à l'ensemble de la population a permis à l'I.N.S. de disposer de cette information et de son détail par Régions, Provinces, etc. à un rythme annuel.

Pour cette étude, nous avons choisi de remonter à l'année 1965, année au cours de laquelle s'amorce la chute de la natalité qui a suivi la longue période de «baby-boom» de l'après-guerre. Les statistiques publiées nous permettent donc d'analyser l'évolution de la fécondité des adolescentes par année d'âge au niveau du Royaume de 1965 à 1997 et par Région (Région de Bruxelles-Capitale, Région wallonne et Région flamande) depuis 1979.

La statistique des naissances fait l'objet de publications plus détaillées, mais elles se limitent aux naissances dites «légitimes» c'est-à-dire les naissances de mères légalement mariées, ce qui exclut d'emblée une part importante de la fécondité des mères âgées de moins de 18 ans.

### Les bases de données d'état civil

Nous avons accès, pour l'ensemble de la période 1980-1997, aux fichiers annuels de naissances vivantes constitués à partir des bulletins d'état civil issus de la révision en vigueur de 1979 à 1997. Une exploitation spécifique de cette base de données a permis de retracer l'évolution des caractéristiques des mères adolescentes (nationalité, activité, état matrimonial) et de leur enfant (poids de naissance) et de les comparer au niveau des Régions. Il ne s'agit plus dans ce cas de calcul de taux, mais de s'intéresser aux naissances et de suivre la proportion de très jeunes mères professionnellement actives, étrangères ou non, mariées ou non, de 1980 à 1997 par Région.

Ce tableau social des mères adolescentes sera complété par l'analyse de leur risque de mettre au monde un enfant mort-né ou de petit poids de naissance (moins de 2500 g) afin d'évaluer dans quelle mesure cette fécondité précoce représente un risque pour la santé de leur enfant.

(4) Masuy-Stroobant G, Gourbin C et Masuy B. *Santé et mortalité foeto-infantile. Evolution des facteurs de risque au niveau régional de 1980 à 1994. Etudes statistiques*, n°107. Bruxelles, Ministère des affaires économiques, 2001, 35 p.

(5) Celle-ci est toujours relative : il se peut que dans le cas de très jeunes mères, une naissance suivie de très près du décès de l'enfant ne soit pas déclarée, de même que les naissances de très jeunes mères en situation illégale.

(6) Pendant la période étudiée ici (1965-1997) les fausses couches sont les décès foetaux survenant avant la 28e semaine de durée de gestation.

## Le choix des classes d'âges

La classe d'âge de référence choisie dans le cadre de cette brochure est en principe celle des 10-17 ans, mais le nombre de naissances déclarées avant 15 ans est très faible : en 1965, un total de 23 naissances vivantes de mères âgées de moins de 15 ans étaient déclarées à l'état civil, il y en a eu 13 en 1997 (voir chapitre 6). Dans ce contexte, le calcul de taux ou de proportions ne présente guère d'intérêt. C'est pourquoi l'analyse a porté sur les jeunes filles âgées de 15 ans au moins, en distinguant, selon le cas, chaque âge dans le groupe des moins de 20 ans ou en comparant les classes d'âges des 15-17 ans à celles formées par les 18-19 ans et les 20-24 ans. La prise en compte des 20-24 ans sert de référence aux comportements ou caractéristiques observées chez les plus jeunes : ces jeunes femmes viennent de franchir le cap de l'adolescence, elles ne sont plus soumises à l'obligation scolaire, et appartiennent à une classe d'âge à faible risque d'accouchement prématuré et de mise au monde d'un enfant mort-né ou de petit poids de naissance.

## 2.3. Résultats

### Une fécondité en mutation

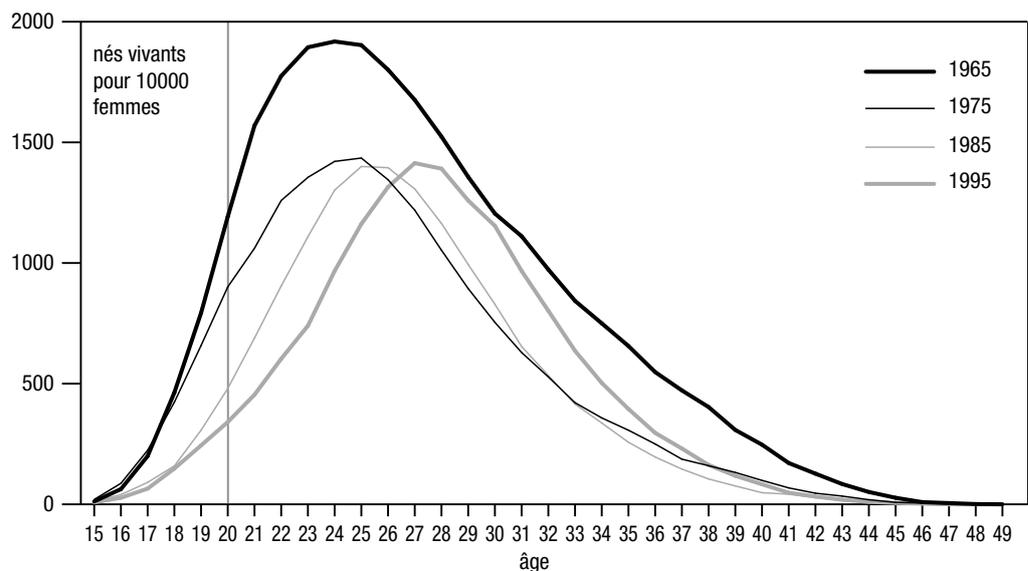
De 1965 à 1995 la structure par âge de la fécondité s'est modifiée de façon spectaculaire. Les dix premières années (1965 à 1975) se caractérisent par une diminution importante des taux de fécondité à tous les âges à partir de 18 ans : toutes générations confondues, la Belgique passe d'une descendance moyenne de 2,6 (1965) à 1,7 (1975) enfants par femme (figure 2.1). Les décennies (1975-1995) suivantes se distinguent par un recul progressif de l'âge à la maternité et, cette fois, d'une diminution très importante de la fécondité des plus jeunes.

Globalement cette augmentation généralisée de l'âge à la maternité ne se traduit pas par une diminution de la descendance moyenne : de 1,7 enfants par femme en 1975 elle passe à 1,6 enfants par femme en 1995.

En analysant de plus près la fécondité des «moins de 20 ans», on observe qu'elle est très faible à 15 ans (de 12 naissances pour 10000 femmes en 1965, le taux descend à 8 en 1995 et 1997), qu'elle augmente régulièrement avec l'âge : en 1965 on enregistrait 63 naissances pour 10000 jeunes filles de 16 ans, 200 à 17 ans, 463 à 18 ans et 793 à 19 ans. En 1997, cette progression selon l'âge se maintient, mais à des niveaux beaucoup plus faibles.

Figure 2.1. Une fécondité en mutation : la Belgique de 1965 à 1995  
(Taux de fécondité par âge, pour 10000 femmes)

Source : «Statistiques démographiques», I.N.S.



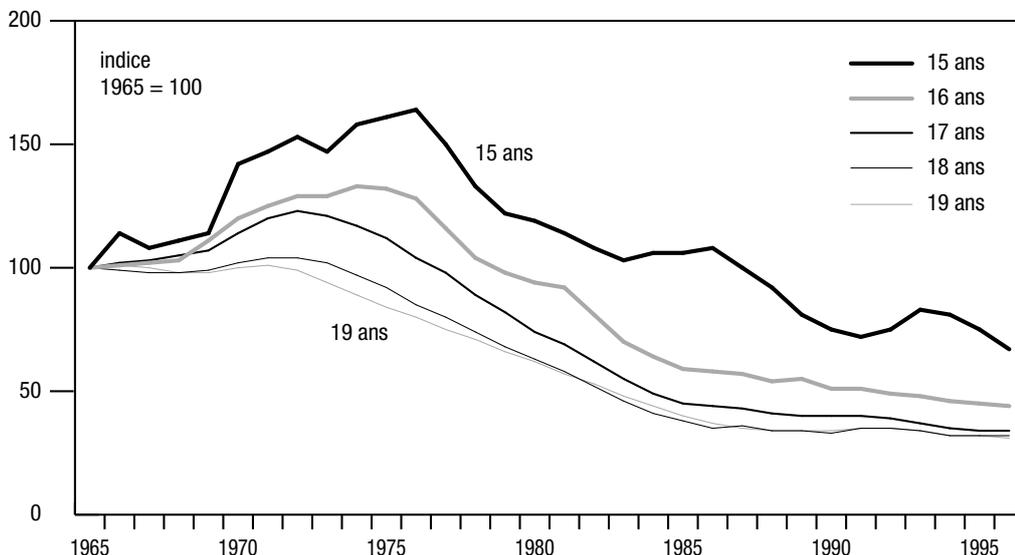
(7) Pour atténuer les variations erratiques dues aux faibles effectifs en cause, les taux de fécondité annuels ont été remplacés à chaque fois par la valeur moyenne des taux observés l'année précédente, l'année de référence et l'année qui suit l'année de référence. Ainsi, la moyenne mobile du taux de fécondité à 15 ans calculée en référence à 1980, s'obtient en sommant les taux observés en 1979, 1980 et 1981 et en divisant cette somme par trois.

En prenant l'année 1965 comme référence, l'évolution relative des taux de fécondité des «moins de 20 ans» doit sans doute être interprétée en termes de diffusion - différente selon les âges - des moyens de contraception modernes. A partir de 1969 (voir figure 2.2<sup>(7)</sup>), la fécondité des 15-17 ans augmente rapidement avant d'entamer un mouvement descendant qui semble se stabiliser vers 1986 pour les plus âgées (18-19 ans) et vers 1994 pour les 16-17 ans. L'évolution plus heurtée (en raison de la faiblesse des taux), mais résolument décroissante de la fécondité des plus

jeunes (15 ans) ne permet pas encore de conclure, en 1995, à une stabilisation des taux. Ce sont les «sommets» de ces évolutions qui précèdent sans doute l'accès aux contraceptifs modernes de cette classe de très jeunes femmes : les taux les plus élevés s'observent respectivement en 1971 chez les jeunes femmes âgées de 19 ans, en 1972 pour les 17-18 ans, en 1974 pour les 16 ans et, encore plus tard, en 1977 pour les plus jeunes (15 ans).

**Figure 2.2. La fécondité des jeunes femmes de 1965 à 1995**  
(moyenne mobile sur trois années des taux de fécondité par âge; référence 1965=100)

Source: à partir des taux publiés dans «Statistiques démographiques», I.N.S.



## Des particularités régionales

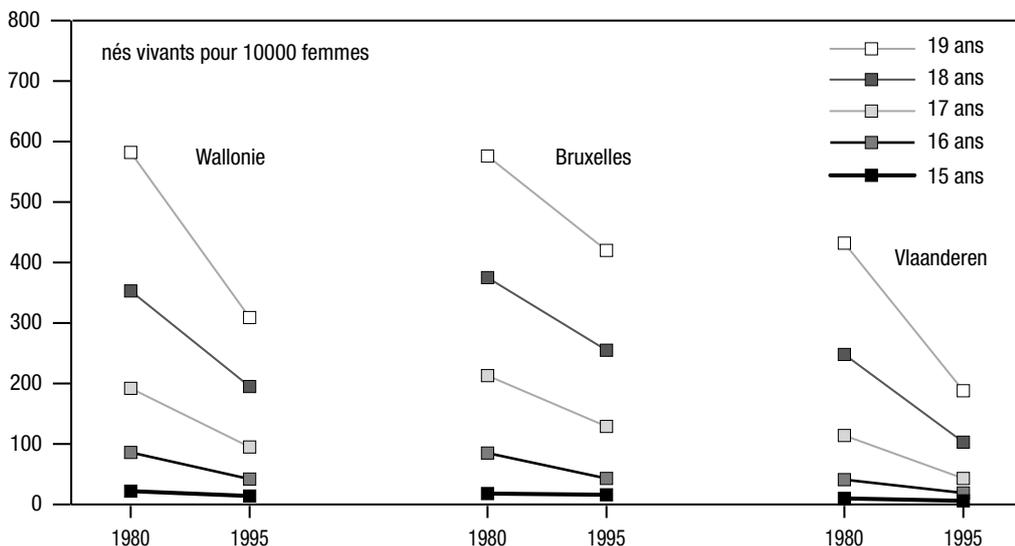
A quelques différences près, la fécondité des «moins de 18 ans» des bruxelloises et des wallonnes sont très proches et se démarquent de celle observée en Région flamande où elle est nettement plus faible au cours de la période 1980-1995 (figure 2.3). Le même phénomène s'observe chez les plus âgées (18-19 ans).

Très faible déjà en 1980, la fécondité des plus jeunes (15 ans) n'évolue guère au cours de ces 15 années, mais dans les catégories d'âge supérieur, la fécondité diminue d'autant plus vite que l'âge augmente, et cela dans toutes les Régions du pays.

**Figure 2.3. La fécondité des moins de 20 ans par région, 1980**

(Taux de fécondité par âge pour 10000 femmes)

Source: à partir des taux publiés dans «Statistiques démographiques», I.N.S.

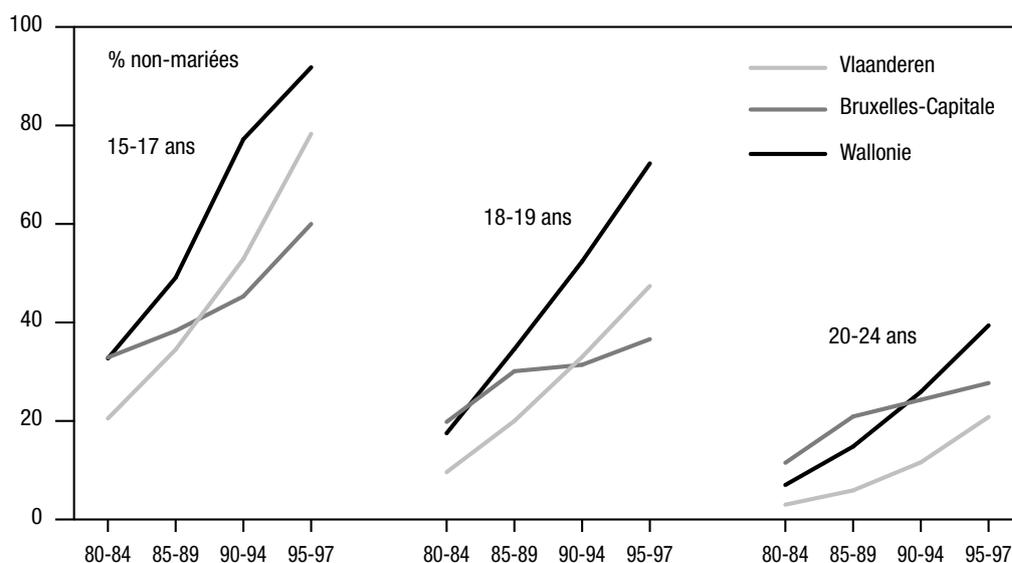


## Des mères de plus en plus souvent non mariées et inactives

Autrefois, les très jeunes mères concevaient souvent «accidentellement» hors des liens du mariage, mais pour «réparer» cet écart aux normes, un mariage précipité permettait à l'enfant ainsi conçu de naître «légitime», c'est-à-dire de parents légalement mariés. Aujourd'hui l'union hors mariage est mieux acceptée, et le mariage légal suit moins souvent l'annonce d'une grossesse précoce. Les statistiques d'état civil montrent cette évolution des mentalités : en l'espace de moins de vingt années (1980 à 1997), les naissances hors mariage se sont généralisées chez les 15-17 ans, atteignant plus de 90 % en Wallonie, 80 % en Flandre et 60 % à Bruxelles-Capitale (figure 2.4). L'évolution est parallèle mais un peu moins spectaculaire chez les 18-19 ans et encore moindre chez les jeunes adultes de 20-24 ans.

**Figure 2.4. Adolescentes, mères et non mariées, par Région, 1980-1995**  
(naissances issues de mères non mariées pour 100 naissances vivantes)

Source: Base de données d'état civil, I.N.S.



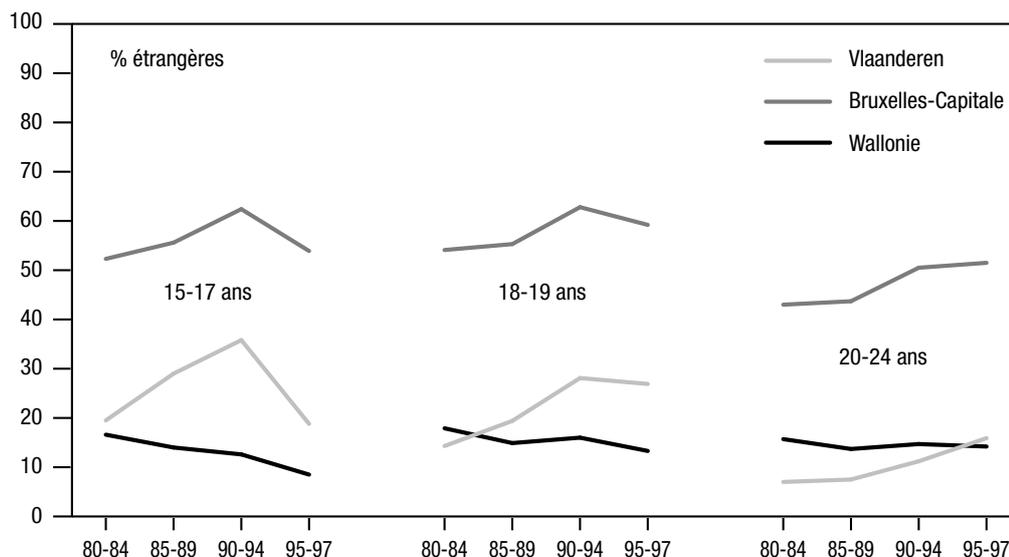
A des différences de niveaux près, les évolutions sont parallèles en Régions wallonne et flamande, alors qu'on observe un ralentissement très net dans l'augmentation des naissances hors mariage à Bruxelles-Capitale. Il faut y voir sans doute un maintien de valeurs traditionnelles dû à l'importance des mères adolescentes d'origine étrangère (figure 2.5).

Les mères d'origine étrangère sont en effet proportionnellement plus nombreuses à Bruxelles-Capitale où elles représentent plus de la moitié des mères âgées de moins de 20 ans, alors qu'en Régions wallonne et flamande la part des étrangères chez les 15-19 ans oscille autour de 20 %. Elles sont aussi plus souvent mariées que les Belges, quel que soit le groupe d'âge considéré : en 1997, 64 % des 15-17 ans d'origine étrangère sont mariées en Région flamande contre 9 % de belges ; à Bruxelles-Capitale, 51 % des très jeunes mères étrangères sont mariées alors que «seulement» 12 % de belges sont dans ce cas et ces proportions sont de 35 % et 3 % en Région wallonne.

Si on les compare au groupe de référence des jeunes adultes (20-24 ans), on observe une surreprésentation des mères d'origine étrangère (c'est-à-dire d'une nationalité autre que belge avant le mariage) à Bruxelles-Capitale et en Région flamande, mais pas en Région wallonne où ces proportions restent stables quel que soit l'âge.

**Figure 2.5. Adolescentes, mères et étrangères, par Région, 1980-1995**  
(naissances de mères étrangères pour 100 naissances vivantes)

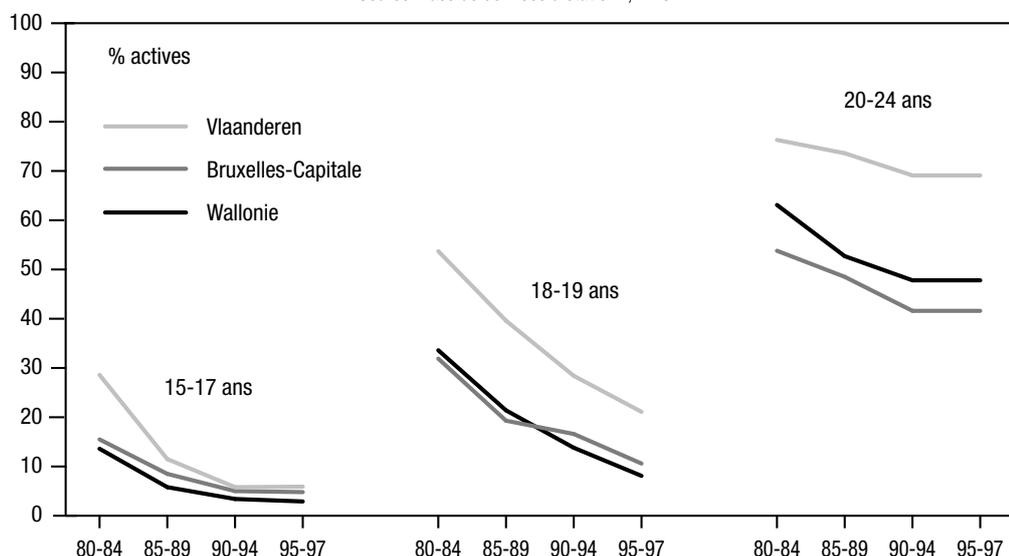
Source: Base de données d'état civil, I.N.S.



L'obligation scolaire qui depuis 1983 est passée de 16 à 18 ans explique sans doute la diminution de la part des jeunes mères (15-17 ans) actives professionnellement, au début de la période d'observation. Mais cette diminution s'observe aussi chez les 18-19 ans et, dans une mesure moindre, chez les jeunes adultes (figure 2.6). Concilier maternité et indépendance économique quand on a moins de 20 ans est sans doute d'autant plus difficile que le contexte économique est moins favorable à l'emploi de ces jeunes mères souvent faiblement scolarisées.

**Figure 2.6. Adolescentes, mères et actives par Région, 1980-1995**  
(naissances de mères actives pour 100 naissances vivantes)

Source: Base de données d'état civil, I.N.S.



A noter l'activité plus fréquente en Région flamande à tous les âges.

### D'avantage de mort-nés, des nouveau-nés plus fragiles

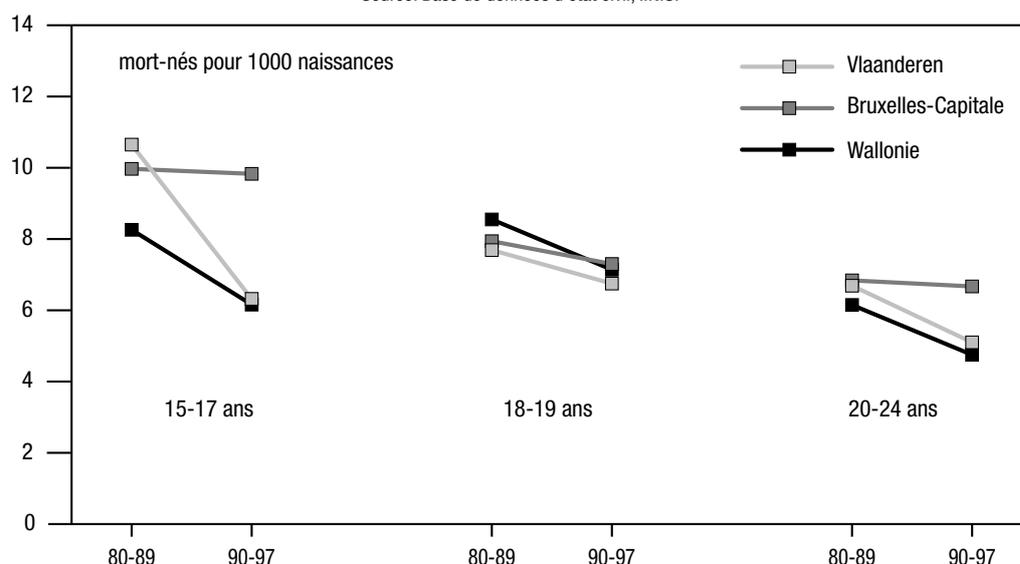
Au niveau du Royaume, le risque de mettre au monde un enfant mort-né était de 7,2 ‰ (pour mille naissances mort-nés compris) en 1980-84 ; ce risque a diminué de plus d'un tiers en l'espace de quinze années pour atteindre 4,8 ‰ en 1995-97. Malgré les regroupements opérés, il est difficile de conclure à l'existence de différences régionales de mortalité chez les 15-17 ans : il faut invoquer ici le très petit nombre de mort-nés enregistrés chez ces jeunes mères

au cours de la période 1990-1997. En l'espace de huit ans (1990-1997) 13 mort-nés ont été enregistrés en Région flamande, 17 en Région wallonne et 8 à Bruxelles-Capitale. Pour diverses raisons, étroitement associées au jeune âge de la mère, ce sont aussi ces naissances-là qui peuvent le plus «facilement» être assimilées à des fausses couches non soumises à déclaration obligatoire, sous-estimant d'autant le niveau de mortalité réel.

Comparé aux risques de mortalité des mères plus âgées (figure 2.7), et en particulier celui du groupe d'âge de référence (les 20-24 ans), il faut admettre que les maternités précoces sont associées à un risque plus élevé de ce type, même si ce risque diminue dans le temps.

**Figure 2.7. Adolescents et mères d'un enfant mort-né par Région, 1980-1997**  
(Mort-nés pour 1000 naissances)

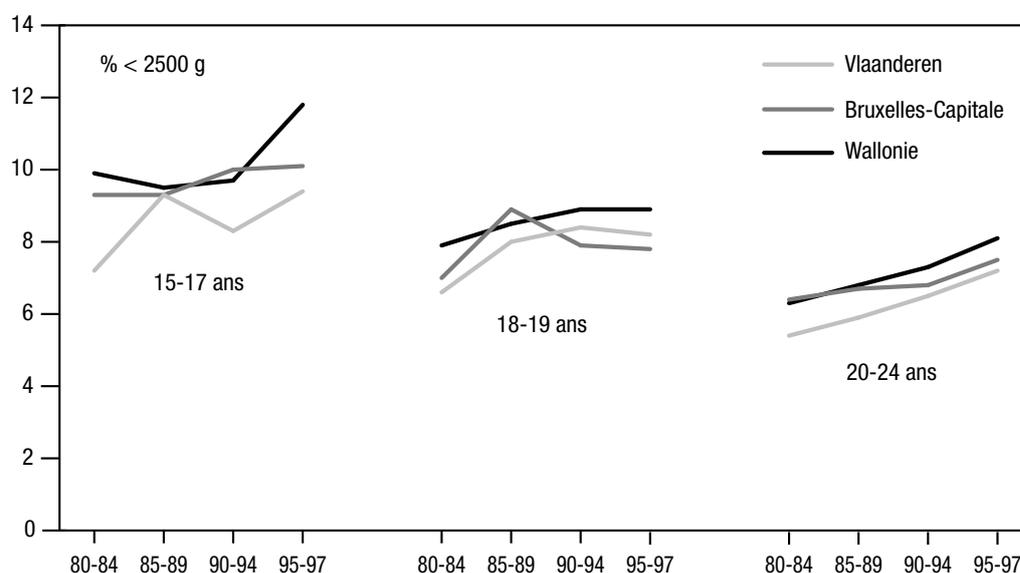
Source: Base de données d'état civil, I.N.S.



La proportion de naissances de petits poids est plus élevée en Région wallonne (figure 2.8) et cette particularité régionale est connue (Tafforeau et al, 2000)<sup>(8)</sup> sans être totalement élucidée. Comme il s'agit de très jeunes mères, on ne peut invoquer ici une des conséquences du recours régionalement différencié aux techniques de reproduction médicalement assistée, mais l'enquête santé de 1997 a révélé un tabagisme plus fréquent en cours de grossesse en Région wallonne.

**Figure 2.8. Adolescents et mères d'un enfant de moins de 2.500 g par Région, 1980-1995**  
(Naissances de < 2.500 g pour 100 naissances vivantes)

Source: Base de données d'état civil, I.N.S.



(8) Tafforeau J, Van Oyen H, Drieskens S, Pirene Y, Deroubaix J, Binon J et Diamant M. *Naissances, mortalité périnatale et infantile, statistiques 1993-1995*. Bruxelles, CROSP, ISP, 2000, p. 48-49.

Quoiqu'il en soit, la maternité précoce s'associe dans toutes les Régions du pays à une incidence sensiblement plus élevée d'enfants nés avec un poids inférieur à 2500 g : 10 % chez les 15-17 ans et 8 % chez les 18-19 ans à comparer avec le groupe des jeunes adultes qui ont les niveaux les plus bas avec une proportion de 6,5 % de petits poids. A noter également que ces proportions augmentent à tous les âges au cours de la période considérée.

## 2.4. Discussion

Les données recueillies lors de la déclaration des naissances à l'état civil sous-estiment la fécondité des femmes en général parce qu'elles se limitent aux naissances considérées comme viables, que l'enfant soit ou non né vivant : «*C'est à la naissance de l'homme que commence son existence juridique. Même lorsque la loi fait remonter certains droits au jour de la conception, ces droits ne sont acquis qu'à l'enfant né vivant et viable, et c'est par le moment de la naissance que se détermine celui de la conception dont peuvent dépendre ces droits en même temps que la filiation de l'enfant.*»<sup>(9)</sup>

La viabilité s'établit selon notre Code Civil (1848) à une durée de gestation de 180 jours au moins, à compter à partir de la date de la conception, soit 28 semaines de gestation environ, si ce décompte se fait à partir de la date des dernières règles, comme le recommande l'O.M.S. Si ce critère de viabilité ne s'appliquait pas à l'enfant en vie au moment de la déclaration de sa naissance (le «présenté vivant»), il déterminait clairement la «déclarabilité» des morts fœtales et en grande partie celle des nés vivants qui décédaient avant la déclaration de leur naissance. Ces décès ne faisaient pas jusqu'en 1998 l'objet d'un bulletin de naissance (réservé jusqu'alors aux «présentés vivants») mais seulement d'un bulletin de décès.

Les grossesses se terminant précocement par ce qu'il est convenu d'appeler une fausse-couche ne sont pas enregistrées à l'état civil, ni d'ailleurs les avortements. De plus, en ce qui concerne les très jeunes mères, on peut penser que, dans des situations limites (naissance d'un enfant de petit poids suivie rapidement d'un décès), la décision d'assimiler cette naissance à une fausse-couche non soumise à déclaration soit prise afin de ne pas handicaper l'avenir d'une jeune fille qui aurait davantage subi que souhaité cette grossesse.

La révision des bulletins d'état civil entrée en vigueur en 1998, devrait clarifier quelque peu cette situation, dans la mesure où les anciennes notions de «présenté sans vie» / «présenté vivant», utiles au XIXe siècle quand la plupart des accouchements avaient lieu à domicile sans certification médicale, a été supprimée, privilégiant la notion de né vivant et recommandant, suivant en cela l'O.M.S., la déclaration de tout produit de conception à partir d'un poids de naissance de 500 g ou d'une durée de gestation de 22 semaines.

Les caractéristiques étudiées manquent aussi de nuances : aujourd'hui un nombre croissant d'enfants naissent hors mariage, ce qui ne signifie pas nécessairement l'absence de père et de couple parental stable... La distinction opérée entre belges et étrangères se base sur la déclaration de la nationalité de la mère *avant son mariage*, ce qui permet de corriger le biais induit par les acquisitions de nationalité par mariage, mais les étrangères ont été traitées ensemble ici sans y distinguer les européennes des femmes d'une autre nationalité, par exemple. Ce choix, dicté par la faiblesse des effectifs des très jeunes mères, limite bien sûr l'analyse des différences culturelles de comportements de fécondité à l'adolescence. Le niveau d'instruction ne figurait pas sur les bulletins de naissance d'avant 1998, ce qui est dommage, parce que cette caractéristique – essentielle pour évaluer le niveau social des jeunes en âge d'obligation scolaire – nous aurait permis d'évaluer dans quelle mesure le risque plus élevé d'issues de grossesses défavorables qui s'observe chez les plus jeunes n'est pas tout simplement dû à leur niveau social...

A défaut de pouvoir prévenir une conception, il y a, depuis la loi du 3 avril 1990, la possibilité de recourir en Belgique à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) La Commission nationale d'évaluation de cette loi, mise en place en août de la même année, est chargée de présenter un rapport tous les deux ans au Sénat et au Parlement et ce rapport permet de chiffrer – au moins approximativement – les grossesses qui se sont terminées de cette manière (voir pour plus de détails le chapitre 5).<sup>(10)</sup> En confrontant, au niveau du Royaume, les naissances (vivantes et mort-nés) de 1997 (dernière année disponible) au nombre d'I.V.G. pratiquées en 2002 (Tableau 2.1), on observe, en dépit des multiples problèmes de comparaison de ces deux sources, qu'avant 18 ans, le choix de recourir à une I.V.G. est plus fréquent que celui de mener une grossesse à terme et que ce choix est d'autant plus fréquent que la jeune fille est plus jeune.

(9) *Pandectes belges. Répertoire général de législation, de doctrine et de jurisprudence belges*, Tome IV, Bruxelles, Larquier, 1890, p. 199.

(10) Référence du dernier de ces rapports : *Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003), Bruxelles, 2004, 65 p. <[www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf](http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf)>

**Tableau 2.1. Distribution des naissances en 1997 et des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.)  
en 2002 ; selon l'âge de la mère**

Sources : Naissances : *Statistiques démographiques*, I.N.S. 2002 ;  
I.V.G. : Rapport de la Commission nationale d'évaluation, 2003.

Âge de la mère	Nés vivants (1997)	Mort-nés (1997)	I.V.G. (2002)
<15 ans	13	0	63
15 ans	46	0	155
16 ans	174	1	337
17 ans	426	2	434
18 ans	864	7	533
19 ans	1530	6	600

Analyser la fécondité des adolescentes à partir des données d'état civil sous-estime donc de façon importante la réalité des grossesses – ou du moins du nombre de grossesses initiées par les moins de 18 ans. En revanche, l'analyse des naissances et des caractéristiques de ces adolescentes devenues mères, permet de cerner leur profil et d'évaluer dans quelle mesure ces maternités posent problème tant du point de vue social que sanitaire.

L'analyse de ces données administratives a révélé un certain nombre de faits qui méritent d'être rappelés : la fécondité des adolescentes les plus jeunes (15-17 ans) est faible dans toutes les régions du pays et poursuit sa régression, au moins jusqu'en 1997. Au niveau du Royaume on peut y retracer le calendrier de diffusion de la contraception moderne, qui s'est adressée avec un retard certain aux plus jeunes, mais aussi l'effet de l'allongement de l'obligation scolaire sur le taux d'activité de ces très jeunes mères. Suivant en cela la désaffection progressive du mariage à tous les âges, les très jeunes mères sont rarement mariées, sauf en Région de Bruxelles-Capitale... mais cette particularité s'explique sans doute par la proportion élevée d'étrangères chez les bruxelloises de moins de 20 ans.

Peu actives et rarement mariées, ces jeunes mères sont sans doute très dépendantes de leur famille d'origine et à cette vulnérabilité sociale s'ajoutent les risques liés à ces grossesses précoces : plus de mortalité et davantage d'enfants nés avec un poids inférieur à 2500 g.



# 3. Connaissances et comportements

Douchan Beghin et Patrick de Smet (ULB-PROMES)

## Résumé

**Contexte et objectifs** – Les pouvoirs publics et l'opinion prêtent une attention accrue à la vie affective et sexuelle des jeunes. Des informations sur la problématique existent, mais elles sont éparées. Notre objectif est de présenter une synthèse des données concernant les jeunes femmes en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Méthodologie** – Nous présentons des indicateurs publiés par les Enquêtes de santé par interview, et des données originales extraites d'une base de données d'ULB-PROMES portant sur les élèves francophones.

**Présentation des données** – La qualité des connaissances concernant les préoccupations d'ordre sexuel et préventif est moins bonne pour les jeunes en comparaison des aînées. Elle est également moins bonne parmi les élèves de l'enseignement professionnel. Elle serait aussi moins bonne pour les jeunes originaires de l'Afrique au sud du Sahara. Le niveau de connaissance concernant le sida s'est dégradé dans les dernières années parmi les jeunes étudiantes (15-17 ans).

Dans cette classe d'âge, une minorité non négligeable stable au cours du temps et qui semble se trouver davantage en Région wallonne et parmi les jeunes femmes les moins favorisées, déclare avoir déjà eu des relations sexuelles. On observe cependant une augmentation significative depuis 1990 des relations sexuelles très précoces c'est-à-dire avant l'âge de 14 ans. Cette précocité est observée davantage parmi les élèves de l'enseignement professionnel ; elle est également rapportée parmi les jeunes filles originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

La fréquence du multipartenariat est davantage marquée parmi les élèves des enseignements technique et professionnel plutôt que général.

Il n'est pas possible d'avoir une image claire concernant la protection lors des rapports sexuels. Il apparaît cependant que la protection contre une grossesse ou contre les infections sexuellement transmissibles est insuffisante.

Les jeunes élèves de l'enseignement général déclarent de meilleurs niveaux de protection que celle des deux autres filières.

La consommation de soins ou l'utilisation des services de santé est insuffisante parmi les jeunes en général et parmi les moins favorisées en particulier.

**Discussion** – Les relations sexuelles des jeunes femmes représentent une réalité dont il faut tenir compte. Les informations disponibles ne permettent pas d'estimer l'évolution dans le temps de l'âge au premier rapport sexuel, ni du niveau ou de la qualité de la protection contre les grossesses. Il semble cependant que des situations à risques soient plus fréquentes parmi les jeunes filles les moins favorisée socialement, celles fréquentant l'enseignement professionnel et celles originaires de pays d'Afrique sub-saharienne.

Les carences d'informations portant sur la consommation de soins et l'utilisation des services est importante.

## 3.1. Contexte et objectifs

L'inquiétude des pouvoirs publics face aux comportements à risque des adolescentes a été clairement mise en évidence au chapitre 1. Nous en reprenons ci-dessous quelques éléments.

Une agence des Nations unies soulignait déjà en 1993 : «Les adolescentes doivent pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles.»<sup>(1)</sup>

Une Conférence interministérielle de 2001 a émis des recommandations précises dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle<sup>(2)</sup> ; dans l'enseignement il était demandé que les ministres respectifs veillent à la mise en place de diverses mesures : l'organisation d'un programme adapté autour de la connaissance du corps humain, de la fertilité, de la contraception et de la sexualité à partir de l'école primaire ; l'inclusion dans la formation et la formation continue des enseignants, des connaissances en matière de fertilité, sexualité, contraception et maladies sexuellement transmissibles.

La Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse insiste dans ses derniers rapports sur la nécessité d'inclure dans les programmes scolaires l'éducation à la vie affective et sexuelle.<sup>(3)</sup> Dans la Déclaration de politique communautaire 2004-2009, le gouvernement de la Communauté française met l'accent sur la promotion d'une éducation affective et sexuelle dès l'école primaire.<sup>(4)</sup>

(1) Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 1993. Site: <www.unfpa.org>.

(2) Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Conférence interministérielle Santé publique. Groupe de travail interministériel «Contraception chez les jeunes». Réunion du 11 décembre 2001, 15 p.

(3) Référence du dernier de ces rapports : Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003), Bruxelles, 2004, 65 p. <www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf>.

(4) Gouvernement de la Communauté française. Déclaration de politique communautaire 2004-2009, 2004, 97 p. <www.cfwb.be>.

Des informations sur la problématique existent, mais elles n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'une synthèse.

Les objectifs du présent chapitre sont de dégager, parmi les adolescentes âgées de 10 à 17 ans des Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale, quelques caractéristiques concernant les connaissances et les comportements liés à la vie affective et sexuelle.

## 3.2. Méthodologie

Les détails concernant notre méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1.

La première enquête sur les comportements sexuels pouvant conduire à un risque de contamination par le V.I.H. lors des relations sexuelles et sur les modes d'adaptation à ce risque, a été réalisée en 1993 par le centre d'Etudes sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis.<sup>(5,6)</sup> Les données ont été collectées à partir d'un échantillon aléatoire de la population belge et étrangère résidante et âgée de 15 à 59 ans. Les interviews ont été réalisées par téléphone auprès de 3732 personnes, ce qui représente 77% des personnes contactées. Les répondants étaient au nombre de 1240 en Wallonie et au nombre de 1112 à Bruxelles.

Les Enquêtes de santé par interview, récoltent des informations par auto-questionnaire et par entrevue face à face à domicile, auprès d'un échantillon aléatoire tiré à partir du Registre National des personnes physiques.<sup>(7)</sup> En 2004, l'échantillon de répondant(e)s s'élevait à 12 945 personnes âgées de 15 ans et plus dont 4992 en Région wallonne et 3440 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cette enquête nous donne des indications sur l'activité sexuelle et la protection lors de celle-ci, sur les attitudes face au sida, sur la consommation de soins.

Le Service ULB-PROMES réalise tous les deux ou quatre ans depuis 1988 une étude transversale sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire<sup>(8)</sup> selon un protocole international.<sup>(9)</sup> L'étude est réalisée à travers un échantillon aléatoire stratifié représentatif du réseau et du type d'enseignement dans l'enseignement de plein exercice de la Communauté française, mais à l'exclusion de l'enseignement spécial. Le questionnaire est auto-administré dans les classes, sous surveillance selon une procédure standardisée qui assure la confidentialité des données. Les questions relatives aux relations sexuelles sont réservées au niveau secondaire ; cependant dans les établissements du réseau d'enseignement catholique elles n'ont été posées qu'aux élèves de dernière année. Les données ont été stratifiées pour l'âge et standardisées pour le type d'enseignement avec comme population de référence l'ensemble des répondantes. Des questions sur la connaissance du sida ont été posées aux adolescentes ; en 2002, elles étaient au nombre de 1743 âgées de 12 à 14 ans. Elles étaient 2234 âgées de 15 à 17 ans ; dans ce dernier groupe des questions complémentaires ont été posées, et exploitées, parmi celles sexuellement actives. Ces questions ont également été posées dans le groupe 12-14 ans, mais n'ont pas pu être analysées pour des raisons statistiques compte tenu de la taille réduite des effectifs. Le statut socio-économique des répondantes n'a pas été déterminé ; les répondantes ont cependant été classées suivant les trois types d'enseignement : général, technique, professionnel. Des analyses originales ont été réalisées pour la présente brochure.

## 3.3. Présentation des données

### Connaissances

Les auteurs de l'enquête nationale de 1993 portant sur les comportements sexuels faisaient remarquer que la qualité des informations concernant les préoccupations d'ordre sexuel et préventif était moins bonne pour les 15-19 ans en comparaison des 20-24 ans, et qu'elle était également moins bonne pour les personnes les plus âgées.<sup>(10)</sup> Les auteurs estimaient que cette tendance dans les groupes d'âge extrême montrerait une préoccupation moindre pour les questions d'ordre sexuel ; les connaissances meilleures de la classe d'âge 20 à 24 ans mettraient en relief une capitalisation de l'ensemble des informations déjà reçues et assimilées.

Une revue exhaustive des publications concernant les connaissances et attitudes des jeunes en ce qui concerne l'infection au V.I.H. montrait que dans l'ensemble c'est dans la tranche d'âge 15-24 ans que l'on trouve la fréquence la plus élevée de personnes montrant de bonnes connaissances en relation avec la problématique de l'infection<sup>(11)</sup> : identification de moyens de protection inefficaces, identification de modes de contact non contaminant, attitudes non

(5) Hubert M et Marquet J. *Comportements sexuels et réactions au risque du sida en Belgique*. Centre d'études sociologiques, Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 203 pp. mim. 1993. Échantillon national 15-59 ans.

(6) Hubert M, Bajos N & Sandfort, editors. *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. UCL press London (UK) & Bristol (USA), 1998, 442 p.

(7) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J et Van der Heyden J. *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Direction générale Statistique et Information économique. IPH/EPI REPORTS N°2006-034. <[www.iph.fgov.be/epidemio/epifri/index4htm](http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifri/index4htm)>.

(8) Référence du dernier rapport : Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et de Smet P. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994*. ULB-PROMES, Bruxelles, 111 p., 2003. <[www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)>.

(9) Health Behaviour in School-aged Children Data Request, voir : <[www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)>.

(10) Hubert *et al.* *Op. cit.*

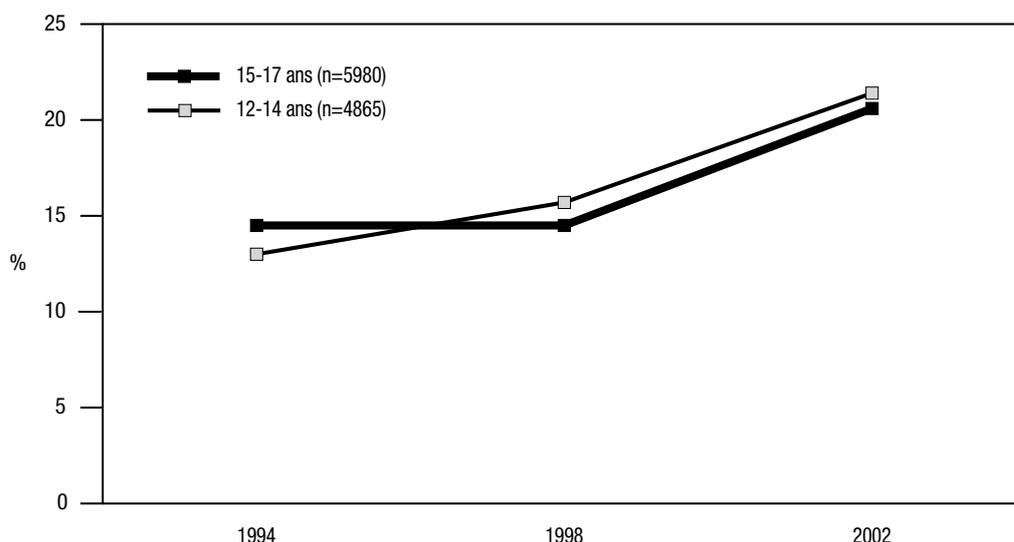
(11) Beghin D, Sasse A, Martens V et Piette D. *L'infection au V.I.H. et le sida en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale*. Ministère de la Communauté française, ULB-PROMES, Institut scientifique de la santé publique, Observatoire du sida et des sexualités. Bruxelles, novembre 2002, 121 p.

discriminatoires, perception du risque et de la protection, confiance dans les intervenants ; malheureusement une ventilation 15-19 ans et 20-24 ans n'est pas fournie. Deux autres sources suggèrent que les jeunes Africains d'origine sub-saharienne montrent des niveaux de connaissances moins favorables que ceux de la population belge. <sup>(12,13)</sup>

Les enquêtes en milieu scolaire francophone montrent que le niveau de connaissance des adolescentes s'est dégradé de façon statistiquement significative de 1994 à 2002, quelle que soit la tranche d'âge (voir la figure 3.1). Les élèves de l'enseignement professionnel montrent des scores très inférieurs à ceux des élèves de l'enseignement technique et surtout à ceux de l'enseignement général ; les différences sont significatives (calcul pour 2002).

**Figure 3.1. Evolution des proportions standardisées, en %, des élèves féminines répondant incorrectement à un questionnaire sur le sida.**

Source: ULB-PROMES, 2005.



(12) Baruani YK. *Connaissances, représentations, attitudes et comportements en matière de sexualité et de sida des populations d'Afrique subsaharienne*. Synthèse des données disponible. Rapport pour l'Agence Prévention Sida. Bruxelles, mars 1996.

(13) Barette M *et al.* *Recherche action sida et jeunes Zairois en Communauté française de Belgique*. Rapport final ULB-PROMES, juin 1997, 55 p.

(14) Hubert *et al.* *Op. cit.*

(15) Bozon M. *A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes*. INED, Population et Sociétés, n° 391, juin 2003.

(16) Piette *et al.* *Op. cit.*

## Comportements

### Activité sexuelle

L'enquête nationale de 1993 montrait que 38 % des personnes interrogées des deux sexes âgées de 15 à 19 ans (n=534) avaient déjà eu une première expérience sexuelle c'est-à-dire des contacts avec pénétration. <sup>(14)</sup> L'âge médian au premier rapport se situait à 18,0 ans pour les filles (et à 17,4 ans pour les garçons). Les auteurs notaient une tendance à l'abaissement régulier de cet âge avec chaque génération mais avec un ralentissement récent.

L'âge médian était de 20,0 années pour les filles en 1950 (19,0 pour les garçons) et de 18,4 années (17,9) en 1970. <sup>(15)</sup>

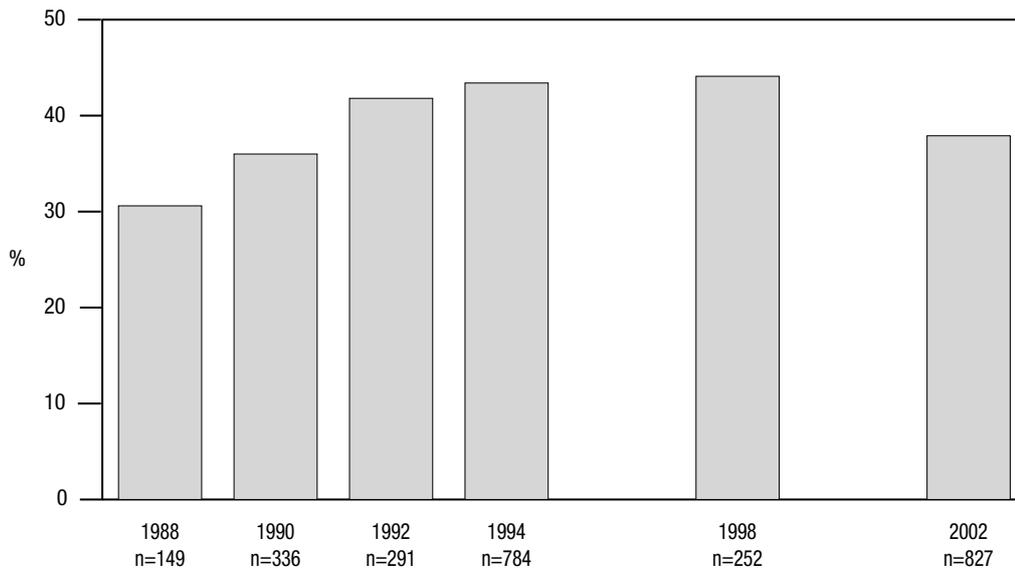
L'enquête d'ULB-PROMES de 2002 en milieu scolaire incluait un échantillon de 827 jeunes filles, âgées de 15 à 17 ans. <sup>(16)</sup> Trente-huit pour cent répondaient positivement à la question «As-tu déjà eu une relation sexuelle, c'est-à-dire as-tu déjà 'fait l'amour'» :

- 21 % à 15 ans
- 34 % à 16 ans
- 50 % à 17 ans.

Le pourcentage de 2002 n'est pas statistiquement différent de celui de 1990 ; la figure 3.2 rend compte de l'évolution dans le temps.

**Figure 3.2. Evolution des proportions standardisées, en %, des élèves féminines de 15 à 17 ans qui ont eu au moins une relation sexuelle.**

Source: ULB-PROMES, 2005.



En 2002, davantage d'élèves de l'enseignement technique (52,6 %) rapportaient avoir déjà eu des rapports sexuels en comparaison des élèves de l'enseignement professionnel (41,3 %) et de l'enseignement général (30,2 %).

Les jeunes filles sont depuis 1992 aussi nombreuses que les garçons du même âge à avoir déjà eu une relation sexuelle.

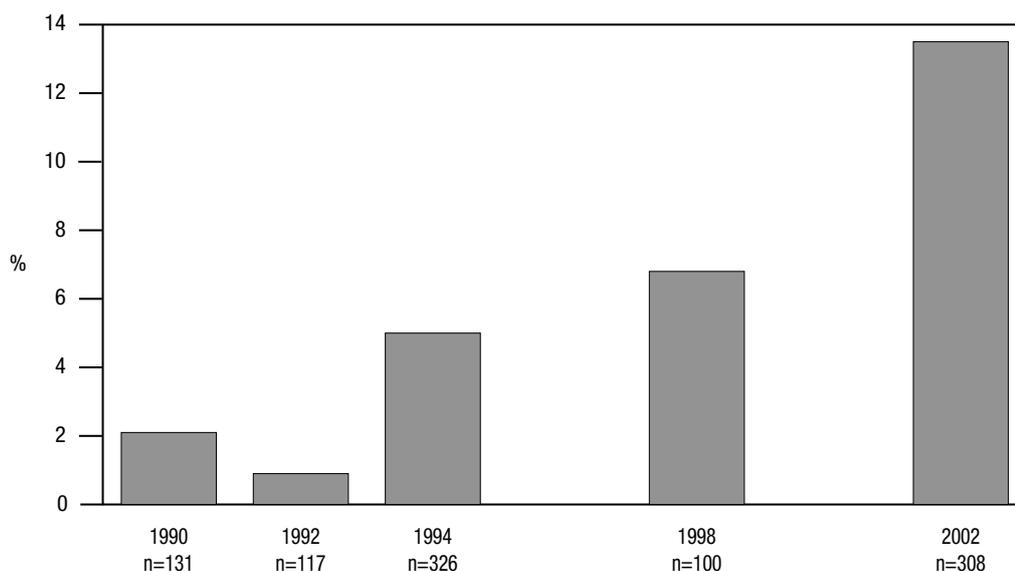
Pour le groupe d'âge inférieur, c'est-à-dire 12-14 ans, la proportion déclarée d'activité sexuelle est de 6,2 % (n=562), en l'an 2002.

L'enquête met en évidence un point important, à savoir l'augmentation dans le temps parmi les sujets de 15-17 ans actives, de la proportion de relations sexuelles très précoces, c'est-à-dire avant l'âge de 14 ans. La figure 3.3 montre cet accroissement statistiquement significatif : de 2,1 % en 1990 à 13,5 % en 2002.

En 2002, cette précocité s'observait davantage dans l'enseignement professionnel (21,1 %) que dans les enseignements technique (14,2 %) ou général (10,7 %) ; les différences sont statistiquement significatives.

**Figure 3.3. Evolution des proportions standardisées, en %, des élèves de 15 à 17 ans sexuellement actives qui ont eu leur première relation sexuelle avant 14 ans.**

Source: U.L.B.-PROMES, 2005.



(17) Bayingana *et al.* *Op. cit*

(18) Notons que dans les multiples 'Enquête démographique et de santé', c'est le dernier mois qui est pris en compte. Voir les publications de Macro International, Inc. Calverton, Maryland USA.

Dans l'Enquête de santé par interview de 2004 l'activité sexuelle a été définie par «des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois<sup>(17,18)</sup>». Le tableau 3.1 montre qu'il y a proportionnellement

d'avantage de jeunes filles qui déclarent être sexuellement actives en Région wallonne qu'en Région de Bruxelles-Capitale.

**Tableau 3.1. Pourcentage de femmes qui ont eu des relations sexuelles dans les 12 derniers mois, par tranche d'âge ; selon la Région.**

Source : Enquête de santé par interview, 2004.

Région	% d'activité sexuelle	
	15-19 ans	20-24 ans
Région wallonne	37	78
Région de Bruxelles-Capitale	28	73
Ensemble du pays	39	77

Deux enquêtes de type qualitatif, par entretiens semi-dirigés, l'une portant sur 67 personnes originaires d'Afrique subsaharienne<sup>(19)</sup> et l'autre sur 125 jeunes congolais<sup>(20)</sup> soulignent que les jeunes filles originaires de pays d'Afrique subsaharienne développent une activité sexuelle très précoce ; elle peut débiter à 13 ans, voire même plus tôt, d'abord avec des garçons de 14 à 18 ans, puis avec des adultes.

Nous avons pu relever d'autres indicateurs démontrant ou suggérant la grande précocité des rapports sexuels chez certaines jeunes filles. Au chapitre 4, l'Agence Intermutualiste montre que 1 % des très jeunes adolescentes (10-14 ans) dans les deux Régions étudiées ont acheté un contraceptif remboursé en 2002. Au chapitre 5, on voit que les rapports successifs de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse portant sur tout le pays font part d'une soixantaine d'interruptions annuelles parmi les jeunes filles de 10 à 14 ans ; si on se limite à la catégorie 10-13 ans le chiffre est d'une dizaine par an. Au chapitre 6, nous montrons que des naissances en dessous de 14 ans sont enregistrées.

Dans la revue exhaustive déjà mentionnée, il était montré que dans l'ensemble nos jeunes se protègent moins bien que leurs aînés lors de relations avec risque potentiel de contamination par le V.I.H.<sup>(21)</sup> Ce sont eux aussi qui ont le plus de relations sexuelles avec différents partenaires. Les sources d'information mentionnées plus haut suggèrent que les jeunes d'origine sub-saharienne montrent des niveaux de pratiques à risque plus élevées que ceux de la population belge.

### Multipartenariat

L'enquête nationale de 1993 sur les comportements sexuels montrait que les jeunes des deux sexes déclaraient davantage que les plus âgés avoir des activités sexuelles avec plus d'un partenaire.<sup>(22)</sup>

En milieu scolaire francophone, 24 % des élèves de 15 à 17 ans déclaraient en 2002 avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (n=281 jeunes filles sexuellement actives).<sup>(23)</sup> Les différences entre les réseaux d'enseignement ne sont pas significatives. La pratique du multipartenariat est un peu moins prononcée parmi les très jeunes adolescentes (n=87 répondantes de 12-14 ans) mais sans que les différences soient significatives. Rappelons que les données présentées sont standardisées pour l'âge et la filière d'enseignement.

### Protection lors des rapports sexuels

L'enquête nationale de 1993 montrait que 62 % des jeunes des deux sexes de 15 à 19 ans sexuellement actifs avaient utilisé le préservatif dans les 12 derniers mois, contre 23 % pour les 20 à 54 ans.<sup>(24)</sup> Les données disponibles ne permettaient pas de savoir si l'utilisation était destinée à une protection contre une grossesse ou contre une infection sexuellement transmissible (I.S.T.) Les auteurs de l'enquête construisaient un indicateur «synthétique» en vue de montrer que, proportionnellement, davantage de jeunes couraient un risque potentiel de contamination par le V.I.H. en comparaison de leurs aînés.

L'enquête en milieu scolaire francophone de 2002 montre que la pilule contraceptive a été utilisée par 61 % des jeunes femmes (15-17 ans) lors de leur dernière relation sexuelle ; 47 % ont utilisé le préservatif. L'utilisation concomitante des deux méthodes n'a concerné que 23 % de la population ; cette double protection n'est observée que parmi 13 % des élèves de l'enseignement professionnel par rapport à 21 % dans l'enseignement technique et 27 % dans l'enseignement général. Le tableau 4.1 (voir chapitre 4) qui reprend ces données permet également de constater l'absence totale de protection lors de 13 % des derniers rapports sexuels.

Dans le document de l'enquête de 2002, l'analyse des données porte sur *les jeunes des deux sexes âgés de 15 à 18 ans* : il apparaît que le nombre de jeunes sexuellement actifs utilisant

(19) Baruani *et al. Op. cit.*

(20) Barette *et al. Op. cit.*

(21) Beghin *et al. Op. cit.*

(22) Hubert *et al. Op. cit.*

(23) Piette *et al. Op. cit.*

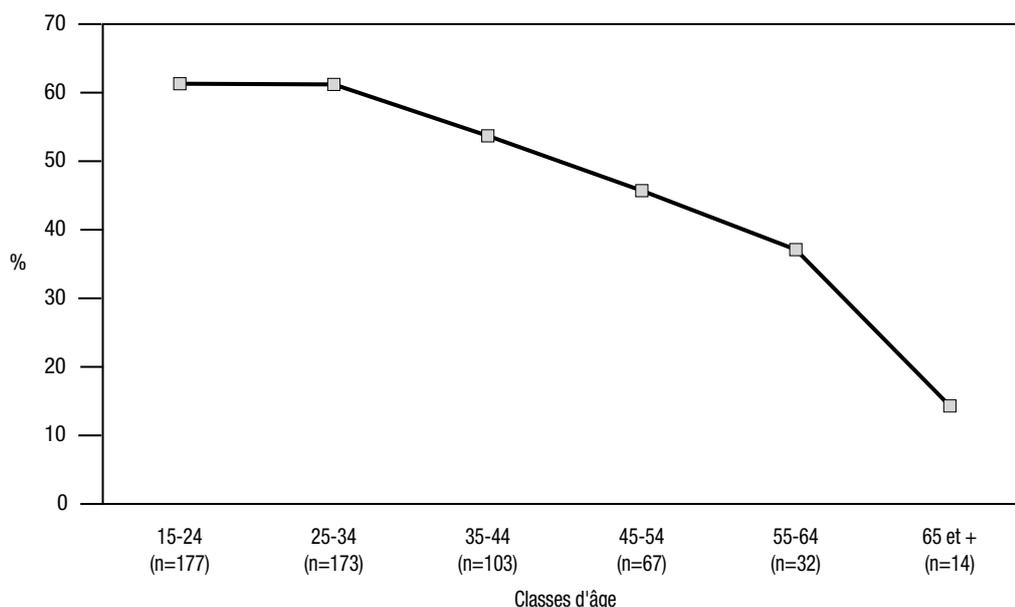
(24) Hubert *et al. Op. cit.*

toujours le préservatif soit en augmentation : 58 % lors de l'enquête de 2002, contre 39-40 % lors des enquêtes précédentes. Ces résultats sont à considérer avec prudence vu le changement de forme de la question entre les années d'enquête. Les garçons déclarent se protéger bien davantage que les filles, et les élèves de l'enseignement général bien plus que ceux des autres filières. Toutes les différences sont statistiquement significatives.

L'Enquête de santé par interview de 2004 (nationale) donne le pourcentage de la population qui court un risque potentiel de contracter une I.S.T. (25) : il s'agit des personnes sexuellement actives mais qui ne vivent pas dans le cadre d'une relation stable, c'est-à-dire d'une relation qui dure depuis au moins 12 mois ; une série de relations «stables» mais courtes – concept de monogamie sérielle – ne rentre pas dans cette définition. En Belgique, seulement 56 % des personnes à risque utilisent un condom ; la figure 3.4 montre que l'utilisation est cependant plus élevée parmi les jeunes. Il n'y a pas de différence entre les sexes ; l'utilisation est plus fréquente parmi les personnes avec un niveau d'instruction élevé mais sans différence significative.

**Figure 3.4. Pourcentage de répondants des deux sexes, potentiellement à risque pour les infections sexuellement transmissibles et qui ont utilisé un préservatif comme moyen de protection; selon l'âge.**

Source : Enquête de santé par interview, 2004.



Les différences d'objectifs dans l'utilisation du préservatif n'avaient pas échappé aux chercheurs de l'enquête nationale de 1993 : 85 % des personnes interrogées dans le Royaume déclaraient avoir utilisé le préservatif, soit pour la contraception seule, soit pour la contraception et pour se protéger contre les I.S.T./ infection au V.I.H. En Wallonie et à Bruxelles, ces deux raisons étaient invoquées par 79 % des 517 personnes interrogées. L'objectif exclusif de protection contre une infection dans les deux Régions n'était donc revendiqué que par 21 % des utilisateurs ; ce sont surtout les jeunes qui représentent cette catégorie.

L'absence de contraception ou l'utilisation d'une méthode insuffisamment efficace dans le mois qui précède une demande d'interruption de grossesse sont mis en relief par les rapports de la Commission d'évaluation qui portent sur les trois Régions du pays (voir tableau 4.3) (26) : près de 90 % des très jeunes filles (10-14 ans) n'ont utilisé aucune méthode (66 %) ou ont utilisé le préservatif (23 %) ; cette proportion est beaucoup plus élevée que dans les catégories successives d'âge supérieur.

Une revue de la situation réalisée en 2002 synthétisait les données ci-dessus (27) : le préservatif est surtout utilisé par les jeunes ; le préservatif est surtout utilisé comme méthode anticonceptionnelle.

Au chapitre 4, l'Agence Intermutualiste (A.I.M.) montre que l'achat par des jeunes filles de contraceptifs remboursés représente un phénomène non négligeable. Les achats sont plus fréquents parmi les jeunes assurées sociales de faible niveau socio-économique.

(25) Bayingana *et al. Op. cit.*

(26) Rapport de la Commission nationale de l'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. *Op. cit.*

(27) Beghin *et al. Op. cit.*

## Attitudes face au sida

Le tableau 3.2 présente quelques données de l'Enquête de santé par interview. Une grande partie de la population belge n'a toujours pas en 2004, une perception correcte de la manière dont le V.I.H. se transmet, ni de la manière dont il faut se protéger lors des rapports sexuels ; une partie importante de la population opterait pour une ou plusieurs attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives.

Le point positif est que l'on observe toutefois une légère progression des connaissances depuis la précédente enquête de 1997.

Les différences entre les sexes sont faibles et n'ont pas été reprises dans le tableau. Toutes les taux sont standardisés pour l'âge et/ ou le sexe.

Les connaissances des jeunes (15-24 ans) sont largement inférieures à celles de leurs aînés immédiats (25-54 ans) ; le niveau d'attitudes discriminatoires est quasi identique.

Pour l'ensemble de la population (15 ans et plus) les connaissances et attitudes sont fortement associées au niveau d'instruction ; les personnes avec un niveau de formation élevé ont de meilleures connaissances ainsi qu'une attitude plus positive envers les personnes atteintes. Le niveau de connaissances est plus bas en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre. Par contre c'est dans cette dernière Région que les attitudes de rejet sont les plus marquées.

**Tableau 3.2. Pourcentage de réponses à des questions sur l'infection au V.I.H./sida : perception de la transmission, perception de la protection, attitudes envers les personnes atteintes, taux standardisés pour l'âge et/ ou le sexe ; selon trois caractéristiques socio-culturelles.**

Source : Enquête de santé par interview, 2004.

Caractéristiques socio-culturelles	% de la population qui		
	identifie correctement des contacts non contaminants	identifie correctement des méthodes non protectrices contre le V.I.H.	qui déclare des attitudes discriminatoire vis-à-vis des personnes séropositives
<b>GROUPE D'AGE</b>			
15-24 ans	29	53	54
25-54 ans	38	66	56
55 ans et +	23	36	79
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>			
Sans diplôme, primaire ou secondaire inférieur	24	43	77
Secondaire supérieur et enseignement supérieur	35	60	59
<b>RESIDENCE</b>			
Région wallonne	24	52	61
Région de Bruxelles-Capitale	30	55	56
Région flamande	36	56	68
Royaume (entre parenthèses : taux de 1997)	32 (23)	55 (49)	65 (68)

## Consommation de soins et utilisation des services de santé

Des données provenant des Mutualités socialistes montrent que la majorité des prescriptions proviennent de médecins généralistes (72 %) plutôt que des gynécologues (26 %) ou autres (2 %).

La Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse montre que huit I.V.G. sur dix ont été réalisées dans des centres extra-hospitaliers<sup>(28)</sup> ; le chiffre dépasse neuf sur dix dans la Province du Luxembourg... qui pourtant n'offre aucun centre extra-hospitalier sur son territoire. Les données publiées par cette même Commission permettent aussi de constater que les déficits en contraception dans le mois qui précède l'I.V.G. sont d'autant plus marqués que la femme est jeune : absence de méthode ou utilisation d'une méthode peu efficace.

Au chapitre 6, l'Office de la naissance et de l'enfance (O.N.E.) met en évidence l'association entre le fait d'être une mère jeune et l'absence de suivi avant l'accouchement ou le retard à une première consultation ; la situation est la plus préoccupante en Région de Bruxelles-Capitale, parmi les jeunes femmes non belges, parmi celles en situation précaire. Dans ce même chapitre l'A.I.M. fait un constat proche en ce qui concerne l'absence de contact avec du personnel médical dans les mois qui précèdent un accouchement.

(28) Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. Op. cit.

Une présentation de l'utilisation des services ne peut se concevoir sans une réflexion sur l'accessibilité à ces services. Nous prenons comme exemple les Centres de planning familial. En ce qui concerne l'accessibilité géographique, en Région de Bruxelles-Capitale, le nombre de Centres agréés est relativement élevé (28). Par contre en Région wallonne, la situation est nettement moins satisfaisante ; certes on relève l'implantation de 69 centres agréés mais plus du tiers est concentré dans les grandes villes, pour une surface géographique beaucoup plus étendue. Vingt-sept de ces 97 centres sont en plus agréés pour l'interruption de grossesse : 14 à Bruxelles mais seulement 13 en Wallonie dont aucun en Province du Luxembourg. L'accessibilité financière est en principe assurée. Les Centres reçoivent en effet des personnes peu ou pas solvables (sans sécurité sociale, sans papiers, en situation précaire, etc.) ; leur participation aux frais de consultation peut alors être symbolique voire inexistante. Depuis 2001, à l'instigation du Ministère de la santé et de l'action sociale, les Centres de la Région wallonne disposent de pilules du lendemain à distribuer gratuitement. L'accessibilité culturelle retient l'attention des Centres. Ils offrent des services de première ligne intégrés dans leur quartier et privilégiant le travail en réseau avec des structures locales complémentaires telles que maisons médicales, Centres de santé mentale, cabinets médicaux et hôpitaux, Centres publics d'action sociale (C.P.A.S.), etc. La majorité des Centres de planning familial prévoit pour les jeunes des consultations sans rendez-vous le mercredi après-midi.

## Note sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire

La Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la santé de la Communauté française a fait réaliser en 2003 un vaste état des lieux de la situation en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle dans l'enseignement ordinaire et spécialisé.<sup>(29)</sup> Le constat est alarmant : l'influence de la pornographie et des séries télévisées montre que, si des jeunes sont encore romantiques et pensent à l'amour et à l'affection ou vivent des relations épanouissantes, d'autres, par contre, perçoivent les relations sexuelles comme des actions dénuées de tendresse. «L'autre» est alors un objet de plaisir passager.

Ces rapports de recherche montrent également qu'il n'y a aucune couverture satisfaisante de l'éducation à la vie affective et sexuelle et que les actions réalisées le sont de manière isolée et non coordonnée, la plupart du temps sans concertation avec les acteurs impliqués. Les intervenants sont d'origines très diverses (de l'école ou hors de l'école) et de formation de base extrêmement variée (médecin, infirmier(e), assistant(e) social(e), psychologue, biologiste, juriste, etc.) La grande majorité des intervenants s'adapte aux demandes et besoins du public cible. Les classes visées sont très variables. Les contenus des animations sont très variés.

Des inégalités existent entre les types d'enseignement. En effet, les élèves de l'enseignement artistique et professionnel (30 %), de l'enseignement technique (26 %), sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général (18 %) à ne pas avoir bénéficié d'animations.

L'évaluation des animations n'est pas systématisée ; lorsqu'elle existe, elle tend vers une analyse de l'acquisition de connaissances et d'un indice de satisfaction des besoins des jeunes et des acteurs scolaires.

L'analyse se termine sur deux recommandations : l'objectif premier doit être de répondre aux besoins des jeunes ce qui implique pour les intervenants une formation spécifique à cet aspect, les activités doivent être institutionnalisées et s'inscrire dans un projet 'santé à l'école'.

Sur la base de cet état des lieux le cabinet de la ministre a élaboré un projet pilote. Quarante équipes d'animateurs ont été sélectionnées pour être mise «en situation d'implantation de nouvelles animations dans le cursus», dans des écoles de l'enseignement ordinaire qui n'avaient jamais bénéficié d'animation. Les équipes y ont ciblé les élèves de 4e et 6e primaire et les élèves de 4e secondaire professionnel.

Une évaluation de ce projet a permis de mettre en évidence quelques points qui confirment dans les grandes lignes les recommandations de 2003<sup>(30)</sup> :

- définir ce qu'est une animation
- formaliser une formation spécifique minimum pour les animateurs
- généraliser le projet en plusieurs temps
- s'appuyer sur une volonté politique de légiférer pour atteindre la généralisation.

(29) ULB-PROMES, Bruxelles. Cinq brochures sur : «Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique». Avec comme première auteur : Renard K et comme coauteurs : Piette D, Senterre C, Vandebussche P. 2003. <[www.ulb.ac.be/esp/promes/](http://www.ulb.ac.be/esp/promes/)> rubrique Recherche / recherche-action.

(30) ULB-PROMES & Département de psychologie des Facultés universitaires Notre-Dame de la paix de Namur. Evaluation du projet pilote d'implantation structurelle d'animations à la vie affective et sexuelle à l'école en Communauté française de Belgique. Bruxelles, Namur, septembre 2005, 164 p. + annexes.

## 3.4. Discussion

### Validité des données

Les données présentées donnent-elles une bonne idée/ approximation des connaissances et comportements des jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans, en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale ?

Qu'est-ce qu'un rapport sexuel ? Seule une enquête le définit clairement ; pour les autres enquêtes, il revient à la personne interrogée à donner son estimation. Peut-on affirmer qu'un jeune à qui on pose la question comprend qu'il s'agit de rapport sexuel complet c'est-à-dire avec pénétration ?

Les périodes couvertes par une «activité sexuelle» varient suivant les enquêtes de un mois à douze mois.

Que signifie exactement la protection lors des rapports sexuels ? Une stratégie d'évitement de grossesse ou d'évitement d'infection ou encore d'évitement des deux ?

Nous n'avons pas toujours pu trouver d'informations ciblées sur le groupe d'âge visé ou sur les deux Régions d'intérêt. Pour quelques résultats présentés, la ventilation par sexe ou par Région n'était pas disponible.

Les grandes enquêtes rapportent les procédures d'échantillonnage et mettent en garde contre les conclusions trop hâtives, liées au nombre réduit de personnes interrogées ou au nombre élevé de données inconnues.

## Image de la situation

Il nous manque certes des données parfaitement valides pour tirer des conclusions objectives. Néanmoins quelques grandes lignes se dessinent, à travers une convergence des informations collectées.

Le niveau de connaissances des adolescentes est inférieur à celui de leurs aînées, et les attitudes discriminatoires plus marquées.

Les jeunes filles d'aujourd'hui ne sont pas tellement plus nombreuses que celles d'il y a une quinzaine d'années à avoir déjà eu une relation sexuelle. Par contre, elles sont plus nombreuses à déclarer avoir eu une première relation très précocement c'est-à-dire avant l'âge de 14 ans.

Il y a moins de jeunes qui déclarent être sexuellement actives à Bruxelles que dans le reste du pays ; ce constat est probablement lié à la présence d'une importante communauté musulmane dans la Région.

Pourtant c'est dans cette même Région que l'on relève les chiffres les plus importants d'enregistrements d'I.S.T. comme on le verra au chapitre 7. Il n'y a pas de contradiction. En effet : (i) les enregistrements d'I.S.T. portent sur une tranche d'âge plus élargie (15-24 ans) ce qui rend les comparaisons difficiles (ii) déjà en 1993 une enquête nationale montrait que les infections sont les plus élevées dans les grandes zones urbaines (iii) la Région de Bruxelles-Capitale héberge des populations originaires d'Afrique subsaharienne qui sont lourdement touchées par les I.S.T.

Les enquêtes ne permettent pas de distinguer les personnes de nationalité belge des personnes d'une autre nationalité. Pourtant cette distinction est capitale comme soulignée dans le chapitre 7 concernant les I.S.T.

On peut donc affirmer que les relations sexuelles chez les adolescentes représentent une réalité dont il faut tenir compte. Les informations disponibles ne permettent pas d'estimer le niveau ou la qualité de la protection. Il apparaît cependant que la protection est davantage tournée contre le risque de grossesse que contre celui d'I.S.T.

Quelques indications suggèrent que les situations à risque se retrouvent plus fréquemment chez les jeunes femmes moins favorisées socialement, chez les élèves des enseignements technique ou professionnel et chez les jeunes femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

Il existe peu de données sur l'utilisation des services de santé par les adolescentes. Certes les Enquêtes de santé par interview offrent une série importante d'information sur la consommation de soins et sur l'utilisation des services, mais ne nous éclairent que partiellement sur les femmes de la catégorie d'âge qui nous intéresse. L'enquête montre que les ménages appartenant aux classes sociales défavorisées - en terme d'instruction ou en terme de revenus - déclarent davantage éprouver des difficultés à payer les dépenses en matières de soins de santé ; la fréquence des déclarations parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans est plus élevée en Région de Bruxelles-Capitale (39 %) qu'en Région wallonne (30 %) et surtout qu'en Flandre (30 %).

\*  
\* \*

Les changements de comportement ne suivent pas nécessairement l'accès à la connaissance. L'information ne suffit jamais ; les déterminants les plus importants des changements concernent l'attitude (intentions, respect de l'autre, croyances, projection dans le futur), l'aptitude à développer et maintenir un comportement de protection, l'environnement physique et notamment l'accessibilité aux services socio-culturels et médicaux, et l'environnement psychosocial (degré de tolérance, refus de relations sexuelles dans un groupe d'amis, présence et influence de la pornographie, etc.) C'est l'ensemble de ces déterminants qu'il faut envisager dans une approche d'éducation à la vie *affective* et sexuelle.



# 4. Contraception

Claudine Cueppens, Douchan Beghin et Catherine Lucet

## Résumé

**Contexte et objectifs** – Des informations sur la protection des adolescentes contre les grossesses non désirées existent mais sont éparées. Notre objectif est de présenter une synthèse des données en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Méthodologie** – Les données étudiées émanent des Enquêtes de santé et des rapports de la Commission d'évaluation de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.), ainsi que d'informations non publiées mais rapidement exploitables dans deux bases de données gérées par ULB-PROMES et par l'Agence Intermutualiste (A.I.M.)

**Présentation des données** – Une proportion non négligeable de jeunes femmes (15 à 24 ans) ne se protège pas contre les grossesses : 14 % en Région wallonne et 19 % en Région de Bruxelles-Capitale. Parmi les jeunes scolarisées francophones (15-17 ans), 13 % ne recourt à aucune protection ; une protection efficace n'est assurée que par 63 % des interrogées.

En Région wallonne, une mineure (10-17 ans) assurée sociale sur 10 a acheté au moins un contraceptif remboursé dans l'année ; une très jeune mineure (10-14 ans) sur 100 a effectué un tel achat. La proportion de consommatrices est deux fois plus faible dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les achats sont effectués davantage par les jeunes femmes en situation de précarité sociale.

Près de 90 % des très jeunes filles (10-14 ans) en demande d'interruption de grossesse n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé une méthode contraceptive peu efficace dans le mois qui précédait ; cette proportion est beaucoup plus élevée que dans les catégories d'âge supérieures.

La pilule représente de loin le premier choix de contraception.

L'utilisation du préservatif comme méthode anticonceptionnelle est largement plus fréquente parmi les très jeunes femmes que parmi celles plus âgées.

**Discussion** – La contraception chez les très jeunes filles est un phénomène rare. Obtenir un échantillon représentatif dans les enquêtes est difficile ; il convient dès lors, comme le recommandent différents auteurs, d'être très prudent quant aux interprétations des données observées. Il en va de même pour l'interprétation de l'achat de pilules contraceptives.

Les jeunes wallonnes et les jeunes bruxelloises se protègent insuffisamment ; de plus certaines d'entre elles utilisent les méthodes de barrière qui sont peu efficaces contre les grossesses. L'utilisation du préservatif comme méthode anticonceptionnelle parmi les très jeunes femmes pourrait expliquer une partie des échecs de contraception conduisant à une demande d'interruption de grossesse. Le message de prévention des 2 P, préservatif + pilule, doit être renforcé.

## 4.1. Contexte et objectifs

Un Groupe de travail interministériel a émis en 2001 des recommandations en matière de contraception chez les jeunes.<sup>(1)</sup> Ces recommandations faisaient suite au constat des rapports successifs de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse.<sup>(2)</sup> Les moyens de contraception d'une part, et les moyens de protection contre les infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et l'infection au V.I.H. d'autre part, sont deux mesures de prévention indissociables dont il faut tenir compte lors des campagnes d'information. En d'autres termes, en prônant l'acte sexuel sans risques, il convient de promouvoir l'idée de double protection : le préservatif ET un contraceptif fiable (pilule, injectable, implant ou stérilet) ou en second choix, le préservatif et la pilule dite du lendemain en cas de problèmes liés à l'utilisation du préservatif. Le Groupe préconise une meilleure information du public par la voie de brochures, d'affiches, de spots radiotélévisés, d'internet. L'accessibilité pratique et financière des moyens de contraception, y compris la contraception d'urgence doit être assurée. Le Groupe estime qu'une prescription médicale reste souhaitable. Il suggère de rechercher des pistes afin d'optimiser la disponibilité de la pilule :

- laisser la possibilité de prescrire la pilule pour un temps bien défini en accord entre le médecin et l'utilisatrice, et donc la rendre disponible chez le pharmacien sans nouvelle prescription
- ne plus lier la prescription de la pilule à la nécessité d'un examen gynécologique

(1) Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Conférence interministérielle Santé publique. Groupe de travail interministériel «Contraception chez les jeunes». Réunion du 11 décembre 2001, 15 p.

(2) Référence du dernier de ces rapports : *Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003). Bruxelles, 2004, 65 p. <[www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf](http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf)>.

- attirer la vigilance des médecins prescripteurs sur le frein que peut constituer chez certaines utilisatrices le prix de la pilule, et donc éviter la prescription de nouveaux contraceptifs particulièrement onéreux
- établir un système de remboursement pour tous les moyens de contraception fiables.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, le groupe suit les recommandations de l'O.M.S. et demande que la «pilule du lendemain» soit disponible dans les plus brefs délais sans prescription médicale. D'éventuels canaux de diffusion sont suggérés : officines pharmaceutiques (sans supplément de garde), services de garde des hôpitaux, médecins généralistes et gynécologues, Centres de planning familial, Services de promotion de la santé à l'Ecole / Centres psycho-médico-sociaux.

Dans son rapport 2002-2003, la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse revient sur des conclusions déjà posées dans les rapports précédents <sup>(3)</sup> : «les efforts fournis en vue d'améliorer l'information des jeunes, aussi bien au sein qu'en dehors des établissements d'enseignement doivent être encore intensifiés ; le public devrait être mieux informé et d'une manière continue quant à tous les moyens contraceptifs performants actuellement disponibles mais qui, au vu des renseignements recueillis par la Commission, sont bien souvent ignorés ou mal utilisés».

Tenant compte de ces diverses recommandations, le Ministre de la santé publique et des affaires sociales a mis en place une mesure «contraception-jeunes» dans le but de prévenir des grossesses non désirées chez les jeunes en favorisant l'accès aux moyens de contraception. Depuis mai 2004, les jeunes femmes de moins de 21 ans bénéficient d'une intervention supplémentaire dans le prix de la plupart des méthodes contraceptives, ce qui assure la gratuité de certaines pilules (les pilules dites de seconde génération qui sont celles recommandées). <sup>(4,5)</sup> La mesure concerne les moyens de contraception prescrits et fonctionne sur simple présentation de la carte SIS lors de l'achat en pharmacie. Sensible à l'utilité de promouvoir la double protection, le Ministère a également organisé la distribution gratuite de préservatifs via les pharmacies, les mutuelles, les Centres de planning familial francophones et les Centres Sensoa néerlandophones. Parallèlement, une campagne d'information a été menée via un site internet <sup>(6)</sup> et par la diffusion de spots télévisés.

La «pilule du lendemain» est en vente libre en pharmacie depuis juin 2001 ; le remboursement intégral de cette contraception d'urgence est accordé aux jeunes de moins de 21 ans sur présentation d'une prescription.

Le gouvernement de la Région wallonne insiste quant à lui, dans son contrat d'avenir, sur le renforcement des Centres de planning familial et l'amélioration de leur accessibilité pour les plus démunies. <sup>(7)</sup> Depuis 2001, à l'instigation du Ministère de la santé et de l'action sociale, les Centres de planning familial de la Région wallonne disposent de pilules du lendemain à distribuer gratuitement.

Le présent chapitre vise à fournir une synthèse des informations portant sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes femmes en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

## 4.2. Méthodologie

Les détails concernant notre méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1.

Les données publiées émanent essentiellement de deux sources.

Les Enquêtes de santé par interview incluent des questions sur l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes. <sup>(8)</sup> Les données sont ventilées soit par tranche d'âge de 5 ans (15-19, 20-24, etc.) soit par tranche d'âge de 10 ans (15-24, 25-34, etc.) et portent sur l'année 2004.

La Commission d'évaluation fournit dans son dernier rapport pour l'ensemble du pays, des informations sur la méthode contraceptive la plus utilisée dans le dernier mois par les femmes en demande d'une interruption de grossesse. <sup>(9)</sup> Les données sont ventilées par tranche d'âge de 5 ans (10-14, 15-19, etc.) et portent sur l'année 2003. Il faut noter que le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse rempli par un médecin de l'établissement où l'interruption a eu lieu fait mention des méthodes les plus utilisées durant les trois derniers mois. Le croisement des données par âge et par Région n'est pas publié.

L'Agence intermutualiste (A.I.M.) a rassemblé et analysé pour la présente brochure les données portant sur la population couverte par la sécurité sociale. <sup>(10)</sup> Un total de 8,8 % des personnes assurées émargent au régime des indépendants et à ce titre ne bénéficient du remboursement des contraceptifs que si elles cotisent à l'assurance libre et complémentaire pour s'assurer contre les petits risques ou lorsqu'elles ont moins de 21 ans et bénéficient de la mesure «contraception-jeunes». <sup>(11)</sup>

(3) *Rapport de la Commission nationale d'évaluation. Op. cit.*

(4) Recommandées par le CBIP <[www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F29F12B](http://www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F29F12B)> et la littérature internationale : Kemmeren *et al.* *Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis meta-analysis* BMJ, Jul 2001, 323, 131.

(5) Arrêté royal du 24 mars 2004. <[www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions](http://www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions)>.

(6) <[www.laura.be](http://www.laura.be)>.

(7) Texte complet disponible sur le site <[www.contratdavenir.wallonie.be](http://www.contratdavenir.wallonie.be)>.

(8) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J et Van der Heyden J. *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Direction générale Statistique et Information économique. IPH/EPI REPORTS N°2006-034. <[www.iph.fgov.be/epidemi/epifir/index4htm](http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifir/index4htm)>.

(9) *Rapport de la Commission nationale d'évaluation. Op. cit.*

(10) <[www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)> et <[www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be)>.

(11) Note : la mesure 'contraception jeunes' s'applique à toutes les assurées sociales, quel que soit leur régime.

L'A.I.M. fournit d'une part des informations sur quelques caractéristiques des bénéficiaires et sur le contraceptif prescrit donnant droit à un remboursement ; en 2002, la plupart des pilules contraceptives étaient remboursées, les dispositifs intra-utérins, les implants, etc. ne l'étaient pas. Les préservatifs sont en vente libre et ne sont jamais remboursés.

Les préparations contenant des hormones utilisées pour des raisons médicales ne sont pas classées dans les anticonceptionnels.

Le statut socio-économique faible est attribué aux femmes bénéficiant d'une intervention financière majorée pour les soins de santé.

Le Service ULB-PROMES réalise tous les deux ou quatre ans une étude sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire de la Communauté française<sup>(12)</sup> ; les détails de la méthodologie sont fournis au chapitre 3. En 2002, des questions ont été posées à 281 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans sexuellement actives (c'est-à-dire qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois) à propos de la protection lors du dernier rapport. Ces questions ont également été posées dans le groupe 12-14 ans, mais n'ont pas pu être analysées pour des raisons statistiques compte tenu de la taille réduite des effectifs. Le statut socio-économique des répondantes n'a pas été déterminé ; les répondantes ont cependant été classées suivant les trois types d'enseignement : général, technique, professionnel. Des analyses originales ont été réalisées pour la présente brochure ; les données présentées ont été stratifiées pour l'âge et standardisées pour le type d'enseignement.

## 4.3. Présentation des données

### Utilisation d'une méthode

L'enquête en milieu scolaire francophone de 2002 montre que la pilule contraceptive a été utilisée par 62 % des jeunes femmes (15-17 ans) lors de leur dernière relation sexuelle ; si on y ajoute l'implant on arrive à 63 % de très bonne protection. On relève 24 % d'utilisation du préservatif seul. Le tableau 4.1 qui reprend ces données permet également de constater l'absence totale de protection lors de 13 % des derniers rapports sexuels (avec cependant dans quelques cas un recours à la pilule du lendemain).

La double protection (pilule et préservatif) est beaucoup plus faible parmi les élèves de l'enseignement professionnel (13 %) que parmi celles de l'enseignement technique (21 %) et surtout celles de l'enseignement général (27 %).

**Tableau 4.1. Pourcentage d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes lors du dernier rapport sexuel par les jeunes scolarisées âgées de 15 à 17 ans (n=281), 2002 ; selon la méthode.**

Source : ULB-PROMES, 2005.

Méthodes	% d'utilisatrices
Pilule seule	39
Préservatif seul	24
Pilule et préservatif	23
Autres modernes*	1
Aucune**	13
Total	100

\* 3 implants (sans utilisation du préservatif)

\*\* y inclus 3 retraits et 2 pilules du lendemain

Les informations disponibles dans l'Enquête de santé par interview sont présentées en trois temps selon les catégories d'âge.

*Données sur les jeunes âgées de 15 à 19 ans* – En 2004 dans tout le pays, les jeunes femmes sexuellement actives – c'est-à-dire qui ont eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois – se protègent pour 83,5% d'entre elles, par une méthode contraceptive contre les grossesses non désirées.<sup>(13)</sup> Une ventilation par région n'est pas pertinente compte tenu de la taille réduite des effectifs.

Dans la tranche d'âge supérieure (20-24 ans), le taux est de 90 %. Le taux continue d'ailleurs de baisser dans les tranches d'âge successives.

*Données sur les jeunes âgées de 15 à 24 ans* – En 2004 dans tout le pays, les jeunes femmes sexuellement actives – c'est-à-dire qui ont eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois – se protègent pour 86 % (n=314) d'entre elles, par une méthode contraceptive contre les grossesses non désirées. Une ventilation par région montre que la protection est moins fréquente en Région de Bruxelles-Capitale (81 %, n=62) qu'en Région wallonne (86 %, n=125) ; toutefois le nombre total de femmes interrogées étant assez faible, cette constatation doit être interprétée avec prudence.

(12) Référence du dernier rapport : Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et de Smet P. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994?* ULB-PROMES, Bruxelles, 2003, 111 p. <www.ulb.ac.be/esp/promes>.

(13) Bayingana et al. *Op. cit.*

Si on se limite aux femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive, on constate (voir le tableau 4.2) que la pilule est de loin la méthode la plus souvent utilisée. On n'observe pas de déclarations concernant le recours au coït interrompu ou à l'abstinence périodique.

**Tableau 4.2 Distribution des utilisatrices de 15-24 ans sexuellement active qui déclarent utiliser une méthode contraceptive ; selon la Région.**

Source : Enquête de santé par interview, 2001.

Région	N	Méthode, %			
		Pilule	Barrière	Pilule du lendemain	Autres modernes*
Région wallonne	108	87,9	5,5	3,0	3,6
Région de Bruxelles-Capitale	50	81,2	2,0	4,0	12,8
Belgique	270	87,4	5,6	0,3	6,7

\* Autres méthodes modernes : dispositif intra-utérin (stérilet), injectable, implant, stérilisation chirurgicale, patch ou anneau vaginal.

*Données pour l'ensemble des femmes (c'est-à-dire 15-49 ans)* – L'utilisation d'une méthode semble augmenter avec le niveau d'instruction mais la différence n'est pas statistiquement significative sauf en Région wallonne. La différence est largement imputable à la répartition par âge : les femmes avec le niveau d'instruction le plus élevé sont également celles qui sont les plus jeunes.

Dans les dernières années, l'utilisation du préservatif a augmenté ; ce sont les femmes d'instruction plus élevée qui l'utilisent le plus fréquemment.

## Achat d'une méthode remboursée

L'A.I.M. étudie l'achat d'une méthode contraceptive remboursée en 2002 parmi l'ensemble des femmes couvertes par la sécurité sociale. En Région wallonne, plus de 10 % des mineures assurées ont acheté au moins un conditionnement dans l'année (tableau 4.3) ; les variations entre les provinces sont faibles : de 9,3 % en Brabant à 11,5% dans le Namurois pour les chiffres extrêmes. L'achat parmi les très jeunes filles (10-14 ans) est effectué par plus d'un pour cent de la population assurée.

Le tableau montre que ces taux sont deux fois plus bas dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Tableau 4.3. Nombre de femmes assurées dans le régime général qui ont acheté en 2002 au moins un contraceptif remboursé dans les 12 derniers mois, et % de ces femmes dans la tranche d'âge, par tranche d'âge ; selon le lieu de résidence.**

Source : Agence Intermutualiste, données 2002.

Résidence	Nombre de femmes qui ont acheté au moins un contraceptif remboursé, et % dans la tranche d'âge					
	10-14		10-17		18-49	
	n	%	n	%	n	%
Région wallonne	1 308	1,3	16 166	10,4	293 266	39,6
Région de Bruxelles-Capitale	175	0,7	2 089	5,3	74 283	29,3
Région flamande	1 929	1,2	24 900	10,1	495 744	33,1
Royaume (y compris résidence non définie)	3 453	1,2	43 601	9,8	875 397	33,3

Dans le tableau 4.4 qui reprend des données sur l'ensemble de la Belgique, on constate que la proportion de jeunes femmes qui achètent une méthode contraceptive remboursée est plus élevée parmi celles qui bénéficient d'une intervention majorée lors du remboursement.

**Tableau 4.4. Nombre de femmes assurées dans le régime général qui ont acheté en 2002 au moins un contraceptif remboursé\* dans les 12 derniers mois, et % de ces femmes dans la tranche d'âge, par tranche d'âge, pour l'ensemble de la Belgique ; selon la catégorie sociale.**

Source : Agence Intermutualiste, données 2002.

Catégorie sociale	Nombre de femmes qui ont acheté au moins un contraceptif remboursé*, et % de ces femmes dans la tranche d'âge					
	10-14		10-17		18-49	
	n	%	n	%	n	%
Assurées ordinaires	2 943	1,1	38 465	9,4	817 275	36,5
Bénéficiaires d'une intervention majorée	442	2,0	4 295	11,4	42 628	26,8
Régime non défini	68		841		15 494	
Total	3 453	1,2	43 601	9,8	875 397	36,5

\* Pilules contraceptives

## Utilisation d'une méthode avant une interruption de grossesse

Les rapports de la Commission d'évaluation qui portent sur les trois Régions du pays, donnent quelque éclairage à propos de l'utilisation éventuelle d'une méthode contraceptive dans le mois qui précède la demande d'interruption : près de 90 % des très jeunes filles (10-14 ans) n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé le préservatif ; cette proportion est beaucoup plus élevée que dans les catégories d'âge supérieures (voir tableau 4.5). Cette distribution est restée à peu près constante dans les 10 dernières années.

**Tableau 4.5. Pourcentage de femmes en demande d'interruption de grossesse, par tranche d'âge, année 2003 en Belgique ; selon la méthode contraceptive la plus utilisée dans le dernier mois.**

Source : Commission d'évaluation, 2004.

Méthode	% de femmes		
	10-14 ans (n=65)	15-19 ans (n=2097)	20-54 ans (n=13 427)
Aucune	66	48	43
Préservatif	23	24	15
Pilule contraceptive	6	24	27
Autres	5	4	15
Total	100	100	100

## 4.4. Discussion

### Validité des données

Bien que nous nous soyons quelques fois heurtés aux limites inhérentes à toute base de données, nous avons trouvé des informations fiables et qui se recoupent. Parmi les limitations, citons l'imprécision concernant les objectifs des jeunes lorsqu'ils utilisent le préservatif : comme prévention – efficace – d'une I.S.T. ou comme moyen de contraception – ce qui est beaucoup moins efficace – ?

L'A.I.M. peut fournir des données sur plus de 90 % des personnes assurées sociales. Pour quelques résultats présentés, la ventilation par Région n'a pas été présentée compte tenu de la faiblesse des effectifs.

Les auteurs de l'Enquête de santé par interview reconnaissent les difficultés d'obtenir un échantillon représentatif de taille suffisante et sont très prudents quant aux interprétations des données observées.

L'A.I.M. s'appuie sur des remboursements de contraceptifs. Les informations disponibles ne sont malheureusement pas complètes ; en effet, quelques marques n'ont pas introduit leur produit dans le système de remboursement ce qui empêche l'exhaustivité des données. Néanmoins le pourcentage de jeunes qui déclarent utiliser une contraception est proche du pourcentage relevé

dans l'enquête par interview. En 2002, la grande majorité des pilules étaient remboursées par la sécurité sociale.

En ce qui concerne le recours à la contraception avant une demande d'interruption de grossesse, on doit souligner les différences entre l'intitulé des formulaires (quelles sont LES méthodes les plus utilisées ?) et l'intitulé des rapports (LA méthode la plus utilisée). Et donc on ne peut pas savoir quelle est LA méthode qui a été retenue pour la publication dans le rapport de la Commission dans le cas où une déclaration mentionnerait plusieurs méthodes.

## Image de la situation

Les jeunes wallonnes et les jeunes bruxelloises se protègent insuffisamment ; de plus certaines d'entre elles utilisent les méthodes de barrière qui sont peu efficaces contre les grossesses.<sup>(14)</sup> L'utilisation du préservatif comme méthode anticonceptionnelle est largement plus marquée parmi les très jeunes femmes que parmi celles plus âgées, ce qui pourrait expliquer une partie des échecs de contraception conduisant à l'interruption de grossesse.

Les données de l'A.I.M. permettent de montrer qu'environ un pour cent de ces très jeunes femmes (10 – 14 ans) a acheté un contraceptif remboursé dans les 12 mois précédents, et que les fréquences sont les plus élevées en Région wallonne et parmi les jeunes filles les moins favorisées économiquement. Ces achats conduisent à une appréciation ambivalente de la situation : d'une part, la protection contraceptive est assurée, mais d'autre part cela pose la question des causes et des conséquences des relations sexuelles précoces, ce qui nécessiterait d'explorer cette problématique de façon multidisciplinaire.

Les données officielles concernant les I.V.G. chez les jeunes femmes montrent que des déficiences graves existent encore dans la protection contraceptive. L'utilisation du préservatif comme méthode reste très favorisée par les jeunes ; sans doute faut-il y voir le résultat des campagnes passées de lutte contre l'infection au V.I.H. Les données fournies ne permettent pas toujours de savoir si la pilule a été associée ou non à l'utilisation du préservatif.

Quels sont les obstacles à une utilisation généralisée de contraceptifs efficaces ? Voyons ce qu'en dit la littérature.

«La mauvaise accessibilité peut aussi avoir des bases culturelles. Par exemple, les jeunes marocaines sont très empreintes de l'interdit de la sexualité hors mariage : donc, pour elles, prendre la contraception, c'est d'emblée être dans la transgression.»<sup>(15)</sup>

Des auteurs français font le point comme suit.

«Toutes les jeunes femmes de notre population ont été informées sur les procédés anticonceptionnels existants. Manifestement, il est difficile d'échapper aujourd'hui à un message contraceptif réactualisé ces dernières années par la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles (...) L'information telle qu'elle est véhiculée par le discours social n'est cependant pas toujours adaptée au vécu adolescent. Force est de constater qu'«il existe un grand décalage entre ce qui est dit et ce qui est entendu ; entre ce qui est su de manière plus ou moins précise et ce qui est appliqué (...)»<sup>(16)</sup> Les auteurs poursuivent en estimant que l'information sur les méthodes n'implique pas forcément leur utilisation. Une première catégorie de raisons peut servir d'explication à la non-utilisation :

- contrainte du recours au médecin, à l'examen gynécologique, à une prise de sang
- contrainte liée à l'utilisation de la méthode contraceptive et notamment si la relation avec le partenaire est irrégulière
- rejet d'une «officialisation des relations sexuelles» qui s'inscrirait ainsi dans un schéma rationnel adulte
- difficulté de recourir à un artifice technique qui interfère avec la spontanéité et la beauté de l'acte amoureux.

En deuxième lieu, la prise de risque peut être considérée comme un moyen de prouver son engagement à l'autre. Elle remplace alors l'intérêt de l'acte amoureux, tandis qu'un outil contraceptif l'instrumentaliserait. En troisième lieu, l'accessibilité est insuffisante. En quatrième lieu, l'adolescente désire plus ou moins consciemment être enceinte. Le défaut de contraception est alors invoqué pour rationaliser la conduite. Les auteurs ajoutent encore que «l'adoption d'une attitude de prévention face au désir de grossesse, a fortiori le choix d'une méthode médicale, représentent dans les milieux populaires un effort qui apparaît d'autant plus grand que le corps n'est pas un objet habituel d'attention. De plus, la distance vis-à-vis du corps médical induit une certaine méfiance».

La non-utilisation d'une méthode contraceptive paraît complexe et ne peut certainement pas se réduire uniquement à une information insuffisante en provenance des pouvoirs. L'obstacle peut survenir chez les jeunes femmes elles-mêmes notamment lorsque la sexualité est un sujet tabou dans leur famille et dans leur entourage ; de plus, le sentiment «d'illégitimité» peut faire obstacle à l'accès à la contraception.<sup>(17)</sup>

(14) Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS et Shelton JD. *Eléments de la technologie contraceptive*. Baltimore, Programme d'information sur la population, Ecole de santé publique, Université Johns Hopkins, 2000.

(15) Kinna F et Cherbonnier A. *Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence*. Bruxelles santé, n°22, juin 2001, pp. 8-17.

(16) Levan C. *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues*, Paris, L'Harmattan, 1998, 204 p.

(17) Durand S. *Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes*. In : *De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

(18) Michaud PA. *La vie affective et sexuelle* In : *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne, Payot / Paris, Doin / Presses de l'Université de Montréal, 1997, pp. 271-281.

(19) Uzan M. *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris, Université Paris XIII, INSERM U 361, 1998, <[www.sante.gouv.fr/htm/actu/gross\\_adolescente/36\\_981123.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/gross_adolescente/36_981123.htm)>.

La majorité des jeunes se protègent dès leur première relation sexuelle, plus des trois quarts en Suisse et en France. <sup>(18)</sup> Il reste cependant une minorité préoccupante de 10-15% qui n'utilise que très irrégulièrement un moyen de contraception. Les obstacles restent nombreux. Ce sont surtout les raisons d'ordre affectif et psychologique qui prédominent. <sup>(19)</sup>

On doit aussi souligner la situation des très jeunes adolescentes (10-13 ans) qui sont reconnues par le législateur comme inaptes à consentir à un rapport sexuel, mais qui, par ailleurs, peuvent obtenir une prescription pour une méthode contraceptive sans autorisation parentale et en toute confidentialité.



# 5. Interruption volontaire de grossesse

Claudine Cueppens, Douchan Beghin et Catherine Lucet

## Résumé

**Contexte et objectifs** – Les pouvoirs publics s'inquiètent face à l'augmentation des déclarations d'interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) chez les adolescentes (10-17 ans). Notre objectif est de présenter une synthèse des données sur la situation en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Méthodologie** – Les informations recueillies relèvent de deux domaines : (i) données déjà publiées dans les rapports de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse (ii) données non publiées mais rapidement exploitables dans la base de données de l'Agence Intermutualiste ; le niveau de précarité des jeunes femmes est estimé à travers le bénéfice d'une intervention majorée lors du remboursement des prestations.

**Présentation des résultats** – On relève pour l'ensemble du pays un accroissement du nombre d'enregistrements d'interruptions volontaires et déclarées de grossesse au cours du temps, y compris parmi les mineures : ils sont passés pour ces jeunes femmes de 5,3 % du total en 1993, à 6,7 % du total en 2003 ; pour cette dernière année, le recours à une interruption a concerné 65 jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. Parmi ces dernières, 11 étaient âgées de 13 ans ou moins.

Les chiffres concernant les soins facturés pour interruptions de grossesse, qu'elles soient volontaires ou non, sont un peu supérieurs à ceux des enregistrements officiels. Le recours à ces soins est un peu plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne ou qu'en Région flamande ; il est surtout plus marqué parmi les jeunes femmes de milieu socio-économique faible. On relève, pour toute la Belgique en 2002, une soixantaine de cas parmi de très jeunes filles (10-14 ans) ; une proportion importante de ces dernières était en situation précaire.

**Discussion** – L'augmentation des enregistrements au cours du temps ne correspond pas nécessairement à une augmentation du nombre des interruptions réellement pratiquées. Elle peut en effet avoir d'autres causes qui tiennent par exemple à une meilleure communication des données. Des données préoccupantes concernent les interruptions subies par une dizaine de jeunes filles âgées de moins de 14 ans, c'est-à-dire à un âge où les rapports sexuels sont considérés légalement comme un viol. Chez les adolescentes mineures une grossesse sur deux se termine par une interruption volontaire, alors que chez les femmes adultes le cas ne se présente qu'une fois sur 12.

## 5.1. Contexte et objectifs

L'inquiétude des pouvoirs publics face aux interruptions de grossesse chez les adolescentes a été soulignée au chapitre 1 : une Conférence interministérielle de 2001 a souligné la proportion de plus en plus élevée de déclarations d'interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.)<sup>(1)</sup> ; le gouvernement de la Région wallonne a insisté, sur le renforcement des centres de planning familial et l'amélioration de leur accessibilité pour les plus démunies.<sup>(2)</sup>

Une loi de 1990 a dépénalisé partiellement l'avortement.<sup>(3)</sup> Elle donne le choix à toute femme enceinte, déterminée et que son état place en situation de détresse, de demander l'interruption de sa grossesse. Il n'y a pas de méthode imposée ou préconisée par la loi ; le choix revient à la patiente, après dialogue avec le médecin. Rien n'impose aux mineures c'est-à-dire aux jeunes filles de moins de 18 ans, de demander l'autorisation des parents. Le médecin est souverain dans l'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la jeune fille enceinte ; il doit cependant constater qu'elle dispose de la capacité de discernement.<sup>(4)</sup>

Une autre loi de 1990 a institué une Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, chargée d'établir tous les deux ans à l'attention du parlement un rapport statistique détaillé sur base des enregistrements recueillis auprès des médecins, et le cas échéant des recommandations en vue de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse.<sup>(5)</sup>

L'interruption en centre extrahospitalier est remboursée directement à l'institution par un Organisme assureur si le centre a passé une convention avec l'I.N.A.M.I. et si la patiente bénéficie de la sécurité sociale. Ces conventions existent depuis 2002.

Lorsque les centres n'ont pas (encore) signé de convention ou lorsque les soins sont dispensés en hôpital, ils sont facturés par l'intermédiaire de la nomenclature : curetage utérin qui comprend les aspirations et les curetages.

(1) Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Conférence interministérielle Santé publique. Groupe de travail interministériel «Contraception chez les jeunes». Réunion du 11 décembre 2001, 15 p.

(2) <[www.contratdavenir.wallonie.be](http://www.contratdavenir.wallonie.be)>.

(3) *Moniteur belge* 05.04.1990. 3 avril 1990. Loi relative à l'interruption de grossesse.

(4) La loi précise également : «Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.» Il s'agit donc d'une clause de conscience ; cependant «Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention».

(5) Référence du dernier de ces rapports : *Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003), Bruxelles, 2004, 65 p. <[www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf](http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf)>.

La Commission est constituée de seize personnes dont neuf femmes et sept hommes. Huit membres sont médecins dont quatre professeurs d'université, quatre sont juristes et quatre sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance de femmes en état de détresse.

Le présent chapitre a pour objectif de faire la synthèse des informations existantes et de dégager les caractéristiques des adolescentes (10-17 ans), concernées par une interruption de grossesse dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

## 5.2. Méthodologie

Les détails concernant notre méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1.

Les rapports de la Commission d'évaluation fournissent, pour l'ensemble du pays, les enregistrements des déclarations d'I.V.G. par année d'âge. Ces informations sont ventilées par tranche d'âge de 5 ans (10-14, 15-19, etc.) et fournissent notamment : le lieu de l'interruption (à savoir un centre extrahospitalier ou un hôpital), la méthode d'interruption. Le croisement des données par âge et par Région n'est pas publié ; on ne dispose pas d'informations sur le statut socio-économique des demandeuses. Ces rapports sont les seules données quantifiées récoltées systématiquement qui permettent un diagnostic de situation. Vingt-neuf hôpitaux et cliniques francophones (sic) ainsi que 27 centres extrahospitaliers (13 en Région wallonne et 14 en Région de Bruxelles-Capitale) ont fait parvenir un rapport à la Commission d'évaluation en 2003.

L'Agence Intermutualiste (A.I.M.) rassemble et analyse les données portant sur la population couverte par la sécurité sociale.<sup>(6)</sup> Un total de 8,8 % des personnes assurées émargent au régime des indépendants et à ce titre ne bénéficient pas du remboursement des soins non hospitaliers.

L'A.I.M. fournit des informations sur quelques caractéristiques des bénéficiaires et sur le type de prestations qui a donné lieu à un remboursement : (i) d'une part, les soins donnés dans le cadre des conventions avec les centres extrahospitaliers, c'est-à-dire des soins pour interruption volontaire (ii) d'autre part, les prestations effectuées dans les hôpitaux à savoir les curetages utérins, et les soins pour fausses couches entre 4 et 6 mois de grossesse, sans précision sur le caractère volontaire ou non de l'interruption de grossesse.<sup>(7)</sup> Les Organismes assureurs ne disposent pas des indications des curetages utérins. Néanmoins, chez les femmes de moins de 18 ans, les curetages sont le plus souvent effectués pour des problèmes en relation avec une grossesse : fausse couche ou I.V.G.

Le statut socio-économique faible est attribué aux femmes bénéficiant d'une intervention majorée des soins de santé.

## 5.3. Présentation des données

### Déclarations d'interruptions volontaires de grossesse

Les rapports de la Commission d'évaluation mettent en évidence un accroissement du nombre de déclarations au cours du temps, y compris parmi les mineures. Les enregistrements sont passés pour ces dernières de 5,3 % du total en 1993 à 6,7 % du total en 2003 (tableau 5.1).

**Tableau 5.1. Evolution dans le Royaume, de l'enregistrement des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) ; selon la tranche d'âge.**

Source : Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, 2004.

Année	Nombre d'I.V.G.		
	< 15 ans	< 18 ans	Total 10-49 ans
1993	35	551	10 380
1994	48	615	10 737
1995	41	727	11 243
1996	37	802	12 628
1997	46	797	12 666
1998	58	906	11 999
1999	33	895	12 374
2000	46	890	13 758
2001	75	1008	14 769
2002	63	989	14 790
2003	65	975	15 589

(6) <[www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)> et <[www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be)>.

(7) Il est à noter que 2002 est l'année de mise en place des conventions INAMI avec les centres extrahospitaliers. Certaines de leurs interventions étaient donc encore remboursées sous le code «curetage» comme dans les hôpitaux.

En 2003, le recours à une interruption a concerné 65 jeunes filles âgées de moins de 15 ans, parmi lesquelles 11 avaient moins de 14 ans. Les chiffres étaient un rien inférieurs l'année précédente (l'évolution annuelle pour les moins de 14 ans est présentée au chapitre 8).

Près de 90 % des très jeunes filles (10-14 ans) invoquent une «situation de détresse personnelle» comme cause de demande, alors que cette cause est exprimée par 75 % des femmes âgées de moins de 20 ans, et par 48 % des femmes plus âgées. Les autres causes invoquées par les très jeunes filles concernent les problèmes relationnels (5 %), les difficultés matérielles (2 %) et les cas de viols et/ou inceste (un peu moins de 2 % chacun).

La méthode d'interruption la plus utilisée chez les jeunes femmes de moins de 20 ans est représentée par l'aspiration utérine (dans 80 % des cas), suivie de l'ingestion de mifépristone (10 %) et du curetage utérin (9 %) ; ces proportions sont quasi identiques à celles observées dans la tranche d'âge supérieure.

En ce qui concerne les établissements de soins, deux informations sont disponibles. Pour la tranche d'âge 10-19 ans : 78 % des interruptions - tous âges confondus, dans le pays - ont pris place dans les centres extrahospitaliers, et 22 % dans des hôpitaux ou cliniques ; ces proportions sont quasi identiques à celles observées dans la catégorie d'âge supérieure. Par ailleurs, pour toutes les tranches d'âge une ventilation est disponible selon les Régions et Provinces. A Bruxelles-Capitale 81 % des interruptions ont lieu dans des centres extrahospitaliers, alors qu'en Wallonie le chiffre tombe à 61 % avec des extrêmes allant de 35 % en Hainaut à 92 % en Luxembourg.

La pratique déclarée de l'I.V.G. est beaucoup plus fréquente parmi les femmes enceintes jeunes que parmi celles plus âgées. En effet, plus d'une grossesse de mineure sur deux se termine par une I.V.G., alors que chez les plus âgées la probabilité est de une sur douze, comme il a été montré en 1997, c'est-à-dire la dernière année pour laquelle on dispose de la distribution des naissances vivantes et mortes selon l'âge de la mère<sup>(8)</sup> (tableau 5.2).

**Tableau 5.2. Nombre et % d'interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) par rapport au nombre de conception, année 1995 ; selon la tranche d'âge.**

Source pour les I.V.G. : Rapport de la Commission d'évaluation de la loi sur l'interruption de grossesse, 1997 en Belgique ; source pour les grossesses : Tafforeau et al., I.S.P., 2000.

Ratio I.V.G./ conception*	Tranche d'âge			
	< 18 ans	< 20 ans	20 ans et +	Total
Nombre	727/1356	1561/4554	8955/121455	11243/127365
%	54	34	7	9

\* nombre de conceptions = nombre de naissances vivantes + nombre de mort-nés + nombre d'I.V.G.

La Commission d'évaluation dans son rapport de 2002, a mis en évidence quelques constats émis par les institutions de la Région de Bruxelles-Capitale : augmentation sensible du nombre d'I.V.G. chez les jeunes, accroissement de la fréquentation des institutions par des personnes émanant des communautés culturelles arabe, turque, espagnole, congolaise, sud-américaine... Ces institutions insistent sur la nécessité d'une information qui puisse s'adresser à ces publics nouveaux, en tenant compte de leur langue et de leur appartenance religieuse et philosophique.

## Soins facturés pour interruption de grossesse

En 2002 dans le pays, 2,1 jeunes femmes parmi 1000 assurées dans le régime général âgées de 10 à 17 ans, ont été remboursées pour des prestations dans le cadre (i) d'une convention I.V.G. (ii) d'un curetage utérin ou de soins pour fausse couche (tableau 5.3). Cinquante-neuf de ces adolescentes étaient âgées de moins de 15 ans.

La Région de Bruxelles-Capitale montre un taux un peu plus élevé que la Région wallonne.

**Tableau 5.3. Femmes âgées de 10-17 ans qui ont bénéficié en 2002 de prestations dans un centre extrahospitalier à la suite d'une convention pour interruption de grossesse, ou de prestations dans un hôpital pour curetage utérin ou pour fausse couche, nombre et ‰ dans la tranche d'âge ; selon la Région de résidence.**

Source : Agence Intermutualiste, 2002.

Résidence	Femmes soignées	
	n	‰ dans la tranche d'âge
Région wallonne	386	2,3
Région de Bruxelles-Capitale	115	2,7
Région flamande	541	2,0
Royaume	1 044	2,1

(8) Tafforeau J, Van Oyen H, Drieskens S, Pirenne Y, Deroubaix J, Binon J et Diamant M. *Naissances, mortalité périnatale et infantile, statistiques 1993-1995*. Bruxelles, CROSP, ISP, 2000, p. 48-49.

Dans le tableau 5.4 qui reprend des données sur l'ensemble de la Belgique, on constate que la proportion de jeunes femmes qui ont été remboursées pour des soins liés à une interruption de grossesse est plus élevée parmi celles de statut socio-économique faible (4,6 ‰ versus 1,9 ‰ pour les assurées ordinaires).

**Tableau 5.4. Femmes âgées de 10-17 ans qui ont bénéficié en 2002 de prestations dans un centre extrahospitalier à la suite d'une convention pour interruption de grossesse, ou de prestations dans un hôpital pour curetage utérin ou pour fausse couche, pour l'ensemble de la Belgique, nombre et ‰ dans la tranche d'âge ; selon la catégorie sociale.**

Source : Agence Intermutualiste, données 2002.

Catégorie sociale	Femmes soignées	
	n	‰ dans la tranche d'âge
Non-bénéficiaires d'intervention majorée	866	1,9
Bénéficiaires d'intervention majorée	176	4,6
Total	1 042	2,1

## 5.4. Discussion

### Validité des données

Il faut constater une évidente convergence des résultats présentés par les deux fournisseurs d'informations. Les interruptions recensées officiellement dans tout le Royaume en 2002 par la Commission d'évaluation concernaient 989 mineures dont 63 âgées de moins de 15 ans. De son côté, et par une approche différente, l'A.I.M. trouve des chiffres très proches : 1 044 et 59. Cette validation apparente de l'approche suivie par l'Agence pour l'année 2002 doit cependant demander confirmation dans les années à venir.

Dans les conclusions des rapports de la Commission d'évaluation on peut lire : «Pour diverses raisons qui ont varié dans le temps les chiffres contenus dans ce rapport ne sont pas d'une précision scientifique (...) L'augmentation des chiffres ne correspond pas nécessairement à une augmentation (...) du nombre des interruptions réellement pratiquées. Elle peut en effet avoir d'autres causes qui tiennent à une meilleure compréhension des médecins et des institutions, des attentes de la loi, à une généralisation progressive de la communication des données (...) Les chiffres ne permettent pas de fournir une explication scientifique des fluctuations dans le temps et des différences locales». Dans un rapport précédent la Commission soulignait que certaines institutions, surtout des hôpitaux, ne déclarent pas le nombre d'avortements enregistrés dans leurs services.

L'A.I.M. de son côté ne peut préciser dans quelle mesure les soins facturés pour curetage ou pour fausse couche concernent des interruptions volontaires ou spontanées.

Dans Le Soir du 14 novembre 2002 on peut lire que «Plusieurs sénateurs remettent en cause l'utilité de la Commission dans sa forme actuelle compte tenu de son incapacité de fournir une explication scientifique aux fluctuations observées. Un sénateur suggère que l'Institut scientifique de santé publique centralise toutes les données d'enregistrement. Un autre sénateur suggère, lui, la suppression de la Commission et réclame une évaluation plus qualitative que quantitative de la pratique de l'avortement». Il paraît difficile de partager les mauvaises humeurs de ces sénateurs ; la Commission agit strictement dans le cadre de son mandat. Elle est la seule institution à pouvoir fournir des informations fiables - bien que très probablement incomplètes - à partir d'enregistrements portant sur plus de 10 ans.

### Image de la situation

Comme l'a souligné la Commission d'évaluation, l'accroissement décennal du nombre d'enregistrements d'I.V.G. parmi les adolescentes peut être partiellement expliqué par un biais d'information.

Le recours à l'interruption de grossesse est un peu plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne ou qu'en Région flamande ; il est surtout bien plus marqué parmi les jeunes femmes de milieu socio-économique faible.

Les données mettent surtout en évidence qu'en 2003, le recours à une interruption a concerné plus d'une soixantaine de jeunes filles âgées de moins de 15 ans, dont une dizaine âgées de moins de 14 ans, c'est-à-dire à un âge où les rapports sexuels sont considérés de façon irréfragable par le législateur comme un viol (voir chapitre 8).

Une grossesse d'adolescente sur deux se terminait en 1995 par une interruption volontaire. En France, chez les moins de 18 ans, les deux tiers des grossesses sont interrompues, la proportion diminuant avec l'âge : à 14 ans, environ six grossesses sur sept font l'objet d'une I.V.G.<sup>(9)</sup> De toutes façons, le taux d'I.V.G. déclaré en Belgique est un des plus bas d'Europe<sup>(10)</sup> ; on pouvait même affirmer en 1999 que la Belgique était, juste derrière les Pays-Bas, le quatrième pays au monde où l'on avortait le moins : 6,8 I.V.G. pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) pour une moyenne mondiale de 35.<sup>(11)</sup>

On ne dispose pas d'informations structurées dans le domaine des connaissances, attitudes et motivations des adolescentes en ce qui concerne les risques liés aux rapports sexuels non protégés et les grossesses non désirées (voir chapitre 3). Il existe des déficiences dans l'usage de contraceptifs efficaces parmi les adolescentes qui ont introduit une demande d'I.V.G. (voir chapitre 4). Notons que le lien qui unit accroissement de la contraception et diminution de l'I.V.G. est très complexe et n'a été bien mis en évidence que ces dernières années.<sup>(12)</sup>

Le rapport de la Commission d'évaluation de 2002 portant sur toutes les tranches d'âge, constate :

- beaucoup de patientes hésitantes face à un avortement se décident par la crainte de l'avenir face au peu de moyens financiers
- une institution signale que «l'angoisse d'être seule et de devoir assumer un enfant, la crainte de perdre un emploi, la peur de ne pouvoir poursuivre une ambition professionnelle déjà bien engagée, l'impossibilité de faire face à la pression familiale et sociale, à la charge financière que représente l'éducation d'un enfant» constituent les motivations d'un nombre non négligeable de femmes pour interrompre leur grossesse
- l'I.V.G. reste un sujet tabou
- la contraception doit, dans bien des cas, être longuement expliquée, et il y a souvent lieu de surmonter des a priori négatifs concernant la pilule
- il existe une méconnaissance de la pilule du lendemain ou une confusion entre pilule du lendemain et pilule abortive.

Une gynécologue gantoise déclare dans une interview<sup>(13)</sup> : «On dit aux jeunes d'utiliser le préservatif. On devrait, en même temps leur conseiller la pilule. Et rappeler qu'en cas d'échec ou d'oubli du préservatif, existe la pilule du lendemain. Beaucoup de très jeunes filles n'osent pas demander la pilule de peur de devoir subir un examen gynécologique. Il faudrait leur dire qu'au départ ce n'est pas nécessaire, qu'elles peuvent simplement s'adresser à leur généraliste. Reste enfin un problème financier. Le 'budget pilule' est assez élevé. Surtout pour des jeunes. Aux Pays-Bas, qui a le taux d'avortements le plus bas du monde, l'avortement est gratuit, mais la contraception aussi.»

(9) Deschamps *et al. Op. cit.*

(10) Rifflet M, coprésidente de la Commission d'évaluation. Interview dans *Le Soir*, 14 novembre 2002.

(11) *Sharing Responsibility: Women Society & Abortion Worldwide*. New York, Allan Guttmacher Institute, June 1999, 57p. <agi-usa.org/pubs/sharing.pdf>.

(12) Shears KH. *Recul des I.V.G. quand la contraception progresse*. Network en français, Family Health International, 2002, 21, 4, 38-35.

(13) Bellens R, coordinatrice médicale du Collectif Contraception de Gand. Interview dans *Le Soir*, 1er avril 1999.



# 6. Naissances

Douchan Beghin, Catherine Lucet et Samuel Ndamé

## Résumé

**Contexte et objectifs** – Les pouvoirs publics expriment clairement leur inquiétude face aux naissances chez les adolescentes (10-17 ans). Notre objectif est de présenter une synthèse des données existant en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

**Méthodologie** – Nous présentons des données publiées ou aisément accessibles dans deux bases de données : d'une part l'Agence Intermutualiste à partir de relevés de facturations de soins de santé, d'autre part l'Office de la Naissance et de l'Enfance à partir des avis de naissance.

**Présentation des données** – Les naissances ou les accouchements chez les adolescentes concernent chaque année 1 à 2 % de cette population. Le phénomène est associé : (i) à la résidence en Région wallonne (et peut-être davantage en Hainaut que dans les autres provinces) (ii) à une nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (iii) et surtout à une situation de précarité sociale.

Les naissances vivantes ou les accouchements parmi les très jeunes femmes (moins de 15 ans) restent un phénomène très rare ; il semble qu'une moyenne de 10 annuellement pourrait être estimée pour l'ensemble des deux Régions.

On observe une association entre le fait d'être une mère jeune, et l'absence de suivi avant l'accouchement ou le retard à une première consultation. La situation est la plus préoccupante en Région de Bruxelles-Capitale, parmi les jeunes femmes non belges, parmi celles en situation précaire.

La proportion d'accouchements par césarienne est inférieure chez les jeunes femmes en comparaison des femmes plus âgées.

Il y a davantage d'enfants nés prématurément ou nés avec un poids de naissance insuffisant, chez les jeunes mères ; les différences sont d'autant plus marquées que ces mères vivent isolées. La mise au sein à la maternité est moins fréquente parmi les mères résidant en Région wallonne, parmi celles de nationalité belge et parmi celles vivant en situation de précarité sociale.

**Discussion et conclusions** – Notre étude ne constate pas d'aggravation récente de la situation. Toutes les adolescentes ne sont pas égales face au risque de grossesse, surtout si elles habitent en Province du Hainaut ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, si elles vivent en situation précaire, si elles sont de nationalité africaine subsaharienne.

(1) Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2002-2003. Dossier spécial : mères adolescentes. Bruxelles, 2003, 70 p. <[www.one.be](http://www.one.be)>.

(2) Référence du dernier de ces rapports : *Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003.) Bruxelles, 2004, 65 p. <[www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf](http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf)>.

(3) Arrêté royal du 24 mars 2004. <[www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions](http://www.inami.fgov.be/secure/fr/contraceptions)>.

(4) *Ministère des affaires économiques*. Statistiques démographiques - naissances en 1997. Bruxelles, Institut national de statistique, 2002, <[www.statbel.fgov.be/home\\_fr.asp](http://www.statbel.fgov.be/home_fr.asp)>.

## 6.1. Contexte et objectifs

L'inquiétude des pouvoirs publics face aux grossesses d'adolescentes a été clairement exprimée au chapitre 1 : l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) a montré son intérêt envers les mères adolescentes qui sont estimées en «situation de grande vulnérabilité»<sup>(1)</sup> ; la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse a insisté sur la nécessité de faciliter l'accès des jeunes à la pilule du lendemain<sup>(2)</sup> ; le ministre de la santé publique et des affaires sociales a mis en place une mesure «contraception-jeunes»<sup>(3)</sup> (voir chapitre 4).

Des informations sur la problématique n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'une synthèse. Les objectifs du présent chapitre sont de dégager, dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, quelques caractéristiques des mères jeunes c'est-à-dire âgées de 10 à 17 ans, et de leurs enfants.

## 6.2. Méthodologie

Les détails concernant notre méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1.

(i) L'Institut national de statistique (I.N.S.) fournit, à partir du Registre national des personnes physiques, des informations actualisées sur la taille des populations et sur la distribution des naissances selon le lieu de résidence de la mère.<sup>(4)</sup> Les précisions sur l'âge de la mère, ne sont par contre disponibles que jusqu'en 1997.

(ii/a) L'Agence intermutualiste (A.I.M.) rassemble et analyse les données portant sur la population couverte par la sécurité sociale. <sup>(5)</sup> L'A.I.M. fournit d'une part des informations sur quelques caractéristiques des bénéficiaires et d'autre part sur le type de prestation qui a donné lieu à un remboursement :

- consultations de gynécologues, généralistes et infirmières accoucheuses, dans les neuf mois qui précèdent un accouchement
- accouchement par voie basse ou par césarienne.

La facturation d'une consultation ne permet pas de connaître la raison de cette consultation, à savoir si elle s'est inscrite dans un cadre prénatal ou dans un cadre hors d'un suivi prénatal. De même la facturation d'un accouchement ne précise pas s'il s'agit d'une naissance unique ou multiple, et ne donne aucune indication sur l'état de santé de l'enfant, ni même si l'enfant est né vivant ou mort. Un statut socio-économique faible est attribué aux femmes bénéficiant de l'intervention majorée des soins de santé.

(ii)b/ La Banque de données médico-sociales de l'O.N.E. rassemble et analyse des données sur le nouveau-né et la mère en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale.<sup>(6)</sup> L'O.N.E. vise dans ces deux Régions les populations francophones, qu'elles soient inscrites ou non au Registre national. Sont donc exclues pour la Région wallonne les femmes des cantons de l'est, et pour la Région de Bruxelles-Capitale les femmes néerlandophones. L'Office estime que 90 % de la population de Bruxelles peut être considérée comme francophone.

Les «Avis de naissance» sont récoltés par les travailleuses médico-sociales (T.M.S.) suivant plusieurs procédures. (i) Les T.M.S. interrogent les mères dans 45 maternités parmi les 47 existant en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale (y inclus l'AZ VUB). (ii) Lorsqu'un contact en maternité n'est pas possible, les T.M.S. se tournent vers le Registre des naissances de la maternité. (iii) En dernier recours, elles consultent le Registre d'état civil au sein des Administrations communales et y relèvent les déclarations faites en français. Ces informations leur permettent d'éventuellement contacter les mères à leur domicile. Le taux de contacts fructueux avec les mères concerne environ 90 % des naissances. Chaque avis de naissance identifie des caractéristiques de l'enfant et de la mère ; pour les naissances gémellaires qui concernent 1,5 % des naissances, deux avis sont établis.

L'Office a fourni des analyses portant d'une part sur :

- l'âge de la mère
- la province de résidence
- la nationalité
- la situation relationnelle : la mère vit-elle en couple/ en famille ou bien vit-elle isolée/ en maison d'accueil

et d'autre part :

- le suivi prénatal c'est-à-dire le bénéfice d'au moins une consultation prénatale
- le mode d'accouchement : par voie basse, par section césarienne, par ventouse ou forceps ou manœuvre sur siège
- l'âge gestationnel du nouveau-né
- le poids de naissance
- la mise au sein en maternité.<sup>(7)</sup>

Un statut socio-économique faible est attribué aux mères dans une situation relationnelle précaire : isolée ou en maison d'accueil.

Dans un «Dossier spécial : mères adolescentes»<sup>(8)</sup> l'O.N.E. a regroupé des données cumulées par tranche de cinq années. Nous avons procédé de même en regroupant les années 1998 à 2002 ; ceci permet d'obtenir des effectifs suffisants pour certaines variables à étudier. L'O.N.E. travaille habituellement avec des tranches d'âge de 5 en 5 ans ; des analyses sur les jeunes femmes âgées de 10 à 17 ans ont été effectuées pour la présente recherche.

Nous étudierons les adolescentes de 10 à 17 ans qui ont accouché, et leurs nouveau-nés dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

De 1998 à 2002 l'O.N.E. enregistrait 219 635 naissances, soit plus de 90% des naissances francophones attendues dans les deux Régions.

(5) <[www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)> et <[www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be)>.

(6) <[www.one.be](http://www.one.be)>.

(7) La mise au sein précoce et/ ou l'allaitement maternel exclusif sont conseillés par l'O.N.E., et soutenus par la «Déclaration conjointe de l'O.M.S. et de l'UNICEF», Genève 1992.

(8) *Office de la Naissance et de l'Enfance. Op. cit.*

## 6.3. Présentation des données

### Naissances ou accouchements

Les deux Régions que nous étudions ont enregistré officiellement en 1997 : 403 naissances parmi les mineures (dont 9 parmi les moins de 15 ans), alors que la Région flamande n'en enregistrerait que 256 (dont 4 parmi les moins de 15 ans).

Si l'on se réfère aux populations cibles on constate parmi 1000 résidentes âgées de 10 à 17 ans en Région wallonne : 1,9 a accouché dans l'année ; ce ratio est légèrement plus élevé qu'en Région de Bruxelles-Capitale. La Région flamande montre un chiffre inférieur de moitié (voir tableau 6.1).

**Tableau 6.1. Total des naissances, et proportion de naissances pour 1000 femmes résidentes, par tranche d'âge de la mère en 1997 ; selon la région de résidence.**

Source : Institut national de statistique, 2002.

Résidence	Naissances			
	10-17 ans		18-49 ans	
	total	pour 1000 femmes	total	pour 1000 femmes
Région wallonne	325	1,9	38 029	51,7
Région de Bruxelles-Capitale	78	1,8	13 338	56,7
Région flamande	256	0,9	64 184	48,6
Royaume	659	1,4	115 551	50,4

La distribution par province n'est pas disponible pour les naissances parmi les jeunes femmes de moins de 18 ans ; elle existe cependant pour les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans. Les ratios les plus élevés sont atteints dans les Provinces du Hainaut (4,3 ‰) et de Liège (3,4 ‰) largement devant celles de Namur (2,9 ‰), du Luxembourg (2,7 ‰) et surtout devant celle du Brabant wallon (1,3 ‰).

De son côté, l'A.I.M. nous donne des informations sur les accouchements parmi les mineures en 2002. Les Organismes assureurs ont procédé au remboursement de 293 factures pour des adolescentes (10-17 ans) dans les deux Régions de notre étude ; quatre de ces mineures avaient moins de 15 ans.

Si l'on se réfère aux populations cibles, on constate en Région wallonne parmi 1000 assurées de 10 à 17 ans, que 1,5 ont accouché dans l'année ; ce ratio est plus élevé qu'en Région de Bruxelles-Capitale. La Région flamande montre un chiffre largement inférieur (voir tableau 6.2).

**Tableau 6.2. Total des accouchements, et proportion d'accouchements pour 1000 femmes assurées sociales, par tranche d'âge de la mère en 2002 ; selon la région de résidence.**

Source : Agence intermutualiste, 2005.

Résidence	Accouchements			
	10-17 ans		18-49 ans	
	total	pour 1000 femmes	total	pour 1000 femmes
Région wallonne	247	1,5	35 021	48,5
Région de Bruxelles-Capitale	46	1,1	12 398	55,5
Région flamande	154	0,6	56 477	43,1
Royaume	447	0,9	104 093	45,7

Une analyse par province montre des taux variant de 2,1 ‰ en Hainaut à 0,45 ‰ en Brabant wallon ; néanmoins vu la faiblesse des effectifs, les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Au niveau du Royaume, les femmes âgées de 10 à 17 ans bénéficient plus fréquemment que les autres, pour leur accouchement, d'une intervention financière majorée (4,1 ‰ versus 0,6 ‰).

L'O.N.E. a relevé en 2002 : 442 avis de naissances parmi les femmes de moins de 18 ans dont 17 parmi les moins de 15 ans.

Le tableau 6.3 cumule des informations de 1998 à 2002. En Région wallonne pour 100 naissances enregistrées tous âges confondus –parmi les femmes pour lesquelles l'âge est connu– une concerne une adolescente ; le chiffre le plus élevé est atteint dans la province du Hainaut avec 1,2, et le plus bas en Brabant wallon avec 0,4. Dans la Région de Bruxelles-Capitale la proportion est de 0,7.

Parmi les femmes pour lesquelles la nationalité est connue, on constate que la proportion de naissances avant 18 ans est plus marquée chez les Belges que chez les femmes d'une autre nationalité à l'exception importante des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne. La caractéristique la plus nette à souligner parmi ces jeunes mères interrogées peu après la naissance est leur situation relationnelle précaire. Sur un total de 1676 avis collectés pendant les cinq années, 44% notent une situation d'isolée ou de vie en maison d'accueil ; le chiffre s'élève à 74% si on retient les seules 57 très jeunes femmes (10-14 ans). Par comparaison, dans la tranche d'âge 18-49 ans il n'y a que 4,5 % des mères dans de telles situations. Si on revient aux mineures on constate par ailleurs que cet indicateur de précarité sociale concerne deux fois plus les Bruxelloises (13,6 % d'entre elles) que les Wallonnes (6,6 %).

**Tableau 6.3. Distribution en pour cent des naissances, par tranche d'âge de la mère ; selon trois caractéristiques socio-culturelles de la mère. Données cumulées de 1998 à 2002.**

Source : Avis de naissance, O.N.E., 2003.

Caractéristiques de la mère	N	% de naissances	
		Âge de la mère	
		10-17 ans	18-49 ans
<b>Résidence</b>			
Région wallonne	170 372	1,0	99,0
Hainaut	65 001	1,2	98,9
Liège (cantons de l'est exclus)	51 539	1,0	99,0
Namur	24 653	1,0	99,0
Luxembourg	13 906	0,9	99,1
Brabant wallon	15 273	0,4	99,9
Région de Bruxelles-Capitale (femmes francophones)	49 263	0,7	99,3
total	219 635	0,9	99,1
<b>Nationalité d'origine</b>			
belge	141 789	1,1	98,9
non belge	36 080	0,8	99,2
d'Afrique noire	4 212	1,8	98,2
européenne	15 746	0,7	99,3
d'Afrique méditerranéenne/ turque	14 275	0,7	99,3
autres	1 847	0,8	99,2
total (inconnues : 19 %)	177 869	1,0	99,0
<b>Situation relationnelle</b>			
vit en couple ou en famille	159 674	0,6	99,4
vit isolée ou en maison d'accueil	9 615	7,6	92,4
total (inconnues : 23 %)	169 289	1,0	99,0

Pour l'année 2003, l'O.N.E. signale cinq naissances parmi les jeunes femmes de moins de 14 ans. L'ensemble des mères dénombrées est de 48 379.

Nous disposons de données officielles pour la Région de Bruxelles-Capitale. <sup>(9)</sup> La proportion de naissances chez des adolescentes de moins de 18 ans est de 0,6 % et ne varie pas d'une année à l'autre. Si on prend une limite supérieure, on constate que «la proportion de mères de moins de 20 ans décroît ; elles représentaient 6,7 % des naissances en 1980 et 3,2 % en 2002.»

## Suivi avant l'accouchement

L'A.I.M. a sélectionné les 23 824 femmes pour lesquelles un accouchement a été facturé au cours du 4e trimestre de l'année 2002, pour l'ensemble de la Belgique. Parmi ces femmes, 150 sont âgées de 10 à 17 ans (20 bruxelloises, 90 wallonnes et 40 flamandes).

L'Agence a étudié les prestations de soins facturées dans les neuf mois qui précèdent l'accouchement : remboursement d'au moins une consultation chez un gynécologue, un médecin généraliste ou une infirmière accoucheuse. Pour l'ensemble du pays, 1,5 % des femmes qui ont accouché n'ont pas introduit de demande de remboursement. Cette proportion est légèrement plus élevée à Bruxelles (2,1 %) qu'en Flandres (1,4 %) ou en Wallonie (1,2 %). Il y a peu de différence entre les assurées ordinaires (1,5% de non consultantes) et les bénéficiaires de l'intervention majorée (1,8 %). L'Agence a ensuite étudié les demandes de remboursement pour le premier trimestre de la grossesse : 10 % des femmes n'ont pas passé de consultation. Pour les jeunes de 10 à 17 ans, elles sont 46 sur 150 (30,7 %) à ne pas avoir consulté au premier trimestre de la grossesse.

(9) *Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. Tableau de bord de la santé, Région de Bruxelles-Capitale, 2004. Bruxelles, 2004, 156 p. <www.observatbru.be>.*

La Banque de données de l'O.N.E. montre que 3,0 % des jeunes mères (10-17 ans) déclarent ne pas avoir du tout été suivies pendant leur grossesse, c'est-à-dire dix fois la proportion observée chez les plus âgées (tableau 6.4). Cette situation est surtout marquée parmi les Bruxelloises. Elle est également plus marquée parmi les femmes d'une nationalité autre que belge et parmi celles vivant isolées ou en maison d'accueil ; il faut cependant noter pour ces deux dernières caractéristiques les nombres importants de données inconnues.

**Tableau 6.4. Pourcentages de mères qui n'ont pas suivi de consultation prénatale, par tranche d'âge ; selon trois caractéristiques socio-culturelles. Données cumulées de 1998 à 2002.**

Source : Avis de naissance, O.N.E., 2003.

Caractéristiques	Pas de suivi prénatal			
	10-17 ans		18-49 ans	
	N	%	N	%
<b>Région de résidence</b>				
Wallonie (cantons de l'est exclus)	1692	2,1	162 742	0,2
Bruxelles (uniquement femmes francophones)	344	7,3	47 159	0,6
total (Inconnues : 3,5 %)	2036	3,0	209 901	0,3
<b>Nationalité d'origine</b>				
belge	1504	1,4	136 164	0,2
non belge	284	8,8	34 896	0,7
total (Inconnues : 21,3 %)	1788	2,6	171 060	0,3
<b>Situation relationnelle</b>				
en couple ou en famille	911	2,2	154 069	0,2
isolée ou en maison d'accueil	710	3,8	8 707	1,5
total (Inconnues : 25,1 %)	1641	2,7	162 776	0,3

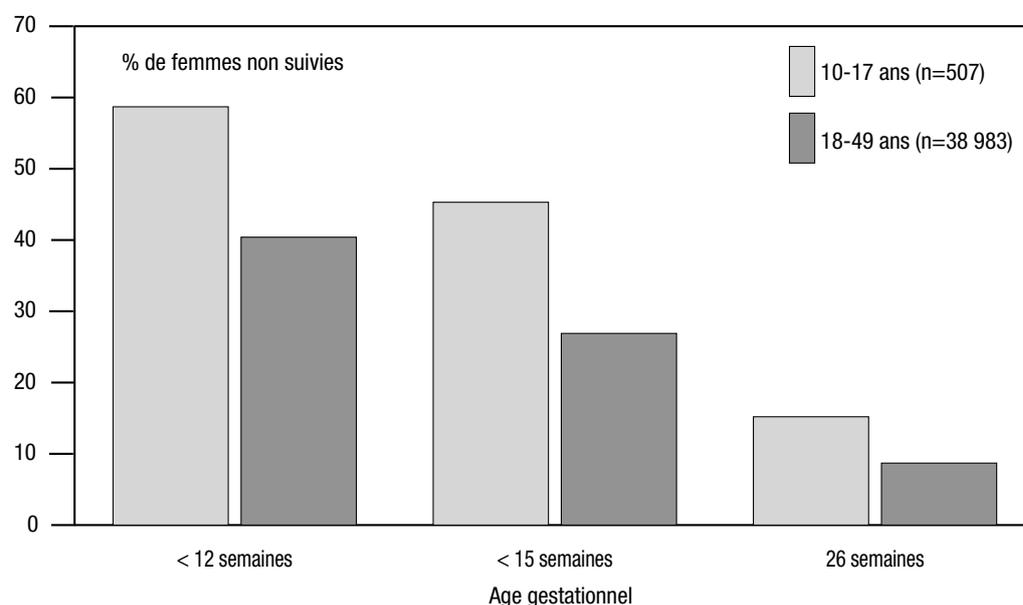
Une analyse plus détaillée parmi les non-Belges montre que la situation est la plus préoccupante parmi les jeunes femmes de nationalité d'origine européenne, comparée aux femmes de nationalité d'origine non européenne.

Une autre source de l'O.N.E. fournit des informations sur la fréquentation des 46 structures assurant la consultation prénatale. <sup>(10)</sup> Le taux de couverture est estimé à 25,4 % des femmes enceintes de la Communauté française.

L'analyse montre que les femmes jeunes sont prises en charge plus tardivement que les femmes plus âgées ; le suivi est dit tardif au-delà de 15 semaines (figure 6.1).

**Figure 6.1. Pourcentage de femmes enceintes non suivies par une consultation prénatale de l'O.N.E., par catégories d'âge ; selon l'âge gestationnel, données cumulées 1998-2002.**

Source : Volet prénatal, O.N.E., 2003.



(10) Office de la Naissance et de l'Enfance. Rapport d'activités 2002. Bruxelles, 208 p + annexes. <www.one.be>.

## Mode d'accouchement

Les données de l'A.I.M. montrent que le taux moyen de césariennes est de 18,0 % pour l'ensemble des femmes. Il est de 12,8 % pour les adolescentes (n=57 de 10 à 17 ans) et augmente ensuite de façon linéaire pour atteindre 26,2 % parmi les femmes de 45 à 49 ans. Le fait de bénéficier ou non d'une intervention majorée influence globalement assez peu le risque d'accouchement par césarienne : 18,4 % versus 18,0 %. Lorsque les chiffres sont analysés par tranche d'âge, les chiffres sont petits et les variations peuvent être aléatoires. Le faible nombre d'accouchements chez les jeunes femmes âgées de moins de 18 ans ne permet pas de mettre en évidence, l'existence de différences régionales.

L'O.N.E. effectue un constat identique ; la fréquence d'accouchement par voie de césarienne est plus faible parmi les jeunes mères (10,5 % du total des accouchements de 10 à 17 ans) que parmi leurs aînées (16,6 %) (voir tableau 6.5). Les données de l'O.N.E. agrègent cinq années ; une analyse plus détaillée montre une nette tendance annuelle à la hausse : 7,5 % en 1998 et 13,2 % en 2002. La fréquence est plus faible parmi les Bruxelloises et parmi les non-Belges. Elle est également plus faible parmi les femmes vivant en couple ou en famille ; il faut cependant noter pour cette dernière caractéristique le nombre important de données inconnues.

**Tableau 6.5. Nombre de femmes qui ont accouché par voie de césarienne et pourcentages de celles-ci dans la tranche d'âge ; selon trois caractéristiques socio-culturelles. Données cumulées de 1998 à 2002.**

Source : Avis de naissance, O.N.E., 2003.

Caractéristiques	Césariennes			
	10-17 ans		18-49 ans	
	N	%	N	%
<b>Résidence</b>				
Région wallonne *	1698	11,2	163 396	16,5
Région de Bruxelles-Capitale **	349	7,2	1 698	16,7
total (Inconnues : 5,5 %)	2047	10,5	205 477	16,6
<b>Nationalité d'origine</b>				
belge	1514	11,0	137 455	16,1
non belge	533	9,0	68 022	17,5
total (Inconnues : 5,5 %)	2047	10,5	205 477	16,6
<b>Situation relationnelle</b>				
en couple ou en famille	931	8,5	8 806	16,0
isolée ou en maison d'accueil	727	13,3	155 350	16,1
total (Inconnues : 24,5 %)	1658	10,6	164 156	16,1

\* cantons de l'est exclus

\*\* uniquement femmes francophones.

## Caractéristiques des nouveau-nés

L'O.N.E. montre que la fréquence d'enfants nés prématurément est plus élevée parmi les jeunes mères (7,8 %) que parmi leurs aînées (6,4 %) : voir tableau 6.6. Le même constat est observé pour le poids de naissance insuffisant (8,2 % versus 6,2%). Les chiffres défavorables concernent davantage les jeunes femmes bruxelloises ou vivant en situation précaire. Il faut noter que chez les Belges on observe moins de prématurité mais plus d'insuffisance pondérale.

La proportion de nouveau-nés ne bénéficiant pas d'allaitement maternel à la maternité est nettement plus élevée si la mère est jeune (41,3 %) que si elle est plus âgée (26,7 %). Les nouveau-nés non allaités se trouvent bien plus en Région wallonne, chez les Belges et chez les femmes isolées ou vivant en maison d'accueil.

**Tableau 6.6. Nombre de naissances vivantes, et pourcentage de celles-ci dans la tranche d'âge de la mère ; selon trois caractéristiques médicales. Données cumulées de 1998 à 2002.**

Source : Avis de naissance, O.N.E., 2003.

Caractéristiques	Naissances			
	Âge de la mère			
	10-17 ans		18-49 ans	
	N	%	N	%
<b>Âge gestationnel &lt;37 semaines</b>				
Résidence				
Région wallonne *	1683	7,6	164 891	6,6
Région de Bruxelles-Capitale **	347	8,6	47 364	5,7
total (Inconnues : 2,4 %)	2030	7,8	212 255	6,4
Nationalité d'origine				
belge	1503	7,3	137 144	6,6
non belge	284	9,5	34 811	5,8
total (Inconnues : 20,9 %)	1787	7,6	171 955	6,4
Situation relationnelle				
en couple ou en famille	921	7,7	154 925	8,6
isolée ou en maison d'accueil	712	8,3	8 684	6,3
total (Inconnues : 24,8 %)	1633	8,0	163 609	6,4
<b>Poids de naissance &lt; 2500 g</b>				
Résidence				
Région wallonne *	1719	8,1	168 280	6,6
Région de Bruxelles-Capitale **	360	8,3	48 701	5,1
total (Inconnues : 0,3 %)	2079	8,2	216 981	6,2
Nationalité d'origine				
belge	1526	8,0	140 062	6,6
non belge	296	6,4	35 689	5,2
total (Inconnues : 19,2 %)	1822	7,7	175 751	6,3
Situation relationnelle				
en couple ou en famille	1460	6,7	158 374	9,8
isolée ou en maison d'accueil	209	8,4	8 864	6,1
total (Inconnues : 23,1 %)	1669	8,2	167 238	6,3
<b>Non mise au sein à la maternité</b>				
Résidence				
Région wallonne *	1559	45,4	147 048	30,0
Région de Bruxelles-Capitale **	314	20,7	35 039	12,6
total (Inconnues : 16,2 %)	1873	41,3	182 087	26,7
Nationalité d'origine				
belge	1421	45,9	126 695	30,1
non belge	265	18,1	32 285	15,9
total (Inconnues : 26,7 %)	1686	41,5	158 980	27,2
Situation relationnelle				
en couple ou en famille	868	34,6	144 607	25,2
isolée ou en maison d'accueil	690	48,4	8 205	35,3
total (Inconnues : 29,7 %)	1558	40,7	152 812	25,7

\* cantons de l'est exclus

\*\* uniquement femmes francophones.

Une analyse complémentaire chez les jeunes non-Belges montre que ce sont les femmes d'origine maghrébine, turque ou issues de pays musulmans qui allaitent le plus volontiers puisque seulement 7,7 % parmi les 90 interrogées dans ces groupes n'ont pas offert l'allaitement maternel immédiat à leur nouveau-né.

Tafforeau et al. <sup>(11)</sup> montraient pour l'année 1995, à partir des données de l'I.N.S. (tableau 6.7). que la fréquence de faible poids de naissance est plus élevée chez les mères de moins de 20 ans que chez les mères plus âgées. Il en va de même en ce qui concerne la fréquence de la grande prématurité (naissance après une grossesse inférieure ou égale à 32 semaines) et de la prématurité (naissance après une grossesse inférieure à 37 semaines).

(11) Tafforeau J, Van Oyen H, Drieskens S, Pirenne Y, Deroubaix J, Binon J et Diament M. *Naissances, mortalité périnatale et infantile, statistiques 1993-1995*, Bruxelles, CROSP, ISP, 2000, p. 48-49.

**Tableau 6.7. Pourcentage d'enfants de faible poids de naissance, nés prématurés graves ou nés avant terme ; selon l'âge de la mère et la Région. N=114 957 naissances vivantes en Belgique, 1995.**

Source : Tafforeau et al., 2000.

Caractéristique de la mère	% de nouveau-nés		
	Poids de naissance < 2500 g	Terme =< 32 semaines	Terme < 37 semaines
<b>Age</b>			
< 20 ans	7,5	2,2	7,2
> 20 ans	6,7	1,1	6,0
Total	6,8	1,1	6,0

Le Tableau de bord de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale montre pour 1998-2002 que la mortalité périnatale et la mortalité infantile sont largement plus importantes parmi les jeunes femmes de 12 à 19 ans que parmi celles âgées de 20 à 39 ans. Le risque de décès augmente si la mère est isolée ou inactive, et si le nombre de personnes inactives augmente dans le ménage.<sup>(12)</sup>

## 6.4. Discussion

### Validité des données

Les données officielles datent de 1997. L'A.I.M. fournit des informations plus récentes récoltées en routine et qui permettent un suivi longitudinal des prestations d'accouchements parmi les jeunes femmes assurées sociales, soit 99,4 % de la population. Les données de l'O.N.E., également plus récentes que celles de l'I.N.S., portent sur les personnes émergeant aux activités de la Communauté française.

L'interprétation de ces chiffres doit être prudente compte tenu de la rareté des naissances chez les adolescentes ; le caractère éventuellement aléatoire de la distribution entre les régions/provinces ne pourra être éliminé que sur des séries plus élevées, c'est-à-dire portant sur plusieurs années.

Le taux de contacts fructueux des T.M.S. de l'O.N.E. avec les mères de nouveau-nés est très élevé puisqu'il concerne plus de 90 % des naissances attendues ce qui permet de tirer des conclusions satisfaisantes au plan de toute la population, sauf bien entendu lorsque le nombre de données inconnues est trop élevé.

Remarquons que les données de l'A.I.M. portent sur des soins fournis ; il en va de même des enregistrements de consultations prénatales par l'O.N.E. Par contre, les données collectées par l'Office en maternité concernent les déclarations des mères interrogées.

Pour 2002, l'O.N.E. relevait via le volet prénatal 12 657 nouvelles inscriptions de femmes enceintes et 49 929 naissances attendues, soit un ratio de couverture à 25,4 %. Ce faible taux de représentativité ne permet pas de tirer des conclusions fiables pour l'ensemble de la population des femmes enceintes suivies par l'Office.

### Image de la situation

Les grossesses d'adolescentes sont une réalité dans notre pays, et toutes les adolescentes ne sont pas égales face au risque de grossesse, surtout si elles habitent en Province du Hainaut ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, si elles vivent en situation précaire, si elles sont d'une nationalité d'origine africaine subsaharienne.

#### Réalité des grossesses précoces

On peut constater que chaque année, 1 à 2 % pour cent de la population âgée de 10 à 17 ans mène une grossesse jusqu'à la naissance. La fréquence des naissances ou des accouchements parmi les adolescentes n'est donc pas négligeable contrairement à ce que pouvait laisser espérer la diffusion de l'éducation à la sexualité, de la contraception.<sup>(13)</sup>

Il n'est pas possible de se faire une idée de l'évolution de la situation, compte tenu de l'insuffisance de données récentes ; les dernières données officielles pour le pays s'arrêtent en effet à 1997 (voir chapitre 2). Des données plus récentes et officielles pour la Région de Bruxelles-Capitale suggèrent qu'il n'y a pas d'aggravation de la situation. Le Fonds des Nations unies pour la population – à partir de données de la Division de la population de l'O.N.U. – publie une estimation annuelle des naissances vivantes parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans.<sup>(14)</sup> Les chiffres sont à la baisse en Europe et notamment en Europe occidentale ; la Belgique se situe dans la moyenne de ces pays.

(12) *Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. Op. cit.*

(13) Deschamps JP et Alvin P. *La grossesse, la maternité et la paternité. In : La santé des adolescents Approches, soins, prévention.* Lausanne, Payot/ Paris, Doin/ Presses de l'Université de Montréal. 1997, p. 302-13.

(14) *Fonds des Nations unies pour la population. Etat de la population mondiale 2005.* New York, 120 p. Voir le site: <www.unfpa.org>.

Dans le chapitre 2 portant sur la fécondité, les démographes estiment que les calculs de taux ou de proportions parmi les femmes de moins de 15 ans ne présentent guère d'intérêt compte tenu du nombre très faible de naissances chez ces femmes. Le présent chapitre confirme que les naissances ou accouchements parmi les ces jeunes femmes (10-14 ans) sont des événements rares mais néanmoins existants et donc inquiétants. Une quantification précise pour les années les plus récentes n'est pas possible compte tenu (i) de l'absence de statistiques officielles récentes (ii) de la rareté du phénomène et donc des variations aléatoires annuelles lorsque des données sont disponibles ; il semble cependant qu'une moyenne de 10 annuellement pourrait être estimée pour l'ensemble des deux Régions.

Nous insistons sur l'importance de relever les quelques naissances prenant place avant l'âge maternel de 14 ans ; les relations sexuelles complètes avant l'âge de 14 ans sont considérées par le Code pénal comme le résultat d'un viol (voir aussi le chapitre 8).

### **Facteurs associés aux grossesses précoces**

Le phénomène de naissance chez des mères mineures est davantage marqué en Wallonie (et spécialement en Hainaut), parmi les femmes dont la nationalité d'origine est celle d'un pays situé au Sud du Sahara et surtout parmi les femmes en situation de précarité sociale.

### **Suivi inadéquat dans la période prénatale**

Les données que nous présentons mettent en évidence parmi les jeunes femmes soit une fréquence plus élevée d'absence de suivi avant l'accouchement, soit un début de suivi prénatal tardif. Ces constats semblent un peu plus marqués en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne. L'absence de suivi est également plus marquée parmi les femmes d'une nationalité autre que belge et parmi celles vivant isolées ou en maison d'accueil.

### **Moins de césariennes**

Les investigations confirment les données de la littérature internationale en ce qui concerne une fréquence plus basse de naissances par césarienne chez les femmes plus jeunes, mais avec cependant une ampleur accrue d'année en année.<sup>(15)</sup>

### **Des nouveau-nés fragilisés**

On a mis en évidence parmi les mères jeunes une fréquence plus élevée de naissances prématurées et de petit poids de naissance parmi les nouveau-nés. Les mères jeunes recourent moins à l'allaitement au sein. La Région de Bruxelles-Capitale met en exergue des taux de mortalité périnatale et infantile accrue parmi les enfants nés de mères jeunes.

Des données de l'O.N.E. concernant les nouveau-nés rejoignent celles de l'I.N.S. Les deux fournisseurs de données montrent qu'un jeune âge de la mère est associé chez l'enfant à un âge gestationnel et à un poids de naissance insuffisants. Par contre il existe entre les deux enquêtes quelques divergences quant aux fréquences de ces deux insuffisances selon le lieu de résidence de la mère. L'O.N.E. constate une situation plus préoccupante en Région de Bruxelles-Capitale plutôt qu'en Région wallonne, ce qui est l'inverse de l'Institut. Nous n'avons pas d'explication à proposer ; cependant les populations étudiées sont légèrement différentes puisque l'I.N.S. inclut la totalité des naissances dans les deux régions, alors que l'O.N.E. exclut les germanophones et les néerlandophones et ces deux groupes pourraient être d'un statut social différent, c'est-à-dire plus favorisé. Si l'on se réfère à la nationalité, il est difficile de tirer des conclusions. Pour les données issues de l'I.N.S. les différences sont faibles entre les femmes d'origine différente, alors que les données de l'O.N.E. suggèrent qu'aux jeunes âges il y a relativement plus de prématurité chez les non-Belges mais moins d'insuffisances pondérales.

Les données mettent en évidence une mise au sein en maternité beaucoup plus fréquente en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne. Les non-Belges initient plus fréquemment que les Belges l'allaitement maternel ; parmi ces dernières ce sont les femmes originaires de pays musulmans qui pratiquent le plus fréquemment cet allaitement. On sait par ailleurs que la concentration des communautés migrantes venant du Maghreb et de Turquie est forte à Bruxelles. Le fait pour la mère de vivre isolée est également un facteur associé à l'absence d'allaitement maternel.

Dans des commentaires du Tableau de bord de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale on peut lire «Les mécanismes qui expliquent les inégalités sociales face à la santé périnatale et infantile (...) impliquent à la fois des facteurs liés à la santé de la mère, des facteurs liés aux conditions de vie (logement inadapté ou insalubre, travail pénible...), au niveau d'instruction, à des obstacles financiers, administratifs ou autres pour accéder à des soins continus et de qualité et des facteurs de type psycho-sociaux tels que le stress et les comportements qui sont fortement déterminés par les conditions de vie (nutrition, tabagisme, etc.)»<sup>(16)</sup>

(15) Pour les analyses plus détaillées de l'impact des différents facteurs sur les taux de césariennes, nous renvoyons au rapport rédigé par l'Agence Intermutualiste. <www.cin-aim.be>.

(16) *Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. Op. cit.*

Médicalement, les naissances chez les adolescentes peuvent être considérées à risque, du fait d'une fréquence plus élevée de prématurité et de toxémie gravidique.<sup>(17)</sup> Cette fragilité n'est pas due à l'âge en soi, mais plutôt au contexte : mauvaises conditions économiques et sociales, manque de soutien affectif, absence fréquente de suivi. De plus, les récentes évolutions sociales et culturelles ont contribué à faire émerger la grossesse à l'adolescence comme une problématique sociale lourde : décrochage scolaire, chômage, pauvreté, violence, dépression.<sup>(18)</sup>

(17) Deschamps JP et Alvin P. *Op. cit.*

Au chapitre 2, Masuy-Stroobant souligne : «Peu actives et rarement mariées, ces jeunes mères sont sans doute très dépendantes de leur famille d'origine et à cette vulnérabilité sociale s'ajoutent les risques liés à ces grossesses précoces».

(18) Levan C. *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues.* Ed. L'Harmattan, Paris.

# 7. Infections sexuellement transmissibles

Douchan Beghin et André Sasse

## Résumé

**Contexte et objectifs** – *Les pouvoirs publics se préoccupent de l'incidence accrue des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) y compris l'infection au V.I.H. et notamment parmi les jeunes femmes. Notre objectif est de présenter une synthèse des données en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.*

**Méthodologie** – *L'Institut scientifique de santé publique a fourni des analyses originales à partir de trois bases de données.*

**Présentation des données** – *Le nombre annuel de diagnostics de nouvelles infections au V.I.H. dans le pays parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans est en accroissement toutes voies de contamination confondues.*

*Dans les deux Régions on peut constater (i) une nette majorité de nouveaux diagnostics parmi les jeunes femmes d'une nationalité autre que belge, et cette majorité s'amplifie depuis 15 ans (ii) une prédominance de personnes originaires des pays situés au Sud du Sahara et contaminées par un partenaire originaire de ces pays.*

*L'augmentation récente du nombre de diagnostics de chlamydia, observée par le réseau national des laboratoires vigies, semble être expliquée par une augmentation chez les femmes âgées de 15 à 24 ans. La chlamydia est l'I.S.T. la plus fréquemment diagnostiquée chez les (jeunes) femmes.*

*La protection contre les I.S.T. est insuffisante parmi les jeunes femmes, et davantage parmi les élèves des enseignements technique ou professionnel que parmi celles de l'enseignement général.*

**Discussion** – *Les données présentées doivent s'interpréter avec prudence compte tenu de trois éléments. Tout d'abord des informations peuvent être manquantes et notamment en ce qui concerne la Région de résidence. Ensuite les laboratoires n'enregistrent que les personnes infectées qui se sont présentées à un service de santé. Enfin, il est possible que le dépistage se soit renforcé.*

*En ce qui concerne la chlamydia l'augmentation des déclarations pourrait être partiellement due à une amélioration des techniques de diagnostic.*

## 7.1. Contexte et objectifs

Nous avons montré dans le chapitre 1 l'intérêt des pouvoirs publics et de l'opinion pour la santé de la reproduction chez les jeunes et notamment dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) y compris l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) La nécessité de recueillir davantage de données fiables et de mettre de l'information à la disposition des décideurs, des professionnels de la santé et de la population a également été soulignée.

Dans le domaine des publications récurrentes, l'intérêt pour les I.S.T. touchant les jeunes est également présent. Les regards ont surtout été tournés vers l'infection au V.I.H. et le sida jusqu'à la fin des années 1990 ; plus récemment un élargissement d'intérêt vers les I.S.T. en général est apparu. L'Institut scientifique de la santé publique (I.S.P.) publie depuis les années 1980 des rapports réguliers sur la surveillance de l'infection au V.I.H. et du sida<sup>(1,2)</sup>, et des I.S.T.<sup>(3,4)</sup> ; les données présentées font une large part aux jeunes. La mise en place de réseaux de surveillance (ou 'vigies') se justifie compte tenu de la sous-déclaration systématique concernant les infections à déclaration obligatoire.

Le Service communautaire de promotion de la santé ULB-PROMES a publié depuis près de 20 ans les résultats de sept enquêtes portant sur les jeunes scolarisés de la Communauté française ; des questions sur la « Vie affective et sexuelle et prévention du sida » permettent d'obtenir des images évolutives de la situation (voir chapitre 3).<sup>(5)</sup>

Les Enquêtes de santé par interview posent des questions portant sur la protection contre les I.S.T. et les attitudes face au sida.<sup>(6)</sup>

Des informations disponibles existent donc ; mais elles sont éparpillées et n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'un relevé systématique.

Le présent chapitre est destiné aux décideurs et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé. Il vise à faire le point sur les I.S.T. chez les jeunes femmes en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

(1) <[www.iph.fgov.be/epidemie/epifr](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr)>.

(2) Sasse A et Defraye A. *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2003*. Bruxelles, Institut scientifique de santé publique. IPH/EPI REPORTS Nr 2004-023, décembre 2004, 44 p. + annexes. <[www.iph.fgov.be/epidemie/aids](http://www.iph.fgov.be/epidemie/aids)>.

(3) Ducoffre G. *Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie 2003. Tendances Epidémiologiques 1983-2002*. Institut Scientifique de Santé Publique, Section d'Epidémiologie. Novembre 2004. Rapport D/2004/2505/20. <[www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index8.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index8.htm)>.

(4) Defraye A et Sasse A. *Surveillance des IST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique*. Section Epidémiologie, Septembre 2004, Bruxelles (Belgique). Institut Scientifique de Santé Publique, IPH/EPI N° 2004/015. <[www.iph.fgov.be/epidemie/aids](http://www.iph.fgov.be/epidemie/aids)>.

(5) Référence du dernier de ces rapports : Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et de Smet P. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994?* ULB-PROMES, Bruxelles, 2003, 111 p. Accessible sur le site Internet : <[www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)>

(6) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J et Van der Heyden J. *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Direction générale Statistique et Information économique. IPH/EPI REPORTS N°2006-034. <[www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4htm](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4htm)>.

## 7.2. Méthodologie

Les détails concernant la méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1. Les éléments essentiels sont repris ci-dessous.

Nous effectuons un relevé d'informations déjà existantes : soit de données publiées donc immédiatement disponibles, soit de données non publiées mais rapidement exploitables dans des bases de données : l'I.S.P. a ainsi fourni des analyses complémentaires et originales d'une part en ce qui concerne l'infection au V.I.H. et d'autre part en ce qui concerne deux I.S.T.

La surveillance de l'endémie au V.I.H. par l'I.S.P. se fait par l'enregistrement des nouvelles contaminations. <sup>(7,8)</sup> L'Institut s'appuie sur un réseau national de sept *Laboratoires de référence* pour la notification des sérums confirmés positifs. Tout en préservant l'anonymat, la notification fournit un signalement de la personne séropositive : âge, sexe, nationalité, profil du risque, lieu de résidence. Nous présenterons d'abord une évolution de la situation dans le pays selon l'âge et le sexe. Nous présenterons ensuite la situation en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale en suivant la distinction entre personne de nationalité belge et personne d'une nationalité autre. Des données sur les jeunes gens seront également fournies. Afin d'atteindre des tailles d'effectif suffisantes, nous présentons la majorité des données en les regroupant sur cinq années : 1999-2003. L'infection au V.I.H. relève dans notre pays, très principalement de contacts sexuels ; cependant d'autres voies, telles que l'injection intraveineuse, la transfusion sanguine ou la voie périnatale sont également déclarées ; nous présenterons tous les modes de transmissions. Le nombre réduit de cas de maladie sida dans la tranche d'âge ne permet pas de tirer des informations utiles ; ce qui explique que nous nous sommes abstenus dans ce domaine.

L'I.S.P. a par ailleurs mis en place deux réseaux collectant des informations sur les I.S.T.

Le réseau des *Laboratoires de microbiologie* – également appelés laboratoires vigies – permet la récolte d'informations sur l'évolution de l'incidence de trois maladies sexuellement transmissibles <sup>(9)</sup> : gonorrhée et chlamydiae depuis 1986, syphilis depuis 2001. «L'objectif principal de ce réseau est de suivre d'années en années (...) les tendances épidémiologiques des germes enregistrés. Citons pour exemple la tendance récente à l'augmentation des I.S.T.» En 2004, un total de 113 laboratoires participait dans le pays, soit 58 % des laboratoires agréés, de type hospitalier ou privé.

La surveillance des I.S.T. par via un *Réseau sentinelle de cliniciens en Belgique* est venue compléter plus récemment les informations recueillies par les laboratoires vigies. <sup>(10)</sup> «Les résultats présentés permettront d'étudier les tendances à long terme des I.S.T. en Belgique. Ils permettront aussi d'établir des comparaisons avec les données en provenance d'autres pays européens.» Les médecins enregistrent diverses variables dont l'orientation sexuelle des patient(e)s. Le réseau comportait, en mars 2004, 63 sites de consultation ; un site peut être constitué aussi bien d'un cabinet privé composé d'un ou de plusieurs médecins ou d'un service hospitalier ou d'un centre médical. La participation se fait sur base volontaire ; le critère principal est de rencontrer un minimum de dix nouveaux cas d'I.S.T. par an.

Compte tenu de la taille réduite des échantillons étudiés, il n'a pas été possible de ventiler les données pour des catégories d'âge réduites, par exemple 15-17 ans voire 15-20 ans ; la catégorie présentée couvrira les 15-24 ans. Une ventilation par Région n'a pas pu être fournie dans tous les cas présentés.

Nous reprendrons aussi une synthèse des informations déjà présentées au chapitre 3 sur la protection contre les I.S.T. lors des relations sexuelles.

## 7.3. Présentation des données

### Infection au V.I.H.

Quelle est l'évolution récente du nombre de nouvelles infections enregistrées dans tout le pays ? De 1996 à 2003, on observe un accroissement de moitié chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans (figure 7.1) ; une augmentation similaire est notable pour l'ensemble des déclarations. L'âge est connu pour 97,5 % de toutes les déclarations.

(7) <[www.iph.fgov.be/epidemie/epifr](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr)>.

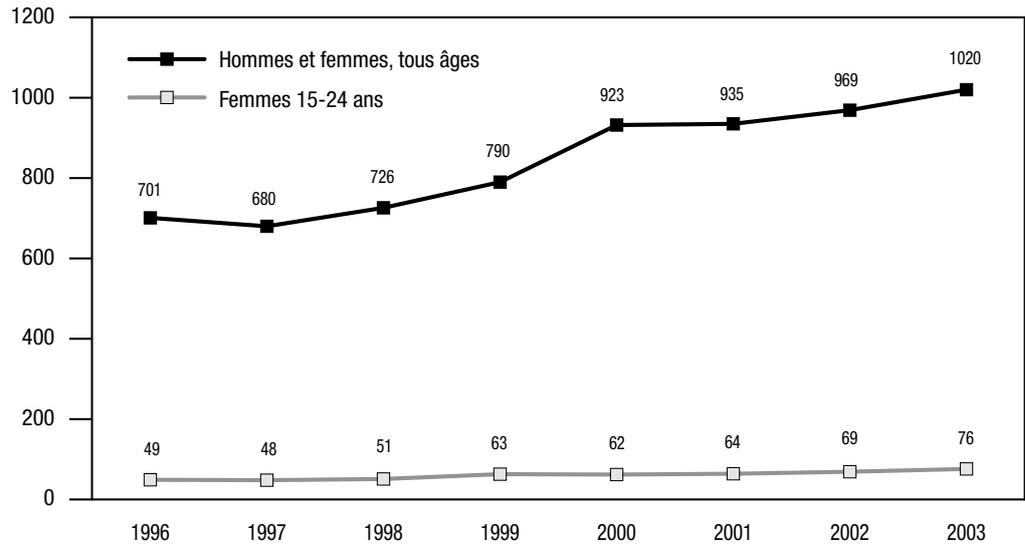
(8) Sasse *et al. Op. cit.*

(9) Ducoffre *Op. cit.*

(10) Defraye *et al. Op. cit.*

**Figure 7.1. Evolution du nombre de nouvelles infections V.I.H. parmi les personnes dont l'âge est connu ; selon le sexe et la catégorie d'âge. Belgique.**

Source: I.S.P., 2005



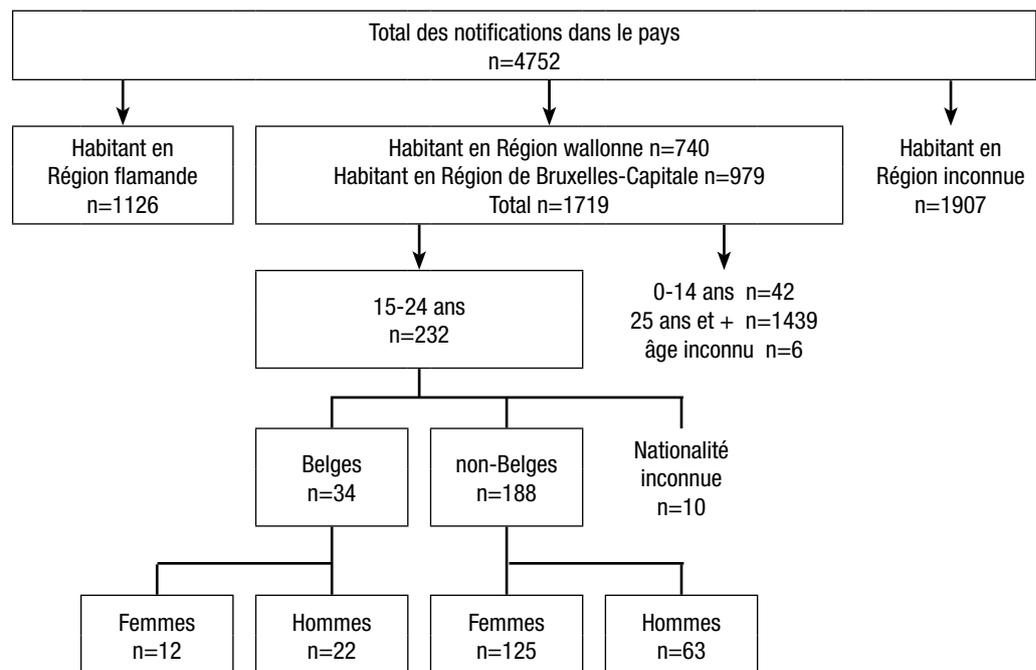
Quelle est le nombre total de jeunes infectés –jeunes filles et jeunes gens– âgés de 15-24 ans, dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, diagnostiqués pendant la période 1999 à 2003 ?

La figure 7.2 nous montre que :

- parmi les 4752 nouvelles détections relevées en Belgique dans la période, on relève 2845 formulaires de déclaration citant la Région d'origine soit 60 %
- parmi les 2845 déclarations précisant la Région, on relève 1719 personnes (soit 60 %) habitant dans les deux Régions étudiées : en Wallonie (26 %) et à Bruxelles (34 %)
- parmi les 1719 habitants de Wallonie et de Bruxelles, on relève parmi les 1713 personnes pour lesquelles l'âge est connu, que les formulaires indiquent plus de 13 % (n=232) de transmission chez les jeunes
- parmi les 232 jeunes, la nationalité et le sexe sont documentés dans 222 cas.

**Figure 7.2. Répartition des personnes nouvellement diagnostiquées habitant dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale ; selon l'âge, la nationalité et le sexe. Période 1999-2003.**

Source : I.S.P., 2005.



Le graphique permet de mettre en évidence que le manque d'informations n'est important que pour le lieu de résidence.

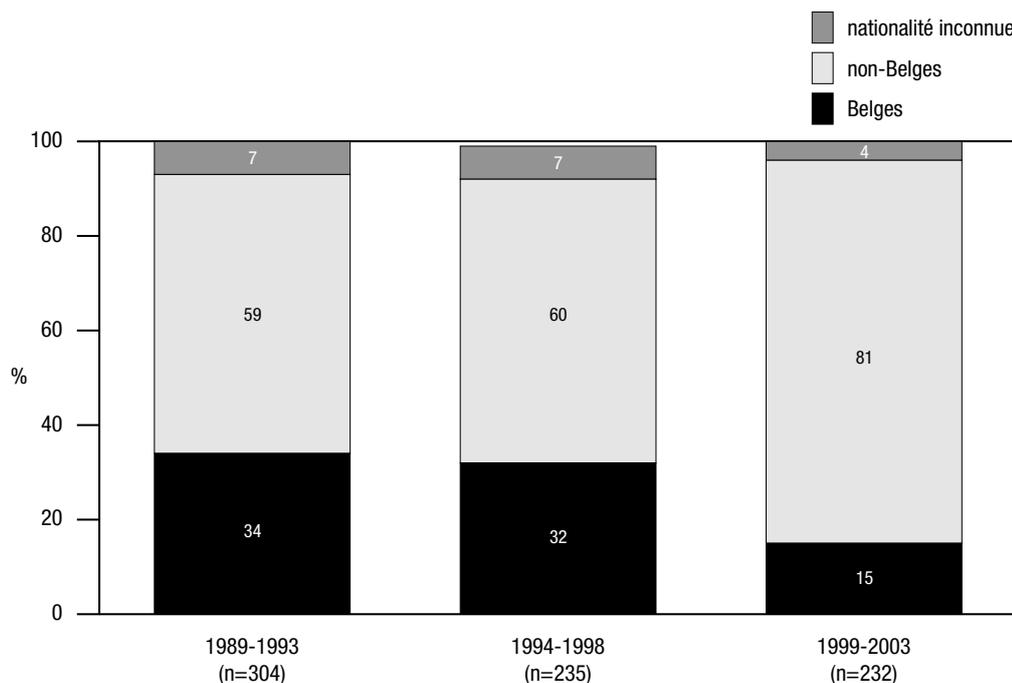
Les 232 jeunes – des deux sexes – notifiés comme nouveaux infectés par le V.I.H. représentent une fraction relativement importante (13,5 %) de l'ensemble des personnes nouvellement infectées. Cependant, la figure 7.3. montre :

- en 1994-98, une diminution du nombre absolu de nouveaux cas par rapport aux cinq années précédentes, avec une distribution quasi identique entre Belges et non-Belges
- en 1999-2003, une stagnation du nombre absolu de nouveaux cas par rapport aux cinq années précédentes, avec une très nette diminution du nombre chez les Belges et une augmentation chez les non-Belges.

Bien entendu ce regroupement par cinq années lisse les fluctuations annuelles.

**Figure 7.3. Evolution du pourcentage de nouveaux diagnostics d'infection V.I.H. chez les jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans, en Wallonie et à Bruxelles ; selon le groupe de nationalité.**

Source: I.S.P., 2005



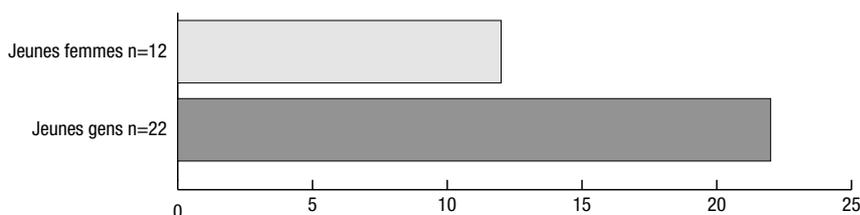
#### Jeunes de nationalité belge

Les 34 jeunes belges notifiés de 1999 à 2003, représentent 8,0 % de l'ensemble des contaminations déclarées dans les deux Régions parmi les personnes dont la nationalité, l'âge et le sexe sont connus ; le pourcentage était de 13,3 % en 1989-93.

Il y a à peu près deux fois moins de jeunes filles contaminées que de jeunes gens :  $12/22 = 0.55$ .

**Figure 7.4. Jeunes âgés de 15 à 24 ans de nationalité belge, détectés séropositifs au V.I.H. en Wallonie et à Bruxelles pendant la période 1999-2003 ; selon le sexe.**

Source: I.S.P., 2005



La répartition par catégorie de transmission rejoint le profil de la population générale belge dans la mesure où la place prépondérante est occupée par les contacts hétérosexuels chez les jeunes filles et par les contacts homo/bisexuels chez les jeunes gens (tableau 7.1). La taille réduite de la population notifiée et le nombre de données inconnues n'autorisent pas à tirer des conclusions à propos des proportions de transmission dans les autres catégories de transmission.

**Tableau 7.1. Pourcentage de nouvelles déclarations d'infection au V.I.H. chez les jeunes belges, âgés de 15 à 24 ans, par sexe, en Wallonie et à Bruxelles, pendant la période 1999-2003 ; selon la catégorie de transmission.**

Source : I.S.P., 2005.

Catégorie de transmission	%	
	Femmes n=12	Hommes n=22
Contacts hétérosexuels	83	13,5
Contacts homo-/bisexuels	0	54,5
Injection intraveineuse de drogue (I.D.)	0	18
Contacts homosexuels + I.D.	0	5
Inconnue	17	9
Total	100	100

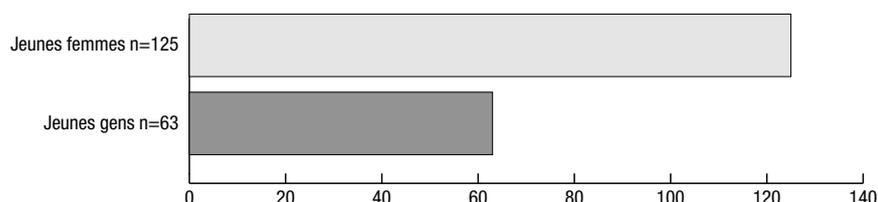
### Jeunes d'une nationalité autre que belge

Les 188 jeunes non belges notifiés de 1999 à 2003, représentent 15,3 % de l'ensemble des contaminations déclarées dans les deux Régions parmi les personnes dont la nationalité, l'âge et le sexe sont connus ; le pourcentage était de 16,2 % en 1989-93.

Il y a deux fois plus de jeunes femmes atteintes que de jeunes gens :  $125/63 = 1,99$ .

**Figure 7.5. Jeunes âgés de 15 à 24 ans d'une nationalité autre que belge, détectés séropositifs au V.I.H. en Wallonie et à Bruxelles pendant la période 1999-2003 ; selon le sexe.**

Source: I.S.P., 2005



La répartition par catégorie de transmission rejoint le profil de la population générale non belge dans la mesure où la place prépondérante est occupée par les contacts hétérosexuels dans les deux sexes (tableau 7.2). La taille réduite de la population notifiée et le nombre de données inconnues n'autorisent pas à tirer de conclusions à propos des proportions de transmission dans les autres catégories de transmission.

**Tableau 7.2. Pourcentage de nouvelles déclarations d'infection au V.I.H. chez les jeunes d'une nationalité autre que belge, âgés de 15 à 24 ans, par sexe, en Wallonie et à Bruxelles, pendant la période 1999-2003 ; selon la catégorie de transmission.**

Source : I.S.P., 2005.

Catégorie de transmission	%	
	Femmes n=125	Hommes n=63
Contacts hétérosexuels	78	52
Contacts homo-/bisexuels	0	19
Injection intraveineuse de drogue (I.D.)	2	3
Contacts homosexuels + I.D.	1	2
Transfusion*	5	8
Périnatale	2**	-
Inconnue	12	16
Total	100	100

\* L'appartenance à la catégorie «transfusion» n'indique pas que la contamination est forcément secondaire à une transfusion ; elle indique seulement que les patients ont mentionné avoir été transfusés.

\*\* Il s'agit de trois femmes originaires de l'Afrique subsaharienne, diagnostiquées tardivement en Belgique.

L'analyse complémentaire des infections par voie hétérosexuelle chez les jeunes femmes permet de faire deux constats :

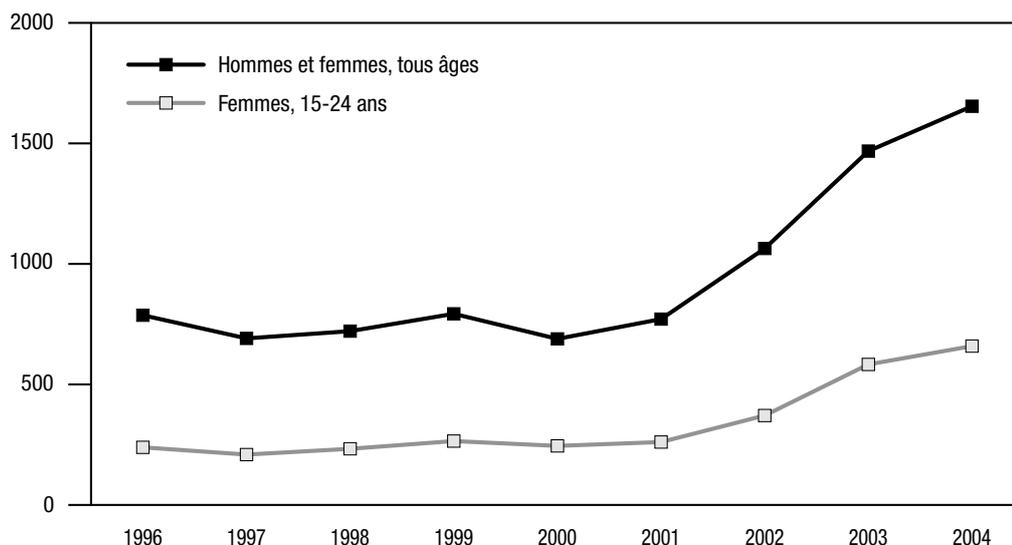
- dans trois quarts des cas documentés ces jeunes femmes possèdent la nationalité d'un pays africain situé au Sud du Sahara
- dans 82 % des cas documentés le partenaire était une personne originaire d'un pays africain subsaharien.

## Chlamydiase

Une augmentation du nombre de diagnostics de chlamydia trachomatis est observée par le réseau des laboratoires de 2000 à 2004 pour la Belgique. Cette augmentation est observée principalement à Bruxelles ainsi que dans l'arrondissement d'Anvers. L'augmentation observée en 2002 et 2003 semble être expliquée par une augmentation chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, alors que celle de 2001 et 2002 se manifeste chez les femmes âgées de 25 à 44 ans. Ces augmentations peuvent s'expliquer partiellement par un renforcement du dépistage et une amélioration des techniques de diagnostic. L'infection à chlamydia est davantage diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes ; ainsi en 2004 pour 659 cas enregistrés parmi les jeunes des deux sexes, 570 concernaient des femmes soit 86 %.

**Figure 7.6. Evolution du nombre d'infections à chlamydia relevées par les laboratoires de microbiologie ; selon le sexe et la catégorie d'âge. Belgique.**

Source: I.S.P., 2005



Le réseau sentinelle de cliniciens nous apprend, pour la période octobre 2000 à janvier 2004 que la chlamydiase est l'I.S.T. la plus fréquemment diagnostiquée chez les jeunes des deux sexes et qu'une très forte proportion des diagnostics dans cette tranche d'âge concerne les femmes : 55 cas sur 63 soit 87 % (voir aussi tableau 7.3).

**Tableau 7.3. Distribution chez les femmes et les hommes, des nouvelles déclarations de trois infections sexuellement transmissibles, par catégorie d'âge ; selon le type d'infection. Belgique, octobre 2000-janvier 2004.**

Source I.S.P., réseau sentinelle de cliniciens, 2005.

Infection	Âge	Nombre	%
Chlamydiase	15-24 ans	63	40
	Tous âges	155	100
Gonococcie	15-24 ans	10	24
	Tous âges	41	100
Syphilis	15-24 ans	2	9
	Tous âges	23	100
Total	15-24 ans	75	21
	Tous âges	352	100

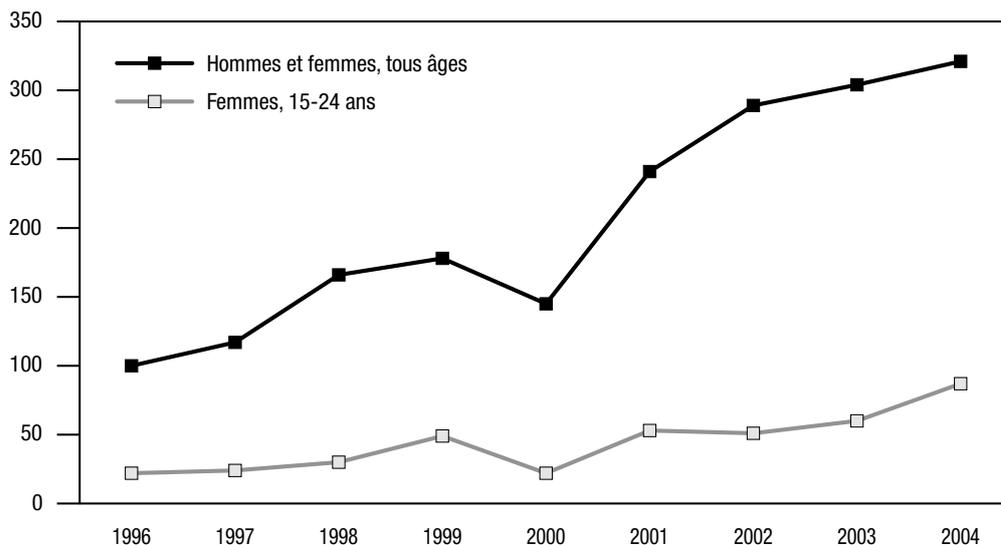
## Gonorrhée

Comme pour la chlamydiae, le réseau des laboratoires observe une augmentation de 2000 à 2004, mais contrairement à la tendance observée pour la chlamydiae, l'augmentation devient moins forte au cours des années. L'augmentation concerne principalement les hommes âgés de 25 à 44 ans. L'augmentation pourrait être expliquée en partie par le développement de nouvelles techniques de diagnostic.

L'infection à gonocoque est moins diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes ; ainsi en 2004 pour 87 cas enregistrés parmi les jeunes des deux sexes, 21 concernaient des femmes soit 24 %.

Figure 7.7. Evolution du nombre d'infections à gonocoque relevées par les laboratoires de microbiologie ; selon le sexe et la catégorie d'âge. Belgique.

Source: I.S.P., 2005



Par ailleurs la plupart (60 %) des cas enregistrés entre 2000 et 2004 par les médecins du réseau sentinelle de cliniciens (n=81) sont des hommes âgés entre 25 et 40 ans (n=48) ; plus de la moitié d'entre eux (n=43) ont une orientation homosexuelle.

Ce même réseau nous apprend, pour les années 2000 à 2004 (voir aussi tableau 7.3) :

- la gonorrhée est largement moins fréquemment diagnostiquée que la chlamydiae
- elle concerne moins les femmes (40 % des cas) que les hommes
- une faible proportion (24 %) des diagnostics concerne les jeunes de 15 à 24 ans.

## Autres infections

Le réseau sentinelle de cliniciens enregistre pratiquement toutes les I.S.T. Les jeunes (15-24 ans) constituent 24 % des enregistrements de 2000 à 2004. Le réseau montre que pour l'ensemble des infections, les femmes sont atteintes à des âges plus bas que les hommes. Chez les femmes c'est la tranche d'âge de 20 à 24 ans qui est la plus représentée, alors que chez les hommes c'est la tranche de 30 à 34 ans.

Une série d'épidémies de syphilis a été observée en Europe les cinq dernières années. En Belgique les chiffres du réseau des laboratoires de microbiologie montrent une augmentation de 2002 à 2004 (de 114 à 248 cas). Cette augmentation se situe surtout à Anvers et à Bruxelles, et chez des hommes âgés de 25 à 44 ans. Les médecins du réseau sentinelle de cliniciens posent très peu de diagnostics de syphilis parmi les jeunes de 15 à 24 ans : d'octobre 2000 à mars 2004 seulement 2 cas concernaient des jeunes parmi les 83 diagnostics de syphilis posés (cf. tableau 7.3).

## Protection lors des relations sexuelles

Nous renvoyons au chapitre 3, pour les données qui concernent la protection contre les I.S.T. On y souligne qu'il n'est pas possible d'avoir une image claire parmi les jeunes femmes. Il apparaît cependant que cette protection est insuffisante. Le préservatif est davantage considéré comme

une méthode anticonceptionnelle que comme une méthode de protection contre les infections. Les élèves de l'enseignement général déclarent de meilleurs niveaux de protection que celles des enseignements technique ou professionnel. Les attitudes face au sida sont présentées au chapitre 3.

## 7.4. Discussion

### Validité des données

Bien entendu, on ne dispose pas d'information sur les personnes séropositives qui ne consultent pas les services de santé et on ne sait pas par exemple si la distribution des risques conduisant à l'infection est la même dans cette partie de la population que dans celle qui est connue. Parmi les personnes dépistées et révélées positives, une perte d'information survient du fait de questionnaires remplis de manière incomplète ce qui doit conduire à la prudence dans l'interprétation des données ; par exemple, certains cas attribués à «Région inconnue» font partie de la Wallonie ou de Bruxelles. La diminution du nombre absolu de nouveaux cas déclarés d'infection au V.I.H. parmi les jeunes depuis les années 1989-93 dans le pays, a été certes importante mais doit s'interpréter avec précaution et ne peut être mise automatiquement au compte des actions de prévention. Une autre hypothèse peut être soulevée ; les jeunes seraient actuellement moins conscients des risques qu'ils ont éventuellement courus et se feraient dépister moins facilement ou plus tardivement.

Les laboratoires vigies reconnaissent eux-mêmes les faiblesses du réseau : absence de définition de cas des infections à rapporter, ce qui entraîne un manque de standardisation des méthodes, et dans certaines situations l'enregistrement probable de cas faux positifs (ou anciens cas). Les cas rapportés n'incluent pas les épisodes pour lesquels aucune analyse de laboratoire n'a été demandée ce qui entraîne une sous-estimation de l'incidence de la maladie.

A propos de l'augmentation des enregistrements d'infections à chlamydia et gonocoque, on a souligné la possibilité d'un renforcement du dépistage et d'une amélioration des techniques de diagnostic.

### Image de la situation

En ce qui concerne les nouveaux diagnostics d'infection au V.I.H. l'analyse portant sur tout le pays montre un accroissement du nombre annuel de déclarations parmi les jeunes femmes, toutes voies de contamination confondues.

L'analyse des données dans les deux Régions étudiées porte sur les jeunes des deux sexes ce qui permet de mettre en évidence :

- (i) les déclarations de contamination indiquent une nette majorité de personnes d'une nationalité autre que belge et cette majorité s'amplifie depuis 15 ans
- (ii) parmi ces non-Belges, les femmes sont largement prédominantes
- (iii) parmi ces femmes non belges, la contamination par contacts hétérosexuels prédomine
- (iv) ces jeunes femmes non belges contaminées par voie hétérosexuelle sont dans leur grande majorité originaires d'un pays situé au Sud du Sahara, et leur partenaire sexuel est également originaire d'un de ces pays.

Ces mêmes caractéristiques se retrouvent dans les classes d'âge supérieures. En Belgique comme dans quelques autres pays européens au moins un tiers des infections au V.I.H. attribuables à des rapports hétérosexuels ont probablement été acquises à l'étranger, en particulier en Afrique subsaharienne. <sup>(11)</sup>

L'augmentation récente du nombre de diagnostics de chlamydia chez les femmes âgées de 15 à 24 ans ne peut être clairement imputée à un accroissement du nombre d'infections.

Les données présentées soulignent à l'évidence la nécessité de renforcer les actions de prévention ciblées sur les populations les plus à risque.

(11) *UNAIDS*. L'épidémie mondiale de SIDA, décembre 2005-Résumé. <[www.unaids.org/epi2005/doc/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/epi2005/doc/report_pdf.html)>.

# 8. Violences sexuelles

Katinka In 't Zand (F.L.C.P.F), Claudine Cueppens et Douchan Beghin

## Résumé

**Contexte et objectifs** – *Les institutions internationales, les pouvoirs publics et l'opinion belge montrent un intérêt croissant concernant les violences envers les femmes et notamment les violences sexuelles. L'arsenal juridique belge n'ignore pas ce problème et le droit pénal réprime divers comportements dans la sphère sexuelle.*

*Notre objectif est de faire un état des lieux concernant les mineures victimes de violences sexuelles en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale.*

**Méthodologie** – *Nous avons effectué une revue systématique des publications pour retenir d'une part, une étude portant sur l'examen de dossiers judiciaires effectué par un institut de l'Université de Gand et d'autre part les rapports de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse. Nous avons par ailleurs exploité deux bases de données.*

**Présentation des données** – *Le relevé d'infractions jugées montrent que les jeunes filles de moins de 16 ans sont davantage victimes que les jeunes gens et que près de la moitié des infractions concernent des attentats à la pudeur.*

*La réalité de rapports sexuels très précoces, c'est-à-dire avant 14 ans, est mise en évidence par plusieurs sources : déclaration d'adolescentes, interruptions de grossesse, naissances.*

**Discussion** – *Il est impossible, de dessiner les grandes lignes de la situation en ce qui concerne les jeunes femmes, compte tenu de l'insuffisance de données précises et valides. On ne peut cependant pas nier la réalité de relations sexuelles très précoces (avant 14 ans) considérées par le Code pénal comme un viol. Les infractions jugées concernent davantage les jeunes filles que les jeunes garçons ce qui concorde avec différentes sources nationales et internationales qui constatent que la violence sexuelle est une forme de violence à caractère sexué.*

*Une mise en place de statistiques uniformes pour les différents fournisseurs de données est indispensable.*

## 8.1. Contexte et objectifs

Nous avons présenté dans le chapitre 1, le cadre politique général conduisant à une prise en compte accrue de la santé de la reproduction chez les jeunes par les pouvoirs publics et par l'opinion.

L'Organisation mondiale de la santé décrit la violence sexuelle comme «tout acte sexuel ou toute tentative visant à obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances à caractère sexuel, ou tous actes visant à se livrer à un trafic ou à une activité similaire, dirigés contre la sexualité d'une personne au moyen de la coercition, par quelque personne que ce soit, indépendamment de sa relation avec la victime, quel que soit le lieu, y compris mais pas seulement au domicile ou sur le lieu de travail de la victime».<sup>(1)</sup>

Dans notre pays, depuis les années soixante et septante, les services sociaux et les mouvements féministes attirent l'attention sur la maltraitance d'enfants et de femmes. L'existence de nombreuses formes de violence sexuelle a été formulée de plus en plus comme un problème social important ; en 1991 s'est tenue la Première conférence des ministres européens sur la violence physique et sexuelle à l'égard des femmes.<sup>(2)</sup>

En 1993, l'Assemblée générale des Nations unies adopte une Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, signée aussi par la Belgique.<sup>(3)</sup> Plus récemment, le Fonds des Nations unies pour la population rappelait que «les jeunes femmes et les adolescentes sont particulièrement exposées à la violence sexuelle» et que «près de 50 % de toutes les agressions sexuelles commises dans le monde entier visent des filles de 15 ans ou encore plus jeunes.»<sup>(4)</sup> Dans ce contexte international, le Secrétariat d'état à l'environnement et à l'émancipation sociale a initié en Belgique, un programme de recherche sur les violences physiques et sexuelles subies par les femmes.<sup>(5)</sup> Depuis les années nonante, les autorités belges ont pris et soutenu différentes initiatives.<sup>(6)</sup>

Un Plan national d'action contre la violence à l'égard des femmes a finalement pris forme en 2001 et 2004 entérinant ainsi la reconnaissance officielle du problème dans notre pays.<sup>(7,8)</sup>

Le contexte international, déjà mentionné, mais aussi la recherche scientifique ont apporté une contribution importante au consensus social relatif à la violence en matière de relations personnelles. En constatant l'ampleur du problème, en démontrant que la violence a des

(1) Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la Violence et la Santé. Chapitre 6 : La violence sexuelle, Genève, 2002, 201 p. <www.oms.org>.

(2) Bruynhooghe R, Carmen I, Hinnekind B, Hutsebaut F et Vansteenwegen A. *Violence physique et sexuelle à l'égard des femmes. Situation en Belgique*. Bruxelles, Cabinet du Secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale, 1991, 182 p. & Bruynhooghe R, Carmen I, Hutsebaut F et Vansteenwegen *Violence physique et sexuelle à l'égard des femmes. Situation en Europe*. Bruxelles, Cabinet du Secrétaire d'Etat à l'Environnement et à l'Emancipation sociale, 1991, 115 p.

(3) *Etat fédéral*. Plan national d'action contre la violence à l'égard des femmes. Note de l'Etat fédéral. Bruxelles, 2001, 31 p.

(4) *Fonds des Nations unies pour la population*. Etat de la population mondiale 2005. New York, 2005, 119 p. <www.unfpa.org>.

(5) Bruynhooghe R, Opdebeeck S et Vandewege R. *Les femmes confrontées à la violence physique et sexuelle. Prédominance et conséquences*. Diepenbeek, Centre universitaire du Limbourg, 1988, 165 p.

(6) Bruynhooghe R, Noelanders S et Opdebeeck S. *Prévenir, subir et recourir à la violence*. Rapport rédigé pour la Ministère de l'Emploi et du Travail ayant la politique d'Egalité des Chances dans ses attributions, Mme M. Smet. Diepenbeek, Limburgs Universitair Centrum, 1998, 167 p.

(7) *Etat fédéral*. *Op cit*.

(8) *Etat fédéral*. Plan national d'action contre la violence conjugale. Note de l'Etat fédéral. Bruxelles, 2004, 20 p.

conséquences à long terme, et en déterminant la gravité du problème, la question de la violence à l'égard des femmes a pu être présentée comme étant sérieuse et les pouvoirs publics ont soutenu de plus en plus de recherches.<sup>(9,10,11)</sup>

L'arsenal juridique belge n'ignore pas ce problème et le droit pénal réprime divers comportements dans la sphère sexuelle, parmi lesquels les plus importants sont le viol, l'attentat à la pudeur, la débauche et l'incitation à la débauche, la prostitution et l'exhibitionnisme. Notre code pénal contient également des dispositions spécifiques en ce qui concerne les délits sexuels commis sur un mineur ou avec son aide.<sup>(12)</sup>

Certains types de violence sexuelle sont réprimés par la loi même si ces notions ne sont pas toujours concrètement précisées par les textes légaux. Ainsi, la débauche, la prostitution et l'attentat à la pudeur ne sont pas définis par le Code pénal. La doctrine décrit cependant la débauche comme des traitements dissolus et immoraux indépendamment de toute rémunération ; la prostitution est décrite comme une débauche rémunérée. Le Code pénal dit encore que «quiconque aura attenté aux mœurs en excitant, favorisant ou facilitant, pour satisfaire les passions d'autrui, la débauche, la corruption ou la prostitution d'un mineur de l'un ou de l'autre sexe, sera puni.»<sup>(13)</sup> Par contre, le Code pénal décrit explicitement le viol comme «tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas».<sup>(14)</sup> De plus, les enfants âgés de moins de 14 ans sont réputés de manière irréfutable ne pas pouvoir donner leur consentement à un acte sexuel ; les actes sexuels les impliquant seront donc toujours qualifiés de viol.<sup>(15)</sup>

Tout acte de nature sexuelle à l'égard d'un mineur de moins de 16 ans sera à tout le moins qualifié d'attentat à la pudeur.<sup>(16)</sup> On en déduit donc qu'un mineur de moins de 16 ans ne peut valablement donner son consentement libre et volontaire à un acte de nature sexuelle ; c'est pourquoi la doctrine parle de «majorité sexuelle» à partir de 16 ans.

Les mutilations génitales ont toujours été répréhensibles du chef de coups et blessures mais depuis 2001, elles ont été spécifiquement incluses dans notre cadre légal.<sup>(17)</sup> Ces mutilations sont principalement pratiquées en Afrique mais des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des enseignants de chez nous sont confrontés à des jeunes filles en détresse, souffrant de complications physiques et/ou psychiques liées à ces mutilations, ou risquant d'être mutilées lors d'un retour au pays.

En 2002, le Conseil de l'Europe a souligné l'importance (i) d'améliorer la collecte d'informations sur la violence faite aux femmes (ii) de broser un tableau précis de sa nature et de sa prévalence (iii) de permettre l'identification des ressources consacrées à la lutte contre ce phénomène et l'évaluation des initiatives allant dans ce sens.<sup>(18)</sup>

Le Plan national d'action contre la violence à l'égard des femmes de 2004 propose une évaluation qualitative et quantitative de la problématique. Il propose comme premier pas de faire un état de la situation le plus complet possible, via des enquêtes rétrospectives et des statistiques uniformes pour les différents fournisseurs de données.

En 2002, le Limburgs Universitair Centrum et l'Université catholique de Louvain ont reçu pour mission de développer des instruments de mesure.<sup>(19)</sup>

L'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes a quant à lui, pour mission de coordonner ces initiatives de standardisation et de veiller à leur mise en route.<sup>(20)</sup>

Le présent chapitre vise à fournir une synthèse des informations portant sur des violences sexuelles faites aux mineures, en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.

## 8.2. Méthodologie

Les détails concernant notre méthodologie générale de collecte de données ont été fournis au chapitre 1. Rappelons qu'elle consiste notamment en la compilation de publications, et en l'exploitation de banques de données.

L'Institute for International Research on Criminal Policy de l'Université de Gand a été chargé par Child Focus d'une étude sur le profil sociologique de l'abuseur pédophile.<sup>(21,22)</sup> Les auteurs se sont penchés sur des dossiers de justice qui ont donné lieu à un jugement pour les années 1999 à 2001 des cinq arrondissements judiciaires principaux de Belgique (Anvers, Bruxelles, Charleroi, Gand, Liège). Il s'agit de dossiers sur des violences sexuelles non incestueuses envers des victimes de moins de 16 ans, commises par des auteurs adultes jugés coupables. L'étude n'a retenu que les dossiers dans lesquels l'auteur avait au moins cinq ans de différence d'âge avec la victime ; les auteurs souhaitaient exclure de ce fait les jeux sexuels ou les comportements expérimentaux entre camarades du même âge. Les dossiers classés sans suite ou pour lesquels il n'y avait pas encore de jugement final ou qui ont donné lieu à un acquittement n'ont donc pas été pris en compte.

(9) Garcia A, Bruynooghe R, Vandenberg A, Verhaegen L, Colémont A, Hens I et Harcourt B. Violences au pluriel. *Une approche qualitative et quantitative des significations et des formes de violence en Belgique*. Tome III : La recherche quantitative. Recherche réalisée à l'initiative de la Police Fédérale. Diepenbeek, Limburgs Universitair Centrum et Louvain la Neuve, UCL, 2003, 209 p.

(10) Philippot P, Born M, Lecocq C, Hermesse C, Galand B et Lembo B. *Violence à l'école : Enquête de victimisation dans l'enseignement secondaire de la Communauté française de Belgique (2003)*. Rapport rédigé à l'initiative du Ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial. Louvain la Neuve, UCL et Liège, ULG, 2003, 62 p.

(11) Dumont I, Melan E, Monshe V et Garcia A. *Le mariage : un choix pour la vie ? Une enquête sur les aspirations et attentes des jeunes envers le mariage*. Recherche pour le Ministre ayant la politique d'Égalité des Chances dans ses attributions. Louvain la Neuve, UCL, en collaboration avec le CEFA et le CeFeSoc, juin 2004, 100 p. plus annexes.

(12) Ces dispositions ont été revues et complétées par la loi du 28.11.2000 relative à la protection pénale des mineurs (Moniteur Belge, 17.03.2001, p. 8495). C'est cette loi qui a notamment supprimé le délit de «rapt de séduction» (ou détournement de mineur) qui visait la relation entre un mineur et un majeur.

(13) Article 379 du Code pénal.

(14) Article 375 du Code pénal.

(15) Code pénal, article 375.

(16) Code pénal, article 372.

(17) Article 409 du Code pénal, publié le 17 mars 2001 et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001. «Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois à cinq ans...» L'article prévoit des peines plus importantes notamment si la mutilation a été pratiquée sur une mineure. Les mutilations sont punissables même si elles ont été pratiquées en dehors du territoire de la Belgique.

Des informations sur les rapports sexuels de mineures de moins de 14 ans ont été obtenues à partir de trois sources : (i) la base de données d'ULB-PROMES portant sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire ; les détails sont fournis au chapitre 3 <sup>(23)</sup> (ii) les rapports de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse <sup>(24)</sup> ; voir pour plus de détails au chapitre 1 (iii) la Banque de données médico-sociale de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) <sup>(25)</sup> ; voir pour plus de détails au chapitre 6.

## 8.3. Présentation des données

### Infractions jugées

Les éléments contenus dans les 243 dossiers judiciaires relevés portent sur 430 infractions et concernent 453 victimes. <sup>(26,27)</sup> Les attentats à la pudeur représentent près de la moitié des jugements.

**Tableau 8.2. Distribution en % de la nature de 430 infractions pédosexuelles non incestueuses jugées, chez 453 filles et garçons de moins de 16 ans, 1999-2001.**

Source: Child Focus, 2003.

Infractions	%
Attentat à la pudeur	48
Viol	29
Outrage public aux bonnes mœurs	14
Autres : prostitution, incitation à la prostitution, étalage de pornographie infantile	9
Total	100

L'analyse des dossiers montre qu'il y a davantage de filles (65 %) que de garçons (35 %) qui sont victimes d'infractions.

### Relations sexuelles chez les moins de 14 ans

Une enquête parmi 308 jeunes filles âgées de 15 à 17 ans scolarisées dans le réseau francophone et sexuellement actives, nous indique que 13,3 % d'entre elles déclareraient avoir eu leur première relation avant 14 ans (voir pour plus de détails le chapitre 3).

Le nombre d'enregistrements d'interruptions de grossesse parmi les jeunes filles de moins de 14 ans fluctue depuis 1993 de 5 à 11 cas par an, dans tout le pays.

**Tableau 8.4. Evolution dans le Royaume, de l'enregistrement des interruptions de grossesse par catégories d'âge.**

Source : Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, 2004.

Année	Nombre interruptions de grossesse	
	10-13 ans	Total 10-49 ans
1993	7	10 380
1994	10	10 737
1995	6	11 243
1996	7	12 628
1997	7	12 666
1998	11	11 999
1999	5	12 374
2000	7	13 758
2001	11	14 769
2002	10	14 790
2003	11	15 589

Pour l'année 2003, l'O.N.E. signale cinq naissances parmi les jeunes femmes de moins de 14 ans parmi la population francophone wallonne et bruxelloise ; l'ensemble des mères dénombrées est de 48 379.

(18) Keltsova O. Violence domestique. Commission européenne sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes in Verhaegen L et Bruynooghe R. Naar een methode voor de registratie van intrafamiliaal geweld in België. Recherche à la demande du Ministre responsable de l'Egalité des Chances. Diepenbeek, Limburgs Universitair Centrum, 2003, 130 p. + annexes

(19) Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. Note de travail Etat d'exécution du Plan national contre la violence à l'égard des femmes. Période du 11 mai 2001 au 31 décembre 2003. Bruxelles, janvier 2004, 93 p.

(20) Goffinet F. Communication lors du colloque « Violences plurielles », UCL- Louvain la Neuve, 11 mars 2005.

(21) Vermeulen G, Ponsaers P et Verlinden A. *Het profiel van de pedoseksueel*. Een sociologische benadering. Antwerpen, Maklu – Uitgevers, 2003, 258 p.

(22) Child Focus. L'ami des enfants ? Abus pédosexuel : profil/impact/prévention, 2003, 69 p. Document disponible sur <www.childfocus.be>.

(23) Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L et de Smet P. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?* ULB-PROMES, Bruxelles, 2003, 111 p. <www.ulb.ac.be/esp/promes>.

(24) *Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990)*. Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2002-31 décembre 2003), Bruxelles, 2004, 65 p. Voir : <www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/1324/51K1324001.pdf>.

(25) <www.one.be>.

(26) Vermeulen et al. *Op cit.*

(27) Child Focus. *Op cit.*

## 8.4. Discussion

Les données présentées mesurent-elles bien ce qu'elles sont censées mesurer ? Ou en d'autres mots, donnent-elles une bonne idée/approximation de la situation en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale : quelles sont les types de violences subies par les jeunes femmes, quelle est l'ampleur du phénomène, quels en sont les auteurs ?

A l'évidence la réponse à la question est négative pour deux raisons : le nombre très réduit de publications «valides» et la difficulté d'interpréter ces informations.

### Validité des données

Le premier écueil rencontré est celui de la définition de violence. Nous avons insisté supra sur le flou définissant certains actes répréhensibles au plan pénal. Il faut aussi remarquer qu'au niveau de la société en général, il n'existe pas davantage d'unanimité en ce qui concerne la qualification, les limites et l'interprétation concrète de la notion de violence.

Nous n'avons pas pu cerner le groupe cible ni au plan du sexe, ni à celui de l'âge, ni à celui des Régions.

Les périodes de temps sur lesquels portent les données ne sont pas identiques.

La majorité des publications (ou d'informations proposée sur des sites internet) auxquels nous avons eu accès ne sont pas exploitables compte tenu de biais ou d'imprécisions majeurs.<sup>(28)</sup>

Nous en reprenons quelques-uns : définition du terme violence sexuelle laissée à l'appréciation de la personne interrogée avec éventuellement une limite inférieure de violence fixée par les intéressées elles-mêmes, appel à la mémoire pour des faits pouvant remonter à plus de 30 ans, regroupement, sous le terme de délit, de diverses violences (comportements sexuels indésirés, exhibitionnisme, tentative de viols, viols), notion de «contacts non désirés» sans précision sur l'intentionnalité ou non, notion d'insultes sexistes non précisées, définition très générale du terme de «maltraitance sexuelle», confusion entre les définitions d'inceste et abus intrafamilial, «signalements» concernant du matériel présumé pornographique et «témoignages» concernant des mineurs qui seraient entré en contact avec un pédophile, «risques» courus à fréquenter certains sites internet, «victimation (sic)» en milieu scolaire. Nous n'avons pas davantage pu retenir le tour d'horizon des données et projets belges en matière de violence et santé, présenté dans une brochure de 62 pages.<sup>(29)</sup>

Nous devons rappeler une recommandation émise plus haut à savoir qu'une mise en place de statistiques uniformes pour les différents fournisseurs de données est indispensable.

### Image de la situation

En dépit des données recensées et de multiples enquêtes menées en Belgique sur les violences sexuelles, il est impossible, de dessiner les grandes lignes de la situation en ce qui concerne les jeunes femmes. Il est étonnant de constater que dans un climat international et national extrêmement sensible à cette thématique des données valides manquent pour pouvoir tirer la moindre conclusion.

Les infractions jugées concernent davantage de jeunes filles que de jeunes gens. Ce qui concorde avec un rapport d'activité de l'O.N.E. précisant dans la partie consacrée aux équipes SOS Enfants, que globalement les filles sont plus exposées que les garçons et qu'elles sont plus concernées par la maltraitance sexuelle<sup>(30)</sup> ; ce terme regroupe : attouchements ; pénétrations sexuelles ; comportements indécents : exhibitions, photos ; jeux sexuels. Le constat concorde avec les études internationales soulignant que la violence sexuelle est une forme de violence à caractère sexué.<sup>(31)</sup>

Bien que les mutilations génitales figurent explicitement dans le Code pénal depuis 2001, nous n'avons aucune donnée disponible concernant les infractions à cette loi. Nous pouvons seulement signaler que le Groupe d'action contre les mutilations génitales a accompagné en 2003, vingt-deux mineures présentant des risques de subir une mutilation ou souffrant des conséquences d'une mutilation.<sup>(32)</sup>

Les données sur les I.V.G. et sur les naissances nous montrent la réalité des relations sexuelles très précoces (avant 14 ans) considérées par le Code pénal comme le résultat d'un viol. Nous n'avons pas fait mention des naissances parmi les mineures âgées de 14 ans ; en effet une partie – inconnue – des relations sexuelles fécondantes a pris place avant le 14e anniversaire.

(28) (i) Philippot *et al. Op. cit.*  
(ii) Garcia *et al. Op. cit.*  
(iii) *Police fédérale. Moniteur de Sécurité 2000.* Bruxelles, 2000, 138 p.

(29) *Centre Interuniversitaire Belge a.s.b.l. Santé et Facteurs psycho-sociaux.* Violence et Santé en Belgique. Bruxelles, 2004, 58 p.

(30) *O.N.E. Rapport annuel 2004.* Bruxelles, 2004, 219 p. <[www.one.be](http://www.one.be)>.

(31) *Organisation mondiale de la santé. Op. Cit.*

(32) *Gams-Belgique. Rapport d'activités.* Bruxelles, 2003, 37 p. + annexes.







