

Baromètre santé 2016

Santé sexuelle

EN OCCITANIE

Mai 2018

Baromètre Santé 2016

Santé sexuelle

EN OCCITANIE

Mai 2018

Dr Sylvie Cassadou (ORS Midi-Pyrénées)

Adeline Beaumont (ORS Midi-Pyrénées)

Ont également collaboré à ce travail :

Dr Françoise Cayla (ORS Midi-Pyrénées)

Mise en page :

Christel Andrieu (ORS Midi-Pyrénées)

Cette étude a été commanditée et financée par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie (ARS)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
PARTIE 01– L'ÉCHANTILLON OCCITAN : CARACTÉRISTIQUES	
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	3
La population	4
Le niveau social	5
Les Occitans nés à l'étranger	6
PARTIE 02– INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » EN POPULATION GÉNÉRALE	7
Dépistage du sida : connaissances, opinions et pratiques	8
Virus des hépatites	9
L'hépatite B, son vaccin et son dépistage	9
L'hépatite C et son dépistage	10
Papillomavirus (HPV) et autres IST	10
Usage du préservatif	11
Contraception, grossesses non prévues et ivg	11
Connaissances et opinions sur les moyens de contraception	11
Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG	11
Violences sexuelles	12
Vie sexuelle	12
PARTIE 03– INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » DES JEUNES DE 15 À 24 ANS	15
Environnement socio-économique	16
Dépistage du sida : connaissances, opinions et pratiques	16
Virus des hépatites	17
L'hépatite B, son vaccin et son dépistage	17
L'hépatite C et son dépistage	18
Autres IST	18
Usage du préservatif	18
Contraception	18
Connaissances et opinions sur les moyens de contraception	18
Pratiques de contraception	19
Violences sexuelles	19
Vie sexuelle	19

PARTIE 04– INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » DES PERSONNES

EN SITUATION SOCIALE PRÉCAIRE _____ 21

Caractéristiques des deux populations 23

Dépistage du sida : connaissances, opinions et pratiques 24

Virus des hépatites 26

 L'hépatite B, son vaccin et son dépistage 26

 L'hépatite C et son dépistage 26

Autres IST 27

Usage du préservatif 27

Contraception, grossesses non prévues et ivg 28

 Connaissances et opinions sur les moyens de contraception 28

 Pratiques de contraception 28

 Grossesses non prévues et IVG 29

Violences sexuelles 29

Vie sexuelle 30

PARTIE 05– INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU DE DIPLÔME ____ 31

Caractéristiques de la population 32

Dépistage du sida : connaissances, opinions et pratiques 33

Virus des hépatites 34

 L'hépatite B, son vaccin et son dépistage 34

 L'hépatite C et son dépistage 34

Autres IST 34

Usage du préservatif 35

Contraception, grossesses non prévues et ivg 35

 Connaissances et opinions sur les moyens de contraception 35

 Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG 36

Violences sexuelles 37

Vie sexuelle 37

PARTIE 06– INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU

D'URBANISATION DU DOMICILE	39
Caractéristiques des populations	40
Dépistage du sida : connaissances, opinions et pratiques	41
Virus des hépatites	42
L'hépatite B, son vaccin et son dépistage	42
L'hépatite C et son dépistage.....	42
Autres IST	42
Usage du préservatif	43
Contraception, grossesses non prévues et ivg	43
Connaissances et opinions sur les moyens de contraception	43
Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG.....	44
Violences sexuelles	45
Vie sexuelle	45
CONCLUSION	47
RÉFÉRENCES	49

AVANT-PROPOS

Le Baromètre Santé

Le Baromètre santé 2016, mis en place par l'INPES, constitue la huitième enquête de ce type, la précédente ayant eu lieu en 2014. L'objectif de ces enquêtes répétées en population générale est de décrire les comportements, attitudes et perceptions des français en matière de santé. Dans ce Baromètre Santé 2016, les perceptions et pratiques relatives aux maladies infectieuses, dont les infections sexuellement transmissibles et leurs moyens de prévention, ont été plus particulièrement étudiées.

L'enquête a été réalisée au téléphone (double échantillonnage de lignes fixes et de lignes de téléphones mobiles) par l'institut de sondage Ipsos auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans entre janvier et août 2016. Les numéros de téléphone, fixes et mobiles, ont été générés aléatoirement afin de pouvoir inclure dans l'échantillon des ménages absents des annuaires téléphoniques. La sélection de la personne interrogée s'effectuait ensuite par tirage au sort au sein des membres éligibles du ménage ou parmi les utilisateurs réguliers éligibles de la ligne dans le cas de téléphone mobile.

Le Baromètre en Occitanie

Afin d'obtenir un échantillon d'effectif suffisamment important pour les analyses régionales, un échantillon complémentaire a été tiré au sort en Occitanie, soit 1 160 individus interrogés en plus des 1 361 individus issus de l'échantillonnage national.

Les données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles et le nombre de lignes téléphoniques dans le foyer. Un redressement identique à celui mis en œuvre pour la base nationale a ensuite été effectué pour être représentatif de la population de la région.

Il prend en compte le sexe croisé à l'âge par tranche de 10 ans, la taille d'agglomération, le département de résidence (région au niveau national), le niveau de diplôme, le fait de vivre seul ou non.

Afin de comparer les résultats entre les populations spécifiques étudiées et le reste de la population régionale, des tests du χ^2 ont été réalisés sur les données redressées, chaque fois que les effectifs le permettaient. Le seuil adopté pour considérer les différences comme significatives est de 5%.

La comparaison avec les résultats nationaux a été effectuée sur certains indicateurs à partir d'un modèle logistique intégrant les mêmes variables que celles du redressement, excepté les départements de résidence. Ces analyses ont d'ores et déjà donné lieu à la publication de fiches thématiques par l'ORMSIP et le CREAI-ORS LR : « accès et renoncement aux soins », « alcool, tabac et drogues illicites », « sexualité et contraception », « activité physique, sédentarité et corpulence », « santé perçue et détresse psychologique », « opinions et pratiques vaccinales »¹.

Les indicateurs concernant la santé sexuelle en Occitanie

Dans le cadre de la fusion des anciennes régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, et plus précisément de la fusion de leurs Coordinations régionales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih), il était utile de décrire les connaissances, opinions et pratiques de la population de la nouvelle région vis-à-vis de l'ensemble des questions concernant la santé sexuelle. Le Baromètre santé 2016 faisant une large place à ces questions et constituant la première édition à l'échelle de l'Occitanie, les données recueillies à cette occasion étaient toutes indiquées pour répondre à l'objectif. On peut rappeler ici que la

¹ Ces fiches sont disponibles sur les sites : <https://ormsip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/> et <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/>

notion de santé sexuelle est définie par l'OMS depuis 2002 comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité.

On trouvera ainsi dans ce rapport, après une description des caractéristiques de la population interrogée, les données recueillies concernant le dépistage du VIH, les hépatites B et C, le papillomavirus et les autres IST mais également les données recueillies concernant l'usage du préservatif, la contraception, les grossesses non prévues, le recours

à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), les violences sexuelles subies, le premier rapport sexuel vécu et la vie de couple. Ces données sont décrites à l'échelle de la population générale régionale, puis pour certains sous-groupes de population susceptibles de présenter des caractéristiques spécifiques : les 15-24 ans, les personnes en situation sociale précaire, les personnes peu diplômées et les personnes résidant en milieu rural. Ces sous-groupes ont été choisis par les acteurs du Corevih Occitanie en raison de la place particulière qu'ils peuvent occuper au sein de leur file active.

PARTIE 01—

L'ÉCHANTILLON OCCITAN : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

CHIFFRES CLÉS

- On n'observe pas de différence notable dans la répartition des tranches d'âge entre l'Occitanie et le reste de la France
- En Occitanie, 50,7% de la population vit dans des communes rurales ou de moins de 20 000 habitants contre 38,4% dans le reste de la France
- La part des personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac est comparable à celle observée en France, mais la part des personnes ayant un diplôme de niveau Bac est supérieure (23,1 vs 19,0%) et celle des personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac est inférieure à celle observée en France (48,6 vs 52,8%).
- 28,2% des personnes interrogées déclarent que le revenu de leur foyer, par unité de consommation, est inférieur au seuil de pauvreté, actuellement de 1 015€ en France (seuil de pauvreté = 60% du revenu français médian)
- La part de personnes vivant seules (17,2%) est comparable à celle observée en France

Données de contexte

- Avec une superficie de plus de 72 700 km², l'Occitanie est la 2^e région la plus étendue de France métropolitaine.
- En 2013, les 5 420 000 occitans représentent 9% de la population française et la densité de la population sur ce vaste territoire est relativement faible : 78 hab./km² (117 hab./km² en France métropolitaine).
- Trois des 13 départements regroupent plus de la moitié (55%) des habitants de la région : la Haute-Garonne (23%), l'Hérault (19%) et le Gard (13%).
- Entre 2008 et 2013, la population régionale a deux fois plus augmenté que la population nationale (+4,9% vs +2,5%). Ce dynamisme démographique concerne les trois départements les plus peuplés (Haute-Garonne, Hérault et Gard) mais aussi le Tarn-et-Garonne (+6,1%) qui profite du développement économique de la zone d'emploi de Toulouse.

➤ La population

• Une population vivant moins souvent dans de grands centres urbains

Les caractéristiques démographiques, répartition de l'échantillon représentatif par sexe et tranche d'âge, sont tout à fait comparables entre l'Occitanie et le reste de la France. Il en est de même pour la situation familiale avec une part des personnes vivant seules comparable sur les deux territoires.

En revanche, comme pouvaient le laisser supposer les données de contexte ci-contre, la part de la population résidant dans des agglomérations de 100 000 habitants ou plus est nettement inférieure dans la région par rapport à celle observée sur le reste du territoire national métropolitain. En Occitanie, on trouve en effet seulement quatre agglomérations de plus de 100 000 habitants : Perpignan, Nîmes, Montpellier et Toulouse.

Concernant le niveau de diplôme, la part des personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat est la même sur les deux territoires. On observe en revanche une différence pour les diplômes des autres niveaux : les personnes ayant un diplôme de niveau baccalauréat sont plus nombreuses en Occitanie que dans le reste de la France, la situation étant inversée pour les diplômes de niveau inférieur.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon régional par rapport au reste de la France hexagonale

	% dans l'échantillon régional* n = 2 521	% reste de la France**
Sexe		
Homme	48,8	48,7
Femme	51,2	51,3
Age		
15-24 ans	15,6	15,2
25-34 ans	15,6	16,9
35-44 ans	17,9	18,0
45-54 ans	18,7	18,9
55-64 ans	18,2	17,3
65-75 ans	14,0	13,7
Catégorie d'agglomération		
Rurale	26,3	22,7
< 20 000 habitants	24,4	15,7
20 000 – 99 999 habitants	17,9	12,4
≥ 100 000 habitants	31,3	49,2

	% dans l'échantillon régional* n = 2 521	% reste de la France**
Niveau de diplôme		
Inférieur au Bac	48,6	52,8
Bac	23,1	19,0
Supérieur au Bac	28,3	28,2
Revenu par unité de consommation²		
1 ^{er} tercile ($\leq 1\ 100$)	34,9	36,0
2 ^e tercile (1 100-1799)	33,3	31,0
3 ^e tercile ($\geq 1\ 800$)	31,9	33,0
Situation familiale		
Vit seul	17,2	16,2
Vit avec au moins une personne	82,8	83,8

* Données redressées à partir des données de l'INSEE de 2012

** Poids redressé sur la structure enquête emploi 2014

Source : Baromètre santé Occitanie - Inpes – Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

► Le niveau social

• Des revenus souvent inférieurs au seuil de pauvreté

En termes de ressources financières, la répartition de la population par tranche de revenus est peu différente entre les deux territoires régional et national. En Occitanie, on observe un léger resserrement de la population dans la tranche des revenus médians par unité de consommation (UC).

Néanmoins, 28,2% des personnes interrogées déclarent que le revenu de leur foyer, par unité de consommation, est inférieur au seuil de pauvreté tel que défini au niveau européen (1 015€)³.

• Une couverture sociale de base presque exhaustive...

Concernant le niveau de couverture sociale, 99,5% des personnes âgées de 18 ans et plus interrogées déclarent bénéficier de l'assurance maladie dont 6,6% grâce au dispositif de la Couverture Maladie Universelle (CMU) [1]. Cette dernière part est élevée par rapport à celle mesurée pour l'ensemble de la France métropolitaine qui était de 3,3% fin 2015 [2]. Il est possible que certains répondants aient confondu CMU et CMU complémentaire (CMU-C) mais cela paraît peu probable car les questions sur la couverture de base

et la couverture complémentaire étaient clairement distinctes dans le questionnaire.

La part des personnes bénéficiant d'une couverture sociale complémentaire est également élevée, 95% des personnes interrogées, dont 4,3% grâce au dispositif de la CMU-C. La couverture complémentaire apparaît importante pour un bon suivi médical de la population car sa présence pour un assuré est associée au fait d'avoir déclaré un médecin traitant.

• ...mais qui n'empêche pas le renoncement aux soins

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est déclaré par 16,3% des personnes de 18 ans et plus. Ce renoncement concerne une simple consultation chez le médecin dans près de 5% des cas mais le plus souvent des soins dentaires (11,6%), puis des soins d'optique (5,5%). Ce taux global et sa répartition selon les soins est comparable en Occitanie et dans le reste de l'Hexagone.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières touche plus souvent les femmes (19%) que les hommes (13,4%) et la part des personnes concernées diminue avec l'augmentation de leurs revenus : 25% des personnes situées dans le 1^{er} tercile des revenus par UC, 16,5% de celles situées dans le 2^e tercile et 7,6% de celles situées dans le 3^e tercile.

² Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). En effet, pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Finalement, le premier adulte du foyer compte pour une UC, chacune des autres personnes de 14 ans et plus compte pour 0,5 UC et chaque enfant de moins de 14 ans compte pour 0,3 UC.

³ Moins de 60% du revenu médian en France, soit 1 015 euros par unité de consommation en 2015

► Les Occitans nés à l'étranger

Au 1^{er} janvier 2014, sur les 65,8 millions de personnes vivant en France hors Mayotte, 11,6% étaient nées à l'étranger [3]. Cette proportion est proche de celle mesurée en Occitanie au travers du Baromètre Santé. Parmi les personnes interrogées, 11,1% sont en effet nées à l'étranger, le plus souvent en Afrique du Nord (5,0%), en Europe (3,2%) ou en Afrique Subsaharienne (1,6%). Les autres régions d'origine (Moyen Orient,

Asie, Amérique Centrale et Amérique du Sud, Amérique du Nord) concernent chacune moins de 1% des personnes interrogées et moins de 5% de l'ensemble des personnes nées à l'étranger.

Les personnes nées dans les trois régions d'origine principales vivent le plus souvent en France depuis plus de 10 ans : 84,5% des personnes nées en Afrique du Nord, 88,3% des personnes nées dans un autre pays d'Europe, 85,3% des personnes nées en Afrique Subsaharienne.

Parts des lieux de naissance, dans l'ensemble des personnes interrogées et parmi les personnes nées à l'étranger

Europe			Afrique du Nord			Afrique Subsaharienne		
Lieu de naissance	% dans l'échantillon régional n = 2 521	% parmi les personnes nées à l'étranger n = 281	Lieu de naissance	% dans l'échantillon régional n = 2 521	% parmi les personnes nées à l'étranger n = 281	Lieu de naissance	% dans l'échantillon régional n = 2 521	% parmi les personnes nées à l'étranger n = 281
Total Europe	3,2	27,8	Total Afrique du Nord	5,0	42,6	Total A. Subsaharienne	1,6	13,7
Espagne		8,2	Algérie		22,1	Madagascar		3,2
Belgique		4,6	Maroc		14,2	Sénégal		2,5
Portugal		4,6	Tunisie		6,4	Cameroun		2,1
Allemagne		3,9	Égypte		0,4	Congo		1,1
Italie		2,8				Af. du Sud		0,7
Royaume Uni		2,5				Centrafrique		0,7
Pays Bas		1,1				Niger		0,7
Slovaquie		1,1				Angola		0,4
Albanie		0,4				Burkina Faso		0,4
Lituanie		0,4				RDC*		0,4
Roumanie		0,4				Côte d'Ivoire		0,4
Ukraine		0,4				Guinée		0,4
						Kenya		0,4
						Rwanda		0,4
						Somalie		0,4
						Togo		0,4

* RDC : République démocratique du Congo

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes - Exploitation : CREA I ORS LR – ORSMIP

PARTIE 02—

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » EN POPULATION GÉNÉRALE

CHIFFRES CLÉS

- 89% des répondants pensent que le dépistage du sida devrait être fait par tout le monde mais 40% des mêmes répondants ne se sont jamais fait dépister, le plus souvent (70%) parce qu'ils ne se considèrent pas à risque
- 98% des tests VIH sont réalisés par la technique classique
- La vaccination hépatite B semble liée au dépistage : 62% des personnes dépistées sont vaccinées contre 40% des personnes non dépistées
- Près de 80% des répondants utilisent systématiquement le préservatif lors du 1^{er} rapport avec un nouveau partenaire, de façon provisoire pour plus de 55% d'entre eux
- Un taux de couverture contraceptive chez les femmes concernées de près de 87%
- 13% des répondants rapportent avoir subi au moins un rapport sexuel forcé au cours de leur vie : 22% des femmes et 5% des hommes
- 26% des répondants ne vivent pas en couple et n'ont pas de partenaire

Avertissement

Comme pour toute enquête recueillant des données à partir des déclarations de la personne interrogée, les résultats présentent une incertitude dont le niveau est difficile à mesurer. Par ailleurs, les proportions ci-dessous ne prennent pas en compte les personnes ayant répondu « Ne sait pas ».

DÉPISTAGE DU SIDA : CONNAISSANCES, OPINIONS ET PRATIQUES

• Un contraste entre opinions et pratiques

Parmi les répondants (2 518), 89,3% pensent que « tout le monde devrait faire un test de dépistage du sida au moins une fois dans sa vie » et 82% que « le médecin devrait proposer le test de dépistage du virus du sida sans attendre la demande du patient ». De façon un peu paradoxale, 39,9% des personnes interrogées n'ont jamais fait personnellement ce test, 37,4% des femmes et 42,6% des hommes. De façon un peu parallèle, l'autotest VIH est connu par 37,2% des personnes interrogées mais 73,9% d'entre elles ne sont pas intéressées.

De façon plus ciblée, l'expérience d'une situation à risque, déclarée un peu plus tôt au cours de l'entretien, a été rappelée aux personnes concernées : avoir eu plusieurs partenaires, avoir eu une relation avec une personne de même sexe, avoir eu une infection sexuellement transmissible. Parmi les 318 personnes au total ayant vécu une ou plusieurs de ces expériences, 83,7% n'avaient pas fait de test après cette situation à risque.

Malgré cette pratique encore trop peu systématique du dépistage, elle est significativement plus fréquente en Occitanie que dans le reste de la France hexagonale.

• Des freins et des motivations à la réalisation du test intimes à la personne

De façon globale, les raisons déclarées pour l'absence de réalisation personnelle du dépistage (933 personnes répondantes) sont principalement la conviction de ne pas être soi-même à risque de contamination (69,9%) ou, moins souvent, le fait qu'aucun médecin ne l'ait jamais proposé (25,8%). Pour les personnes qui, elles, ont réalisé le test, la proposition du dépistage par le médecin n'est pas non plus la raison la plus

fréquente déclarée (18,1%), mais vient en 3^e position. Le dépistage est le plus souvent réalisé à l'initiative du patient (49,5%) et, dans ce contexte, la motivation la plus fréquente est le besoin de connaître son statut vis-à-vis du virus. Le contexte venant en 2^e position en termes de fréquence est celui de la vie familiale : grossesse ou mariage.

Répartition des contextes et motifs de réalisation du dépistage cités par les personnes sexuellement actives

Contextes et motifs de réalisation du test par la personne interrogée	% pondéré
De sa propre initiative	49,4
<i>Pour se rassurer, sans raison particulière, pour savoir</i>	22,5
<i>Relation non protégée, rupture de préservatif, partage de seringue, exposition au sang...</i>	6,9
<i>Arrêt du préservatif</i>	6,9
<i>Doutes sur le partenaire</i>	4,1
<i>Demande du partenaire</i>	3,5
<i>Demande d'un employeur, d'une banque, d'une compagnie d'assurance...</i>	2,4
<i>Autre raison</i>	3,0
Dans le cadre d'une grossesse ou avant un mariage	25,3
Un médecin l'a proposé	18,1
<i>Bilan de santé</i>	7,7
<i>Bilan préopératoire</i>	5,2
<i>Risque d'exposition particulier</i>	1,3
<i>Symptômes ou signes</i>	1,3
<i>Sans raison particulière</i>	0,6
<i>Me le propose régulièrement</i>	0,5
<i>Autre raison</i>	1,4
À l'occasion d'un don de sang, d'organe, de lait ou de sperme	5,8
Autre raison	1,4

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

• Des modalités de dépistage le plus souvent classiques

Excepté lorsqu'il est fait dans le cadre d'un don, le dépistage s'effectue en grande majorité selon des modalités « classiques » : dans un laboratoire d'analyse de biologie médicale sur prescription médicale (69,7%) et via un prélèvement sanguin et une analyse classique (97,8%). L'utilisation du test rapide d'orientation diagnostique (TROD) ou de l'autotest reste marginale comme dans le reste de la France [4].

VIRUS DES HÉPATITES

➤ L'hépatite B, son vaccin et son dépistage

• Une pratique vaccinale cohérente avec l'opinion...

Parmi toutes les personnes répondantes, 94,6% pensent que l'hépatite B est une maladie grave (réponses « tout à fait » et « plutôt oui ») mais elle n'est considérée comme fréquente que pour 58,3%. Parallèlement, le vaccin est jugé efficace pour 74,9% des répondants mais il peut avoir des effets secondaires graves pour 62,9%. Finalement, de façon comparable au reste de la France hexagonale, 48,2% des personnes connaissant leur statut vaccinal (n=1064) déclarent être vaccinées [5].

Si on observait une discordance entre l'opinion sur le sida et la pratique du dépistage de son virus, il n'en est pas de même pour l'hépatite B. Plus les personnes pensent que la maladie est grave ou que le vaccin est efficace, et plus souvent elles sont vaccinées.

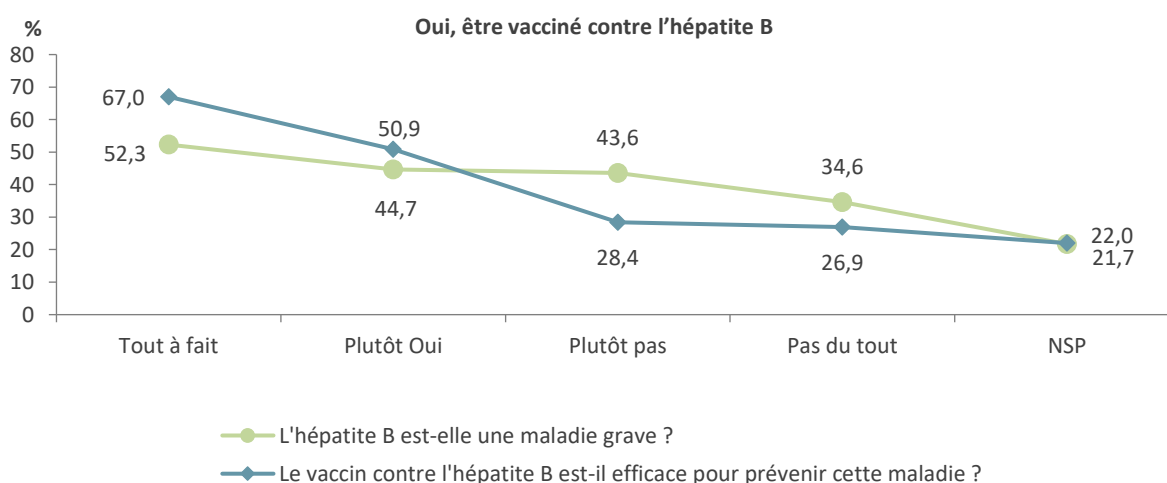
• ... mais encore liée au dépistage

Sur l'ensemble des répondants (2 224), 36,7% déclarent avoir réalisé un dépistage de l'hépatite B au moins une fois dans leur vie, ce qui est inférieur au reste de la France hexagonale. Les raisons principales déclarées pour l'absence de dépistage sont « n'y avoir jamais pensé » (29,0%), ce qui suggère un manque d'information, l'absence de proposition par un médecin (27,7%) et l'absence de risque perçu de contamination (23,9%).

Bien que le vaccin contre l'hépatite B soit recommandé chez les nourissons depuis 1994, cette vaccination est encore associée de façon significative à la réalisation du dépistage. Ainsi, 62,1% des personnes dépistées sont vaccinées contre 40,1% des personnes non dépistées. Même si ce lien est du en partie au fait que certains professionnels exposés (et vaccinés) doivent vérifier leur immunité, ces chiffres sont cohérents avec la faible couverture vaccinale des pré-adolescents de 11 ans observée en 2014-2015 : 45,9 % (IC95% : 43,8 - 47,9)⁴.

Finalement, sur les 933 personnes ayant réalisé un dépistage de l'hépatite B, le test confirmait la maladie pour 1% des cas.

Taux de vaccination contre l'hépatite B selon la perception de la gravité de la maladie et de l'efficacité du vaccin



Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

⁴⁴ Source : Drees-Dgesco, enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en CM2. Traitement Santé publique France. Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatitis-B>

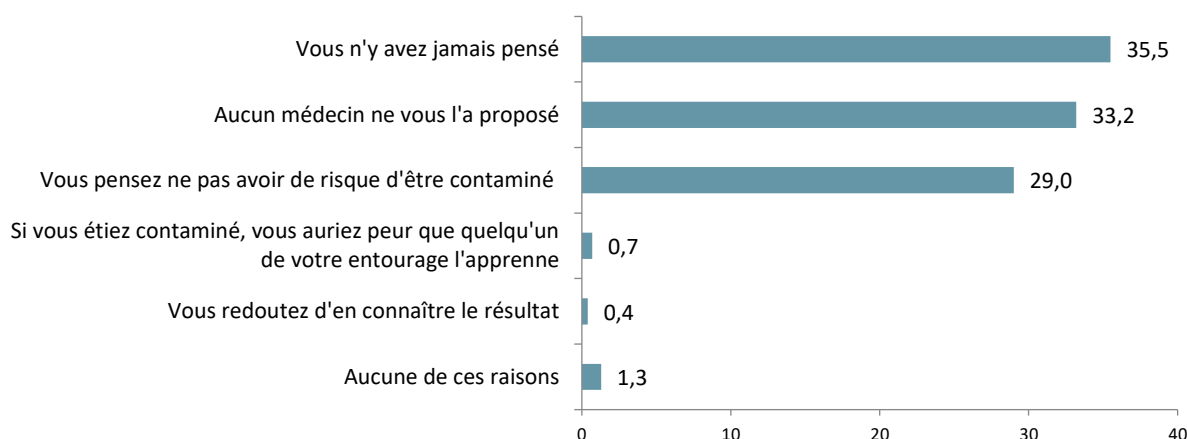
► L'hépatite C et son dépistage

Parmi les 2 413 répondants, 21,3% ont effectué un dépistage de l'hépatite C au moins une fois dans leur vie, proportion supérieure à celle observée dans le reste de la France hexagonale [6]. Les raisons principales d'absence de dépistage sont les mêmes que pour l'hépatite B : le fait que la personne n'y ait jamais pensé (35,5%), ce qui peut suggérer un manque d'information, le fait qu'aucun médecin ne l'ait jamais proposé (33,2%) ou le fait que la personne ne se perçoit pas comme à risque (29,0%).

Le lien avec le dépistage de l'hépatite B est également statistique : la réalisation du dépistage pour l'une des hépatites est associé de façon statistiquement significative à la réalisation du dépistage pour l'autre hépatite. Ce résultat suggère que la réalisation du dépistage quel qu'il soit dépend de la qualité du suivi médical dans son ensemble.

Parmi les 521 personnes connaissant le résultat de leur dernier test, 2,6% ont déclaré que celui-ci était positif.

Raison principale de l'absence de dépistage de l'Hépatite C citée par les Occitans



Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

PAPILLOMAVIRUS (HPV) ET AUTRES IST

• Un vaccin anti-HPV souffrant d'une mauvaise réputation

Les questions concernant la connaissance et l'opinion sur le vaccin contre l'infection à papillomavirus n'ont été posées qu'aux femmes âgées de 15 à 25 ans d'une part et aux parents de filles âgées de 11 à 19 ans (390 personnes) d'autre part. Parmi ces personnes, 81,9% avaient entendu parler du vaccin.

L'infection HPV est une maladie grave et fréquente selon respectivement 94,2% et 65,0% des personnes

ayant entendu parler du vaccin. Le vaccin est par ailleurs considéré comme efficace par 70,2% de ces personnes mais il peut provoquer des effets secondaires graves selon plus de la moitié (56,7%) d'entre elles. Finalement, lorsqu'on demande aux femmes âgées de 15 à 25 ans si elles sont vaccinées (123 personnes), 38,3% répondent par l'affirmative.

• Survenue d'une IST en général

Parmi les 2 421 répondants à cette question, 2,1% ont répondu avoir contracté une IST au cours des douze derniers mois. Cette proportion diminue à 1,1% lorsqu'on exclut les mycoses.

USAGE DU PRÉSERVATIF

- **Un usage du préservatif fréquent mais non systématique lors du 1^{er} rapport avec un nouveau partenaire**

Selon les déclarations des 2 362 répondants à cette question (âgés de 15 à 75 ans), la moitié d'entre eux ont utilisé le préservatif (50,3%) lors de leur premier rapport hétérosexuel consenti. Si l'on restreint l'âge des personnes interrogées à la tranche des 15-29 ans (430 répondants), cette proportion augmente à 87,4% [7].

La fréquence d'utilisation chute à 25,6% lorsqu'on pose la question pour la période des 12 derniers mois à l'ensemble des personnes qui ont au moins un partenaire (2 004 répondants).

Néanmoins, si ce partenaire est nouveau (300 répondants), la part des personnes ayant utilisé un préservatif au cours du 1^{er} rapport avec ce partenaire est nettement plus élevée, à 79,7%. Après ce premier rapport, le préservatif reste utilisé systématiquement pour 44,8% des répondants, de temps en temps pour 11,2%, utilisé un temps puis arrêté pour 26%.

La réalisation d'un dépistage VIH du répondant ou de son partenaire n'intervient dans l'arrêt du préservatif que pour la moitié des 112 répondants à cette dernière question, respectivement pour 49,3% et 50,9%. La prise d'une contraception intervient plus fréquemment, pour 71,2% des répondants. Il est possible, mais l'effectif final interrogé diminue peut-être la robustesse du résultat, que le préservatif soit d'avantage considéré comme un moyen de contraception qu'un moyen de protection contre les IST.

CONTRACEPTION, GROSSESSES NON PRÉVUES ET IVG

➤ Connaissances et opinions sur les moyens de contraception

- **Une bonne connaissance des moyens de contraception...**

Les questions étaient posées aux femmes comme aux hommes de moins de 55 ans. Les moyens de contraception évoqués par l'enquêteur étaient le stérilet, la pilule, le préservatif, l'implant, l'anneau vaginal, le re-

trait du partenaire masculin avant l'éjaculation et la contraception d'urgence ou pilule du lendemain. Ces moyens étaient connus par plus de 90% des personnes interrogées, sauf l'implant (63,8%) et l'anneau vaginal (53,8%).

L'opinion sur chacun de ces moyens de contraception a ensuite été demandée à toutes les personnes le connaissant. Ainsi, le nombre des répondants était supérieur à 1 300 personnes, excepté pour l'implant (800 répondants) et l'anneau vaginal (700 répondants).

Efficacité et risque perçu (% de répondants) vis-à-vis des différents moyens de contraception

Moyen de contraception	Efficace	Risqué
Stérilet	89,8%	27,1%
Pilule	92,0%	53,5%
Préservatif	89,5%	5,6%
Implant	88,2%	43,9%
Anneau vaginal	81,5%	20,9%
Retrait du partenaire	25,8%	23,2%
Pilule du lendemain	76,2%	53,3%

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

- **...mais toujours une opinion paradoxale vis-à-vis du préservatif**

Malgré son utilisation peu fréquente en routine, le préservatif est le moyen de contraception considéré le plus souvent comme efficace et en même temps sans danger. Le stérilet est perçu comme efficace aussi fréquemment mais une proportion plus importante de personnes le considère à risque. La pilule est considérée encore plus fréquemment comme efficace que les deux moyens précédents mais plus de la moitié des répondants considèrent également que son utilisation est risquée pour la santé. On retrouve cette perception du risque pour la pilule du lendemain.

➤ Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG

- **Un taux de « couverture » contraceptive supérieur à 85%...**

Pour le 1^{er} rapport hétérosexuel et consenti, quel que soit l'âge de la personne interrogée (de 15 à 75 ans), un moyen de contraception a été utilisé dans 62,7%

des cas. Si l'on restreint l'âge des personnes interrogées à la tranche des 15-29 ans, cette proportion augmente à 93,6%. Ce comportement n'est pas différent de celui du reste de la France hexagonale [7].

La question de l'utilisation actuelle d'une contraception a été posée aux femmes concernées par celle-ci : les femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les 12 derniers mois, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant. Ces personnes sont au nombre de 513. La part des femmes concernées sans contraception est donc de 13,3%, proportion à première vue supérieure⁵ à celle observée au niveau national (8,0%), mais s'expliquant par une méthode de calcul différente [8].

Parallèlement, comme au niveau national, la pilule est le moyen le plus fréquemment utilisé (37,0%), suivi du stérilet (32,1%). Les craintes observées plus haut vis-à-vis du risque pour la santé de la pilule et dans une moindre mesure du stérilet ne modifient donc pas de façon importante les pratiques. Le préservatif masculin, jugé efficace et sans risque vient en troisième position (14,9%).

Utilisation des différents moyens de contraception (% de répondantes utilisatrices)

Moyen de contraception	% d'utilisatrices
Pilule	37,0
Stérilet	32,1
Préservatif masculin	14,9
Retrait du partenaire	5,4
Implant	4,7
Ligature des trompes	3,5
Anneau vaginal	1,0
Éviter rapport les jours fertiles	0,4
Abstinence	0,3
Patch contraceptif	0,1
Vasectomie	0,1
Autre	0,5

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

• ...mais qui reste insuffisant pour éviter les grossesses non prévues et les IVG

Parmi les femmes ayant été enceintes dans les 5 années précédant l'enquête (202 personnes), 39,1% rapportent une grossesse non prévue. Parallèlement, parmi les femmes ayant déjà été enceintes (1 163 personnes), 30,9% ont eu recours à l'interruption volontaire de grossesse au moins une fois. Si l'on élargit le nombre de personnes interrogées à l'ensemble des femmes sexuellement actives (1 399 personnes), cette proportion est de 25,1%. Pour 49% des personnes ayant eu recours à l'IVG, la 1^{ère} a eu lieu entre 18 et 25 ans.

VIOLENCES SEXUELLES

Ces violences interviennent dans la vie, et potentiellement impactent la santé sexuelle d'une part non négligeable de la population.

Ainsi, 1,1% des répondants (n=2 422) rapportent que leur tout premier rapport sexuel avait été forcé.

Par ailleurs, 11,0% des répondants (n=2 516) déclarent avoir subi des attouchements au moins une fois dans leur vie : 16,0% chez les femmes et 5,6% chez les hommes. Pour 74,8% de ces personnes, cet événement a eu lieu avant l'âge de 16 ans, pour 35% avant l'âge de 10 ans.

Enfin, 13,4% des répondants (n=2 517) rapportent avoir subi au moins un rapport sexuel forcé ou une tentative de viol dans leur vie. Cette proportion est de 21,7% chez les femmes et de 5,1% chez les hommes. Pour près de la moitié de ces personnes (45,4%), l'événement a eu lieu avant l'âge de 18 ans et pour 17,7% avant 13 ans.

VIE SEXUELLE

Parmi les 2521 personnes interrogées, 6,8% n'avait jamais eu de rapport sexuel au moment de l'enquête (81,2% d'entre elles avaient 20 ans ou moins).

⁵ Cette différence est liée à une prise en compte différente de certaines réponses au questionnaire. Dans les résultats régionaux, lorsque la répondante a déclaré avoir utilisé le préservatif dans les 12 mois précédant l'enquête (sans précision supplémentaire) mais qu'elle n'a déclaré aucun moyen de contraception ensuite, elle a été considérée comme n'ayant pas de contraception. Dans les résultats nationaux, lorsque la répondante a déclaré avoir utilisé le préservatif dans les 12 mois précédant l'enquête (sans précision supplémentaire) et qu'elle n'a déclaré aucun moyen de contraception ensuite, le préservatif a été considéré comme le moyen de contraception de cette personne. Calculée comme au niveau régional, la proportion nationale de femmes n'utilisant pas de moyen de contraception est tout à fait comparable à la proportion régionale.

Pour les répondants qui en avaient déjà eu au moins un, l'âge au 1^{er} rapport est un peu plus tardif chez les filles que chez les garçons. Ce 1^{er} rapport est intervenu trois mois ou plus après la rencontre dans près de 80% des cas.

Répartition des tranches d'âge au 1^{er} rapport selon le sexe

Age au 1 ^{er} rapport	Garçons (%)	Filles (%)
13 ans ou moins	4,4	0,5
14-15 ans	20,0	9,7
16-17 ans	40,8	39,2
18-20 ans	28,1	39,2
20-25 ans	5,3	10,0
Plus de 25 ans	1,5	1,5

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes
Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

Chez les 15-29 ans, la motivation de ce 1^{er} rapport (consenti, 350 répondants) était « l'amour » ou « le désir » dans 74,5% des cas, « le franchissement d'une étape » ou la « curiosité » dans 20,6% des cas. Dans la même tranche d'âge, ce 1^{er} rapport s'est déroulé sans alcoolisation d'aucun des deux partenaires dans 85,9% des cas.

Les réponses aux questions sur la vie sexuelle actuelle au moment de l'enquête rapportent que 25,6% de la population ne vit pas en couple et n'a pas de partenaire (n = 2 521).

Parmi les personnes ayant un partenaire, ce dernier est de même sexe dans 1,5% des cas. Selon l'ensemble des relations rencontrées au cours de la vie (n = 2 425), l'orientation n'est pas exclusivement homo- ou hétérosexuelle dans 4,2% des cas, exclusivement homosexuelle dans 0,5% des cas.

Par ailleurs, les personnes ayant 2 partenaires ou plus simultanément sont 1,6% des répondants (n = 1 962) et 12,2% des répondants rapportent avoir rencontré leur partenaire sur Internet au moins une fois.

PARTIE 03—

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » DES JEUNES DE 15 À 24 ANS

FAITS MARQUANTS

Par rapport aux 25-75 ans :

- Une situation économique plus souvent défavorisée et une couverture sociale plus souvent précaire
- Le dépistage du sida moins fréquent : 50 % des 15-24 ans ne l'ont jamais effectué
- Une vaccination hépatite B plus fréquente et mieux perçue
- Un usage du préservatif plus répandu
- Un taux de couverture contraceptive un peu plus élevé où l'utilisation du stérilet est marginale
- Des violences sexuelles subies dans les mêmes proportions que chez les 25-75 ans
- Une homosexualité mieux socialisée

Données de contexte

- La part des 15-24 ans est identique dans la population occitane et dans la population française (hors DROM), respectivement 11,5% et 11,8%
- En Occitanie, leur taux d'emploi en 2013 était de 10,5% chez les 15-19 ans et de 45,2% chez les 20-24 ans, ce qui marque une baisse, non retrouvée dans les autres tranches d'âge, par rapport aux chiffres de 2008 : de près de 15% chez les 15-19 ans et d'un peu plus de 7% chez les 20-24 ans.

ENVIRONNEMENT
SOCIO-ÉCONOMIQUE

De façon attendue, la situation professionnelle des 15-24 ans est significativement différente de celle des répondants plus âgés pour les parts respectives de répondants en emploi et en situation d'apprentissage (au sens large). De même, la situation « autre » qui inclut les retraités est logiquement plus importante chez les 25-74 ans. Dans ce contexte, la proportion de chômeurs, égale entre les deux populations, attire l'attention sur les difficultés d'accès à l'emploi pour les jeunes. Parallèlement, la couverture sociale maladie est, de

façon significative, plus souvent précaire chez les 15-24 ans que pour la population plus âgée.

La différence de niveau de vie entre tranches d'âge est encore plus marquée pour le revenu, inférieur au seuil de pauvreté pour 43,0% des jeunes de 15 à 24 ans. On peut rappeler que pour cette tranche d'âge, le revenu est pour beaucoup de jeunes (en particulier de 15 à 18 ans) lié à celui de la famille parentale, le jeune étant une des unités de consommation du ménage. Cette part n'est pas quantifiable par les données disponibles mais elle n'est probablement pas majoritaire car alors elle reflèterait la répartition des revenus de la population générale.

Répartition (%) des caractéristiques socio-économiques des répondants âgés de 15 à 24 ans et de ceux âgés de 25 à 74 ans

Situation socio-économique	15-24 ans (%) n = 268	25-74 ans (%) n = 2 253
Situation professionnelle		
<i>Étudiant, élève, apprenti, stagiaire (rémunéré ou non)</i>	79,0	1,0
<i>En emploi</i>	11,9	61,1
<i>Chômeur</i>	8,0	8,0
<i>Autre</i>	1,1	29,9
Couverture sociale précaire⁶	15,6	10,5
Situation de pauvreté⁷	43,0	25,7

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

DÉPISTAGE DU SIDA :
CONNAISSANCES, OPINIONS
ET PRATIQUES

En proportion, les personnes âgées de 15 à 24 ans sont significativement plus nombreuses que les personnes plus âgées à penser que le dépistage du virus du sida

devrait être systématique au moins une fois dans la vie (97,9%) et que le médecin devrait le proposer sans attendre que le patient le demande (91,0%).

De façon encore plus paradoxale que chez leurs aînés, la moitié (49,5%) des 15-24 ans ayant déjà eu au moins un rapport sexuel (n = 193) n'ont néanmoins jamais fait réaliser ce test pour eux-mêmes (contre 38,8% des 25-75 ans). Après avoir rencontré une situation à

⁶ Personne ayant déclaré ne pas avoir de couverture maladie ou de couverture complémentaire ou avoir une couverture maladie par la CMU et/ou CMU-C ou avoir une couverture maladie par l'AME

⁷ Personne ayant déclaré un revenu inférieur au seuil de pauvreté européen, i.e. inférieur à 60% du revenu français médian (1 015 €)

risque (avoir eu plusieurs partenaires, avoir eu une relation avec une personne de même sexe, avoir eu une infection sexuellement transmissible), la part des jeunes ayant effectué un test est comparable à celle observée chez les plus âgés : 14,2% vs 17,2%

Les motifs évoqués le plus fréquemment pour l'absence de test (n = 142) sont en revanche les mêmes que chez les adultes : la conviction de ne pas être à risque (60,4%) et le fait qu'aucun médecin ne l'ait proposé (30,1%). Effectivement, lorsque le jeune interrogé a fait réaliser le test au moins une fois dans sa vie, c'est de sa propre initiative dans plus de 80% des cas (n = 101). La raison la plus souvent rapportée (57,6%)

était la volonté de connaître son statut, situation un peu plus fréquente que chez les 25-75 ans (43,6%).

Lorsqu'il a été réalisé, les modalités du test sont cohérentes avec la démarche personnelle des 15-24 ans (94 répondants) et diffèrent légèrement par rapport aux modalités employées par les plus âgés : le recours aux CeGIDD (18,7%) ou aux analyses sans ordonnance (10,1%) est plus fréquent que chez les 25-75 ans. Par ailleurs, le TROD et l'autotest sont plus fréquemment utilisés, respectivement 5,9 et 3,6%.

Différences marquantes entre les répondants de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 75 ans sur les opinions et les pratiques du dépistage du Sida

Caractéristiques du dépistage du sida	15-24 ans	25-75 ans
« Le dépistage devrait être systématique »	97,9% (n* = 268)	87,8% (n = 2 250)
« Le médecin devrait le proposer sans attendre la demande du patient »	91,0% (n = 268)	80,3% (n = 2 238)
N'a jamais fait réaliser le dépistage...	49,5% (n = 193)	38,8% (n = 2 220)
... car ne pense pas être à risque de contamination	60,4% (n = 92)	71,3% (n = 841)
... car aucun médecin ne me l'a proposé	30,1% (n = 92)	25,2% (n = 841)
A déjà fait réaliser le dépistage	50,5% (n = 193)	61,2% (n = 2 220)
... de sa propre initiative	82,3% (n = 101)	46,3% (n = 1 375)
...pour savoir	57,6% (n = 82)	43,6% (n = 649)
...dans un laboratoire, sans ordonnance	10,1% (n = 94)	5,9% (n = 1 288)
... dans un CeGIDD	18,7% (n = 94)	6,8% (n = 1 288)
... avec un TROD	5,9% (n = 94)	0,6% (n = 1 288)
... avec un autotest	3,6% (n = 94)	0,9% (n = 1 296)

n* = nombre de répondants à la question

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation CREA I ORS LR - ORSMIP

VIRUS DES HÉPATITES

➤ L'hépatite B, son vaccin et son dépistage

L'opinion des jeunes de 15 à 24 ans sur la gravité de l'hépatite B n'est pas significativement différente de celle des 25-75 ans : la maladie est considérée comme grave par 95,1 et 94,5% des répondants respectivement. Elle est en revanche considérée comme fréquente par moins de personnes jeunes (49,2%) que de personnes plus âgées (60,0%).

Le vaccin lui, a meilleure presse chez les jeunes, plus nombreux que leurs aînés à le considérer efficace (85,9%) et sans effets secondaire grave (57,4%). De façon cohérente avec cette opinion, mais aussi avec le calendrier vaccinal, les 15-24 ans déclarent plus souvent être vaccinés : 71,6% contre 44,3%.

Parallèlement les personnes âgées de 15-24 ans déclarent moins souvent avoir fait réaliser un dépistage que les 25-75 ans (21,6% vs 39,4%) et lorsqu'ils n'ont pas fait réaliser ce test, c'est plus souvent parce qu'ils étaient déjà vaccinés ou qu'ils n'y avaient jamais pensé.

Différences marquantes entre 15-24 ans et 25-75 ans sur l'hépatite B, son vaccin et son dépistage

Opinions et pratiques	15-24 ans	25-75 ans
Pense que l'hépatite B est une maladie grave	95,1% (n* = 264)	94,5% (n = 2 201)
Pense que l'hépatite B est une maladie fréquente	49,2% (n = 262)	60,0% (n = 2 161)
Pense que le vaccin contre l'hépatite B est efficace	85,9% (n = 257)	72,7% (n = 2 012)
Pense que le vaccin contre l'hépatite B peut provoquer des effets secondaires graves	42,6% (n = 253)	66,7% (n = 2 042)
Est vacciné contre l'hépatite B	71,6% (n = 229)	44,3% (n = 2 161)
N'a jamais fait réaliser de dépistage...	78,4% (n = 261)	60,5% (n = 2 163)
... car déjà vacciné	21,0% (n = 191)	15,9% (n = 15,9)
...car n'y a jamais pensé	38,8% (n = 191)	26,7% (n = 1 292)

n* = nombre de répondants à la question
Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes
Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

➤ L'hépatite C et son dépistage

La fréquence déclarée du dépistage de l'Hépatite C n'est pas significativement différente entre les 15-24 ans (17,3%) et les 25-75 ans (22,1%). Les raisons évoquées de l'absence de test sont en revanche un peu différentes. Chez les plus âgés, la conviction de ne pas être à risque de contamination est plus fréquente que chez les plus jeunes (30,9% vs 19,3%), alors que le fait de n'avoir jamais pensé au dépistage est moins fréquemment déclaré (32,8% vs 49,4%).

AUTRES IST

À propos de l'infection par papillomavirus et son vaccin, la seule différence observée entre les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans (116 répondantes) et les parents de filles âgées de 11 à 19 ans (221 répondants), concerne la perception de gravité de la maladie, significativement plus fréquente chez les jeunes femmes.

Par ailleurs, la part des personnes ayant déclaré la survenue d'une IST (hors mycose) dans les 12 derniers mois n'est pas différente entre la population des 15-24 ans et celle des 25-75 ans.

USAGE DU PRÉSERVATIF

Selon les déclarations enregistrées, l'usage du préservatif est plus répandu chez les 15-24 ans que chez les 25-75 ans, que ce soit lors du 1^{er} rapport hétérosexuel, ou lors du 1^{er} rapport avec un nouveau partenaire ou ensuite en routine dans les rapports sexuels en général.

Différences marquantes entre 15-24 ans et 25-75 ans sur l'usage du préservatif

Circonstances d'utilisation	15-24 ans	25-75 ans
1 ^{er} rapport hétérosexuel consenti	88,3% (n = 188)	46,0% (n = 2 174)
1 ^{er} rapport avec un nouveau partenaire	82,9% (n = 95)	77,8% (n = 205)
Rapports en général avec le nouveau partenaire	64,8% (n = 92)	50,1% (n = 211)
Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	71,3% (n = 177)	20,1% (n = 1 827)

n* = nombre de répondants à la question

Les réponses concernant les motifs de l'arrêt du préservatif après une certaine durée de la relation n'ont pas été exploitées car l'effectif des 15-24 ans était trop faible.

CONTRACEPTION**➤ Connaissances et opinions sur les moyens de contraception**

D'une façon générale, la population des 15-24 ans semble mieux informée sur les différents moyens de contraception que celle des 25-75 ans. Néanmoins, les différences ne sont statistiquement significatives que vis-à-vis de l'implant (74,4% vs 60,6%), l'anneau vaginal (71,3% vs 48,6%) et la pilule du lendemain (99,6% vs 89,4%).

L'opinion des répondants vis-à-vis de ces moyens de contraception est globalement identique entre les deux populations, sauf pour la pilule que les plus jeunes considèrent moins souvent à risque pour la santé (37,4% vs 58,4%) et pour la pilule du lendemain que les plus jeunes considèrent moins fréquemment comme efficace (70,6% vs 78,2%).

► Pratiques de contraception

La question de la couverture contraceptive lors du 1^{er} rapport était posée aux hommes et aux femmes. Le niveau de « couverture » contraceptive des répondants âgés de 15 à 24 ans (94,0%) est significativement plus élevé que celui des répondants âgés de 25 à 49 ans (59,2%).

Cette différence disparaît quasiment par la suite chez les femmes interrogées sur leur couverture contraceptive au moment de l'enquête : 88,9% chez les femmes de 15-24 ans et 86,3% chez les femmes de 25-49 ans⁸. Le choix du moyen de contraception est différent entre les deux populations, le stérilet n'étant quasiment pas utilisé par les plus jeunes.

Différences marquantes entre répondants de 15-24 ans et de 25-49 ans sur les pratiques de la contraception

Caractéristiques		15-24 ans	25-49 ans
HOMMES ET FEMMES	A utilisé une contraception lors du 1^{er} rapport hétérosexuel consenti	90,8% (n*=188)	56,7% (n=2 172)
	Utilise une contraception au moment de l'enquête	80,3% (n = 101)	75,0% (n = 516)
FEMMES CONCERNÉES PAR LA CONTRACEPTION	... la pilule	66,6% (n = 83)	31,1% (n = 378)
	... le préservatif	22,2% (n = 83)	12,7% (n = 378)
	... le stérilet	2,9% (n = 83)	39,1% (n = 378)

n* = nombre de répondants à la question

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

Les questions concernant les grossesses non prévues et l'interruption volontaire de grossesse n'ont pas été traitées par manque d'effectif dans la population des 15-24 ans.

VIOLENCES SEXUELLES

Quels que soient les aspects considérés de cette question, on n'observe pas de différence entre les fréquences déclarées par les 15-24 ans et leurs aînés. Ainsi, on retrouve environ 1% de 1^{er} rapport forcé, 10% d'attouchements au moins une fois dans la vie et 13%

de rapports forcés ou de tentatives de viol au moins une fois dans la vie. Les différences entre filles et garçons n'ont pas été analysées en raison d'un manque d'effectif des plus jeunes.

VIE SEXUELLE

De façon attendue, la part des personnes n'ayant jamais eu de rapport sexuel est plus élevée chez les 15-24 ans (39,0%) que chez les 25-75 ans (0,9%).

Néanmoins, il semble y avoir un effet génération sur l'âge au moment du 1^{er} rapport. Parmi les répondants de 25-75 ans, si l'on ne prend en compte que ceux qui ont eu leur 1^{er} rapport avant 25 ans, leur âge lors de ce 1^{er} rapport est plus tardif que celui des 15-24 ans. Parallèlement, ce 1^{er} rapport intervient plus souvent après consommation d'alcool par au moins un des deux partenaires chez les 15-24 ans (19,3%) que chez leurs aînés (7,9%).

En revanche, les réponses des deux populations ne sont pas différentes quant à la durée de la relation avant ce 1^{er} rapport : plus de trois mois pour un peu plus de 75% des répondants.

Différences d'âge au 1^{er} rapport entre répondants de 15-24 ans et de 25-49 ans

Age au 1 ^{er} rapport	15-24 ans (n = 194)	25-75 ans* (n = 2 157)
13 ans ou moins	0,7%	2,7%
14-15 ans	25,0%	13,9%
16-17 ans	52,2%	39,7%
18-20 ans	20,0%	36,4%
21-24 ans	2,1%	7,4%

*Ayant eu leur 1^{er} rapport avant 25 ans

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

Concernant la vie affective et sexuelle au moment de l'enquête, on observe de façon attendue que les 25-75 ans (n = 2 253) déclarent presque deux fois plus souvent vivre en couple que les plus jeunes (n = 268) : 79,9% vs 45,0%.

Par ailleurs, le partenaire est déclaré être de même sexe significativement plus souvent chez les plus jeunes (n = 131) que chez les plus âgés (n = 1 709) : 4,0% vs 1,2%. En revanche, selon l'ensemble des rela-

⁸ La question de l'utilisation actuelle d'une contraception a été posée aux femmes concernées par celle-ci : les femmes âgées de 15 à

49 ans, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les 12 derniers mois, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant.

tions rencontrées au cours de la vie, l'orientation n'est pas exclusivement hétérosexuelle dans des proportions comparables des deux populations : 4,5% des 25-75 ans et 6,3% des 15-24 ans.

Enfin, les personnes déclarant deux partenaires ou plus simultanément sont en proportions comparables dans les deux populations : 2,1% chez les 15-24 ans (n = 177) et 1,6% chez les 25-75 ans (n = 1 827).

PARTIE 04—

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » DES PERSONNES EN SITUATION SOCIALE PRÉCAIRE

FAITS MARQUANTS

- Une part d'étudiants (ou élèves ou apprentis) plus importante parmi les personnes en situation financière précaire que dans le reste de la population, mais cette part est équivalente entre les personnes ayant une couverture sociale précaire et le reste de la population
- Dans les deux groupes en situation précaire, une pratique du dépistage du virus du sida comparable avec celle du reste de la population (40% des personnes n'ont jamais fait de test) mais avec un recours plus fréquent aux dispositifs gratuits de dépistage
- Les deux groupes en situation précaire moins inquiets vis-à-vis d'effets secondaires potentiels du vaccin anti-hépatite B que le reste de la population, mais le taux de vaccination est comparable avec le celui du reste de la population
- Le papillomavirus inquiète moins souvent les personnes en situation financière précaire qui sont parallèlement moins souvent favorables au vaccin que le reste de la population
- Concernant l'usage du préservatif, pas de tendance claire associée à une situation sociale précaire
- Un taux de couverture contraceptive comparable quel que soit le niveau socioéconomique, avec néanmoins un recours moins fréquent au stérilet
- Des violences sexuelles subies plus fréquentes parmi les personnes en situation précaire que dans le reste de la population
- Une vie en couple moins fréquente parmi les personnes en situation précaire que dans le reste de la population

Avertissement

Dans ce chapitre, deux populations ont été analysées :

- les personnes en situation financière précaire (SFP),
- et les personnes ne bénéficiant que d'une couverture sociale précaire (CSP).

Les personnes en situation financière précaire sont celles dont le revenu par unité de consommation¹ du foyer est inférieur au seuil de pauvreté européen. Ce seuil est égal à 60% du revenu français médian par unité de consommation soit, au moment de l'enquête, 1 015€.

Une couverture sociale précaire a été définie comme l'absence totale de couverture sociale ou l'absence de couverture sociale complémentaire ou la couverture maladie universelle (CMU) ou la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou la couverture par l'aide médicale de l'état (AME).

Cette définition peut prêter à discussion car classiquement, être bénéficiaire de la CMU n'est pas considéré comme marqueur de précarité sociale. L'échantillon interrogé a donc été examiné de plus près et les différentes combinaisons de couverture sociale, de base et complémentaire, se répartissent comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Si les personnes disposant de la CMU associée à une complémentaire peuvent effectivement correspondre à une situation sans précarité particulière, les autres groupes de personnes bénéficiant de la CMU (CMU seule ou CMU associée à la CMU-C) sont probablement effectivement en situation de précarité du point de vue de leur couverture sociale.

Couverture sociale	N (2 521)	%*	%* hors (SS droit commun + complémentaire)
SS droit commun + complémentaire	2 260	88,8	
CMU + complémentaire	28	1,3	11,6
SS droit commun + CMU-C	23	0,9	8,5
SS droit commun seule	61	2,4	21,1
CMU + CMU-C	60	2,8	25,4
CMU seule	38	1,9	17,2
AME	12	0,7	6,5
Autre couverture précaire	22	1,1	9,8

*Redressé.

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes Exploitation : CREA I ORS LR – ORSMIP

Pour préciser encore les caractéristiques de ces sous-groupes, leurs effectifs ont été mis en perspective avec la situation financière des personnes concernées dans le tableau ci-dessous. Les résultats confirment l'hypothèse évoquée plus haut. Si les personnes bénéficiant de la CMU associée à une complémentaire (situation particulière) semblent disposer de revenus corrects plus souvent que les personnes des autres groupes précaires, ces dernières, y compris les bénéficiaires de la CMU, sont pour près de ¾ d'entre elles en situation financière précaire.

Couverture sociale	Situation financière précaire*	Situation financière non précaire*
SS droit commun + complémentaire	23,1	76,9
CMU + complémentaire	57,4	42,6
Autres groupes	72,5	27,5

*Au sens défini plus haut

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes - Exploitation : CREA I ORS LR – ORSMIP

Les bénéficiaires de la CMU ont donc été conservés dans le groupe des personnes ayant une couverture sociale précaire.

¹Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

CARACTÉRISTIQUES DES DEUX POPULATIONS

L'effectif de la population ayant une couverture sociale précaire (CSP) était de 244 personnes dans l'échantillon interrogé et celui de la population en situation financière précaire (SFP) était de 583 personnes. De façon attendue, ces deux populations ne sont pas indépendantes puisque 70% des personnes ne bénéficiant que d'une couverture sociale précaire sont également des personnes en situation financière précaire. En revanche, parmi les personnes en situation financière précaire, les trois quart (73,5%) bénéficient d'une couverture sociale correcte au sens de la définition adoptée.

Répartition de l'échantillon selon le type de couverture sociale et de situation financière

		SFP		Total
		Oui	Non	
CSP	Oui	160	69	229
	Non	416	1 805	2 221
Total		576	1 874	2 450

D'un point de vue socio-démographique, ces deux populations présentent des points communs.

Tout d'abord, ces personnes sont plus souvent des femmes et plus souvent des jeunes de moins de 35 ans, même si on observe néanmoins une part des 15-24 ans un peu plus importante chez les personnes en situation financière précaire que chez les personnes ayant une couverture sociale précaire.

Elles sont par ailleurs plus souvent au chômage et, quand elles ont un emploi, celui-ci est plus souvent dans les catégories ouvrier ou employé que le reste de la population. Enfin, ces personnes sont moins nombreuses à avoir un diplôme de niveau supérieur au Baccalauréat.

Un point les différencie néanmoins : si la proportion d'étudiants (ou élève ou apprenti) est équivalente entre les personnes à CSP et le reste de la population, cette proportion est en revanche plus élevée parmi les personnes en SFP que dans le reste de la population. Cela peut indiquer que si les étudiants (ou élèves ou apprentis) disposent significativement de moins de revenus que l'ensemble de la population, ils bénéficient en revanche d'une couverture sociale comparable à celle de l'ensemble de la population et ce point peut expliquer la différence de répartition dans l'échantillon des deux situations évoquées plus haut.

Caractéristiques socio-démographiques des personnes précaires (CSP et SFP), par rapport au reste de la population

Libellé	CSP (N=244)	Non CSP (N=2 260)	SFP (N=583)	Non SFP (N=1 884)
Sexe				
Homme	47,3%	48,5	42,4%	51,5%
Femme	52,7%	51,5	57,6%	48,5%
Tranche d'âge				
15-24 ans	20,4%	13,9%	22,1%	11,5%
25-34 ans	33,1%	13,6%	20,4%	13,9%
35-44 ans	14,4%	18,6%	17,1%	19,0%
45-54 ans	12,8%	19,7%	21,2%	18,0%
55-64 ans	13,8%	19,0%	12,2%	20,7%
65-75 ans	5,5%	15,3%	7,1%	16,9%
Situation professionnelle				
En emploi	30,4%	57,1%	42,0%	59,7%
Étudiant, élève, apprenti	12,5%	12,1%	18,5%	9,5%
Chômeur	29,7%	5,4%	17,0%	4,4%
Retraité	10,6%	21,4%	10,3%	23,8%
Autre	16,8%	4,1%	12,4%	2,5%
Catégorie d'emploi				
Ouvrier	34,3%	16,3%	31,3%	13,5%
Employé	48,8%	46,0%	59,8%	41,7%
Profession intermédiaire	9,8%	16,1%	5,2%	19,9%
Cadre	6,2%	21,1%	2,8%	25,6%
Autre	0,9%	0,4%	0,9%	0,3%
Niveau de diplôme				
< Bac	64,9%	46,2%	60,1%	42,8%
= Bac	20,4%	23,4%	27,0%	21,9%
> Bac	14,8%	30,4%	12,9%	35,3%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes - Exploitation : CREA LR – ORSMIP

DÉPISTAGE DU SIDA : CONNAISSANCES, OPINIONS ET PRATIQUES

Le fait d'avoir une CSP ne modifie pas la proportion de personnes pensant que le dépistage du virus du sida doit être systématique au moins une fois dans la vie (89% des personnes quelle que soit la catégorie de couverture sociale, précaire ou pas). Cela ne modifie pas non plus de façon significative la proportion de personnes pensant que le médecin devrait proposer le dépistage sans attendre la demande du patient (78,2 vs 82,4%). Cette opinion sur l'attitude du médecin n'est pas modifiée non plus par le fait d'être en SFP (83,5% vs 81,5%).

En revanche, les personnes en SFP sont significativement plus nombreuses à penser que tout le monde devrait faire le dépistage au moins une fois dans sa vie (93,6% vs 87,4%).

La proportion de personnes connaissant l'autotest et, lorsqu'elles le connaissent, la proportion de personnes intéressées, n'est pas modifiée par le fait d'avoir un CSP ou d'être en SFP. Le prix jugé comme maximum pour acheter un autotest n'est d'ailleurs pas différent entre les personnes avec CSP, les personnes en SFP et le reste de la population : entre 15 et 20€.

Concernant la pratique du dépistage, le comportement de la population générale n'est pas modifié par le fait d'avoir une CSP ou d'être en SFP. Dans tous les cas, 40% environ de la population n'a jamais fait de test. En revanche, la survenue d'une situation à risque (relation avec une personne de même sexe, avoir eu plusieurs partenaires, avoir eu une infection sexuellement transmissible) semble provoquer un peu plus souvent la réalisation du dépistage que dans le reste

de la population, même si ces différences ne sont pas statistiquement significatives en raison de faibles effectifs. En effet, 19,7% des personnes ayant une CSP et 20,5% étant en SFP ont effectué le test après avoir vécu ce type de situation, contre respectivement 15,8% ayant une couverture sociale correcte et 14,9% des personnes en situation financière correcte.

Pratique du test de dépistage selon le type de couverture sociale

CSP	Oui (n = 229)	Non† (n = 2 177)
Test au moins une fois dans sa vie	58,2%	60,7%
N'a jamais fait de test	41,8%	39,3%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes
Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

Pratique du test de dépistage selon le type de situation financière

SFP	Oui (n = 242)	Non† (n = 1 830)
Test au moins une fois dans sa vie	62,4%	60,1%
N'a jamais fait de test	37,6%	39,9%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes
Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

Concernant la raison principale de l'absence de réalisation du dépistage, on observe une différence entre les personnes ayant une CSP et celles en SFP. Les personnes en SFP pensent moins souvent ne pas être à risque que le reste de la population et avancent plus souvent le fait qu'aucun médecin ne l'a proposé que le reste de la population. Cette raison en revanche est moins souvent évoquée par les personnes avec une CSP que le reste de la population, ce qui est cohérent avec le fait que l'accès au médecin est moins facile pour ces personnes.

Raison principale d'absence de dépistage selon le type de couverture sociale et la situation financière.

Raison principale de l'absence de test	CSP		SFP	
	Oui (n=85)	Non (n=842)	Oui (n=199)	Non (n=708)
Pense ne pas être à risque	68,5%	69,7%	65,5%	72,3%
Aucun médecin ne l'a proposé	24,0%	26,4%	28,3%	24,1%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

Lorsque le dépistage est réalisé, on observe également une différence concernant le contexte de ce dépistage. Les personnes avec une CSP réalisent plus souvent le test à leur propre initiative et moins souvent sur proposition du médecin (ou dans le cadre d'un mariage ou d'une grossesse), que le reste de la population, ce qui est cohérent avec un accès aux soins moins facile.

Pour les personnes en SFP, la réalisation du test se fait dans des contextes dont la fréquence est plus proche de celle de la population en situation financière correcte : un peu plus souvent dans un contexte de grossesse ou de mariage et un peu moins souvent sur proposition du médecin néanmoins.

Contexte de la réalisation du dépistage selon le type de couverture sociale et la situation financière.

Contexte de réalisation du test	CSP		SFP	
	Oui (n=143)	Non (n=1 332)	Oui (n=342)	Non (n=1 119)
À la simple initiative de la personne	63,0%	47,7%	52,8%	48,2%
Grossesse, mariage	21,3%	25,8%	28,4%	24,2%
Proposition du médecin	10,3%	19,0%	13,2%	19,8%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation : CREA I ORS LR – ORSMIP

Lorsque le test a été réalisé à la propre initiative de la personne interrogée, le motif rapporté le plus fréquent (de 43 à 51% des répondants) est le même quels que soient le type de couverture sociale et le niveau de situation financière : le besoin de savoir, de se rassurer, sans raison particulière. La fréquence la plus élevée (51,0%) est observée chez les répondants en SFP. Le 2^e motif le plus fréquent regroupe deux items de réponses possibles : l'item « exposition possible » qui inclut la rupture du préservatif, la relation non protégée, l'accident d'exposition au sang et l'agression, et l'item « doute sur le partenaire ». Ce regroupement est apparu pertinent dans la mesure où la rupture du préservatif ou bien la relation non protégée n'est une exposition possible que si l'on a des doutes sur le partenaire. Ce motif regroupé est rapporté par 22 à 23% des répondants que la couverture sociale soit précaire ou non et que la situation financière soit précaire ou non.

Le cadre du test présente, lui, quelques différences selon la situation socio-économique de la personne. Les répondants avec une CSP sont un peu moins nombreux que le reste de la population à réaliser le test dans un laboratoire d'analyse avec ordonnance, ce qui n'est pas le cas pour les répondants en SFP.

En revanche, les répondants avec une CSP sont plus nombreux que le reste de la population à réaliser le dépistage dans un centre de dépistage anonyme et gratuit, un planning familial, une PMI, un centre de santé ou même à domicile (autotest). Cette tendance est également observée pour les répondants en SFP mais de façon moins marquée.

Enfin, concernant la technique du test, la prise de sang et analyse classique est rapportée par une proportion de répondants comprise entre 96 et 98%, quelle que soit la situation socio-économique des répondants. Le TROD et l'autotest restent des techniques marginales.

Cadre de la réalisation du dépistage selon le type de couverture sociale et la situation financière.

Contexte de réalisation du test	CSP		SFP	
	Oui (n=134)	Non (n=1 243)	Oui (n=325)	Non (n=1 033)
Laboratoire avec ordonnance	67,5%	70,0%	69,3%	69,9%
Centre de dépistage anonyme et gratuit	13,0%	7,2%	10,2%	6,9%
Planning familial, PMI, centre de santé	3,6%	0,8%	1,6%	0,9%
À domicile	1,3%	0,7%	1,2%	0,6%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation : CREA I ORS LR – ORSMIP

VIRUS DES HÉPATITES

➤ L'hépatite B, son vaccin et son dépistage

De façon générale, l'opinion sur l'hépatite B et son vaccin n'est pas différente entre les répondants ayant une CSP et le reste de la population, ni entre les répondants en SFP et le reste de la population. Quelle que soit la situation socio-économique, plus de 90% des personnes pensent que l'hépatite B est une maladie grave et une proportion comprise entre 58 et 62% pense qu'il s'agit d'une maladie fréquente. Concernant le vaccin, ils sont 72 à 76% à penser que celui-ci est efficace. L'écart entre les populations est un peu plus grand concernant les effets secondaires graves potentiels. Les répondants avec une CSP et les répondants en SFP, sont 57,0 et 59,1% respectivement à penser que ce vaccin peut provoquer des effets secondaires graves, des proportions inférieures à celles observées dans le reste de la population : 64,1 et 64,4% respectivement.

Les répondants avec une CSP sont aussi souvent vaccinés que le reste de la population : 47,6 et 48,1% respectivement. Il en est de même pour les répondants en SFP : 49,9% vs 47,4%.

Les réponses quant au dépistage de la maladie sont difficiles à interpréter. Si les deux populations en situation de précarité semblent légèrement plus importantes que le reste de la population à n'avoir jamais réalisé de test de dépistage, elles sont en revanche aussi importantes à avoir réaliser ce test plusieurs fois dans leur vie. Concernant la raison principale pour laquelle aucun test n'a été réalisé, les réponses des différentes populations sont comparables sauf peut-être sur un point : chez les personnes ayant une CSP, le fait qu'aucun médecin n'ait jamais proposé le dépistage apparaît moins fréquent que dans le reste de la population. Cette différence est peut-être liée au fait que l'accès aux soins est plus difficile pour cette population.

Fréquence de dépistage de l'hépatite B selon le type de couverture sociale et la situation financière.

Réalisation du test de dépistage	CSP		SFP	
	Oui (n=240)	Non (n=2 167)	Oui (n=568)	Non (n=1 805)
Une fois dans sa vie	19,9%	24,2%	20,8%	24,7%
Plusieurs fois dans sa vie	13,4%	13,5%	13,0%	13,8
Jamais	66,7%	62,4%	66,3%	61,5%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation : CREAI ORS LR – ORSMIP

➤ L'hépatite C et son dépistage

La fréquence déclarée du dépistage de l'hépatite C n'est pas sensiblement différente selon les caractéristiques socio-économiques des populations. Ce dépistage a été réalisé au moins une fois dans la vie pour 26,6% des personnes ayant une CSP vs 20,9% pour le reste de la population et pour 22,7% des personnes en SFP vs 21,1% pour le reste de la population.

Le fait qu'aucun médecin ne l'ait proposé d'une part, et le fait de n'y avoir jamais pensé d'autre part, sont les raisons avancées les plus fréquentes pour expliquer que le test n'ait jamais été réalisé, comprises entre 30 et 37%. Penser ne pas être à risque de contamination est la troisième réponse la plus fréquemment avancée. Ces fréquences ne sont pas différentes entre les différentes populations, comprises entre 27 et 32%.

AUTRES IST

Les questions concernant le vaccin contre le papillomavirus n'étaient posées qu'aux femmes âgées de 15 à 25 ans et aux parents de filles âgées de 11 à 19 ans. Aussi, le sous-groupe de ces personnes ayant une CSP ne comptait que 47 personnes, un effectif qui ne permet pas d'analyser leurs réponses. Le sous-groupe de ces personnes en SFP compte lui 136 personnes, ce qui permet de décrire leurs réponses.

La proportion de personnes connaissant le virus est stable quelle que soit la situation financière : 79,9% des répondants en SFP et 82,6% des autres répondants. Parmi ceux qui connaissent le virus, les répondants en SFP pensent moins souvent que l'infection est grave (89,1%) que les répondants du reste de la population (96,9%). Les répondants en SFP pensent également

moins souvent que la maladie est fréquente : 59,4 vs 69,5%, même si cette différence n'est pas statistiquement significative.

Concernant le vaccin, l'opinion des répondants en SFP semble moins favorable que celle du reste de la population : ils sont moins nombreux à penser que le vaccin est efficace (59,3 vs 76,0%) et ils sont un peu plus nombreux à penser que celui-ci peut provoquer des effets secondaires graves (60,2 vs 56,4%).

La question la vaccination effective de la personne interrogée n'était posée qu'aux jeunes femmes de 15 à 25 ans et les effectifs correspondants sont trop faibles pour exploiter les réponses.

Concernant les autres infections sexuellement transmissibles (hors mycoses), les personnes ayant une CSP et les personnes en SFP déclarent la survenue d'une IST dans les 12 mois précédents dans des proportions comparables au reste de la population : entre 0,6 et 1,2%.

USAGE DU PRÉSERVATIF

Les réponses des personnes ayant une CSP et en SFP respectivement ne dégagent pas de tendance claire sur l'usage du préservatif dans ces deux groupes de répondants par rapport au reste de la population.

La part des personnes ayant utilisé un préservatif lors du 1^{er} rapport de la vie sexuelle est supérieure chez les répondants ayant une CSP et ceux en SFP par rapport au reste de la population, cet écart n'étant statistiquement significatif que pour les personnes en SFP. L'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois (sans précision de fréquence) est également rapportée plus souvent par les répondants ayant une CSP et ceux

en SFP que dans le reste de la population, de façon significative dans les deux cas.

En revanche, lors du 1^{er} rapport avec un nouveau partenaire ayant eu lieu dans les 12 derniers mois, les répondants ayant une CSP et ceux en SFP rapportent moins souvent l'usage du préservatif que le reste de la population. Lorsque la relation se poursuit avec ce nouveau partenaire, l'usage du préservatif se prolonge (à chaque rapport ou de temps en temps) chez les répondants ayant une CSP plus souvent que dans le reste de la population, et ce de façon significative. À l'inverse, l'usage du préservatif se prolonge moins souvent chez les répondants en SFP que dans le reste de la population, sans toutefois que cet écart soit significatif.

Usage du préservatif selon le type de couverture sociale et la situation financière

Utilise ou a utilisé le préservatif	CSP		SFP	
	Oui	Non	Oui	Non
Lors du 1 ^{er} rapport de sa vie	54,0% (n=220)	49,6% (n=1 136)	55,6% (n=520)	48,4% (n=1 803)
Au cours des 12 derniers mois	40,0% (n=177)	23,5% (n=1 822)	31,0 (n=429)	23,7% (n=1543)
Lors du 1 ^{er} rapport avec un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois	75,7% (n=53)	80,6% (n=246)	72,2% (n=92)	86,1% (n=201)
Depuis le 1 ^{er} rapport avec le nouveau partenaire	N=49	N=253	N=89	N=208
Jamais	12,6%	19,5%	20,5%	15,1%
À chaque rapport	43,9%	44,5%	35,7%	49,6%
De temps en temps	27,7%	7,4%	17,1%	8,6%
Utilisation arrêté	15,8%	28,6%	26,7%	26,7%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes – Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

CONTRACEPTION, GROSSESSES NON PRÉVUES ET IVG

➤ Connaissances et opinions sur les moyens de contraception

Ces questions étaient posées aux personnes âgées de 15 à 54 ans. Le niveau de connaissance des différentes méthodes de contraception est globalement le même pour les répondants ayant une CSP et le reste de la population. En revanche, les répondants en SFP connaissent moins souvent que le reste de la population l'anneau vaginal, le retrait du partenaire et la pilule du lendemain. Lorsque la personne connaissait le moyen de contraception, son opinion lui a été demandée.

Concernant le stérilet, les répondants ayant une CSP et ceux en SFP ont une opinion plus défavorable que le reste de la population : ils sont moins nombreux à penser qu'il s'agit d'un moyen efficace et plus nombreux à penser que son utilisation peut avoir des effets secondaires.

Concernant la pilule, les répondants des deux sous-groupes sont moins nombreux que le reste de la population à penser qu'elle est efficace mais aussi nombreux que les autres à penser qu'elle peut présenter des effets secondaires.

Concernant le préservatif, les répondants des deux sous-groupes sont moins nombreux que le reste de la population à penser qu'il est efficace mais, comme le reste de la population, ils sont moins de 10% à penser que son usage peut présenter des effets secondaires.

Concernant l'implant, les répondants des deux sous-groupes rapportent globalement les mêmes opinions que le reste de la population, sauf pour les personnes ayant une CSP qui pensent moins souvent que l'implant est efficace par rapport au reste de la population.

Concernant l'anneau vaginal, les répondants des deux sous-groupes rapportent globalement les mêmes opinions que le reste de la population, sauf pour les personnes en SFP qui pensent plus souvent que ce moyen présente des risques d'effets secondaires que le reste de la population.

Concernant le retrait du partenaire, les répondants des deux sous-groupes sont plus nombreux (de 33 à

34%) que le reste de la population (de 21 à 25%) à penser qu'il s'agit d'un moyen efficace mais ils sont, comme le reste de la population, de 22 à 24% à penser que cette méthode peut présenter des effets secondaires.

Concernant la pilule du lendemain, les opinions des deux sous-groupes sont les mêmes que le reste de la population quant à son efficacité et ses risques.

➤ Pratiques de contraception

Concernant le 1^{er} rapport de la vie sexuelle, les questions ont été posées à l'ensemble des personnes ayant eu un 1^{er} rapport consenti.

Les répondants des deux sous-groupes, tous âges confondus, rapportent un comportement comparable à celui du reste de la population : une proportion comprise entre 62 et 64% des répondants ont utilisé une contraception. En revanche, si l'on ne considère que les réponses des jeunes de 15 à 29 ans des deux sous-groupes, ces derniers déclarent moins souvent que le reste de la population avoir utilisé une contraception lors du 1^{er} rapport : 86,7% des répondants ayant une CSP (vs 95,4%) et 88,8% des répondants en SFP (vs 96,3%).

Concernant la couverture contraceptive au moment de l'enquête, les questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les 12 derniers mois, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant. On n'observe que peu de différences entre les sous-groupes : les répondantes ayant une CSP utilisent un peu moins souvent une contraception que le reste de la population (82,8% vs 87,5%). Cette différence, non significative compte tenu des effectifs, n'est pas observée chez les personnes en SFP.

Les choix des moyens de contraception utilisés présentent en revanche des différences entre les sous-groupes de population.

Ainsi, sans que cela soit statistiquement significatif, les répondantes en SFP choisissent un peu moins souvent la pilule que le reste de la population, même si ce sous-groupe comprend plus de jeunes que le reste de la population. On n'observe pas cette différence chez les personnes ayant une CSP.

La part des répondantes en SFP et choisissant le préservatif est identique à la part des répondantes ayant fait le même choix dans le reste de la population. En revanche, le préservatif est choisi plus souvent par les répondantes ayant une CSP que par le reste de la population, malgré le fait que cette population considère moins souvent qu'il s'agit d'un moyen efficace que le reste de la population (80,5% vs 90,9%).

À l'inverse, les personnes ayant une CSP et, dans une moindre mesure, les personnes en SFP, choisissent moins souvent le stérilet que le reste de la population. Cette observation retient l'attention dans la mesure où ce moyen de contraception n'est pas plus onéreux ni plus mal remboursé que l'implant par exemple choisi par une part des répondantes en situation précaire plus importante que dans le reste de la population.

Pratiques de contraception selon le type de couverture sociale et la situation financière

	CSP		SFP	
	Oui	Non	Oui	Non
Avait une couverture contraceptive lors du 1 ^{er} rapport	62,5 (n*=221)	62,6% (n=2134)	64,2 (n=318)	62,1 (n=1801)
Utilise une contraception au moment de l'enquête dont...	82,8% (n=68)	87,5% (n=444)	87,8% (n=172)	86,6% (n=334)
... la pilule	36,0%	37,4%	33,9%	38,4%
... le préservatif	22,0%	13,0%	14,9%	14,7%
... le stérilet	14,9%	35,6%	27,7%	35,6%
... l'implant	11,6%	3,4%	9,0%	2,0%

* n= nombre de répondants

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes – Exploitation CREAL ORS LR - ORSMIP

➤ Grossesses non prévues et IVG

La question de la survenue d'une grossesse non prévue a été posée aux femmes ayant été enceintes dans les 5 années précédant l'enquête. Dans les deux sous-groupes de personnes en situation sociale précaire, le taux de grossesses non prévues est significativement supérieur à celui observé dans le reste de la population : 61,0% chez les répondantes ayant une CSP (vs 32,7% des répondantes ayant une couverture sociale correcte) et 54,0% chez les répondantes en SFP (vs 29,9% des répondantes en situation financière correcte).

Parallèlement, la proportion de répondantes⁹ ayant subi une IVG est également plus importante dans les deux sous-groupes en situation précaire que dans le reste de la population : de façon statistiquement significative chez les répondantes en SFP (40,0% vs 27,4%), de façon moins marquée chez les répondantes ayant une CSP (34,7% vs 30,4%).

VIOLENCES SEXUELLES

Dans les deux sous-groupes de personnes en situation sociale précaire, le 1^{er} rapport sexuel a déjà été forcé plus souvent, et de façon significative, que dans le reste de la population : 3,8% des personnes ayant une CSP vs 0,8% dans le reste de la population et 2,2% des personnes en SFP vs 0,7% dans le reste de la population.

Sur la vie entière au moment de l'enquête, les répondants des deux sous-groupes ont plus souvent subi des agressions sexuelles, que ce soit des attouchements, des tentatives de viol ou des rapports sexuels forcés.

L'âge du 1^{er} viol ou tentative est comparable entre les répondants ayant une CSP et le reste de la population. En revanche, la part des moins de 13 ans (21,9%) est plus importante chez les répondants en SFP que dans le reste de la population (13,9%).

⁹ Ayant déjà été enceintes

Violences sexuelles selon le type de couverture sociale et la situation financière

	CSP		SFP	
	Oui	Non	Oui	Non
1 ^{er} rapport sexuel forcé	3,8% (n=231)	0,8% (n=2 184)	2,2% (n=544)	0,7% (n=1 928)
Attouchements sexuels au moins une fois dans la vie	19,6% (n=243)	10,1% (n=2 256)	12,7% (n=580)	10,3% (n=1 882)
Tentative de viol au moins une fois dans la vie	10,3% (n=205)	6,6% (n=2 145)	8,1% (n=521)	6,5% (n=1 797)
Rapport sexuel forcé au moins une fois dans la vie	16,3% (n=243)	5,3% (n=2 257)	10,1% (n=581)	5,0% (n=1 882)

n = nombre de répondants

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes Exploitation : CREA LR – ORSMIP

VIE SEXUELLE

Le 1^{er} rapport sexuel a lieu un peu plus souvent avant 16 ans dans les deux sous-groupes en situation de précarité : 22,3% des répondants ayant une CSP vs 16,2% dans le reste de la population et 23,2% des répondants en SFP vs 14,6% dans le reste de la population. Chez les 15-29 ans, le désir et l'amour restent les motivations les plus fréquentes comme dans le reste de la population. Le délai de la relation avant le 1^{er} rapport est supérieur ou égal à trois mois quelle que soit la situation sociale, et la consommation d'alcool avant ce 1^{er} rapport est très minoritaire (moins de 16%) dans tous les sous-groupes.

Concernant la vie affective et sexuelle au moment de l'enquête, on observe que les personnes en situation précaire vivent moins souvent en couple : 64,8% des répondants ayant une SFP vs 79,5% dans le reste de la population et 55,8% des répondants en CSP vs 77,5% dans le reste de la population.

En revanche, le sexe du partenaire et l'orientation sexuelle de la personne interrogée ne sont pas différents, en proportions, entre les différents sous-groupes. De même, la part des répondants ayant 2 partenaires ou plus simultanément, ne change pas selon le type de couverture sociale ni la situation financière.

PARTIE 05—

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU DE DIPLÔME

FAITS MARQUANTS

- D'une façon générale, la part des femmes, des personnes en emploi, des cadres et des personnes percevant un revenu situé dans le tercile supérieur augmente avec le niveau de diplôme
- La fréquence de réalisation du dépistage, que ce soit pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C, augmente avec le niveau de diplôme
- Plus de 92% des personnes, quel que soit le niveau de diplôme, pensent que l'hépatite B est une maladie grave mais le taux de vaccination augmente avec le niveau de diplôme
- Quel que soit le contexte, la part des personnes utilisant le préservatif augmente avec le niveau de diplôme
- Chez les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, le taux de couverture contraceptive est plus faible et la survenue d'une grossesse non prévue ainsi que le recours à l'IVG sont plus fréquents
- La fréquence des violences sexuelles diminue légèrement lorsque le niveau de diplôme augmente
- Une vie en couple plus fréquente chez les personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac

Avertissement

Dans ce chapitre, les réponses analysées sont celles des personnes non scolarisées afin de prendre en compte le diplôme final obtenu par chaque répondant. De ce fait, la tranche d'âge des 15-24 ans ne compte que 74 répondants pour un effectif total de 2 299 personnes.

Trois niveaux de diplôme ont été définis : niveau inférieur au Baccalauréat, niveau équivalent à celui du Baccalauréat et niveau supérieur à celui du Baccalauréat.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Près d'un tiers de la population non scolarisée détient un diplôme de niveau supérieur au Bac (31,1%). Ce groupe est caractérisé par une majorité de femmes, sa tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans et les trois quart (75,5%) de ses répondants ont un emploi, dont près de la moitié ont un emploi de cadre. Enfin, la moitié de ces personnes (50,1%) disposent d'un revenu par unité de consommation¹⁰ situé dans le tercile supérieur de la distribution.

Libellé	Niveau < Bac (n=836)	Niveau du Bac (n=475)	Niveau > Bac (n=988)
Sexe			
Homme	53,4%	39,9%	45,7%
Femme	46,6%	60,1%	54,3%
Tranche d'âge			
15-24 ans	4,8%	5,0%	1,4%
25-34 ans	14,8%	20,3%	19,1%
35-44 ans	13,9%	20,0%	31,3%
45-54 ans	21,7%	18,3%	23,4%
55-64 ans	25,1%	22,5%	13,0%
65-75 ans	19,8%	13,9%	11,9%
Situation professionnelle			
En emploi	52,0%	62,5%	75,5%
Chômeur	11,1%	7,8%	7,4%
Retraité	27,4%	23,7%	15,4%
Autre	9,5%	6,0%	1,7%
Catégorie d'emploi			
Ouvrier	30,8%	10,6%	3,5%
Employé	51,8%	55,9%	28,8%
Profession intermédiaire	11,2%	21,5%	19,6%
Cadre	5,5%	11,9%	47,7%
Autre	0,8%	0,0%	0,0%
Revenu par UC dans le ménage			
1 ^{er} tercile	40,4%	36,0%	16,7%
2 ^e tercile	35,6%	30,7%	33,3%
3 ^e tercile	24,0%	33,4%	50,1%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes – Exploitation CREA I ORS LR - ORSMIP

De façon plus globale, on observe que la proportion de femmes est majoritaire chez les personnes ayant un diplôme de niveau égal ou supérieur au Bac. A contrario, la part des tranches d'âge les plus âgées (55 ans et plus) diminue avec le niveau de diplôme. Par ailleurs, de façon attendue : la part des chômeurs

est plus faible chez les personnes ayant un diplôme de niveau égal ou supérieur au Bac ; chez les personnes ayant un emploi, le niveau de catégorie socioprofessionnelle augmente avec le niveau de diplôme et le niveau du tercile des revenus par UC augmente globalement avec le niveau de diplôme.

¹⁰ Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette

pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

DÉPISTAGE DU SIDA : CONNAISSANCES, OPINIONS ET PRATIQUES

Les opinions sur le dépistage montrent certaines tendances en fonction du niveau de diplôme. Les parts des personnes pensant que « tout le monde devrait faire un test au moins une fois dans sa vie » et que « le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient » diminuent de 90,4 à 84,8% et de 83,0 à 78,5% respectivement lorsque le niveau de diplôme augmente.

De façon a priori paradoxale par rapport aux opinions sur la nécessité du dépistage, la fréquence de réalisation effective d'un ou plusieurs tests augmente, elle, de façon significative avec le niveau de diplôme.

L'autotest est plus souvent connu lorsque le niveau de diplôme augmente mais, parmi les personnes qui le connaissent, la part des personnes intéressées est plus faible chez les plus diplômés. Cette dernière tendance est illustrée par le prix maximum envisagé : en médiane ce prix est de 20€ pour les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur ou égal au Bac et de 15€ pour les personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac. Parmi les personnes intéressées, le motif principal est la rapidité du résultat pour les répondants ayant un diplôme de niveau inférieur ou égal au Bac, la commodité de réalisation (quand on veut) pour les répondants ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac.

Pratique du test de dépistage selon le niveau de diplôme

	<Bac (n=823)	=Bac (n=465)	>Bac (n=975)
A déjà fait le test une fois	23,4%	35,8%	41,6%
A fait le test plusieurs fois	25,8%	31,0%	33,0%
N'a jamais fait de test	50,9%	33,2%	25,4%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

Pour les personnes qui n'ont jamais fait de test, la raison principale varie également avec le niveau de diplôme : la part des personnes ne se considérant pas à

risque augmente avec le niveau de diplôme (de 66,0 à 80,9%) tandis que la part des personnes qui invoque le fait qu'aucun médecin ne l'a jamais proposé diminue lorsque le niveau de diplôme augmente (de 29,2 à 17,8%). Ce dernier point est cohérent avec le fait que la part des personnes ayant fait réaliser le test sur proposition du médecin diminue lorsque le niveau de diplôme augmente (de 22,3 à 15,6%).

Lorsque le test a été réalisé à la propre initiative du patient, la raison principale de cette initiative varie légèrement selon le niveau de diplôme. La part des personnes qui ont fait le test pour savoir, se rassurer, sans raison particulière augmente quand le niveau de diplôme diminue. À l'inverse, la part des personnes qui ont fait le test en raison de l'arrêt du préservatif augmente avec le niveau de diplôme.

Test de dépistage à l'initiative du patient : raison principale selon le niveau de diplôme

	<Bac (n=201)	=Bac (n=129)	>Bac (n=337)
Pour savoir	50,1%	43,0%	39,8%
Exposition possible	15,0%	13,5%	15,0%
Tests réguliers	1,3%	1,1%	2,4%
Arrêt du préservatif	11,0%	14,9%	15,4%
Signes évocateurs	0,5%	3,4%	0,0%
Doute sur le partenaire	8,5%	8,0%	9,7%
Demande du partenaire	6,1%	8,0%	5,8%
Demande d'un organisme	5,1%	2,6%	7,3%
Autre	2,3%	5,5%	4,7%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

Le lieu de réalisation du test n'est pas sensiblement différent selon le niveau de diplôme. Les lieux les plus fréquents sont : dans un laboratoire d'analyses médicales avec une ordonnance pour 68 à 74% des répondants ; le service des urgences ou la consultation hospitalière pour 11 à 14% des répondants. La technique de réalisation du test est presque exclusivement la méthode classique de prélèvement sanguin et analyse en laboratoire, quel que soit le niveau de diplôme : 98% des répondants.

VIRUS DES HÉPATITES

➤ L'hépatite B, son vaccin et son dépistage

L'opinion sur l'hépatite B et son vaccin montre une tendance statistiquement significative selon le niveau de diplôme. Si plus de 92% des personnes pensent que l'hépatite B est une maladie grave quel que soit le niveau de diplôme, la proportion de répondants pensant qu'il s'agit d'une maladie fréquente varie de 63,7 à 54,7% lorsque le niveau de diplôme augmente.

Il en est de même pour les opinions concernant le vaccin contre cette maladie. La part des répondants pensant que le vaccin est efficace augmente avec le niveau de diplôme de 68,8 à 79,1% et la part des répondants pensant que ce vaccin peut provoquer des effets secondaires graves diminue légèrement avec l'augmentation du niveau de diplôme.

Finalement, la proportion de personnes vaccinées augmente également avec le niveau de diplôme.

Opinion sur la maladie, le vaccin et taux de vaccination selon le niveau de diplôme

Hépatite B	<Bac	=Bac	>Bac
Maladie grave	92,4% (n=801)	95,9% (n=471)	96,6% (n=975)
Maladie fréquente	63,7% (n=785)	59,5% (n=460)	54,7% (n=963)
Vaccin efficace	68,8% (n=736)	75,0% (n=423)	79,1% (n=896)
Vaccin risqué	68,6% (n=741)	65,1% (n=430)	62,2% (n=914)
Vacciné(e)	39,4% (n=796)	49,4% (n=452)	51,9% (n=952)

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

La tendance est la même pour la réalisation du dépistage de la maladie : la part de répondants ayant pratiqué un test au moins une fois augmente de 33,1% chez les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, à 37,8% chez les répondants ayant un diplôme de niveau équivalent au Bac, et à 49,7% chez les répondants ayant un diplôme supérieur au Bac. Dans le 1^{er} groupe, les deux raisons les plus fréquemment avancées pour l'absence de test sont le fait de n'y avoir jamais pensé (29,7%) et l'absence de proposition du test par un médecin (31,4%).

➤ L'hépatite C et son dépistage

La part de répondants ayant fait pratiquer un test de dépistage de l'hépatite C suit la même tendance que celle observée pour le dépistage de l'hépatite B : cette part augmente avec le niveau de diplôme. Elle est de 19,2% chez les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, de 21,4% chez les répondants ayant un diplôme de niveau équivalent au Bac, et de 28,0% chez les répondants ayant un diplôme supérieur au Bac.

Là encore, dans le 1^{er} groupe, les deux raisons les plus fréquentes pour l'absence de test sont le fait de n'y avoir jamais pensé (34,4%) et l'absence de proposition du test par un médecin (35,5%).

AUTRES IST

Les questions concernant l'infection par le papillomavirus et son vaccin n'étaient posées qu'aux femmes âgées de 15 à 25 ans et aux parents de filles âgées de 11 à 19 ans. Aussi, le sous-groupe de ces personnes ayant un diplôme de niveau Bac ne comptait que 52 répondants, un effectif qui ne permet pas d'analyser leurs réponses. Les sous-groupes ayant un diplôme de niveau soit inférieur, soit supérieur au Bac comptent 90 et 147 personnes respectivement, ce qui permet de décrire leurs réponses.

Par rapport aux personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, celles qui ont un diplôme de niveau supérieur au Bac sont plus nombreuses à connaître l'infection par le papillomavirus (87,8% vs 78,8%) et à penser qu'il s'agit d'une maladie grave (97,0% vs 84,8%).

Concernant le vaccin, ces mêmes personnes sont un peu plus nombreuses à penser que celui-ci est efficace (74,3% vs 69,0%). La question la vaccination effective de la personne interrogée n'était posée qu'aux jeunes femmes de 15 à 25 ans et les effectifs correspondants sont trop faibles pour exploiter les réponses.

Concernant les autres infections sexuellement transmissibles (hors mycoses), les personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac sont plus nombreuses à déclarer la survenue d'une IST dans les 12 mois précédents : 3,6% vs 1,2% (niveau Bac) et 1,6% (inférieur au Bac).

USAGE DU PRÉSERVATIF

Les pratiques concernant l'usage du préservatif montrent une tendance selon le niveau de diplôme quelles que soit les circonstances : premier rapport, au cours

de l'année écoulée, la première fois avec un nouveau partenaire, dans la poursuite de la relation avec ce nouveau partenaire. Dans tous les cas, la fréquence d'utilisation du préservatif augmente avec le niveau de diplôme.

Usage du préservatif selon le niveau de diplôme

Utilise ou a utilisé le préservatif	<Bac	=Bac	>Bac
Lors du 1 ^{er} rapport de sa vie	39,6% (n=795)	49,8% (n=454)	56,3% (n=964)
Au cours des 12 derniers mois	17,7% (n=643)	19,1% (n=381)	26,6% (n=842)
Lors du 1 ^{er} rapport avec un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois	74,3% (n=78)	75,0% (n=45)	80,1% (n=103)
Depuis le 1 ^{er} rapport avec le nouveau partenaire	N=82	N=46	N=102
Jamais	22,9%	24,6%	21,1%
À chaque rapport	36,8%	43,5%	46,3%
De temps en temps	13,1%	6,6%	9,0%
Utilisation arrêté	27,2%	25,3%	23,6%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes – Exploitation CREAL ORS LR - ORSMIP

CONTRACEPTION, GROSSESSES NON PRÉVUES ET IVG

➤ Connaissances et opinions sur les moyens de contraception

Ces questions étaient posées aux personnes âgées de 15 à 54 ans. Les deux moyens de contraception les moins souvent connus sont l'implant et l'anneau vaginal quel que soit le niveau de diplôme. Toutefois, l'anneau vaginal est encore moins souvent connu par les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac que les autres (58,2% vs 45,4 et 44,2%).

La pilule du lendemain est également moins souvent connue par les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur ou égal au Bac : 12,9 et 12,4% vs 5,8% chez les personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac. Les autres moyens de contraception sont connus par plus de 90% des répondants quel que soit le niveau de diplôme.

L'opinion sur chacun de ces moyens de contraception a ensuite été demandée à toutes les personnes le connaissant et on observe, pour certains d'entre eux, une tendance de cette opinion en fonction du niveau de diplôme. Ainsi, le stérilet apparaît d'autant plus souvent comme efficace et sans danger aux répondants que leur niveau de diplôme augmente. Il en est de même pour le préservatif. La pilule et l'implant sont également d'autant plus souvent considérés efficaces que le niveau de diplôme augmente. En revanche on n'observe pas de réelle tendance concernant leur risque d'effets secondaires.

Le retrait du partenaire, quant à lui, est d'autant moins souvent considéré comme efficace que le niveau de diplôme augmente. Enfin, concernant la pilule du lendemain, elle apparaît d'autant plus souvent à risque d'effets secondaire que le niveau de diplôme augmente, mais on n'observe pas de tendance quant à son efficacité.

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU DE DIPLOME

Efficacité et risque perçu (% de répondants) vis-à-vis des différents moyens de contraception selon le niveau de diplôme

Moyen de contraception		<Bac	=Bac	>Bac
Stérilet	Efficace	81,6%(n=325)	91,6%(n=235)	94,5%(n=614)
	Risqué	31,6%(n=315)	28,8%(n=230)	20,9%(n=613)
Pilule	Efficace	84,1%(n=362)	93,0%(n=250)	98,1%(n=638)
	Risqué	53,9%(n=357)	62,0%(n=251)	58,3%(n=638)
Préservatif	Efficace	85,2%(n=363)	86,6%(n=252)	93,9%(n=635)
	Risqué	12,2%(n=364)	1,3%(n=253)	1,8%(n=636)
Implant	Efficace	85,7%(n=212)	84,9%(n=146)	94,5%(n=381)
	Risqué	42,2%(n=207)	46,3%(n=148)	43,8%(n=379)
Anneau vaginal	Efficace	82,8%(n=136)	83,2%(n=122)	77,3%(n=324)
	Risqué	27,5%(n=135)	17,7%(n=115)	17,1%(n=322)
Retrait du partenaire	Efficace	39,9%(n=353)	23,7%(n=245)	17,8%(n=630)
	Risqué	25,9%(n=353)	19,0%(n=244)	19,9%(n=630)
Pilule du lendemain	Efficace	77,3%(n=306)	77,0%(n=213)	78,8%(n=580)
	Risqué	47,5%(n=306)	58,3%(n=211)	57,4%(n=582)

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

➤ Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG

La question de l'utilisation d'une contraception lors du 1^{er} rapport était d'abord posée à l'ensemble des personnes dont le 1^{er} rapport avait été consenti et hétérosexuel et qui n'était plus scolarisées. Les effectifs de répondants sont encore importants et on observe une tendance statistiquement significative : la part des répondants ayant utilisé un moyen de contraception augmente avec le niveau de diplôme de 51 à 71%. Si l'on cible les 15-29 ans parmi ces personnes, on observe la même tendance mais plus faible, de 91 à 96%, et sans qu'elle soit significative. On ne peut pas savoir si c'est en raison d'effectifs beaucoup plus faibles ou si l'âge des personnes interrogées fait qu'elles utilisent plus souvent un moyen de contraception sans que le niveau de diplôme intervienne.

La question de l'utilisation d'un moyen de contraception au moment de l'enquête, était posée aux femmes non enceintes de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les 12 derniers mois, ne cherchant pas à avoir un enfant et non scolarisées. Les effectifs de répondantes sont donc assez faibles mais on observe encore une augmentation modérée du

taux de couverture contraceptive entre les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac (82,0%) et celles ayant un diplôme de niveau égal ou supérieur au Bac (88,8 et 87,7%).

Concernant le choix du moyen de contraception, celui-ci ne semble être associé au niveau de diplôme que pour le stérilet et l'implant. La part des personnes choisissant le stérilet augmente avec le niveau de diplôme et celle des personnes choisissant l'implant est plus importante parmi les répondantes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac.

Parmi les femmes ayant été enceintes dans les cinq ans précédant l'enquête et non scolarisées (189 personnes), la part de celles ayant vécu une grossesse non prévue est supérieure lorsque le niveau de diplôme est inférieur ou égal au Bac : 45,2 et 48,1% vs 27,6%.

Parallèlement, parmi les femmes ayant déjà été enceintes et non scolarisées (1 153 personnes), la part de celles ayant subi une IVG est également supérieure lorsque le niveau de diplôme est inférieur ou égal au Bac : 33,7 et 34,5% vs 24,7%. Si l'on élargit le nombre de personnes interrogées à l'ensemble des femmes sexuellement actives (1 318 personnes), ces proportions sont de 30,0 et 29,5% vs 21,2%.

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU DE DIPLOME

Pratiques de contraception selon le niveau de diplôme

	<Bac	=Bac	>Bac
Avait une couverture contraceptive lors du 1 ^{er} rapport, tous âges	51,2% (n=798)	63,2% (n=451)	71,4% (n=963)
Avait une couverture contraceptive lors du 1 ^{er} rapport, 15-29 ans	90,8% (n=65)	93,6% (n=58)	96,2% (n=88)
Utilise une contraception au moment de l'enquête dont...	82,0% (n=97)	88,8% (n=94)	87,7% (n=258)
... la pilule	32,0%	31,5%	31,2%
... le préservatif	13,7%	11,6%	16,2%
... le stérilet	33,8%	35,1%	40,3%
... l'implant	10,3%	1,2%	2,0%
...une méthode naturelle	4,0%	12,5%	5,3%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

VIOLENCES SEXUELLES

Les attouchements sexuels, subis au moins une fois dans la vie, sont plus fréquemment rapportés par les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur ou égal au Bac : 12,3 et 13,2% vs 10,7%. L'âge auquel la personne a subi le 1^{er} attouchement ne montre pas de tendance : entre 30 et 40% avant l'âge de 10 ans quel que soit le niveau de diplôme.

La part des personnes pour lesquelles le 1^{er} rapport sexuel au cours de la vie a été forcé diminue lorsque le niveau de diplôme augmente avec 1,8% des personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, 1,5% des personnes ayant un diplôme de niveau équivalent au Bac et 0,2% des personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac.

Si l'on considère la vie entière, la part des répondants non scolarisés ayant subi au moins un rapport sexuel forcé au cours de leur vie diminue, mais de façon statistiquement non significative, avec l'augmentation du niveau de diplôme : 8,2% chez les personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, 7,0% chez celles ayant un diplôme de niveau Bac et 5,5% chez celles ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac. La part des personnes ayant subi une tentative de viol (sans rapport forcé) au moins une fois dans leur vie suggère une tendance inverse à la précédente avec 5,3, 6,9 et 8,4% respectivement. L'âge auquel la personne a subi le 1^{er} viol ou tentative de viol ne montre pas de tendance : entre 10 et 20% avant l'âge de 13 ans, quel que soit le niveau de diplôme.

VIE SEXUELLE

Chez les personnes non scolarisées et ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, le 1^{er} rapport sexuel a lieu plus souvent avant 16 ans (21,1% vs 11,3 et 11,7%) et il est moins souvent réellement souhaité (86,4% vs 91,0 et 93,4%). Parallèlement, la part des personnes pour qui le désir ou l'amour était le motif principal de ce 1^{er} rapport augmente avec le niveau de diplôme, de 72,4 à 78,1%. En revanche, quel que soit le niveau de diplôme, le délai entre la rencontre et le 1^{er} rapport était supérieur à 3 mois pour plus de 75% des personnes et inférieur à 5 jours pour moins de 5%. Enfin, quel que soit le niveau de diplôme, la consommation d'alcool par l'un des deux partenaires avant ce 1^{er} rapport est inférieure à 13% des réponses.

Concernant la vie affective et sexuelle au moment de l'enquête, la part des personnes vivant en couple est plus élevée chez les personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac : 85,2% vs 77,1 et 76,3% pour celles ayant un diplôme de niveau Bac ou inférieur.

En revanche, quel que soit le niveau de diplôme, la part des personnes ayant une orientation homo- ou bisexuelle est inférieure à 6%, et la part des personnes ayant un partenaire de même sexe est inférieure à 2%.

PARTIE 06—

INDICATEURS « SANTÉ SEXUELLE » SELON LE NIVEAU D'URBANISATION DU DOMICILE

FAITS MARQUANTS

- D'une façon générale, la part des jeunes, des étudiants, des chômeurs, des personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac et des cadres augmente avec le niveau d'urbanisation
- Le dépistage du virus du sida est un peu plus fréquent en milieu urbain dense même si l'opinion est partout très largement favorable à ce dépistage
- Un taux déclaré de couverture vaccinale contre l'hépatite B qui diminue avec le niveau d'urbanisation de 52 à 45%, variation potentiellement liée à celle de l'âge
- Un taux déclaré de dépistage des hépatites qui diminue également avec le niveau d'urbanisation
- L'infection à papillomavirus et son vaccin sont bien connus par tout le monde mais les opinions respectives des trois populations conduisent à la diminution du taux de couverture vaccinale déclaré avec le niveau d'urbanisation
- L'usage du préservatif paraît moins fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain dense mais sans gradient selon le niveau d'urbanisation
- Parmi les moyens de contraception, la fréquence d'utilisation de la pilule augmente avec le niveau d'urbanisation alors que celle du stérilet diminue avec ce niveau
- La fréquence des violences sexuelles subies n'est globalement pas différente entre les différents environnements

Avertissement

Dans ce chapitre, les réponses des personnes interrogées sont analysées en fonction de l'environnement de leur domicile :

- **Urbain dense** : le domicile est situé dans une unité urbaine comptant au moins 100 000 habitants ;
- **Urbain** : le domicile est situé dans une unité urbaine comptant moins de 100 000 habitants ;

Rural : le domicile est situé dans une commune rurale, i.e. une commune qui ne rentre pas dans la constitution d'une unité urbaine. Plus précisément, il s'agit d'une commune sans zone de bâti continu¹ d'au moins 2000 habitants, ou une commune dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

¹ pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions

CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS

Les caractéristiques sociodémographiques de la population résidant en milieu urbain dense montrent des différences avec celles des deux autres populations, plus comparables entre elles.

La population vivant en milieu urbain dense montre :

- Une part plus importante des plus jeunes (15-24 ans et 25-34 ans) et une tendance inverse pour les tranches d'âges plus âgées.
 - Une part des personnes en emploi comparables entre les trois populations, mais celles des étudiants et des chômeurs plus élevées dans le milieu urbain dense et une tendance inverse pour la part des retraités.
 - Parmi les personnes en emploi, une part plus importante des cadres, et une tendance inverse pour la part des ouvriers.
- Une part des personnes ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac plus importante et une tendance inverse pour la part des personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac.
 - Une part des personnes percevant un revenu situé dans le 2^e tercile relativement plus faible (parts des terciles minimum et maximum de revenus plus élevées) par rapport aux deux autres milieux où les parts respectives des trois terciles de revenus sont plus équilibrées.

Libellé	Urbain dense(n=719)	Urbain (n=1 005)	Rural (n=797)
Sexe			
Homme	49,0%	47,8%	50,0%
Femme	51,0%	52,2%	50,0%
Tranche d'âge			
15-24 ans	21,0%	13,9%	12,2%
25-34 ans	18,5%	14,8%	13,2%
35-44 ans	17,7%	16,5%	20,6%
45-54 ans	16,4%	19,2%	20,5%
55-64 ans	15,9%	19,1%	19,4%
65-75 ans	10,6%	16,5%	14,1%
Situation professionnelle			
En emploi	51,7%	52,7%	56,7%
Étudiant, élève, apprenti	18,7%	11,1%	10,0%
Chômeur	10,8%	6,6%	7,0%
Retraité	14,0%	23,3%	21,5%
Autre	4,9%	6,3%	4,9%
Catégorie d'emploi			
Ouvrier	12,6%	20,9%	19,8%
Employé	44,7%	47,2%	46,7%
Profession intermédiaire	16,3%	14,6%	16,2%
Cadre	26,0	16,7%	17,2%
Autre	0,4%	0,6%	0,2%

Libellé	Urbain dense(n=719)	Urbain (n=1 005)	Rural (n=797)
Niveau de diplôme			
<Bac	39,7%	52,6%	52,8%
=Bac	23,8%	22,7%	22,8%
>Bac	36,5%	24,7%	24,5%
Revenu par UC dans le ménage			
1 ^{er} tercile	35,7%	34,1%	35,1%
2 ^e tercile	30,2%	33,4%	36,7%
3 ^e tercile	34,1%	32,5%	28,2%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes – Exploitation CREA I ORS LR - ORSMIP

DÉPISTAGE DU SIDA : CONNAISSANCES, OPINIONS ET PRATIQUES

Les opinions sur le dépistage ne sont pas différentes entre les trois populations : entre 89% et 90% des répondants pensent que tout le monde devrait faire un test au moins une fois dans sa vie et pour 81 à 83%, le médecin devrait proposer ce test de lui-même sans que le patient ne le demande.

De même, l'autotest est connu par environ 37% des répondants quelle que soit la sous population interrogée et l'intérêt pour ce moyen de dépistage ne varie que de 24 à 27%. En revanche, parmi les personnes intéressées, le prix maximum que les personnes résidant en milieu urbain (dense ou pas) sont prêts à accepter est de 20 euros en moyenne contre 27 euros pour les répondants résidant en milieu rural.

Le contraste entre l'opinion sur la nécessité du dépistage et la pratique de celui-ci est moins important dans la population du milieu urbain dense avec 35,0% des répondants n'ayant jamais fait ce test contre 42,6 à 41,2% dans les deux autres populations. On retrouve cette différence, statistiquement significative, après la survenue d'une situation à risque¹¹ où les répondants du milieu urbain dense sont 26,2% à réaliser le test contre respectivement 12,2 et 10,3% dans les deux autres populations.

Pratique du test de dépistage selon le niveau d'urbanisation

	Urbain dense (n=681)	Urbain (n=969)	Rural (n=765)
A déjà fait le test une fois	36,1%	29,7%	27,2%
A déjà fait le test plusieurs fois	28,9%	27,7%	31,7%
N'a jamais fait de test	35,0%	42,6%	41,2%

Pour les personnes qui n'ont jamais fait de test, la raison principale en milieu urbain dense est plus souvent le fait de penser ne pas être à risque (74,2% vs 68,8 et 67,6% respectivement). Cette raison principale est à l'inverse moins souvent le fait que le médecin ne l'a pas proposé (21,1% vs 26,7 et 28,8% respectivement).

Lorsque le test a été réalisé, la proposition du médecin est le facteur déclenchant dans des proportions comparables pour les trois populations (entre 17 et 19%). Parallèlement, en milieu urbain dense, le test a plus souvent été réalisé à la propre initiative du répondant (54,0% vs 47,0 et 47,3%) et moins souvent pour des raisons familiales comme la grossesse ou le mariage (22,0% vs 27,4 et 26,3%).

Lorsque le test a été réalisé à la propre initiative du répondant, la répartition des raisons personnelles ne montre pas de tendance entre les trois populations.

Test de dépistage à l'initiative du patient : raison principale selon le niveau d'urbanisation

	Urbain dense (n=257)	Urbain (n=271)	Rural (n=203)
Pour savoir	43,9%	51,4%	39,0%
Exposition possible	13,3%	13,5%	15,9%
Tests réguliers	1,5%	1,4%	1,7%
Arrêt du préservatif	14,6%	11,8%	16,8%
Signes évocateurs	0,0%	1,7%	0,8%
Doute sur le partenaire	7,1%	8,6%	9,5%
Demande du partenaire	10,7%	4,7%	5,7%
Demande d'un organisme	5,1%	3,5%	6,9%
Autre	3,9%	3,4%	3,7%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREA I ORS LR - ORSMIP

¹¹ Plusieurs partenaires ou relation sans préservatif avec un nouveau partenaire ou relation inter-masculine ou survenue d'une IST après un rapport sexuel

Concernant les lieux de réalisation du test, on observe qu'en milieu urbain dense, celui-ci se fait un peu plus souvent sans ordonnance (8,5% vs 4,1 et 6,6%), dans un centre de dépistage gratuit (9,4% vs 7,4 et 6,5%) ou à l'hôpital (14,4% vs 12,3 et 11,9%) que dans les autres populations. Néanmoins, quelle que soit la population, le recours au laboratoire avec prescription médicale reste la modalité la plus fréquente (64,1%, 73,9%, 70,5%). La méthode de test reste quasi exclusivement la prise de sang avec analyse biologique classique, le TROD et l'autotest restant marginaux dans les trois populations.

VIRUS DES HÉPATITES

➤ L'hépatite B, son vaccin et son dépistage

Concernant l'opinion sur la maladie, on n'observe pas de différence entre les trois populations : plus de 90% des répondants pensent qu'il s'agit d'une maladie grave et 55 à 60% pensent qu'il s'agit d'une maladie fréquente.

On n'observe pas non plus de différence entre les trois populations concernant l'opinion sur le vaccin : parmi les répondants, trois quarts environ pensent que le vaccin est efficace mais 60 à 65% pensent qu'il peut entraîner des effets secondaires graves.

Néanmoins, le taux déclaré de couverture vaccinale diminue légèrement avec le niveau d'urbanisation, de 51,9 en milieu urbain dense à 45,2% en milieu rural. Cette observation est peut-être liée à la part plus importante des tranches d'âge les plus jeunes dans les milieux les plus urbanisés.

On peut faire la même observation sur le taux déclaré de dépistage : les répondants vivant en milieu urbain dense déclarent à 40,3% avoir réalisé au moins un dépistage contre respectivement 37,7 et 30,9% dans les deux autres milieux. La répartition des raisons invoquées de non réalisation du test est en revanche identique dans les trois populations : entre 23 et 24% parce que le répondant pense ne pas être à risque, entre 28 et 29% parce qu'il n'y a jamais pensé, entre 27 et 28% parce qu'aucun médecin ne lui a proposé, et entre 15 et 17% parce qu'il est vacciné.

Opinion sur la maladie, le vaccin et taux de vaccination selon le niveau d'urbanisation

Hépatite B	Urbain dense	Urbain	Rural
Maladie grave	95,8% (n=707)	94,5% (n=982)	93,3% (n=776)
Maladie fréquente	57,8% (n=697)	60,9% (n=961)	54,7% (n=765)
Vaccin efficace	76,1% (n=642)	76,1% (n=905)	71,5% (n=722)
Vaccin risqué	59,1% (n=660)	64,7% (n=909)	64,4% (n=726)
Vacciné(e)	51,9% (n=676)	47,3% (n=960)	45,2% (n=764)

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 - Inpes
Exploitation CREAI ORS LR - ORSMIP

➤ L'hépatite C et son dépistage

Le taux déclaré de dépistage de l'hépatite C suit la même tendance que celle observée pour l'hépatite B : 24,6% des répondants vivant en milieu urbain dense déclarent avoir réalisé le dépistage de l'hépatite C au moins une fois, contre 22,5 et 15,3% dans les deux autres populations respectivement. Les raisons de l'absence de test sont réparties à peu près de la même façon entre les trois populations, sauf la conviction de ne pas être à risque un peu moins fréquente parmi les répondants vivant en milieu urbain dense (26,1% vs 30,6 et 29,6%).

AUTRES IST

Les questions concernant l'infection par le papillomavirus et son vaccin étaient posées aux femmes âgées de 15 à 25 ans et aux parents de filles âgées de 11 à 19 ans. Les effectifs des différents milieux étaient de 127 répondants pour le milieu urbain dense, 152 pour le milieu urbain et 111 pour le milieu rural respectivement ce qui a permis de décrire les réponses de chacune des trois populations. Ainsi, plus de 80% des répondants de chaque population a entendu parler de la maladie et de son vaccin (87% en milieu rural). Les répondants du milieu rural sont moins nombreux à penser qu'il s'agit d'une maladie grave (86,9% vs 99,5 et 93,5%) et fréquente (53,4% vs 74,3 et

62,7%). Parallèlement les répondants du milieu rural sont moins nombreux à penser que le vaccin est efficace (65,9% vs 75,9 et 68,3%). Finalement, on observe de façon logique une tendance sur le taux déclaré de couverture vaccinale : celui-ci augmente avec le niveau d'urbanisation de 23,1% à 45,2%.

En revanche, on n'observe pas de tendance concernant la survenue d'une IST (hors mycose) dans les 12 derniers mois : quel que soit le milieu, la part des répondants déclarant la survenue d'une IST est inférieure ou égale à 2%.

USAGE DU PRÉSERVATIF

Les pratiques concernant l'usage du préservatif ne montrent pas de tendance systématique selon le niveau d'urbanisation.

Néanmoins, par rapport au milieu urbain dense, les répondants du milieu rural déclarent plus souvent avoir arrêté l'usage du préservatif après un certain temps de relation avec un nouveau partenaire.

Usage du préservatif selon le niveau d'urbanisation

Utilise ou a utilisé le préservatif	Urbain dense	Urbain	Rural
Lors du 1 ^{er} rapport de sa vie	55,9% (n=660)	46,5% (n=951)	49,9% (n=751)
Au cours des 12 derniers mois	31,4% (n=545)	24,0% (n=807)	21,8% (n=652)
Lors du 1 ^{er} rapport avec un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois	80,5% (n=103)	80,5% (n=120)	76,9% (n=77)
Depuis le 1 ^{er} rapport avec le nouveau partenaire	n=93	n=128	n=82
Jamais	19,0%	16,8%	19,5%
À chaque rapport	46,5%	48,3%	34,1%
De temps en temps	12,9%	9,5%	12,3%
Utilisation arrêtée	21,6%	25,5%	34,1%

Source : Baromètre santé Occitanie 2016 – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

CONTRACEPTION, GROSSESSES NON PRÉVUES ET IVG

➤ Connaissances et opinions sur les moyens de contraception

Quel que soit le milieu, les deux moyens de contraception les moins connus sont l'implant (de 34,0 à 41,4%) et l'anneau vaginal (de 42,9 à 49,1%). Parallèlement, la pilule

du lendemain et le stérilet sont connus par plus de 90% des répondants.

L'opinion sur chacun de ces moyens de contraception a ensuite été demandée à toutes les personnes le connaissant. On n'observe pas de différence entre les opinions des répondants des différents milieux quant à l'efficacité ou le risque d'effets secondaires des différents moyens de contraception, excepté pour l'opinion sur l'anneau vaginal, jugé plus souvent efficace par les répondants résidant en milieu urbain dense (87,3% vs 79,2 et 77,0%)

Efficacité et risque perçu (% de répondants) vis-à-vis des différents moyens de contraception selon le niveau d'urbanisation

Moyen de contraception		Urbain dense	Urbain	Rural
Stérilet	Efficace	92,3%(n=434)	87,1%(n=510)	90,7%(n=429)
	Risqué	29,1%(n=431)	28,5%(n=501)	22,2%(n=421)
Pilule	Efficace	93,7%(n=465)	90,4%(n=547)	92,2%(n=452)
	Risqué	51,4%(n=463)	54,7%(n=546)	54,4%(n=451)
Préservatif	Efficace	90,1%(n=468)	89,3%(n=544)	89,1%(n=454)

Moyen de contraception		Urbain dense	Urbain	Rural
Implant	Risqué	6,3%(n=469)	4,5%(n=545)	6,2%(n=455)
	Efficace	89,2%(n=298)	86,6%(n=334)	89,5%(n=259)
	Risqué	49,4%(n=291)	43,6%(n=336)	36,8%(n=260)
Anneau vaginal	Efficace	87,3%(n=232)	79,2%(n=253)	77,0%(n=234)
	Risqué	21,8%(n=233)	21,1%(n=247)	19,6%(n=234)
Retrait du partenaire	Efficace	24,7%(n=455)	27,3%(n=532)	25,0%(n=448)
	Risqué	25,2%(n=458)	23,3%(n=531)	20,5%(n=448)
Pilule du lendemain	Efficace	78,1%(n=423)	73,2%(n=478)	78,5%(n=411)
	Risqué	53,1%(n=425)	52,7%(n=475)	54,5%(n=412)

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

► Pratiques de contraception, grossesses non prévues et IVG

La question de l'utilisation d'une contraception lors du 1^{er} rapport a d'abord été posée à l'ensemble des personnes dont le 1^{er} rapport avait été consenti et hétérosexuel et dans ce cas, on observe que le taux de couverture contraceptive déclaré est significativement plus élevé dans le milieu urbain dense que dans les deux autres milieux : 68,4% vs 59,6 et 61,4%. En revanche, lorsqu'on pose la question uniquement aux personnes âgées de 15 à 29 ans, le taux de couverture contraceptive au 1^{er} rapport n'est plus différent entre les trois niveaux d'urbanisation, compris entre 92,6% à 94,7%.

La question de l'utilisation d'un moyen de contraception au moment de l'enquête, a été posée aux femmes non enceintes de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les 12 derniers mois et ne cherchant pas à avoir un enfant. Sans que la différence soit statistiquement significative, on observe que les répondantes du milieu rural utilisent un peu plus fréquemment une contraception.

Concernant les moyens de contraception choisis, on observe une tendance selon le niveau d'urbanisation pour deux d'entre eux : la part des personnes choisissant le stérilet augmente lorsque le niveau d'urbanisation diminue et, à l'inverse, la part des personnes choisissant la pilule augmente parallèlement au niveau d'urbanisation.

Pratiques de contraception selon le niveau d'urbanisation

	Urbain dense	Urbain	Rural
Avait une couverture contraceptive lors du 1 ^{er} rapport, tous âges	68,4% (n=657)	59,6% (n=952)	61,4% (n=752)
Avait une couverture contraceptive lors du 1 ^{er} rapport, 15-29 ans	92,6% (n=143)	94,3% (n=119)	94,7% (n=81)
Utilise une contraception au moment de l'enquête dont ...	86,8% (n=160)	84,2% (n=195)	90,8% (n=158)
... la pilule	41,5%	39,5%	27,5%
... le préservatif	20,6%	10,9%	13,8%
... le stérilet	24,6%	31,2%	43,1%
... l'implant	2,4%	6,8%	4,2%
...une méthode naturelle	6,2%	4,5%	8,1%

Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes – Exploitation CREAI ORS LR – ORSMIP

Parmi les femmes ayant été enceinte dans les cinq ans précédant l'enquête (202 personnes), la part de celles ayant vécu une grossesse non prévue ne montre pas de tendance selon le niveau d'urbanisation : cette part est comprise entre 55 et 65%.

Il en est de même pour le recours à l'IVG. On n'observe pas de tendance selon le niveau d'urbanisation pour la part des femmes ayant eu recours à l'IVG, que l'on considère uniquement celles qui ont déjà été enceinte (29,9 à 32,0%), ou l'ensemble des femmes sexuellement actives (24,5 à 25,7%).

VIOLENCES SEXUELLES

Le 1^{er} rapport sexuel dans la vie a été forcé pour 1,1% des répondants quel que soit le niveau d'urbanisation de leur lieu de domicile.

Si la part des personnes ayant subi une tentative de viol au moins une fois dans leur vie apparaît plus importante en milieu urbain dense (9,0% vs 5,6 et 6,5%), la prévalence des autres agressions sexuelles ne montre pas de différence entre les milieux : la part des personnes ayant subi au moins un rapport sexuel forcé est comprise entre 6,2 et 6,8% et la part des personnes ayant subi des attouchements sexuels au moins une fois dans leur vie est comprise entre 10,0 et 12,6%.

De même, la tranche d'âge au cours de laquelle l'agression sexuelle a été subie pour la première fois ne montre pas de tendance selon le niveau d'urbanisation.

VIE SEXUELLE

L'âge moyen lors du premier rapport sexuel, lorsqu'il a lieu avant 25 ans, ne montre aucune différence selon le milieu de vie (entre 17 et 18 ans). Simplement, cet âge semble être plus souvent situé entre 16 et 17 ans en milieu rural (43,7%) qu'en milieu urbain dense (35,8%) et

plus souvent situé entre 18 et 25 ans en milieu urbain dense (46,0%) qu'en milieu rural (38,2%).

Parmi les répondants âgés de 15 à 29 ans, le motif principal de ce 1^{er} rapport était le désir ou l'amour pour une part des répondants comprise entre 70 et 80%, quel que soit le niveau d'urbanisation. Seule, la curiosité semble être un motif un peu plus fréquent en milieu urbain dense que dans les deux autres milieux (15,6% vs 7,1 et 8,4%). Ce 1^{er} rapport semble être survenu dans un contexte d'alcoolisation de l'un des partenaires un peu plus souvent en milieu urbain dense (17,6%) qu'en milieu rural (9,1%). Enfin, la durée de la relation entre la rencontre et le 1^{er} rapport était de plus de 3 mois pour une part des répondants comprise entre 77,4 et 79,0%, quel que soit le milieu de vie.

Concernant la vie affective et sexuelle au moment de l'enquête, la part des répondants vivant en couple augmente légèrement quand le niveau d'urbanisation diminue : de 71,3% en milieu urbain dense à 77,4% en milieu rural. Par ailleurs, le partenaire est plus souvent déclaré de même sexe en milieu urbain dense (2,3%) que dans les deux autres milieux (1,0 et 1,3%). En revanche l'orientation sexuelle déclarée ne montre aucune différence en fonction du niveau d'urbanisation, ni le nombre de partenaires simultanés.

CONCLUSION

Ce rapport décrit tout d'abord les caractéristiques de la population régionale avec un focus sur sa composante d'origine étrangère, afin d'éclairer le Corevih et les CeGIDD sur la représentativité, de ce point de vue, de leur file active. Parmi les 2 521 personnes interrogées, 11,1% déclarent être nées à l'étranger, pourcentage comparable à celui fourni par l'Insee au 1^{er} janvier 2014 (11,6%). Les trois régions d'origine les plus fréquentes sont l'Afrique du Nord, l'Europe et l'Afrique Subsaharienne, et plus de 80% de ces personnes sont en France depuis plus de 10 ans. La limite du Baromètre santé (comme pour toute enquête officielle) est l'impossibilité d'estimer la part des personnes étrangères en situation administrativement irrégulière.

Ce rapport décrit ensuite, pour un ensemble d'indicateurs de santé sexuelle, les réponses de la population générale occitane à partir de l'échantillonnage réalisé et, chaque fois que possible, en référence aux réponses de l'ensemble des autres régions françaises.

Ainsi, on observe une pratique du dépistage du sida significativement plus fréquente en Occitanie, selon des modalités le plus souvent classique et un recours marginal, comme ailleurs cette fois, au test rapide d'orientation diagnostique ou à l'autotest.

La proportion de personnes vaccinées contre l'hépatite B (48%) n'est pas différente de celle des autres régions de l'Hexagone mais la proportion de personnes déclarant avoir réalisé un dépistage de la maladie est elle, inférieure à celle observée dans les autres régions. Le dépistage de l'hépatite C, lui, apparaît significativement plus fréquent (21%) qu'ailleurs.

Le taux de couverture contraceptive lors du 1^{er} rapport sexuel est de 93,6% chez les 15-29 ans, comportement comparable à celui observé dans l'ensemble des autres

régions. Au moment de l'enquête, la part des femmes de 15 à 49 ans, concernées par la contraception¹² mais n'y ayant pas recours, est de 13%¹³.

Par ailleurs, la région Occitanie est caractérisée par la part importante de sa population vivant dans des communes rurales ou de moins de 20 000 habitants. Elle est également caractérisée par un taux de pauvreté plus élevé que celui de la France métropolitaine (17,2% vs 14,7%) [9]. Ces éléments ont conduit à décrire plus précisément les réponses de sous-groupes de personnes constitués en fonction de plusieurs indicateurs de niveau socio-économique (niveau de couverture santé, niveau de revenu, niveau de diplôme) et en fonction du niveau d'urbanisation de l'environnement.

Concernant le niveau socio-économique, les réponses des personnes interrogées sur leurs comportements en matière de santé sexuelle sont plus souvent liées au niveau de diplôme qu'au niveau de couverture santé ou au niveau de revenu. Une exception néanmoins : la vie affective et sexuelle semble marquée par la précarité économique avec un taux de violences sexuelles subies plus élevé chez les personnes en situation précaire et une vie en couple moins fréquente.

Concernant l'environnement, les réponses des personnes interrogées semblent varier avec le niveau d'urbanisation mais de façon modérée : taux des dépistages, taux de vaccination hépatite B ou papillomavirus, fréquence de l'usage du préservatif sont plus faibles en milieu rural. Le taux de contraception est comparable mais en milieu rural les femmes choisissent plus souvent le stérilet que la pilule, contrairement aux femmes vivant en milieu urbain dense.

¹² i.e. non enceintes, ayant eu au moins un rapport hétérosexuel dans les douze derniers mois et ne cherchant pas à avoir un enfant

¹³ proportion apparemment supérieure à celle observée au niveau national (8%). En réalité, l'écart n'est lié qu'à une prise en compte différente de l'usage du préservatif et le taux de couverture contraceptive des occitanes n'est pas différent de celui observé dans le reste de la France.

Enfin, il était utile de décrire plus spécifiquement les réponses des jeunes de 15 à 24 ans, population où les actions de prévention et d'accompagnement ont potentiellement un impact plus important sur l'avenir de la santé sexuelle. Concernant le dépistage du sida, ces réponses montrent une opinion encore plus favorable mais une réalisation du test encore moins fréquente que chez leurs aînés, plus souvent en attente de la proposition du médecin. Les autres réponses montrant une différence de comportement sont une vaccination hépatite B plus fréquente chez les 15-24 ans et un usage du préservatif et de la contraception plus répandus. Concernant la vie affective et sexuelle, un partenaire de même sexe que la personne interrogée est plus souvent déclaré.

RÉFÉRENCES

- [1] Le Baromètre Santé 2016 en Occitanie : Accès et renoncement aux soins. Source des données : Inpes ; Exploitation et rédaction : ORS Midi-Pyrénées et CREAL-ORS ; disponible à partir des URL : <https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/> et <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/>
- [2] Fond de financement de la couverture maladie universelle : Annuaire statistique 2016. Disponible à partir de l'URL : http://www.cmu.fr/annuaire_statistiques.php
- [3] Brutel C. Population française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. Insee Focus ; N°38, octobre 2015. Disponible à partir de l'URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693>
- [4] Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactérienne. Point épidémiologique. 28/11/2017. Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
- [5] Le Baromètre Santé 2016 en Occitanie : Opinions et pratiques vaccinales. Source des données : Inpes ; Exploitation et rédaction : ORS Midi-Pyrénées et CREAL-ORS ; disponible à partir des URL : <https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/> et <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/>
- [6] Le Baromètre Santé 2016 en Occitanie : Dépistage des hépatites et du VIH. Source des données : Inpes ; Exploitation et rédaction : ORS Midi-Pyrénées et CREAL-ORS ; disponible à partir des URL : <https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/> et <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/>
- [7] Le Baromètre Santé 2016 en Occitanie : Sexualité et contraception. Source des données : Inpes ; Exploitation et rédaction : ORS Midi-Pyrénées et CREAL-ORS ; disponible à partir des URL : <https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie/> et <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/>
- [8] Rahib D., Le Guen M., Lydié N. Baromètre Santé 2016, Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. In : Baromètre santé 2016. Saint-Maurice : Sante publique France ; 2017. Disponible à partir de l'URL : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [9] Royer M. Malgré les revenus de transferts, l'Occitanie figure parmi les régions métropolitaines les plus pauvres. Insee Analyses : N°55, Novembre 2017. Disponible à partir de l'URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181926>

