

Faculté de santé publique

« Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ? »

Mémoire s'inscrivant dans la recherche IMaGe
(Interactions entre les Maladies chroniques et le Genre)

Mémoire réalisé par
Aurélie DEVREUX

Promotrice
Marie DAUVRIN

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ? »

Mémoire s'inscrivant dans la recherche IMaGe
(Interactions entre les Maladies chroniques et le Genre)

Mémoire réalisé par
Aurélie DEVREUX

Promotrice
Marie DAUVRIN

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à la promotrice de ce mémoire, Madame Marie Dauvrin, pour sa confiance, ses réponses rapides et surtout ses conseils judicieux, qui ont contribué à alimenter ma réflexion tout au long de ce travail.

Je désire également remercier les assistantes, Nora Mélard et Catherine Péteïn, pour leur disponibilité.

Je tiens à remercier spécialement Madame Pascale Gilson pour son aide dans mes recherches de littérature scientifique et sociologique.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à l'ensemble de mes amis qui m'ont soutenue tout au long de ma démarche. Les rencontres réalisées à l'UCLouvain durant ces années furent riches en idées et en réflexions.

Un grand merci à mes collègues qui m'ont apporté leurs encouragements pour ce travail ainsi que pour les précédents. Je témoigne ma reconnaissance à Catherine de Ville de Goyet pour les corrections orthographiques et grammaticales effectuées.

Une note particulière à mon mari, Sylvain Beaufort, qui a toujours été compréhensif et qui m'a soutenue durant ces trois années de master.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à mes lecteurs qui ont porté un intérêt à ce mémoire.

Aurélie

Le plagiat

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

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Cadre conceptuel.....	3
2.1. La santé.....	3
2.2. Les déterminants de santé.....	3
2.2.1. Le genre, un déterminant social de santé.....	4
2.3. Le genre et ses notions apparentées.....	7
2.4. Les inégalités de santé.....	11
2.4.1. La réduction des inégalités.....	14
3. Cadre contextuel	16
3.1. Le genre en Belgique.....	16
3.2. Les adolescent.e.s et la santé	17
3.2.1. L'adolescence : les étapes de développement	17
3.2.2. La construction du genre	18
3.2.3. La santé des jeunes	20
3.2.4. La vision de la santé à l'adolescence.....	21
3.2.5. Les expériences des jeunes dans le domaine de la santé	22
4. Conclusion intermédiaire	23
5. Matériels et méthode.....	24
5.1. Le lieu de la recherche.....	24
5.2. Sélection du public cible	25
5.2.1. Critères d'inclusion des participants	26
5.2.2. Critères d'exclusion des participants.....	27
5.2.3. Les règles d'arrêt	27
5.2.4. Le critère d'abandon.....	27
5.3. Les principales variables évaluées durant l'étude	27
5.4. Les modalités de contact avec les participant.e.s	28
5.5. Le questionnaire	29
5.6. Le déroulement de la collecte des données	31
5.7. Le budget de la recherche.....	32

5.8.	Changement de la situation sanitaire	32
5.9.	L'acceptation de la recherche par le Comité Ethique Hospitalo-Facultaire	33
6.	Résultats.....	33
6.1.	Statistiques descriptives de l'échantillon.....	33
6.1.1.	La carte d'identité de l'échantillon.....	33
6.1.2.	L'état de santé physique et mental	39
6.1.3.	Le genre et ses conséquences	44
6.1.4.	La maladie et les soins.....	48
6.2.	Le résultat pour les quatre variables choisies	53
7.	Discussion.....	53
8.	Limites.....	60
9.	Recommandations méthodologiques	62
10.	Conclusion et perspectives.....	64
11.	Bibliographie	68
12.	Annexes	77
	Annexe 1 : L'accord définitif du Comité Ethique Hospitalo-Facultaire	77
	Annexe 2 : L'information et le consentement participant.....	79
	Annexe 3 : Mail envoyé aux participants et à leurs parents indiquant la présence de l'étude	83
	Annexe 4 : Mail d'ouverture envoyé aux participants	85
	Annexe 5 : L'affiche présente dans l'école	87
	Annexe 6 : Le questionnaire.....	88

1. Introduction

Avant ce mémoire, le thème du genre avait très peu d'importance pour moi car je ne pensais pas que celui-ci influençait autant la société. Par ailleurs, je ne percevais pas toutes les conséquences que celui-ci pouvait avoir sur les personnes dans leur vie quotidienne et plus précisément au niveau de leur prise en charge dans le système de santé. De plus, les définitions des concepts entourant la notion de genre étaient confuses pour moi.

Dans mon métier d'enseignante, je me suis aperçue que la question du genre était abordée par mes élèves au niveau des rôles attendus en fonction de leur sexe. Des métiers réputés plus féminins ont aujourd'hui des étudiants de sexe masculin.

Par conséquent, m'informer sur le sujet m'a permis de mieux comprendre le vécu de mes élèves et d'améliorer le contenu de mes cours vu que j'enseigne à de futur.e.s aide familiaux.ales et aide-soignant.e.s., des personnes qui seront au contact d'êtres humains et dans les soins de santé.

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la recherche IMAge (Interaction entre les Maladies chroniques et le Genre) actuellement menée par la Haute Ecole Léonard de Vinci, qui a pour objectif de proposer des recommandations pour une approche « gender-friendly » des jeunes âgé.e.s de 15 à 24 ans vivant avec une maladie chronique. Cette recherche est menée par 3 chercheurs dont Madame Dauvrin Marie qui est la promotrice de ce travail.

Ce mémoire, rédigé en écriture inclusive, débute par une analyse conceptuelle afin de mieux comprendre les concepts entourant le genre, considéré comme déterminant social de santé. Définir ces termes et partir de la place qu'occupe le genre en tant que déterminant m'a permis de percevoir que son influence n'était pas anodine sur notre santé.

Ensuite, une analyse contextuelle a été réalisée afin de cerner le genre et ses répercussions dans notre société occidentale et de mieux comprendre la relation du public cible, les jeunes adultes âgé.e.s. de 18 à 20 ans, avec le domaine des soins de santé.

Suite à cela, la question de recherche a été élaborée : *Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ?*

Les objectifs de ce mémoire-recherche quantitatif sont les suivants :

- Prendre connaissance par une évaluation auto-rapportée de l'état de santé et de ses composantes dans cette tranche d'âge.
- Récolter des données auprès de jeunes adultes âgé.e.s de 18 à 20 ans sur leurs expériences dans notre système de santé en fonction de leur genre.
- En lien avec ces expériences, observer si les variables choisies ont influencé la prise en charge en fonction de leur genre.
- Demander aux jeunes adultes leur avis pour améliorer le système de santé belge.

En plus d'essayer de répondre à la question de recherche et à ses objectifs, le but de l'étude est de percevoir et de comprendre le vécu des jeunes en fonction de leur genre dans le domaine de la santé.

Après une exposition de la méthode de collecte des données et de ses résultats, ce mémoire se consacrera à l'analyse et à la discussion des résultats.

Pour terminer, des limites et des recommandations seront exposées pour ensuite clôturer avec la présentation de perspectives pour une continuité de cette recherche ou comme base pour un autre travail.

Je vous remercie, d'ores et déjà, pour le temps consacré à la lecture de ce travail et j'espère que vous prendrez du plaisir à le lire.

2. Cadre conceptuel

Dans cette première partie, nous allons définir les différentes notions. Cette étape permet de clarifier et de préciser les concepts suivants : la santé et ses déterminants, le sexe, le genre et ses diverses notions.

2.1. La santé

Pour commencer, définissons la santé : « *c'est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). La dernière partie de cette phrase indique que la santé est le résultat d'une interaction entre l'individu et son milieu. La santé est donc « une perspective dynamique plutôt que statique » (Santé et Services Québec, 2012). De plus, la santé est vue comme une « ressource » pour la vie de tous les jours et non comme un but à poursuivre durant notre vie (Organisation Mondiale de la Santé, s.d.).

Par conséquent, lorsque nous sommes malades, nous pouvons l'être physiquement et/ou mentalement et/ou socialement. De plus, le milieu (et plus largement le contexte socioéconomique et culturel) dans lequel nous vivons peut influencer négativement ou positivement notre santé.

Les conséquences de la maladie sont diverses et interagissent dans certains cas. Elles peuvent être de courte durée, de longue durée ou être présentes pour le reste de notre vie (chronicité). Dans tous les cas, une maladie entraîne un besoin de soins, une acceptation et/ou une adaptation par l'individu pour rétablir une harmonie.

2.2. Les déterminants de santé

L'état de bien-être complet cité dans la définition donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), peut être influencé par de nombreux facteurs que nous appelons des déterminants de santé. Ceux-ci relèvent du contexte personnel, social, culturel, économique et environnemental.

Le terme déterminant social de santé indique que les déterminants de santé relèvent donc du contexte sociétal et des relations qui y sont présentes. L'OMS définit ce type de déterminants comme suit : « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent,*

travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique » (Organisation Mondiale de la Santé, s.d.). Par exemple, nous pouvons citer le revenu, l'emploi, le système de santé ou encore le genre.

Nous pouvons agir sur la plupart des déterminants de santé pour éviter que la maladie ne survienne mais aussi que des inégalités¹ ou des iniquités de santé² n'apparaissent ou n'augmentent.

2.2.1. Le genre, un déterminant social de santé

Trois types de classification des déterminants de santé vont être présentés. Pour chaque typologie, un lien sera fait avec le concept du genre.

Une première classification que nous pouvons présenter est celle réalisée en 1991 par Dahlgren and Whitehead (2021). C'est la figure 1 présente ci-dessous. Ce modèle, dit en « arc-en-ciel », a regroupé les principaux déterminants de santé. Il a été jugé dans un premier temps trop compliqué par l'Organisation Mondiale de la Santé avant d'être reconnu par ce même organisme. Il est devenu la base pour réaliser entre autres des enquêtes sur les différentes inégalités (de santé). De nombreux dirigeants politiques l'ont utilisé.

En effet, ce modèle permet de se rendre compte que tout ne dépend pas de l'offre de services de santé proposée mais va bien au-delà. La santé ne dépend pas d'un seul service mais bien de plusieurs déterminants négatifs ou positifs ainsi que de la présence d'une relation entre ceux-ci. Ce modèle a connu un succès mondial et a été traduit dans plus de vingt langues.

Comme nous pouvons le voir dans la figure 1, le modèle classe, en quatre parties, les principaux déterminants de santé. Avec le temps, les chercheurs ont adapté le modèle en ajoutant des flèches indiquant que les déterminants ont des répercussions les uns sur les autres.

¹ Inégalité de santé : Ce sont les différences dans l'état de santé des personnes ou des groupes comme faire des choix de vie différents (sédentarité versus activité sportive) (Gouvernement du Canada, 2020).

² Iniquité de santé : Ce sont des inégalités de santé qui sont jugées injustes ou indues et qui sont modifiables. Chaque personne a ses propres besoins et demandes. Notamment, habiter en zone éloignée (rurale) versus habiter au centre-ville (urbain) (Gouvernement du Canada, 2020).

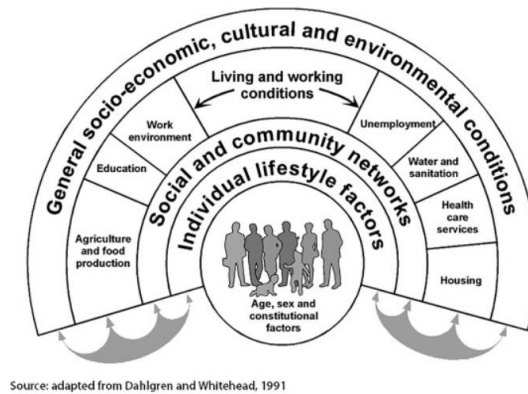


Figure 1 : Modèle adapté en « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead

Le genre n'apparaît pas clairement comme un déterminant de santé dans ce modèle. Nous pouvons dès lors nous interroger s'il en faisait partie inconsciemment dans l'aspect culturel et/ou s'il découlait de la notion de sexe ou si simplement, il y a 30 ans, sa classification en tant que déterminant n'avait pas eu lieu le sujet n'étant pas d'actualité.

Une deuxième classification est celle proposée par le Québec (Santé et Services sociaux, 2010) dans le cadre d'une réflexion commune pour élaborer un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.

Comme nous pouvons l'observer dans la figure 2, l'état de santé de la population dépend de quatre grandes catégories de déterminants : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global. Plus nous nous écartons de l'œil, plus nous considérons l'individu dans sa globalité. De plus, les quatre catégories interagissent en permanence entre elles avec une dépendance du temps et/ou de l'espace. Dans l'autre sens, si nous partons de l'extérieur pour venir vers l'état de santé de la population, nous pouvons clairement voir que la catégorie « Contexte global » encercle l'ensemble des trois autres catégories. Cela devient intéressant dans le cadre de notre recherche car le déterminant du genre est situé dans cette catégorie et plus précisément dans la partie « Contexte social et culturel ». Cette classification indique dès lors que le genre peut, d'une part, exercer une influence sur toutes les autres catégories et d'autre part, être indiqué par la société.

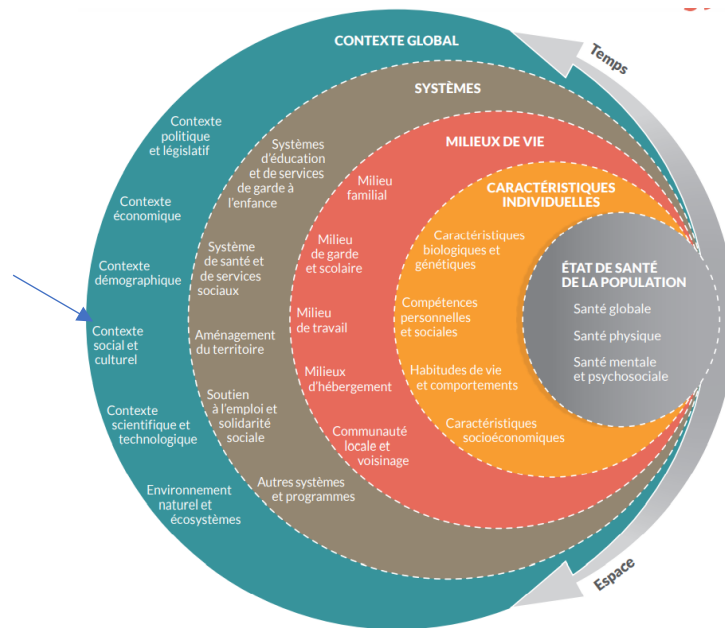


Figure 2 : La carte de la santé et de ses déterminants

Une troisième classification a été inspirée des deux premières. Elle a été créée en 2019 par une Association Sans But Lucratif (ASBL) belge, Cultures & Santé, qui est active en fédération Wallonie-Bruxelles. Cette classification présente six catégories de déterminants du plus proximal à la personne, au plus distal (Cultures & Santé, 2019) : les caractéristiques individuelles, les ressources personnelles, les habitudes de vie, les conditions et situations de vie, les systèmes et offres collectives et le contexte sociétal. Par rapport aux deux autres typologies, le nombre de déterminants est beaucoup plus important : 78 contre moins de 30 pour le modèle québécois. Par rapport au déterminant du genre, celui-ci se trouve ici associé aux caractéristiques individuelles et de manière identique au sexe. Même si les rédacteurs précisent dans leur écrit qu'un déterminant peut changer de catégorie, ils placent le genre comme étant un critère qui peut être défini par la personne elle-même et non par la société. Le choix est donc laissé à l'individu et non à la société dans laquelle il se situe.

Pour conclure cette partie, nous pouvons constater que le nombre de déterminants sociaux de la santé n'a cessé d'augmenter ces dernières dizaines d'années, indiquant la complexité et les multiples facteurs influençant notre santé. Au sujet du genre, celui n'était pas repris clairement comme facteur. Après avoir été reconnu comme déterminant défini par la société, il est devenu aujourd'hui un déterminant que l'individu contrôle et détermine. Cependant, ce transfert est à nuancer. Déterminer son genre peut paraître facile et personnel mais la société, quelles que soient sa zone géographique et son époque, détermine des modèles féminins et masculins auxquels nous devons appartenir en tant que femme ou homme. Nous sommes baigné.e.s et

grandissons avec ces modèles et ce mode de pensée depuis toujours. La liberté de choisir de rentrer ou non dans une image attendue progresse mais cela reste compliqué et pas toujours accepté par l'environnement dans lequel nous sommes. Il faut également ajouter que ce choix n'est plus binaire à l'heure actuelle.

Via la présentation de ces modèles, nous pouvons soulever certaines interrogations concernant l'importance du genre actuellement et la représentation que l'individu se fait de son genre dans notre société socioculturelle et notre système de santé : L'individu accorde-t-il de l'importance et/ou de l'intérêt à son genre ? L'individu pense-t-il que le genre a une influence dans sa vie quotidienne ? Quelles sont les représentations que l'individu se fait par rapport à son genre ?

Une réponse peut être apportée par le cours de Lorant V. (2019). Le genre fait partie des principaux stratificateurs sociaux comme l'ethnie ou le lieu de résidence. La stratification sociale se définit comme « *la présence d'inégalités structurées entre les groupes ou les individus d'une société dans l'accès aux ressources socialement valorisées* » (Lorant V. 2019). Elle est différente en fonction des époques mais aussi de l'espace géographique. Elle est multidimensionnelle et peut avoir de nombreuses conséquences comme des inégalités sociales de santé. En lien avec le genre, cela peut s'exprimer par une différence au niveau de la mortalité, de la morbidité, des comportements à risque ou encore de la prévention.

2.3. Le genre et ses notions apparentées

Pour commencer, définissons le terme sexe. Celui-ci désigne les attributs biologiques comme nos organes sexuels qui nous déterminent mâles ou femelles. C'est une notion binaire ; nous sommes soit l'un soit l'autre.

Ensuite, le concept de genre, qui est d'origine anglo-saxonne « gender », est né aux Etats-Unis dans le milieu médical psychiatrique dans les années 1950. Il fut au départ traduit en français par « la relation de sexe ». En France, une première référence est apparue via Simone de Beauvoir « On ne naît pas femme, on le devient » (De Beauvoir, 1949). Cette phrase devenue emblématique dans le milieu du féminisme évoquera par la suite, dans les années 70, la séparation entre le terme « sexe » et le terme « genre ». A l'époque, cela a bousculé les mentalités. En effet, les différences entre les deux sexes ne seraient pas biologiques mais culturelles et seraient inculquées dès la plus tendre enfance et jusqu'à la fin de la vie.

Aujourd'hui, ce concept sociologique peut se définir de différentes façons et avec diverses dimensions. Une des définitions du mot « genre », qui est assez complète, a été élaborée en 2011 par le Conseil de l'Europe lors d'une convention sur la prévention et la lutte des violences à l'égard des femmes : le genre est « fondé sur les deux sexes, masculin et féminin. Il explique qu'il existe également des rôles, des comportements, des activités et des attributs socialement construits, considérés comme étant appropriés pour les femmes et les hommes par une société donnée » (Conseil de l'Europe, 2011). Cette définition nous indique que le sexe biologique - que nous avons à la naissance - prédestine notre sexe social et notre identité selon le contexte sociétal dans lequel nous sommes. En effet, le genre ne se situe pas uniquement dans la sphère privée mais aussi dans l'ordre structurel, du politique et de la société. Par ailleurs, cette définition met en exergue la différence entre les deux premiers mots définis que nous pensons interchangeables alors que ce n'est pas le cas.

Nous pourrions compléter cette définition par cinq caractéristiques qui peuvent influencer la représentation sociale du genre. La première est la notion d'époque car le genre évolue dans le temps tout comme son importance. En effet, le genre et ses représentations ne sont pas les mêmes aujourd'hui que par le passé. Si nous prenons le rôle de la femme, il y a 50 ans, celle-ci devait être une mère au foyer et une bonne épouse. Le mari, quant à lui, devait avoir un bon travail et ramener suffisamment d'argent pour faire vivre sa famille. Aujourd'hui, la situation est différente : les hommes travaillent et les femmes aussi.

Au sujet de l'importance du genre dans le temps, auparavant, chacun avait « sa case » avec ses fonctions, ses intérêts, ses prescrits, etc. en fonction de son sexe biologique (Adéquations, (2017). Un rôle était donc attendu. Changer ou modifier sa case n'était pas possible et/ou était mal vu. Aujourd'hui, avec une notion qui est de moins en moins binaire, le genre est redéfini et il est plus libre.

Les trois dernières caractéristiques sont issues du site Monusco (2016). Il s'agit de l'aspect culturel, de l'environnement et du rapport entre les femmes et les hommes (la répartition du pouvoir) qui, eux aussi, sont genrés. Pour illustrer la culture et l'environnement, nous pouvons comparer deux situations très différentes : un homme de religion hindouiste vivant en Inde et un homme du même âge vivant aux Etats-Unis pratiquant la religion juive. Leur mode de vie est tout à fait différent et ce qui est attendu par la société en fonction de leur genre n'est pas semblable. Au sujet de la répartition du pouvoir entre les hommes et les femmes, le genre distingue le masculin et le féminin. Et, par cette séparation, une hiérarchie est installée entre les deux.

Le genre pourrait être vu comme une notion binaire tout comme le sexe. Cependant, n'étant pas un élément naturel mais en construction durant notre vie, d'autres termes ont été créés pour désigner les personnes qui ne sont pas cisgenres³. Par exemple, il y a les personnes transgenres⁴, agenres⁵, bigenres, non binaires, de genre temporaire et de genre fluide⁶.

Le rôle de genre est l'« *ensemble des comportements, des attitudes, des occupations et des intérêts légitimes ou attendus, que les normes culturelles prévalant dans une société déterminent comme étant appropriés à un genre* » (Office Québécois de la langue française, 2018).

En premier exemple, nous pouvons citer le sport. La société actuelle sectorise en effet les sports en fonction du genre. Il est attendu d'une fille qu'elle s'intéresse plus à des activités sportives artistiques avec peu de contacts physiques brutaux. Du côté des garçons, les sports plus « violents » et endurants sont attendus. Une étude réalisée en 2017 par l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique au sujet des stages pratiqués à l'Adeps révèle que les filles sont moins présentes dans les activités sportives et ce, de l'âge de 6 ans à 18 ans. D'autre part, les pratiques sportives sont elles aussi genrées. Il y a environ 4% de filles dans les stages de football et de pêche. A contrario, les garçons sont très peu présents dans les stages de gymnastique rythmique (2%) et de danse moderne (5%). Les sports dans lesquels un nombre égalitaire des deux sexes apparaît sont l'escalade et le volley-ball.

Dans le même ordre d'idée, le choix du métier est aussi influencé par les rôles de genre. Une seconde étude de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2017) indique que les formations en promotion sociale pour les métiers de construction sont suivies par 79% d'hommes et que les femmes suivent généralement des métiers plus artistiques et de soins de l'autre.

Une autre source met en lumière que la plupart des punitions à l'école concernent les garçons (80%) (Ayrat S., 2011). Cette différence s'expliquerait par le fait qu'un garçon doit

³ Cisgenre : personne dont l'identité de genre est relativement en adéquation avec le rôle social attendu en fonction du genre assigné à la naissance. Terme opposé à transgenre (Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes ASBL, 2019).

⁴ Transgenre : personne ayant une identité de genre ou une expression de genre tel que ressenti ou perçu par cette personne différente du genre qui lui a été attribué à la naissance. Terme opposé à cisgenre (Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes ASBL, 2019).

⁵ Agenre : personne qui ne se qualifie pas à un genre en particulier (Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes ASBL, 2019).

⁶ Bigenre, non binaire, de genre fluide, de genre temporaire : personne qui s'approprie, ignore ou déconstruit les rôles sociaux ou les expressions habituellement associées à l'un ou l'autre. En exemple, un homme peut être qualifié d'hystérique alors que l'expression s'utilise pour le sexe féminin (Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes ASBL, 2019).

montrer sa puissance et sa quête de pouvoir lors des rapports sociaux. Cela entraîne donc plus d'insultes et de bagarres qui sont sanctionnées.

D'autres thèmes comme l'alcool (Deroff M.- L., Fillaut T., 2015) ou le rôle de leader (Saint-Michel S., 2010) peuvent être aussi influencés par le genre.

Tous ces exemples indiquent que les rôles de genre provoquent des règles, des normes⁷ et des croyances⁸. Ces deux dernières notions doivent être surveillées car elles peuvent causer des différences et des inégalités consécutives à des stéréotypes engendrés. Ces clichés ou ces opinions toutes faites ont deux dimensions dans le cadre du genre : descriptive (ce qu'on attend de la part d'une femme ou d'un homme) et prescriptive (attente d'un comportement dans un contexte et à un moment donné). Par conséquent, toute personne peut être concernée par son genre durant sa vie (Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes ASBL, 2019).

Les stéréotypes n'ont pas toujours une connotation négative mais ils peuvent engendrer par la suite des préjugés et de la discrimination. Le thème du genre est particulièrement soumis à cela. Afin de mieux cerner les concepts, nous allons les définir et les illustrer par un exemple pour chacun (Jeunesse, j'écoute, 2022).

Le stéréotype est un terme qui repose sur une présomption. Cela veut dire que nous supposons que des personnes ayant la même caractéristique, ici le sexe féminin ou masculin, partagent les mêmes attributions. En exemple, nous pouvons citer comme stéréotype : « C'est la femme qui doit s'occuper des enfants à domicile ».

Le préjugé se base sur un stéréotype pour devenir une croyance. Le racisme comme le sexisme ou l'homophobie est basé sur le(s) préjugé(s). En exemple, la phrase « Toutes les femmes ne devraient pas travailler mais rester à la maison s'occuper des enfants » est un préjugé.

Quant à la discrimination, elle se définit comme un acte posé qui repose sur un ou des préjugés. Un exemple de discrimination serait « Les femmes ne peuvent pas être engagées puisque de toute façon elles quitteront leur travail lorsqu'elles auront des enfants ».

Il existe de nombreux exemples de ce type et le sexe masculin n'y échappe pas, surtout au sujet de la virilité qu'un homme doit développer, garder et montrer.

⁷ Norme : règle, principe, critère auquel se réfère tout jugement (Larousse, 2021).

⁸ Croyance : ce qu'on croit ; opinion professée en matière religieuse, philosophique, politique (Larousse, 2021).

Comme notre question de recherche se situe dans le cadre de la santé, les deux dernières parties ci-dessous seront consacrées aux inégalités (sociales) de santé en lien avec le genre ainsi qu'aux solutions possibles pour diminuer celles-ci.

2.4. Les inégalités de santé

Au niveau de la santé, le genre a un enjeu bioéthique important. Les inégalités de genre dans le monde médical remontent à quelques siècles. Nous allons en parcourir quelques exemples :

La santé liée au sexe

Sans inclure les critères que la société attribue aux genres, les hommes et les femmes ont des différences anatomiques qui sont liées à leur sexe. Ces différences sont dues aux spécificités anatomiques et physiologiques (Vidal C., 2020) et elles créent des inégalités. L'équité entre les sexes a donc toute son importance.

L'état de santé des Belges

Depuis les années 2000, l'état de santé des Belges s'est amélioré, augmentant leur espérance de vie. Cependant, des disparités existent encore en fonction du groupe socioéconomique auquel ils appartiennent mais aussi en fonction du genre.

Selon le rapport de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), l'espérance de vie en Belgique se situe à 81.6 ans avec une différence de 4.7 ans entre les hommes et les femmes en 2017. Les femmes ont en effet une espérance de vie plus élevée que les hommes quel que soit le niveau d'éducation. Cela, sans pour autant que ces années supplémentaires soient qualifiées de « bonne santé ».

Les recherches médicales

Auparavant, les recherches médicales sur diverses maladies comme les pathologies cardiovasculaires n'étaient réalisées que sur des sujets masculins donc avec leurs seules caractéristiques physiologiques. Cela a eu pour conséquences de créer des inégalités au niveau des traitements et des prises en charges médicales. Et, dans certains cas, la discrimination y est aussi associée.

Le diagnostic médical

Le moment du diagnostic de certaines maladies sera différent si nous sommes un homme ou une femme. C'est le cas pour l'infarctus et le cancer du poumon chez la femme car ce sont des pathologies dites « masculines » et donc plus étudiées chez l'homme que chez la femme. Par conséquent, le diagnostic n'est pas mis en évidence, ou plus tardivement. Une mortalité plus importante pour ce type de pathologie se présente d'ailleurs chez les femmes (Vidal C.,2020).

A contrario, l'ostéoporose est rarement traitée chez les hommes étant donné que cette maladie est associée au sexe féminin. Selon Guggenbuhl P. (2009), les fractures dues à l'ostéoporose sont plus fréquentes chez les femmes à cause de la ménopause. Par contre, même si les fractures liées à cette pathologie se manifestent moins chez les hommes, leur mortalité est plus élevée. Les conséquences de cette pathologie sont différentes en fonction du sexe. Par ailleurs, la plupart des traitements préventifs contre l'ostéoporose ne sont agréés que chez les femmes. La prise en charge thérapeutique, en particulier chez les hommes ayant déjà eu une fracture, est insuffisante.

Au niveau de la santé mentale, des différences sont aussi relevées. L'autisme est plus tardivement diagnostiqué chez les filles même si cette maladie a été réputée ne toucher que le sexe féminin. Il y a deux explications à ce paradoxe. La première est de l'ordre des interactions sociales. Une petite fille réservée sera considérée comme « normale » contrairement à un petit garçon. Cela provoque par conséquent un dépistage plus rapide de la maladie chez les garçons. La deuxième raison est que cette pathologie a été étudiée uniquement chez des sujets masculins (Vidal C, 2020).

Les résultats des opérations

Selon une étude canadienne relatée par Campbell Denis dans the Guardian, 32% des femmes opérées par un chirurgien de sexe masculin sont plus susceptibles de mourir que les hommes opérés par des chirurgiens du même sexe. De plus, cette étude réalisée entre 2007 et 2019 sur plus de 1.3 million de patients, indique que 15% des patientes opérées par des hommes ont plus de chance d'avoir des mauvais résultats que si c'était une femme qui les avait opérées. L'article ajoute aussi que des hommes opérés par des hommes ont les mêmes résultats que s'ils avaient été opérés par une femme.

La consommation de drogues légales

La consommation de tabac est beaucoup plus présente chez les hommes que chez les femmes. Une diminution a eu lieu ces dernières années mais principalement chez les femmes. Ce même constat existe au sujet de la consommation excessive d'alcool (37% contre 18% chez les femmes) (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2019).

La situation précaire et le renoncement aux soins

Si nous prenons un individu dans son milieu de vie, nous pouvons observer d'autres biais de genre qui influencent la santé. Les déterminants économiques et sociaux en font partie.

La pauvreté est plus présente chez les femmes que chez les hommes. Celle-ci provoque une situation précaire au niveau du logement, de l'alimentation, etc.

De plus, les femmes sont plus souvent victimes de violence. Ces deux éléments mis ensemble peuvent limiter l'accès aux soins et/ou causer un renoncement aux soins.

Le renoncement aux soins, qui se définit comme « *des besoins de soins non satisfaits du point de vue des personnes concernées* » (Beltran G., Revil H., Daabek N., 2020), est lui aussi victime de différence genrée⁹.

Les femmes renoncent plus souvent à leurs soins que les hommes. Cette donnée est aussi présente quand les besoins spécifiques aux deux sexes (par exemple : les soins gynécologiques chez la femme) sont exclus.

Cette information s'explique en deux points. Le premier concerne l'éducation. Depuis le plus jeune âge, la femme est éduquée à prendre soin de son entourage. Par conséquent, elle fait passer sa famille avant elle pour les soins. Le second point indique que c'est la femme qui se préoccupe le plus des questions de santé mettant ainsi en exergue les nombreux besoins de son entourage. Il faut cependant noter que chaque personne identifie, exprime et comble ses besoins selon ses compétences. De plus, peut-être que les hommes expriment aussi moins leur renoncement.

La cause du renoncement, chez les hommes, vient du modèle de virilité inculqué par la société depuis leur enfance. Le modèle « homme » ne se plaint pas, supporte la douleur et il ne demande pas d'aide. Par conséquent, se faire soigner, peut être assimilé à une perte de statut.

⁹ A ne pas le confondre avec le non recours aux soins qui est une donnée identifiée par des professionnels.

Par ailleurs, la composition familiale associée au revenu et à la répartition des rôles a aussi son importance dans le renoncement. Une femme en couple/seule, avec ou sans enfants a toujours un pourcentage plus élevé de renoncement que l'homme dans les mêmes circonstances. La différence se marque surtout quand une femme est seule avec des enfants. Il y aura un renoncement des soins dans 34% des cas contre 26% chez les hommes (Beltran G., Revil H., Daabek N., 2020).

Les accidents de la route

Pour développer le point de la virilité, observons l'article de Saldago R. et Combelle R. (2022). Celui-ci nous apprend que les masculinités provoquent elles aussi des problèmes. L'exemple avancé est celui des accidents de la route. En Belgique, en 2017, sur un total de 615 tués en 30 jours, 72 % des victimes étaient conducteurs. Parmi ces 72%, 58% étaient des hommes. Une question s'est dès lors posée : pourquoi, il y a plus d'hommes que de femmes ?

L'article aborde le fait que dans le processus de socialisation, les hommes acquièrent des normes sociales de masculinité ; parmi lesquelles « prendre des risques », « être téméraire » et « être viril ». Cela donne les caractéristiques suivantes : protecteur, pourvoyeur et puissant. Un homme qui possède ces attributs est valorisé par le prestige et le pouvoir.

Par contre, si cet idéal n'est pas atteint, les hommes subissent dès lors une pression qui peut entraîner des troubles psychologiques, des actes de violences ou une plus forte consommation de drogues. Par ailleurs, les comportements dits féminins comme prendre soin de soi et des autres ne sont pas toujours bien perçus chez les hommes. Ils ne sont donc pas encouragés et développés.

Par conséquent, la masculinité ou l'absence de masculinité peut provoquer des risques pour la santé des hommes.

2.4.1. La réduction des inégalités

Il existe aujourd'hui divers moyens pour améliorer la situation et diminuer les inégalités liées au genre.

Au niveau micro, le premier moyen est de se rendre compte des différences, d'avoir une prise de conscience quant à tous ces « attendus » en tant qu'homme ou femme. En effet, depuis notre naissance (voire même déjà avant celle-ci), nous sommes dans un système socioculturel,

un milieu familial et une éducation qui nous conditionnent en fonction de notre sexe biologique. Par conséquent, nos comportements, nos attitudes, etc. sont souvent genrés. Certains constats, habitudes ou visions peuvent nous paraître normaux.

Depuis quelques années, le sujet du genre devient récurrent. Les sources tant au niveau scientifique, comme nous avons pu le lire ci-dessus, qu'artistique émergent. Cela permet les consciences et de se questionner. Dernièrement, une chanson écrite par le rappeur Grand Corps Malade, « Pendant 24 heures », a mis en évidence les clichés hommes-femmes. Nous pouvons aussi citer la chanson de Vitaa et Slimane « XY » qui aborde le sujet de ce qu'est un homme et de ce qu'est une femme d'aujourd'hui. Cette mise en valeur du sujet et son accessibilité par les médias à un large public permet aussi de lever des tabous.

Au niveau méso, des formations sont maintenant organisées tant à l'université (master de spécialisation en études de genre à l'UCLouvain) que par des ASBL ou encore des Instituts de la formation en cours de carrière. Cela permet de mettre aussi le sujet en lumière et de partager les connaissances sur celui-ci. Le genre est un concept qui peut être abordé dans de multiples domaines : familial, de la santé, de l'enseignement, etc.

Au niveau macro, une première possibilité est l'intégration de genre (Monusco, 2016). Celle-ci consiste à partir de ce que les deux sexes vivent et de leurs préoccupations concernant les politiques et les programmes. Ensuite, cette intégration dans les politiques et dans des lois pourrait renforcer la lutte contre les stéréotypes ou améliorer la promotion pour la santé dans ce domaine.

En effet, le domaine politique a un pouvoir de changement important. L'exemple est celui de la première loi américaine votée en 1993 obligeant l'inclusion des femmes dans les recherches (Service communautaire d'information sur la recherche et le développement, 2007). Cette loi a été le déclencheur pour que le sexe féminin soit présent dans toute étude et ce internationalement.

Une autre approche est justement celle du genre en tant qu'objectif et/ou méthodologie. Si l'approche Genre est prise en tant qu'objectif, il y a une promotion « d'une égalité des droits et un partage équitable des ressources et des responsabilités entre hommes et femmes » (Adéquations, 2017). S'il s'agit d'une vision méthodologique, cette approche produit une analyse entre les situations des femmes et des hommes et ce, dans différents domaines : économique, social, au niveau des rôles, etc. Elle ajoute aussi l'importance de la participation des personnes prenant ainsi compte de leur avis.

Grâce à toutes ces évolutions et ces solutions, les croyances et les visions des personnes peuvent changer et ce à tous les âges. Les stéréotypes et les discriminations pourraient être plus reconnus et être diminués.

Par rapport à notre question de recherche, nous nous situons dans du micro car nous allons aborder des personnes dans leur environnement via la diffusion d'un questionnaire.

3. Cadre contextuel

3.1. Le genre en Belgique

Par la partie conceptuelle, nous avons vu que le genre est un déterminant social de santé qui a de nombreuses conséquences sur les individus : inégalités diverses, la stratification, etc. Les données vont permettre de visualiser concrètement ce que le genre et les rôles genrés ont comme répercussions dans notre pays.

Chaque année, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes réalise un classement. En 2021, la Belgique se classe en huitième position en matière d'égalité de genre parmi les états membres européens. Son score est de 72.7% (European institute for gender equality, 2021). Notre pays a progressé depuis l'année dernière. Ce résultat se base sur six domaines spécifiques : le travail, l'argent, le savoir, le temps, le pouvoir et la santé. Le maximum qu'un pays peut atteindre est le score de cent, celui-ci indiquant une égalité parfaite entre les hommes et les femmes. La Suède est le premier pays de ce classement avec un score de 83.9 %.

Le domaine où notre pays respecte le mieux l'égalité entre les deux sexes est celui de l'argent : nous nous situons en deuxième position. En effet, l'écart salarial en Belgique est faible. Cependant, la Belgique a une forte lacune dans le domaine du pouvoir avec un score de 61%. Ce domaine est notamment évalué sur base de la présence de femmes au niveau politique ou au sein des postes de décision au sein des entreprises. Une régression est aussi observée dans le domaine du temps qui représente la répartition des tâches et la participation aux activités de loisirs.

En observant plus précisément l'indicateur de la santé (86.3%), nous pouvons voir que celui-ci reprend trois thèmes : l'état de santé, les comportements liés à la santé et l'accès aux services de santé. Au niveau de l'état de santé, presque autant de femmes que d'hommes se déclarent en bonne santé, la différence étant de 4% en faveur des hommes. L'espérance de vie

est supérieure à 4 ans pour les femmes mais celles-ci perdent une année de vie en bonne santé. Au niveau des comportements, les femmes ont un meilleur taux d'absence de consommation de tabac et de consommation excessive d'alcool (68% contre 50% des hommes). Par contre, les hommes pratiquent un sport et/ou mangent plus de fruits que le sexe opposé. Au sujet de l'accès aux soins, le pourcentage qui ne satisfait pas ses besoins est très réduit et il est presque le même dans les deux sexes (3% chez les hommes versus 2% pour les femmes). Ce même ordre d'idées se présente aussi dans les soins dentaires non satisfaits (5% contre 6% chez les femmes).

Nous voyons par ces données que même si la Belgique figure dans les 8 premiers pays respectant l'égalité des sexes, des différences s'observent au niveau de la santé des Belges.

3.2. Les adolescent.e.s et la santé

Dans cette partie, nous allons nous concentrer sur le public ciblé dans cette recherche. Dans un premier temps, le développement des adolescent.e.s et leur santé seront abordés. Ensuite, leur vision et leurs expériences dans le domaine de la santé seront présentées. Cela permettra de faire un état des lieux concernant ce public particulier.

3.2.1. L'adolescence : les étapes de développement

L'adolescence est une période de changements et de transformations. Elle a lieu à partir de 11 ans jusqu'à l'âge de 21 ans. Selon Devernay M. et Viaux-Savelon S. (2014), durant ces 10 ans, il y a de nombreux développements qui sont de l'ordre physique, cognitif et psychologique. Les bouleversements qui ont lieu sont hormonaux, émotionnels et sociaux.

Les changements physiques concernent différentes parties du corps : apparition de la pilosité, de formes chez les filles, etc. C'est la puberté. Chez les garçons, celle-ci arrive plus tard vers l'âge de 15 ans. L'expérience de cette transformation peut être vécue de manière négative ou positive. En effet, l'adolescent.e va se poser des questions sur son corps, si celui-ci est normal. Par ailleurs, son style vestimentaire va évoluer tout comme sa coiffure, son style, etc.

Au niveau de l'intelligence, l'adolescent.e devient capable de réfléchir sur des hypothèses, sur des choses qu'il/elle ne voit pas, qu'il/elle ne sait pas manipuler. Cette réflexion lui permet d'avoir des débats, des conversations plus élaborées. Cela a, entre autres, comme répercussion un changement de la vision envers les parents. Les parents ne sont plus des femmes et des hommes idéaux. L'adolescent.e s'écarte de sa famille pour se faire ses propres idées.

Par le développement de sa propre personnalité, le/la jeune a ses amours, sa bande d'amis, ses pairs. Ces personnes aiment les mêmes choses que lui/qu'elle comme la musique ou les vêtements. Ainsi, en cas de questions, il/elle peut se confier aux personnes qu'il/elle considère comme égales à lui/elle. A travers cette bande, c'est lui-même/elle-même que l'adolescent.e tente d'aimer.

C'est une période de conflits car l'adolescent.e se construit pour devenir une personne à part entière. C'est aussi un moment de fragilité. Dès lors, le/la jeune peut se faire manipuler.

Tous ces changements ne sont pas faciles à vivre et peuvent provoquer de l'anxiété voire même de la déprime. De plus, la société envoie des images, des publicités de comment il faudrait idéalement être pour se faire accepter. C'est ce que le/la jeune cherche, se sentir reconnu.e et aimé.e par les autres, par ses pairs.

Pour situer plus précisément par rapport à notre travail, l'article de Devernay M. et Viaux-Savelon S. (2014) indique que les adolescent.e.s âgé.e.s de 17 à 21 ans sont à la fin des transformations pubertaires et en phase de stabilisation identitaire.

3.2.2. La construction du genre

La construction du genre a lieu dès la naissance. En effet, à travers nos apprentissages, nos expériences et les imitations que nous réalisons, nous développons des aptitudes, des préférences et des forces. Par exemple, un petit garçon pourrait être encouragé et félicité à pratiquer des activités manuelles comme le travail du bois. Celui-ci pourrait dès lors développer des aptitudes pour ce travail. Par contre, une petite fille qui voudrait elle aussi essayer ce type d'activité pourrait être invitée à se tourner vers une activité plus artistique comme la peinture. Par conséquent, elle se détournera d'une activité manuelle en lien avec le bois et ne développerait pas ses aptitudes. Cet exemple au sujet des activités peut se reproduire dans d'autres domaines de l'enfance comme les jeux pratiqués, les livres lus ou encore les vêtements portés.

La socialisation de l'enfant et puis de l'adolescent.e intervient aussi dans le développement du genre. Elle est, souvent, genrée, ce qui provoque des différences cognitives entre les filles et les garçons. Dès lors, l'intégration des croyances, des valeurs, des règles de conduite et des normes sera genrée (Des pistes pour persévérer dans l'égalité, s.d.). La différenciation est effectuée de manière inconsciente car elle est inscrite en nous. Nous avons eu nous-mêmes, par notre éducation, notre milieu scolaire et familial ainsi que par la société dans laquelle nous

vivons, une appropriation de ce que nous devons être et faire en fonction de notre sexe biologique. Toutefois, la construction du genre a lieu tout au long de notre vie.

A l'adolescence, il y a déjà une bonne intégration du genre et de ses stéréotypes. Cependant, la construction identitaire a lieu. Elle peut remettre en question ou confirmer ce que nous avons intégré.

La construction est constituée de 3 parties : l'identité propre, l'identité par rapport aux relations sociales et l'identité sexuée. Le genre intervient principalement sur les deux dernières constructions qui ont une répercussion sur l'identité propre.

Les relations sociales du/de la jeune ont lieu avec ses pairs mais aussi avec le monde des adultes. Des règles et normes sociales genrées vont se présenter. L'adolescent.e va vouloir se conformer à celles-ci pour pouvoir être accepté.e par ces deux mondes. L'influence des personnes qui l'entourent et leur milieu socioéconomique sont importants.

Les expériences vécues vont consolider le genre dans lequel nous nous définissons, et par conséquent notre identité de genre. Les stéréotypes de genre que l'adolescent.e rencontre peuvent représenter des contraintes ou des espaces d'exploration (Des pistes pour persévérer dans l'égalité, s.d.). Face à cela, le/la jeune doit avoir l'opportunité de remettre en question ce qu'il/elle observe.

Selon cette même source, quand une personne s'identifie comme un garçon, elle va dès lors chercher à rencontrer d'autres garçons pour se définir comme tel. En cela, elle veut prouver sa virilité et bien se différencier du genre féminin. La virilité passe également par le fait de tester les limites et d'imiter des modèles vus à la télévision ou au cinéma. Par ce biais, l'autonomie est aussi développée.

Une personne qui s'identifie comme étant une fille va avoir une forte dimension relationnelle dans son développement identitaire, notamment avec le monde des adultes. Ce sont les relations qu'elle entretient qui permettent que son genre soit reconnu. Le regard et l'acceptation des autres sont très importants. Par conséquent, les filles acceptent plus souvent les règles et les normes dictées. Par contre, elles adhèrent moins aux stéréotypes de genre et portent moins de jugement sur le sexe contrairement aux garçons.

Il est important de spécifier que chaque personne réagira différemment à ce qu'il se passe autour d'elle et donc aux stéréotypes de genre. Les déterminants sociaux de santé comme l'instruction auront aussi toute leur importance.

3.2.3. La santé des jeunes

Selon l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, les jeunes belges âgé.e.s de 15 à 24 ans se déclarent en bonne santé et ce dans un pourcentage plus ou moins égal chez les filles et les garçons : 92% chez les garçons contre 94% chez les filles (European institute for gender equality, 2021).

Analysons quelques données intéressantes. Selon le rapport de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé de 2017 et de 2019, la consommation d'alcool en Belgique est importante. En effet, plus d'un tiers des jeunes de 15 à 16 ans ont indiqué avoir eu un épisode de consommation importante d'alcool en 2015. Ce chiffre se situe en-dessous de la moyenne européenne mais il reste important. La présence de consommation se situe à 50% chez les hommes tandis que les femmes ne sont que 36%.

Autre point, l'obésité est en augmentation chez les jeunes de 15 ans, dépassant la plupart des pays européens. Les fruits et les légumes sont aussi très peu consommés. Seuls 10% des garçons mangent au moins 5 fruits et légumes contre 7% des filles âgées de 15 à 24 ans. Par ailleurs, l'activité physique est également moins courante chez ce public et plus particulièrement au niveau de la population féminine.

Par contre, le tabagisme continue de diminuer depuis quelques années chez les jeunes âgé.e.s de 15 ans et plus, plaçant ceux-ci/celles-ci dans les pays les plus bas d'Europe. En comparant cette donnée avec celle de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, l'information se confirme avec autant de filles que de garçons âgé.e.s entre 15 et 24 ans qui ne fument pas (78% de filles et 79% d'hommes).

Dans la tranche d'âge 15 – 24 ans, 99% des besoins médicaux sont satisfaits sans distinction de sexe. Les besoins dentaires présentent une légère différence, se situant aux alentours des 97-98% pour les deux sexes.

Au niveau des maladies chroniques chez les adolescent.e.s, une enquête de 2018 sur les maladies auto-rapportées (Sciensano, 2019), informe que la prévalence d'au moins une maladie chronique se présente chez 29.3% de la population âgée de 15 ans et plus. Par rapport à notre public, 14.1% des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique. Les femmes sont plus touchées que les hommes et ce, dans n'importe quelle tranche d'âge sauf celle qui représente les 65 – 74 ans. La maladie chronique la plus courante en Belgique est la lombalgie (23.2% chez les hommes et 26.4% chez les femmes).

La multimorbidité, 15.2% des personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré souffrir de plus de deux maladies chroniques avec un pourcentage de 0.8% pour les jeunes de 15 à 24 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes sont de nouveau les plus touchées.

Ensuite, vient une distinction en fonction du sexe. Les hommes souffrent d'hypercholestérolémie (18.9%), d'hypertension artérielle (17.2%), d'allergies (17%) et d'arthrose (14.3%). Les femmes, quant à elles, ont principalement comme maladies chroniques l'arthrose (22.7%), les allergies (20.3%), les cervicalgies (18.9%) et l'hypertension artérielle (17.9%).

Par ces données, nous pouvons dire que 14 jeunes sur 100 ont une maladie chronique et qu'une différence au niveau du sexe existe. Certaines de ces pathologies pourraient ne pas devenir chroniques si une prise en charge médicale précoce ou une promotion pour la santé était présente et adaptée au public.

En Europe, environ 86% de la totalité des décès sont dus à des maladies chroniques. Selon Borg T. (2016), c'est un enjeu majeur pour l'avenir car cette augmentation, due à un accroissement de la longévité, qu'aux progrès dans la médecine ainsi qu'aux dégâts environnementaux (Grimaldi A., Caille Y., Pierru F., Tabuteau D., 2017), a un coût important pour la société.

3.2.4. La vision de la santé à l'adolescence

Selon une étude de la mutualité chrétienne (2017), les jeunes âgé.e.s de 18 à 35 ans consultent désormais plus internet comme source d'informations que leur médecin généraliste. C'est la seule tranche d'âge qui agit de cette façon (Van Den Broucke, 2021). C'est peut-être une tendance mais il faut en tenir compte dans les représentations de ce public et voir si une différence de genre apparaît. Par rapport à ce point, selon l'étude de Statbel (2018), 59% des Belges âgé.e.s de 16 à 74 ans recherchent des informations concernant la santé sur les réseaux sociaux avec un pourcentage de 66% chez les femmes et 53% chez les hommes.

D'après des recherches effectuées par Perrin C. (2021), les adolescent.e.s âgé.e.s de 18 à 24 ans ont une vision du sport différente que les autres tranches d'âge plus âgées. En effet, la relation prime sur l'activité physique ou l'individualité. Le sport, pour eux/elles, c'est rencontrer des personnes mais aussi avoir du plaisir en le pratiquant. La santé pour les adolescent.e.s, c'est être bien mentalement ainsi qu'avoir des relations avec l'entourage. Les dimensions physiques et biomédicales sont moins importantes à leurs yeux.

Par ailleurs, les adolescent.e.s en général perçoivent leurs problèmes de santé comme le résultat d'atteintes extérieures imprévisibles et accidentelles. Ils/elles sont par conséquent peu réceptifs/ives lorsque des discours de prévention sont donnés.

3.2.5. Les expériences des jeunes dans le domaine de la santé

Les visites chez le/la médecin traitant.e

L'étude réalisée en 2018 par l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, indique que les 15 – 24 ans en Wallonie ont un.e médecin traitant.e ou un cabinet attitré dans 97% des cas pour les hommes et 98% des cas pour les femmes. Le contact avec le/la médecin généraliste s'est fait dans les 12 derniers mois chez 67% des hommes et 76% des femmes pour la tranche d'âge 15- 24 ans.

Selon Guilloux L. et ses collègues (2021), les consultations chez le/la médecin traitant.e sont moins nombreuses chez les adolescent.e.s que parmi les autres tranches d'âge. De plus, lors des visites chez leur médecin traitant.e, ce public exprime peu ses symptômes surtout au niveau mental. Par ailleurs, si les parents sont présents, les adolescent.e.s peuvent être troublé.e.s et ne pas oser aborder tous les sujets. Malgré ces points, ils/elles expriment qu'ils sont bien pris en charge et qu'ils/elles ont confiance en leur médecin. C'est un bon point car le/la médecin traitant.e est la première porte d'entrée pour aborder les divers problèmes de santé.

Les médecins doivent prendre en considération les transformations vécues durant cette période. De plus, comme ils/elles doivent axer leur discours sur des objectifs d'éducation, d'autonomisation et de responsabilisation face à la santé, la relation qu'ils/elles entretiennent avec les jeunes est cruciale.

Pour que cette relation soit optimale, le choix du pronom d'adresse est déterminant. Une étude réalisée en 2014 sur 220 adolescent.e.s volontaires (12 – 18 ans) avec une proportion presque égale de filles et de garçons révèle que le tutoiement est préféré dans 70% des cas. Parmi ces 70%, 28% pensent que le/la médecin doit commencer à vouvoyer à partir de l'âge de 18 ans ((Guilloux L., De Stefano C., Reach G., Beloucif S., Lapostolle F., 2021).

Concernant ceux/celles qui préfèrent être vouvoyé.e.s, 62% sont des garçons.

Dans l'autre sens, 72% des adolescent.e.s interrogé.e.s vouvoient leur médecin.

Que cela soit la préférence du tutoiement ou du vouvoiement, les adolescent.e.s indiquent que cela installerait un climat de confiance et faciliterait la conversation. Si leur préférence était demandée et respectée, cela faciliterait dès lors la discussion des problèmes voire leur dépistage comme par exemple celui d'un mal-être.

Par ailleurs, un contact avec un.e médecin spécialiste a lieu dans 39% des cas pour les hommes et 59 % des cas pour les femmes dans cette même tranche d'âge.

Les visites à l'hôpital

Selon l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2018), une hospitalisation a eu lieu au cours de 12 derniers mois chez 9% des hommes et 6% des femmes de la tranche d'âge des 15 – 24 ans.

La consommation de médicaments

Selon l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (2018), la consommation de médicaments au cours des deux dernières semaines était de 22% chez les hommes contre 42% chez les femmes de 15 – 24 ans.

4. Conclusion intermédiaire

Toutes ces données indiquent que le genre est bien présent dans notre société et qu'il concerne tous les âges vu qu'il se construit et évolue avec nous et notre environnement.

Les stéréotypes et les discriminations qui y sont associés provoquent de nombreuses conséquences dans notre pays comme des inégalités sociales de santé en plus des inégalités de santé liées à la différence de l'anatomie et de la physiologie des deux sexes.

A cela, nous pouvons ajouter que le genre fait partie des principaux stratificateurs sociaux comme la religion ou le statut socio-économique (Lorant V, 2019).

La réduction des conséquences est possible mais pour cela il faut mettre en place des solutions qui soient ajustées au public mais aussi à son environnement.

Il est donc pertinent d'analyser le genre dans le cadre de soins avec un public cible qui l'a vécu en tant qu'adolescent.e et qui constituera les soigné.e.s de demain.

Ce public particulier que sont les adolescent.e.s, doit avoir une prise en charge propre. Même s'ils/si elles sont pour la plupart en bonne santé, ils/elles ont des difficultés à reconnaître et à exprimer leurs symptômes quand ils/elles ne vont pas bien. Il est dès lors intéressant de s'interroger sur la manière dont le genre vient influencer les contacts dans le domaine du soin et plus particulièrement chez le/la médecin traitant.e, première porte d'entrée de la prise en charge et de l'identification du problème.

Afin de voir ce qui influence les expériences genrées dans le domaine de la santé et plus précisément celui du soin, une enquête récoltant le vécu pourra permettre de vérifier et de découvrir des variables. Par conséquent, la question de recherche est la suivante : *Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ?*

Pour répondre à cette question, la partie n°5 va détailler la recherche qui a eu lieu auprès du public cible ainsi que ses modalités.

5. Matériels et méthode

5.1. Le lieu de la recherche

L'étude a été réalisée au sein de l'Institut Sainte-Marie Jambes, école où j'enseigne actuellement au dernier degré. Ce choix est justifié par la grandeur de l'école offrant un large panel d'élèves au niveau culturel et économique et par les contacts que je possède au sein de l'établissement.

L'établissement a été créé en 1934 et il était tenu par des sœurs. La première option proposée fut l'horlogerie.

Aujourd'hui, cette école propose différentes options des filières de transition et de qualification : Sciences économiques, Optique, Agent d'éducation, Aide-soignant(e), Sciences-Sports-Langues, Techniques sociales, etc. Les quatre valeurs de l'école sont l'accueil, la bienveillance, la responsabilisation et la solidarité. Par ailleurs, l'institut encadre aussi des jeunes en intégration.

Cet établissement catholique est tenu par un Pouvoir Organisateur, deux directeurs et deux sous-directeurs. Elle compte 1448 élèves (à la date du 23 novembre 2021). Il y a 736 filles et 712 garçons au sein de cet établissement. Ce nombre ne devrait plus changer durant la période

du mémoire, vu que nous avons passé la date du 15 novembre, date ne permettant plus de changer d'école sauf lors de cas exceptionnels. Le nombre de professeurs se situe au-delà de 150.

Au niveau de la disposition, il y a un bâtiment central composé de 5 étages. Celui-ci est entouré par des coins de verdure, plusieurs parkings, des nouvelles constructions, des halls de sports ainsi que l'internat. Cet internat pour filles, créé en 1930, a été rénové et agrandi en 2019. Il peut accueillir, aujourd'hui, 71 filles.

Concernant la recherche, chaque membre de la Direction a donné son accord écrit tout le comme le Pouvoir Organisateur via un membre délégué.

5.2. Sélection du public cible

La population choisie sont les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans sans distinction d'état de santé, de nationalité, de culture ou de sexe.

Cette tranche d'âge s'intègre à celle étudiée par le projet de recherche IMaGe (Interaction entre les Maladies chroniques et le Genre). Ce projet, mené par la Haute Ecole Léonard de Vinci, a pour objectif de proposer des recommandations pour une approche « gender-friendly » des jeunes âgé.e.s de 15 à 24 ans vivant avec une maladie chronique.

La période de l'adolescence est un moment où la capacité de réflexion se développe par rapport aux différents vécus. Grâce à cela, nous nous construisons et notre identité propre se crée. Les jeunes adultes sont donc un public opportun pour observer comment le genre est présent dans le domaine de la santé mais aussi comment ils/elles vivent cela.

De plus, des inégalités de genre s'observent aussi dans cette population qui est la génération de demain. En effet, cette tranche d'âge vient d'expérimenter les soins en tant qu'adolescent.e.s mais elle sera aussi la population qui va se faire soigner durant les soixante prochaines années. Il est donc important de connaître leur point de vue et leurs expériences.

Comme je travaille dans une école secondaire proposant des options qualifiantes et professionnelles, il y a des personnes âgées de 18 à 20 ans. Par ailleurs, certain.e.s élèves ont doublé une voire deux années. J'ai dès lors la possibilité de pouvoir interroger cette tranche d'âge.

Enfin, cette tranche précise permet de mener à bien ce mémoire en termes d'analyse et de temps.

En respectant les critères d'inclusion et d'exclusion présents ci-dessous, le nombre d'élèves concerné.e.s est de 242 (en date du 11 mars).

Au niveau de la répartition hommes-femmes, le nombre de participant.e.s prévu est de 132 filles (54.55%) et 110 garçons (45.45%) à la date du 11 mars 2022.

Afin de m'assurer de la bonne tranche d'âge, une vérification avant d'envoyer le mail a eu lieu le lendemain de la réception de l'accord du Comité Ethique.

Comme il s'agit d'élèves majeurs.es, ceux-ci / celles-ci peuvent participer à l'étude sans l'accord de leurs parents et sans que ceux-ci ne soient informés. Cependant, comme nous sommes dans un cadre scolaire, les parents ont reçu un mail d'information.

Il n'y a pas un nombre prédéterminé de répondants masculins ou féminins car le pourcentage final de répondants pour chaque sexe pourra être un indicateur dans la présentation des résultats.

Les élèves qui ont assisté ou qui assistent à mes cours peuvent participer vu que le questionnaire est anonyme.

Par ailleurs, le nombre de participant.e.s pourrait diminuer en cas de maladie ayant comme symptôme(s) une importante fatigue et/ou une diminution de la concentration provoquées par la pandémie de la covid.

5.2.1. Critères d'inclusion des participants

Les critères d'inclusion sont :

- Avoir l'âge demandé par la recherche durant la période du 18 mars 2022 au 1^{er} avril 2022 inclus (2 semaines). Tranche déterminée le 11 mars 2022,
- Être ou non à l'internat de l'école,
- Être un homme ou une femme,
- Savoir comprendre et parler le français,
- Savoir donner un consentement,
- Être à l'aise pour parler de soi, de son intimité.

5.2.2. Critères d'exclusion des participants

Les critères d'exclusion sont :

- Avoir un autre âge que 18, 19 ou 20 ans au moment de la diffusion du questionnaire,
- Ne pas marquer son accord au consentement avant de commencer le questionnaire,
- Ne pas posséder de matériel informatique à domicile et/ou une connexion suffisante.

5.2.3. Les règles d'arrêt

Les règles d'arrêt sont :

- Ne pas marquer son accord avant de commencer le questionnaire.
- Avoir un problème de batterie et/ou de connexion durant le remplissage du questionnaire.

5.2.4. Le critère d'abandon

Le critère d'abandon de l'enquête est d'arrêter de compléter le questionnaire pour une raison personnelle ou extérieure.

5.3. Les principales variables évaluées durant l'étude

Afin de mesurer la présence du genre dans le système de soins de santé, suite à la lecture de diverses sources, quatre variables ont été choisies :

- Le sexe du/de la soigné.e : Dans mes diverses lectures, des différences ont été observées dans les conséquences liées aux croyances en lien avec le genre. Je trouvais cela opportun d'observer si dans la prise en charge, il y a plus de femmes ou d'hommes qui sont concerné.e.s par les stéréotypes et les discriminations de genre. Mon questionnaire me permettra aussi de voir si une personne qui a une expérience genrée dans le système de santé en a aussi dans d'autres secteurs et vice-versa.
- La présence de surpoids ou d'obésité chez le/la soigné.e : Dans le livre de Madame Meidani et Monsieur Alessandrin (2018), il y a un chapitre sur l'obésité et le genre. Cette partie met en exergue que les femmes mangent plus que les hommes pour diminuer la pression sociale vécue en tant que mère de famille avec ou sans emploi. De plus, le chapitre aborde aussi l'image de la femme via des affiches de prévention qui ont été exposées, transmettant une bonne ou une mauvaise image du corps de la femme.

Dès lors, je trouve intéressant de visualiser cette variable chez nos jeunes adultes aussi bien chez les hommes que chez les femmes pour voir si cela influence la présence d'expériences genrées.

- La génération du/de la soignant.e : Il me semble intéressant de voir s'il y a une évolution des mentalités concernant le genre dans le domaine de la santé. En effet, les expériences genrées ont-elles lieu avec des jeunes soignant.e.s ou avec la génération précédente ?
- Le type de consultation : Cette variable va permettre d'analyser si des expériences genrées ont lieu plus souvent dans un type de métier. Cela va permettre aussi de visualiser si nos participant.e.s préfèrent être soigné.e.s par une personne du même sexe ou non.

Une fois les résultats classés, les variables vont être associées pour mesurer leur relation avec les expériences genrées. Ainsi, la variable « génération du / de la soignant.e » et la variable « type de consultation » pourront être analysées en même temps pour définir par exemple que les médecins traitant.e.s âgé.e.s ont plus de stéréotypes que les médecins traitant.e.s sortant de la faculté.

En remarque, d'autres variables importantes pourraient apparaître lors de l'analyse des réponses. En exemple, un nombre pertinent de participant.e.s étudiant dans le même type d'enseignement (par exemple : qualifiant) pourrait apparaître dans les résultats

5.4. Les modalités de contact avec les participant.e.s

Lorsque l'accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire a été reçu, la phase d'information et de recrutement a démarré.

Dans un premier temps, tous les professeurs, les éducateurs et les agents du centre Psycho-Médico-Social ont reçu un mail d'information (vendredi 11 mars, en matinée) via la plateforme de l'école : Smartschool. Celui-ci contenait les explications sur la recherche et son déroulement. La Direction a été mise en copie de ce mail.

Dans un second temps (vendredi 11 mars, fin de journée), les parents et les élèves concerné.e.s ont reçu un mail commun d'information et de recrutement via la même plateforme (Annexe 3). La Direction a aussi été mise en copie de ce mail. Tout mail envoyé aux élèves et à leur famille le fut en « Copie Carbone Invisible » (Cci). Ainsi, l'anonymat a été conservé.

Smartschool a été le principal canal de communication durant cette étude. Après un échange de mails avec le référent informatique et la référente de la plateforme Smartschool, le

serveur est sécurisé avec une double authentification. Cette plateforme fonctionne en circuit fermé. Par ailleurs, les élèves et leurs parents ont chacun leur compte respectif.

De plus, des affiches ont été présentes dans l'école (Annexe 5) à différents endroits stratégiques invitant les élèves de 18 à 20 ans à participer : à « la salle des rhétos » (deux endroits distincts), à l'accueil, devant la cafétéria et devant les toilettes des filles et des garçons, Par contre, il n'y a pas eu d'exemplaire sur la page d'accueil de Smartschool.

Aucun.e élève n'a été obligé.e de participer. La participation à l'enquête était volontaire. Il n'y a pas eu d'incitant à participer à cette étude.

Cette étape d'information et de recrutement a duré 7 jours. Elle fut poursuivie durant la phase de récolte des données étant donné que les affiches sont restées présentes au sein de l'école jusqu'au dernier jour de cette récolte.

La démarche d'information et de recrutement a donc été passive.

Je suis restée disponible par mail pour toute question et pour une éventuelle rencontre si des questions précises se posaient.

5.5. Le questionnaire

L'instrument de collecte des données est un questionnaire anonyme créé et diffusé sur la plateforme Qualtrics (Annexe 6). Cette plateforme permet de rendre anonyme les adresses IP, les données de géolocalisation et toute information de contact des participants. De plus, il ne faut pas d'adresse mail personnelle pour participer à l'enquête.

Ce questionnaire a été écrit en écriture inclusive pour que toute personne, quel que soit son genre, puisse se sentir concernée. Pour m'aider dans la rédaction de ce document, j'ai consulté une aide à la rédaction des questions de genre de Van Hove H. (2021).

La première partie du questionnaire a été inspirée du questionnaire de la recherche-action réalisée par Aujoulat I., Lieko I. et Henrard S. en 2014 ayant pour but d'établir des solutions innovantes de prévention et promotion de la santé impliquant l'hôpital et les services de santé scolaire. Une des auteures (Professeur I. Aujoulat) a donné son accord pour que le questionnaire soit repris dans sa totalité ou en partie. Cela m'a permis de créer la première partie de mon questionnaire et d'avoir des idées de formulation des questions.

Le choix des thèmes vient de la volonté de connaître les participant.e.s au niveau de leur santé et de leur environnement. Cette connaissance pourra permettre (en plus des variables) des analyses supplémentaires si des corrélations ont lieu, par exemple, entre les options étudiées et le placement dans la fratrie. Pour m'aider dans ce choix, la boîte à outils de Jhpiego (s.d.) fut d'une aide précieuse car le genre est abordé dans l'ensemble du système de santé.

Pour la dernière partie du questionnaire portant sur les améliorations du système de santé, les normes utilisées pour améliorer les soins de santé chez les adolescent.e.s sont issues de l'Organisation Mondiale de la Santé (2015).

Le questionnaire a comme titre : *Genre & Santé*. Ce titre est volontairement vague pour éviter d'influencer les jeunes adultes dans leurs réponses. Dans ce même ordre d'idée, les explications du questionnaire sont simples et sans détails.

Le questionnaire est rédigé à la 2^{ème} personne du singulier « tu » car il s'agit de jeunes adultes.

La composition est la suivante :

- a) Présence d'une lettre de remerciement avec une brève présentation et des consignes.
- b) Présence du consentement à lire. Les participants.es marquent leur accord après la lecture de celui-ci.
- c) Début du questionnaire. Celui-ci sera divisé en 5 parties :
 - Toi et ta famille
 - Ta santé physique et mentale
 - Genre et conséquences
 - Maladie et soins
 - Améliorations du système
- d) Fin du questionnaire avec un remerciement pour le temps consacré, une proposition pour recevoir une copie des résultats ultérieurement et les coordonnées de contact.

En précision, les participant.e.s pourront revenir en arrière s'ils/elles le souhaitent.

La durée prévue pour remplir le questionnaire est d'environ 20 minutes. Lorsque le questionnaire a été rempli et validé, les participants.es ne seront plus sollicité.e.s.

Ce questionnaire a été testé auprès de personnes ayant la tranche d'âge demandée durant la période du 4 au 9 février 2022. Le but de ce test a été de vérifier la compréhension des questions,

le temps consacré, la facilité de la lecture des questions ainsi que de recevoir toute remarque pertinente pouvant améliorer le questionnaire.

Ce test réalisé auprès de 13 personnes a montré qu'il faut bien réaliser le test sur un ordinateur car un participant a indiqué que sur le téléphone portable, il est impossible de répondre à l'une des questions (question portant sur le classement des améliorations des soins). Cette consigne était déjà prévue dans le mail d'ouverture du questionnaire mais l'écriture a été mise en gras.

La clarté est présente et la définition de certains concepts est appréciée et jugée nécessaire.

Au niveau de la durée du questionnaire, la durée la plus longue enregistrée est 22 minutes. Les autres participations n'ont pas dépassé les 20 minutes. Le temps estimé initialement est donc correct.

Enfin, il a été décidé que la première partie du questionnaire devrait obligatoirement être remplie. Cela a permis d'augmenter la valeur des résultats et d'éviter des données d'identification manquantes annulant par conséquent des réponses qui pouvaient être intéressantes.

En note, si vous consultez le questionnaire en annexe, le numéro des questions correspond à l'ordre de leur création/modification et non à l'ordre de leur lecture.

5.6. Le déroulement de la collecte des données

Une semaine après le début de la phase d'information et de recrutement, la récolte de données s'est effectuée sur deux semaines avec deux rappels.

Un mail indiquant l'ouverture du questionnaire en ligne avec son lien respectif a été envoyé à chaque élève dont l'âge correspond à celui de l'étude (Annexe 4).

Une fois que l'élève majeur.e a lu la présentation, les consignes et le consentement (Annexe 2), il/elle marquera son accord s'il/si elle souhaite participer.

Comme il est impossible de télécharger le document d'information et de consentement à partir du site, il était présent en format pdf avec ma signature et la date du jour de l'ouverture du questionnaire. Ainsi, chaque élève disposait d'une copie s'il décidait de participer.

Le premier rappel a eu lieu après une semaine. Le second rappel a eu lieu 5 jours avant la fin du questionnaire. Le figure 3 indique la temporalité de l'étude sur le terrain :



Figure 3 : Temporalité de la récolte des données

Après les deux semaines de récolte des données, je suis restée disponible pour toute demande éventuelle ou réclamation.

5.7. Le budget de la recherche

Les frais ont été principalement de l'ordre administratif : les accords demandés par écrit à la Direction et au Pouvoir Organisateur ainsi que l'impression des affiches à placer dans l'environnement scolaire. Ces frais ont été à ma charge.

L'utilisation des plateformes Qualtrics et du programme SPSS est offerte par l'UCLouvain.

Quant à la plateforme Smartchool, c'est une plateforme déjà présente au sein de l'établissement scolaire.

Il n'y a eu aucun salaire, remboursement ou frais à déboursier pour un incitant.

L'assurance fut prise en charge par la Faculté de santé publique de l'UCLouvain.

5.8. Changement de la situation sanitaire

Des solutions ont été envisagées si la situation pandémique évoluait vers un système bimodal (c'est-à-dire la présence des élèves un jour sur deux au sein de l'établissement) ou un confinement.

Heureusement, cela ne s'est pas présenté et la méthode n'a pas dû être adaptée.

5.9. L'acceptation de la recherche par le Comité Ethique Hospitalo-Facultaire

Après avoir souscrit une assurance auprès de la Faculté de Santé publique, une demande d'accord a été envoyée le 1^{er} février 2022 au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de la Clinique Universitaire Saint-Luc.

Après un avis provisoire reçu le 23 février 2022 concernant la modification du document « information et consentement du participant/de la participante », l'avis définitif a été reçu le 10 mars 2022 (Annexe 1).

6. Résultats

Les données ont été d'abord organisées et classées via la plateforme Qualtrics. En effet, elle permet de créer un rapport Excel reprenant les réponses de tous/toutes les participant.e.s. Ces données ont été ensuite exportées vers l'application SPSS et un codebook a été utilisé. Les données manquantes, inutilisées ou erronées sont spécifiées dans la présentation des résultats.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée pour présenter l'échantillon final.

Une attention a été portée sur la différence entre les données issues des hommes et des femmes. Cette analyse est exposée par des écrits mais des tableaux et des figures sont aussi présents pour faciliter la lecture.

6.1. Statistiques descriptives de l'échantillon

Le but de cette partie est de présenter et préciser l'ensemble des résultats recueillis par le questionnaire afin de répondre à la question de recherche : « *Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ?* ».

6.1.1. La carte d'identité de l'échantillon

L'échantillon final aurait pu se composer de 242 participant.e.s. Après deux semaines de récolte de données avec des pics de fréquentation aux deux dates de rappel, 50 personnes sont rentrées sur la plateforme Qualtrics. Parmi ces 50 personnes, 6 personnes n'ont pas exprimé d'avis, 42 ont accepté de répondre au questionnaire et 2 ont refusé d'y participer. Dans ces 42

répondant.e.s., 9 personnes n'ont pas commencé le questionnaire et 33 personnes ont rempli la première partie obligatoire du questionnaire qui s'intitule : « Toi et ta famille ».

Au sujet de ces 33 participant.e.s, seules 26 personnes ont été retenues. C'est l'échantillon n. Ce chiffre est basé sur un taux de réponse du questionnaire de minimum 90%.

Les résultats seront précisés et nuancés quand certaines questions n'auront pas été répondues par les 26 répondant.e.s. Avant de continuer, voici la figure 4 récapitulant les étapes pour arriver à l'échantillon n. Le p. signifiera « personnes » :

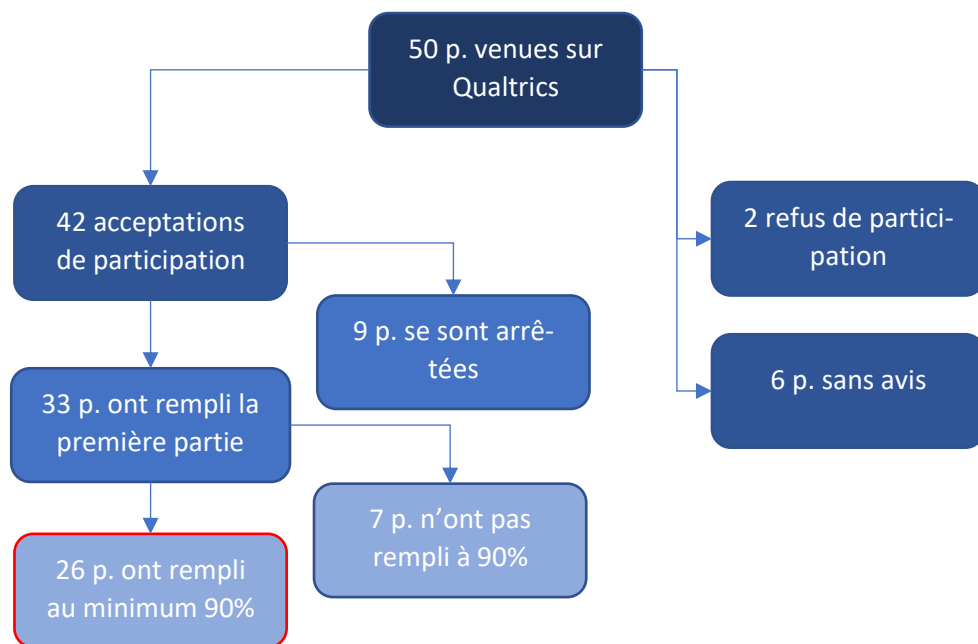


Figure 4 : Schéma récapitulatif de l'échantillon sous forme d'arborescence

Ce $n = 26$ représente 52% des personnes qui ont cliqué sur le lien de l'enquête. Sur les 242 répondant.e.s possibles suite à la stratégie d'échantillonnage, 26 représente 10.74%.

Cet échantillon ($n=26$) se compose de 5 hommes (19.23%) et 21 femmes (80.77%).

Le tableau 1 reprend les principales caractéristiques sociales de n.

Tableau 1 : Tableau exposant les principales caractéristiques sociales de l'échantillon n.

Caractéristiques sociales		Homme (n=5)	Femme (n=21)
Age			
	18	0	11
	19	2	7
	20	3	3
Origines			
<i>Participant.e.s</i>	Né.e.s en Belgique	5	19
	Né.e.s dans un autre pays	0	2
<i>Parents des participant.e.s</i>	Né.e.s en Belgique	10	36
	Né.e.s dans un autre pays	0	6
Milieu de vie			
	Avec ses deux parents	4	10
	Avec un seul parent	1	5
	Alternance entre les deux parents	0	2
	Internat	0	3
	Avec son.a petite ami.e	0	1
Place dans la fratrie			
	Enfant unique	0	2
	Cadet.te	5	7
	Ainé.e	0	6
	Milieu de la fratrie	0	6
Travail des parents			
	Père a un emploi	5	15
	Mère a un emploi	5	18
	Autre situation	0	9
Pratiques religieuses			
<i>Du/de la participant.e</i>	Croyant.e et pratiquant.e	0	2
	Croyant.e non pratiquant.e	0	5
	Non croyant.e non pratiquant.e	4	13
	Ne sait pas	1	1
	Non souhait de répondre	0	0

Dans ce tableau, nous voyons clairement que la proportion hommes-femmes par âge n'est pas égale. Il n'y a aucun homme âgé de 18 ans.

Au sujet des origines, 24 participant.e.s (92.31%) sont n.é.e.s en Belgique. Une femme a indiqué être née au Rwanda et être arrivée sur le sol belge à l'âge de 12 ans et la dernière femme n'a pas indiqué son pays d'origine ni sa date d'arrivée sur le sol belge. Quant aux parents, 3 couples sont originaires d'un autre pays dans le groupe des femmes. Il y a un père né en Italie et une mère née en Turquie. Puis, il y a un couple venant du Rwanda et un autre de Macédoine. Ces deux paires de parents sont de la même famille.

Le milieu de vie des participant.e.s se compose des deux parents pour un peu plus de la moitié de l'échantillon (53.85%). Pour 23.08%, ils/elles vivent principalement avec un des deux parents.

Au sujet de la fratrie, tous les garçons sont cadets et ils ont tous un frère. De plus, deux d'entre eux, ont une sœur. Chez les femmes, il y a 2 enfants uniques, 7 cadettes, 6 aînées et 6 personnes se situant au milieu de la fratrie. Au niveau des frères, 12 femmes ont au moins un frère et pour la 13^{ème}, celle-ci a 5 frères. Au moins une sœur est présente pour 9 femmes et une autre femme a 4 sœurs. Les demi-frères et sœurs sont moins présents, la présence d'au moins un demi-frère pour 4 participantes et au moins une demi-sœur pour 6 participantes. En note, deux femmes ont des demi- frères et des demi-sœurs. Par ailleurs, les plus grandes familles nombreuses chez les femmes comptent 6 frères et sœurs (les demi-frères et sœurs étant associés).

Concernant l'emploi des parents, tous les parents travaillent dans le groupe des hommes. Chez les 5 pères, 3 d'entre eux travaillent dans des bureaux et pour les 5 mères, 2 travaillent dans des écoles en tant que puéricultrice et 2 autres dans le domaine du soin. Dans le groupe des femmes, l'emploi des parents se présente comme suit. Il y a 15 pères qui travaillent et ce, dans des domaines très divers : maçon, architecte, tireur d'élite, etc. Les autres pères sont au chômage (1), à la retraite (1) ou en incapacité de travail/sur la mutuelle (1). Pour les 3 dernières réponses, une femme a répondu « autre » sans décrire, une ne voit plus son papa et pour la 21^{ème} personne, son papa est décédé. Quant aux mères, 18 ont un emploi. Les métiers qui sont revenus le plus souvent sont ceux qui concernent les soins à la personne (4) et l'enseignement (3). Deux mères sont en incapacité de travail/sur la mutuelle et une mère est décédée. Pour résumer la

présence d'emploi chez les parents, 20 pères ont un travail (79.62%) et 23 mères en ont un aussi (88.46%).

Au niveau de la religion, il y a très peu de participant.e.s croyant.e.s et encore moins de croyant.e.s et pratiquant.e.s. A cette donnée, nous pouvons rajouter les précisions suivantes.

Au niveau des pratiques religieuses de la famille des hommes, il y en a 4 qui déclarent la présence de la chrétienté et 1 seul indique la présence de la laïcité ainsi qu'être sans religion. Parmi ces 4 hommes, 3 ont indiqué ne pas être croyants ni pratiquants et le dernier a coché qu'il ne savait pas. Au niveau des pères, 3 sont ni croyants ni pratiquants et 2 hommes ne savaient pas répondre pour celui-ci. Au niveau des mères, il y a deux mères croyantes et non pratiquantes, 2 mères ni croyantes ni pratiquantes et un répondant qui ne savait pas. Au sujet des frères et des sœurs, les réponses sont fort disparates : 2 ni croyant.e.s ni pratiquant.e.s, une personne croyante mais non pratiquante, un « je ne sais pas » et un « je ne souhaite pas répondre ».

Dans le groupe des femmes, l'appartenance religieuse est diversifiée. En effet, il y a 10 familles sans religion (dont une qui est aussi laïque), 9 familles chrétiennes et 2 familles musulmanes. Les 21 répondantes sont 13 à être non croyantes non pratiquantes, 5 croyantes mais non pratiquantes, 2 croyantes et pratiquantes et 1 personne ne savait pas répondre. Au niveau des parents, il y a une famille (chrétienne) où le père et la mère sont croyants et pratiquants. Par contre, les pères ne sont ni croyants ni pratiquants chez 9 répondantes et croyants non pratiquants chez 4 répondantes. Il y a 7 répondantes qui ont marqué ne pas savoir. Chez les mères, elles ne sont pas croyantes ni pratiquantes pour 7 d'entre elles et il y a 9 croyantes mais non pratiquantes. Il y a une pratiquante et une croyante de confession musulmane. Puis, 3 répondantes ont indiqué ne pas savoir.

Au niveau des frères et sœurs, 9 ne sont ni croyants ni pratiquants, 4 sont croyants mais non pratiquants. Il y a aussi deux personnes croyantes et pratiquantes. Une répondante a indiqué ne pas vouloir répondre et 5 autres ont coché dans le questionnaire « je ne sais pas ». En croisant les données, il y a une famille entière qui est croyante et pratiquante (religion chrétienne).

Dans l'ensemble de l'échantillon, au niveau des pratiques religieuses familiales, les hommes ont, au prorata, un cadre plus chrétien que les femmes (4 hommes sur 5 contre 9 femmes sur 21). Il y a 50% de familles chrétiennes. Il y a un peu moins de la moitié de familles sans religion (11 sur 26). Les répondant.e.s sont 61.54% à n'être ni croyant.e.s ni pratiquant.e.s.

A ce tableau 1, nous pouvons préciser que la langue française est pratiquée à la maison chez tous/toutes les répondant.e.s. De plus, deux hommes parlent aussi le néerlandais à la maison. Chez les femmes, une famille parle aussi l'italien et l'anglais. Une autre pratique le turc et la dernière parle aussi l'anglais. Une participante a aussi indiqué « autre » mais elle n'a pas spécifié l'information.

Au niveau scolaire, les hommes sont tous en Qualification technique (Agent.e d'éducation, Techniques sociales, Prothèses dentaire ou Optique). Il y en 3 en 5^{ème} année et 2 en 7^{ème} année.

Chez les femmes, les options étudiées à l'école sont Technique de transition (Sciences économiques appliquées, Sciences appliquées, Education physique ou Sciences sociales et éducatives) pour 3 d'entre elles, Qualification technique (Agent.e d'éducation, Techniques sociales, Prothèses dentaire ou Optique) pour 9 autres participantes et pour les 9 dernières, c'est Qualification professionnelle (Aide familial.e, Aide-soignant.e, Auxiliaire administratif.ve et d'accueil ou Gestionnaire de très petites entreprises). Au niveau des années, 6 femmes sont en 5^{ème} année, 12 sont en 6^{ème} et 3 sont en 7^{ème} année.

Le tableau 2 nous indique que malgré des groupes très différents au niveau du sexe, les options présentent se répartissent de manière plus ou moins égale. En remarque, il n'y a aucun.e participant.e de Transition générale (Sciences sport langue).

Tableau 2 : Fréquence de l'échantillon en fonction des options par rapport à l'année d'étude et au sexe

		Technique de transition	Qualification technique	Qualification professionnelle	Totaux
Femmes	5 ^{ème}	0	3	3	21
	6 ^{ème}	3	6	3	
	7 ^{ème}	0	0	3	
Hommes	5 ^{ème}	3	0	0	5
	6 ^{ème}	0	0	0	
	7 ^{ème}	2	0	0	
Totaux		8	9	9	26

6.1.2. L'état de santé physique et mental

L'état général de santé de l'échantillon a une moyenne de 78.81 (0 étant un très mauvais état de santé et 100 un état de santé excellent). Le minimum est de 45 et le maximum est de 100. La déviation standard¹⁰ est de 15.15. La dispersion est donc forte et l'échantillon est hétérogène. Le mode¹¹ est ici 80 et 90 qui reviennent 4 fois chacun. En note, une femme n'a pas indiqué son état.

En détaillant par sexe, le minimum chez les hommes est 69 et le maximum est 90. Les grands écarts se visualisent par conséquent chez le sexe féminin.

La mauvaise santé s'exprime principalement par des données physiques comme le manque de sport, le fait de fumer, une mauvaise nourriture, la présence de problèmes d'articulations, le manque de sommeil, des problèmes visuels ou encore l'asthme. Deux personnes (femmes) n'ont pas donné d'informations et une autre femme indique ne pas savoir justifier son état de santé. En deuxième position, viennent les problèmes mentaux comme par exemple : des soucis personnels ou une absence d'acceptation de sa vie à l'adolescence.

La bonne santé est justifiée par la présence de problèmes mais qui n'impactent pas la santé, le fait d'avoir un corps et un esprit sain ou une situation jugée stable pour le moment.

Les 26 jeunes interrogé.e.s se sentent « très bien » dans leur corps pour 11.54%, « plutôt bien » pour 50% et « plutôt mal » pour 30.77%. Une personne n'a pas su évaluer son ressenti et une personne n'a pas souhaité répondre. Aucune personne n'a indiqué se sentir « très mal » dans son corps. En remarque, les 5 hommes de l'échantillon ont répondu soit « plutôt bien » soit « plutôt mal ».

Au niveau de taille et du poids, les hommes ont une taille se situant entre 1.76m et 1.85m. Le poids est entre 61kg et 90kg. Les femmes ont une taille située entre 1.55m et 1.85m. Quant au poids, il se situe entre 46kg et plus de 95kg. En calculant l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de l'échantillon, 2 personnes sont trop maigres ($>18.5 \text{ kg/m}^2$), 15 personnes ont un poids dans la norme (entre 18.5 et 24.9 kg/m^2), 7 personnes dont un homme sont en surpoids ($25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$), 1 personne est obèse ($30 - 39.9 \text{ kg/m}^2$) et 1 personne est en obésité morbide ($>40 \text{ kg/m}^2$).

¹⁰ La déviation standard (S) est la mesure de la moyenne des écarts de chaque score par rapport à la moyenne (D'hoore W., 2019).

¹¹ Le mode est la valeur la plus fréquente dans l'échantillon (D'hoore W., 2019).

Donc, il y a 57.69% des répondant.e.s dans un poids dit normal, 34.62% sont jugé.e.s trop gros et 7.69% sont jugé.e.s trop maigres.

Au sujet des difficultés rencontrées depuis septembre 2021, voici les résultats en lien avec la prise ou non de médicaments :

- 4 hommes ont eu des maux de tête à des fréquences différentes. Parmi ces 4 hommes, 3 ont pris des médicaments soit à titre exceptionnel soit « parfois ».
- Les maux de ventre se sont présentés chez 3 hommes de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois) ou de manière régulière (1 à 2 fois/semaine). Sur ces 3 hommes, 2 ont pris des médicaments parfois ou souvent/à chaque fois pour soulager leur douleur.
- Les maux de dos se sont manifestés chez les 5 hommes à différentes fréquences. Un seul homme en a régulièrement (1 à 2 fois/semaine). Parmi ces 5 hommes, un seul prend des médicaments et ce n'est pas celui qui a mal de manière régulière.
- Les problèmes à s'endormir sont présents chez tous à différente fréquence. Un homme a tous les jours ou presque tous les jours ce problème et pour deux autres, celui-ci se présente souvent (3 à 4 fois/semaine). Deux hommes prennent des médicaments pour cela mais de manière exceptionnelle.
- Les hommes expriment avoir été déprimés une seule fois ou très rarement pour deux d'entre eux tandis que le problème se présente régulièrement (1 à 2 fois/semaine) ou souvent (3 à 4 fois par semaine) pour les 3 autres hommes de l'échantillon. Deux hommes indiquent prendre un médicament souvent ou à chaque fois que le problème se présente.
- L'irritabilité ou la mauvaise humeur s'est présentée chez 3 hommes de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois) et souvent (3 à 4 fois/semaine) pour les deux personnes restantes.
- Tous les hommes expriment qu'ils ont été nerveux depuis la rentrée de septembre. La fréquence est très variée : un homme est nerveux tous les jours ou presque tous les jours, un autre homme se sent souvent ainsi (3 à 4 fois/semaine), 2 hommes le sont régulièrement (1 à 2 fois/semaine) et le dernier a été nerveux une fois ou très rarement.

En prenant de la hauteur par rapport à ces résultats, 1 homme a marqué qu'il prenait un médicament (de manière différente) pour chaque problème cité ci-dessus. Un autre homme consomme des médicaments à intensité différente pour chaque problème cité sauf pour les maux

de dos. A contrario, deux hommes ont indiqué ne prendre aucun médicament pour les problèmes cités.

Au sujet des 21 femmes, voici les résultats des maux et des médicaments consommés :

- Les maux de tête ont été présents chez toutes les femmes à différentes fréquences. Une personne en a tous les jours, 4 en ont souvent (3 à 4 fois/semaine), 6 de manière régulière (1 à 2 fois/semaine), 6 de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois) et 4 personnes en ont une seule fois ou très rarement. Au sujet de la prise de médicaments pour ce problème, 19 femmes en ont déjà pris depuis le mois de septembre 2021 dont 4 à chaque fois le problème s'est présenté ou souvent et 10 avec une fréquence « parfois ».
- Les maux de ventre ne se sont jamais manifestés chez une femme. Deux femmes en ont souffert 1 seule fois ou très rarement. Ce problème s'est présenté occasionnellement (1 à 2 fois/mois) chez 11 femmes et régulièrement (1 à 2 fois/semaine) chez 6 autres femmes. Seule, une femme en souffre souvent (3 à 4 fois/semaine). Pour ces douleurs, 14 personnes prennent des médicaments : 4 souvent, 5 parfois et 5 de manière exceptionnelle.
- Les douleurs au dos ne sont jamais présentes ou très rarement chez 5 femmes. Il y a 8 femmes qui en souffrent de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois), 2 de façon régulière (1 à 2 fois/semaine) et 4 souvent (3 à 4 fois/semaine). Deux femmes en souffrent tous les jours ou presque tous les jours. La médication est utilisée parfois ou de manière exceptionnelle chez seulement 5 femmes.
- Les difficultés à trouver le sommeil sont très hétérogènes : 2 femmes n'en souffrent jamais, 1 femme en a souffert 1 seule fois ou très rarement, 5 occasionnellement, 4 régulièrement, 4 souvent et 5 femmes en souffrent tous les jours ou presque tous les jours. Pour traiter ces difficultés, 4 personnes sur 7 qui prennent des médicaments en consomment souvent.
- Les femmes ont exprimé être déprimées tous les jours ou presque pour 2 d'entre elles, 3 souvent (3 à 4 fois/semaine), 4 régulièrement, 6 occasionnellement et 5 femmes une seule fois ou très rarement. La dernière n'a jamais eu un état déprimé depuis septembre 2021. Les médicaments ne sont consommés que par 3 femmes de manière exceptionnelle ou parfois.
- L'irritabilité ou la mauvaise humeur s'est présentée chez toutes les femmes de manière différente : 4 une seule fois ou très rarement, 4 de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois), 8 de façon régulière (1 à 2 fois/semaine), 5 souvent (3 à 4 fois/semaine).

Personne ne souffre tous les jours de cette difficulté. Une seule personne prend parfois des médicaments.

- La nervosité ne s'est jamais manifestée chez 3 femmes depuis le mois de septembre. Trois autres femmes en ont souffert 1 seule fois ou très rarement. Le reste du groupe se constitue de 2 femmes qui ont été nerveuses de manière occasionnelle, 6 de manière régulière, 3 souvent et 4 tous les jours ou presque. La médication est parfois présente chez 3 femmes.

En prenant de la hauteur, l'utilisation de médicaments est très peu présente chez 2 femmes. La première n'en consomme pas ou de manière exceptionnelle. La deuxième femme n'en prend pas sauf pour les maux de ventre souvent/à chaque fois que le problème se présente.

Afin de visualiser l'ensemble des difficultés rencontrées par les deux sexes et la consommation de médicaments, voici deux figures récapitulatives. Pour faciliter la lecture, les réponses ont été rassemblées. Concernant les difficultés, le « jamais » et « 1 seule fois ou très rarement » ont été rassemblés sous le terme « rarement ». La catégorie occasionnellement (1 à 2 fois/mois) reste telle qu'elle est. Les deux fréquences « régulièrement » et « souvent » sont fusionnées pour devenir « fréquemment ». La dernière catégorie « tous les jours ou presque tous les jours » reste la même mais abrégée en « tous les jours ou presque ». Concernant le médicament, cela sera simplifié en « oui » et « non ».

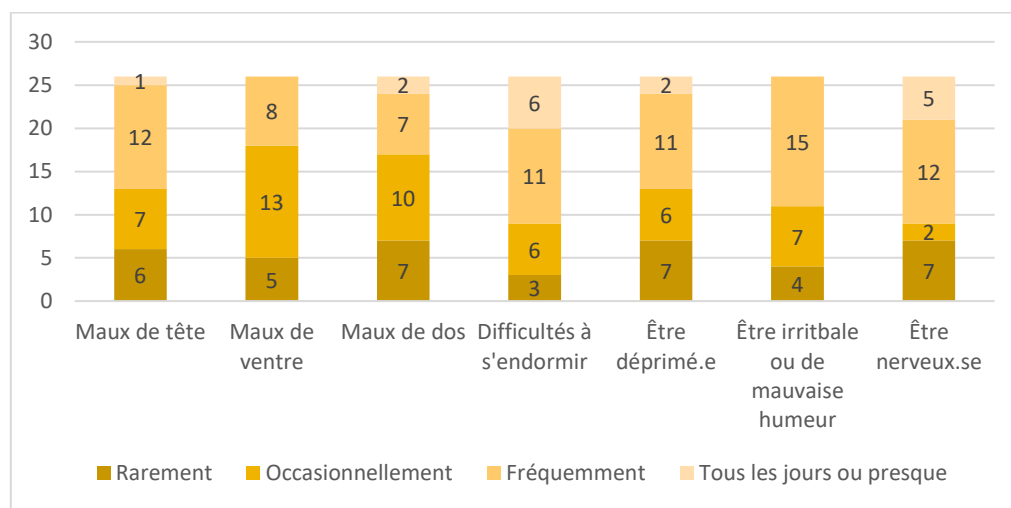


Figure 5 : Répartition des difficultés rencontrées par l'échantillon

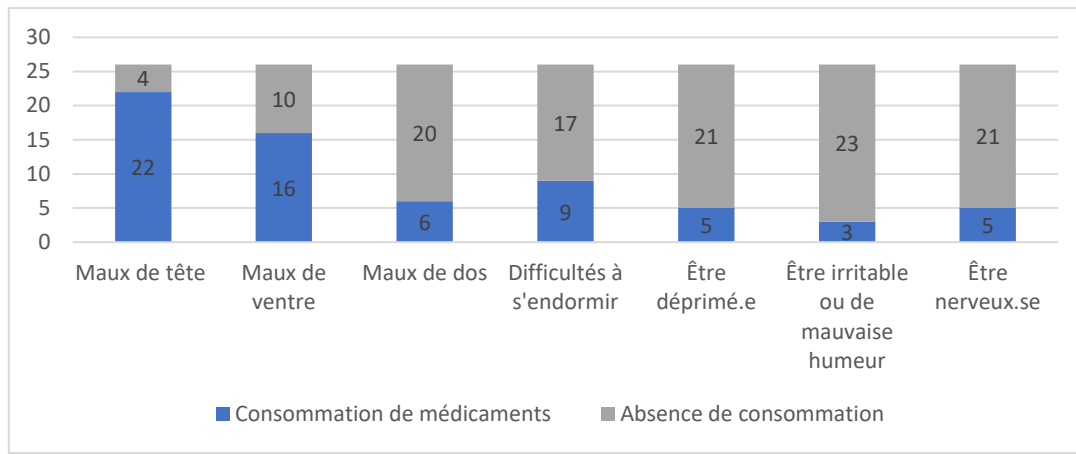


Figure 6 : Consommation de médicaments par difficultés rencontrées

En observant ces deux figures récapitulatives de l'échantillon (5 et 6), celui-ci a eu des maux de tête à des fréquences diverses depuis septembre 2021. Pour cela 84.65% prennent des médicaments. C'est le plus haut taux de consommation de médicaments parmi les 7 difficultés présentées.

Au niveau des maux de ventre, 50% de l'échantillon a été concerné occasionnellement et 30.77% fréquemment par ceux-ci. Pour soulager ces maux, 64.54% ont pris des médicaments. C'est le deuxième plus haut taux de consommation.

Les douleurs de dos, quant à elles, sont concernées pour 19 personnes sur 26 soit 73.08%. Malgré cette forte présence, seuls 23.08% prennent des médicaments.

Concernant les difficultés à s'endormir, elles sont les plus présentes dans notre échantillon au niveau de la fréquence de tous les jours ou presque.

L'état déprimé est fréquent ou occasionnel pour 65.38% de l'échantillon. Il y a peu de consommation de médicaments pour ce problème (19.23%).

Être irritable ou de mauvaise humeur est fréquent (entre 1 à 4 fois/semaine) chez 57.69%. Les médicaments sont très peu consommés (11.54%).

La nervosité se présente rarement chez 26.92% et tous les jours pour 19.23%. Les médicaments sont peu consommés (19.23%).

Au sujet des maladies chroniques, une seule personne (homme) a déclaré en souffrir. Sa maladie chronique sont les troubles anxieux. Du côté féminin, 5 personnes ont déclaré ne pas savoir.

Au niveau mental, sur les 12 derniers mois, 26.92% de l'échantillon (7 personnes sur 26) a consulté un.e psychologue et étaient d'accord de consulter. Une personne sur les 19 restantes a indiqué ne pas savoir.

L'échantillon se sent entouré par ses amis et sa famille dans 73.08% et à 50% par son/sa petit.e ami.e. En remarque, les 5 hommes se sentent entourés par leurs amis.

6.1.3. Le genre et ses conséquences

Dans l'échantillon, 4 hommes sur 5 s'identifient de genre masculin et 1 personne s'identifie de genre féminin. Cette même personne est la seule de ce groupe à s'être intéressée à son genre auparavant. Le genre a de l'importance pour 2 hommes et il n'en a pas pour 2 autres. Le dernier homme n'a pas souhaité répondre.

Une des 2 personnes pour qui le genre a de l'importance explique que le genre est une identité. La seconde personne n'a pas donné d'explication. L'absence d'importance du genre est décrite par :

- Le fait qu'il n'a jamais posé problème au répondant. De plus, celui-ci ajoute que c'est peut-être problématique mais il ne voit pas pourquoi il faut changer de genre par rapport à celui attribué biologiquement si c'est celui le plus avantageux en Europe, aujourd'hui.
- Le fait que la personne « s'en fiche » complètement. Chaque personne est libre de faire ce qu'elle veut.

La dernière personne qui n'a pas souhaité s'exprimer explique qu'il y a le genre féminin et masculin et rien d'autre.

Au sujet des 21 femmes, 16 s'identifient de genre féminin, 4 de genre masculin et la dernière de bisexuelle. Le sujet a déjà suscité de l'intérêt chez 10 femmes. Les 11 autres ne se sont jamais intéressées à leur genre auparavant. Le sujet est important dans la vie pour 4 femmes et non important pour 8 d'entre elles. Il y a 9 femmes sans avis. Voici les explications pour les 3 types de réponses.

Pour les personnes pour qui le sujet est important :

- Importance de savoir qui on est réellement, de se connaître.

- Au départ, le sujet avait peu d'importance mais plus la personne avance, plus le regard des autres joue sur nous et notre façon de voir les choses. Donc, le sujet a aujourd'hui de l'importance pour elle.
- Une personne aborde qu'elle ne se verrait pas avec un autre genre que masculin mais elle reste ouverte. Elle a un frère gay et cela ne la dérange en aucun cas. Le but est juste d'être heureux et de se sentir bien.
- Une personne n'a pas donné d'explication.

Pour les personnes dont le sujet n'a pas d'importance :

- Chacun est comme il est.
- Peu importe le genre tant que la personne a un bon fond.
- Chacun a le choix de faire ce qu'il veut.
- Une personne a exprimé que chacun peut aimer ce qu'il veut tant qu'il n'y a pas d'abus. Cette personne est celle qui a indiqué que son genre était « bisexuel ».
- 4 personnes n'ont pas donné d'explication.

Les personnes qui sont sans avis :

- Chacun a le droit de se sentir fille ou garçon. La personne écrit ensuite qu'elle n'a pas à donner de l'importance à cela. Ce qui compte c'est la personne elle-même et non son genre.
- Une personne est une personne, c'est tout.
- Cela n'a pas d'importance, chacun est comme il est, c'est tout.
- La personne « s'en fout » de savoir comment les autres se définissent.
- Chacun a le genre qu'il veut tant que tout le monde se sent bien, la personne est d'accord.
- 4 personnes n'ont pas donné d'explication.

Les stéréotypes et les discriminations de genre chez les hommes

Parmi les 5 hommes, 3 indiquent qu'ils ont subi des stéréotypes de genre durant les 12 derniers mois. Deux ont précisé que cela est arrivé 1 seule fois ou très rarement et l'autre homme a expliqué que cela est arrivé occasionnellement : 1 à 2 fois par mois. Les cadres cités sont le cadre familial (3 fois), le cadre scolaire (2 fois), le cadre amical (2 fois) et le cadre du loisir comme la pratique d'un sport (1 fois). Le ressenti général quand ils ont été victimes de

stéréotypes est « indifférent » pour deux personnes et « jugé » pour la troisième. Il n'y a pas d'explications supplémentaires.

Au sujet des discriminations de genre, 2 hommes en ont subies ces 12 derniers mois : un homme de manière occasionnelle et l'autre 1 seule fois ou très rarement. Les cadres où cela s'est passé sont le cadre scolaire (2 fois), le cadre amical (2 fois), le cadre d'un travail (1 fois) et dans le cadre d'un loisir comme la pratique d'un sport. Au niveau du ressenti, un seul homme sur les deux s'est exprimé sur son ressenti : jugé. Il n'y a pas eu de précisions apportées. En remarque, un répondant qui avait noté n'avoir aucune discrimination indique qu'il serait indifférent si cela lui arrivait.

En prenant de la hauteur, les deux personnes qui ont subi de la discrimination sont celles aussi qui ont subi des stéréotypes de genre. Par ailleurs, une des deux personnes s'identifie comme de genre féminin.

Les stéréotypes et les discriminations de genre chez les femmes

Au sujet des stéréotypes de genre chez les 21 femmes, 18 en ont soufferts ces 12 derniers mois. Cela représente 85.71%. Parmi ces 18 personnes, cela s'est produit 1 seule fois ou très rarement pour 33% d'entre elles, pour 38.89% 1 à 2 fois/mois (occasionnellement) et pour 27.78% d'entre elles 1 à 2 fois/semaine (régulièrement). Les cadres où cela s'est produit sont classés par ordre décroissant : le cadre scolaire (12 fois), le cadre amical et en rue (5 fois chacun), le cadre familial (4 fois), les transports en commun (3 fois) et dans le cadre d'un loisir comme la pratique d'un sport (1 fois). Pour les personnes qui ont marqué ne pas avoir eu de stéréotypes de genre, celles-ci n'ont soit pas marqué de cadre soit « je ne souhaite pas répondre » soit « dans le cadre scolaire ».

Les ressentis des 18 femmes sont les suivants (classés par ordre décroissant) : fâchée (6), indifférente (5), jugée (3), blessée (1), ennuyée (1), gênée (1), autre : énervée (1). Deux des trois personnes qui n'ont pas eu de stéréotypes ont aussi exprimé leur ressenti général face à ce problème. Elles déclarent se sentir toutes les deux jugées.

Trois femmes qui ont subi des stéréotypes de genre ont ajouté des explications. Les deux premières dont le ressenti était « fâchée » ont exprimé :

- Le préjugé « les femmes sont bonnes qu'à faire les corvées ». Si les hommes prennent du recul, ils verront que ce n'est pas du tout le cas. Donc, ce préjugé l'énervé.
- Le fait qu'être à chaque moment dans la vie stéréotypée est désagréable.

La troisième personne indique qu'elle s'est sentie « jugée » suite à un échec en math parce qu'un garçon lui a dit qu'elle était nulle dans cette matière. Elle l'a mal pris et s'est sentie jugée.

Au niveau des discriminations de genre, 11 femmes sur les 21, soit un peu plus de 50%, en ont souffert. Il y a 3 femmes qui en ont subies 1 seule fois ou très rarement, 7 de manière occasionnelle (1 à 2 fois/semaine) et 1 de façon régulière (1 à 2 fois/mois) durant les 12 derniers mois. Les cadres qui ont été cités sont (par ordre décroissant) : le cadre scolaire (7 fois), le cadre familial (4 fois), le lieu de soins/le cadre amical/le cadre de loisir comme la pratique d'un sport/en rue (2 fois chacun), les transports en commun/le cadre d'un travail (1 fois chacun) et « autre » sans donner de précision. En note, sur les 10 personnes qui n'ont pas eu de discrimination, une personne n'a pas souhaité répondre à la question du cadre.

Les ressentis chez les 11 femmes sont très divers : indifférente (3), fâchée (3), blessée (1), enragée (1), gênée (1), jugée (1), surprise (1). La femme qui s'est sentie « surprise » a ajouté en commentaire le point suivant : « pourquoi devrions-nous être incapables de faire quelque chose à cause de notre genre ? ». Cette même personne avait déjà communiqué son point de vue au sujet des stéréotypes de genre. Il y a aussi le ressenti de 4 femmes qui n'ont pas subi de discriminations : indifférente, blessée, enragée et jugée.

En comparant le genre, la présence de stéréotypes et de discriminations de genre chez les femmes, nous pouvons mettre en parallèle certains points :

- Sur les 4 femmes s'identifiant de genre masculin, 2 ont eu des stéréotypes de genre, 1 de la discrimination et la dernière n'a souffert d'aucun des deux.
- Sur les 18 femmes qui ont éprouvé des stéréotypes, la moitié a eu aussi de la discrimination de genre.
- Sur les 11 femmes qui ont subi de la discrimination, 8 ont eu aussi des stéréotypes de genre.

Pour résumer cette partie sur le genre et ses conséquences, voici les données principales de l'échantillon n :

- Le genre « attendu » en fonction du sexe est présent chez 21 personnes de l'échantillon, soit 80.77%. Il y a 11 personnes qui se sont auparavant intéressées à leur genre, ce qui est moins de la moitié. Le genre a peu d'importance dans la vie de l'échantillon vu qu'il y a 76.92% qui ont répondu non ou sans avis.

- Les stéréotypes de genre se sont présentés durant les 12 derniers mois pour 80.77% de l'échantillon (21 personnes). Le cadre le plus souvent cité est le scolaire pour 14 répondant.e.s. Cela est suivi ex aequo par le cadre familial et le cadre amical. Le ressenti face à cette difficulté est l'indifférence chez 7 personnes. En deuxième position, le ressenti « fâché.e » se manifeste.
- Les discriminations de genre se sont présentées chez la moitié de l'échantillon. Le cadre le plus courant est le scolaire (9 personnes sur 13). Les ressentis sont très partagés entre les 13 personnes dont une n'a pas répondu.
- Sur les 21 personnes qui ont subi des stéréotypes de genre, 11 ont aussi subi des discriminations.
- Sur les 5 personnes qui ont un genre différent de leur sexe, 4 ont eu des stéréotypes et/ou de la discrimination.

6.1.4. La maladie et les soins

Quand les répondant.e.s ont besoin d'informations sur leur santé, les sources sont diverses. Consulter son médecin traitant a été la source la plus citée (18 fois). Vient ensuite, la famille (16 fois) et Internet avec Google (12 fois). Les ami.e.s et les réseaux sociaux comme Facebook se placent en dernière position. En remarque, plus de la moitié des répondant.e.s ont marqué plusieurs sources de consultation.

Au sujet du/de la médecin traitant.e, 4 hommes sur les 5 ont un.e médecin de référence et il s'agit du/de la médecin de famille. Concernant les 21 femmes, 19 d'entre elles ont un.e médecin de référence et il/elle est le/la médecin de famille pour 18.

Le choix du/de la médecin traitant.e a été réalisé par seulement 5 femmes sur la totalité de l'échantillon.

Les rendez-vous chez le/la médecin traitant.e sont pris par le/la répondant.e dans 46.15% (3 hommes et 9 femmes). Les autres sont pris par les mamans dans 46.15% (2 hommes et 10 femmes) et par le père pour une femme et par la belle-mère pour une autre.

L'accompagnement chez celui-ci/celle-ci se fait obligatoirement chez 7 femmes. Il y a 3 hommes et 7 femmes qui se rendent seuls chez le/la généraliste. Pour les 9 derniers, cela dépend du motif du rendez-vous.

Qu'il y ait un.e médecin de référence ou non, la confiance est présente pour 57.69% de l'échantillon (les 5 hommes sont dans cette partie). Pour 38.46%, la confiance n'est pas présente. Une femme n'a pas souhaité répondre.

Quand la confiance n'est pas présente les sujets non abordés chez les femmes (vu que tous les hommes ont indiqué avoir confiance) sont les suivants (par ordre décroissant) : les problèmes relationnels avec la famille (7 fois), les problèmes au niveau des parties intimes (6 fois), les problèmes psychologiques (6 fois), les problèmes scolaires (6 fois), le harcèlement/la violence (5 fois), la contraception (4 fois) et les infections sexuellement transmissibles (4 fois). Une personne n'a pas noté les problèmes non abordés. En remarque, certaines personnes qui ont confiance en leur médecin ont cependant noté des sujets qu'elles n'abordent pas avec lui/elle. Un cas plus particulier chez les femmes s'est présenté par une explication donnée : une femme a confiance en son/sa médecin mais n'aborde pas divers sujets car il/elle est un membre de sa famille.

Si le/la médecin traitant.e. a besoin qu'elles se déshabillent partiellement pour un examen, 18 personnes (dont les 5 hommes) sont à l'aise. Les autres ne le sont pas.

Chez les hommes, le sexe du/de la médecin traitant.e. est un homme pour 3 d'entre eux. Il y a 4 médecins traitant.e.s qui ont entre 46 ans et 60 ans. Le cinquième a entre 30 ans et 45 ans.

Chez les 21 femmes, il y a 11 médecins traitants de sexe masculin et une personne n'a pas souhaité répondre. Il y a 11 médecins âgé.e.s entre 30 ans et 45 ans et les 10 autres sont âgé.e.s entre 46 ans et 60 ans.

Le tableau de la page suivante va décrire quel serait le choix du/de la médecin traitant.e (M.T.) des 26 personnes :

Tableau 3 : Le choix du/de la médecin traitant.e de l'échantillon

Sexe	Sexe du M.T.	Tranches d'âge du M.T.	Choix du M.T.
Hommes	♂ : 3	30-45 ans : 1	Garderait le même médecin
		46 – 60 ans : 2	Changerait de médecin mais avec les mêmes critères
			Garderait le même ou changerait pour un autre homme avec une tranche d'âge entre 35 et 60 ans
	♀ : 2	46 – 60 ans : 2	Garderait la même médecin
			Changerait pour un homme mais dans la même tranche d'âge
Femmes	♂ : 11	30 – 45 ans : 5	Changerait pour une femme dans la même tranche d'âge (1 p.)
			Garderait le même médecin (4 p.)
		46 – 60 ans : 6	Changerait pour une femme ou un homme mais d'une tranche d'âge différente (1 p.)
			Changerait pour femme de 30 – 45 ans (1 p.)
	♀ : 9	30 – 45 ans : 6	Garderait le même médecin (3 p.)
			Changerait pour un homme ou une femme de 30 – 45 ans (1 p.)
			Changerait pour une autre femme de 30 - 45 ans (1 p.)
		46 – 60 ans : 3	Garderait le même médecin (4 personnes)
			Changerait pour une femme de 30 – 45 ans (1 p.)
			Changerait pour une femme entre 30 à plus de 61 ans (1 p.)
	Non souhait de répondre : 1	46 – 60 ans	Garderait la même médecin ou changerait pour une femme entre 30 à 60 ans (1 p.)
			Choix d'une femme sans tranche d'âge précisée

La moitié de l'échantillon garderait son/sa médecin traitant.e actuel.le. Il y a 7.69% qui garderait ou changerait de médecin traitant.e.

Lors des consultations chez le/la médecin traitant.e, le tutoiement de la part de celui-ci/celle-ci est présent dans 84.62% (22 personnes sur 26). Une personne a indiqué n'avoir jamais fait attention. Sur les 22 personnes qui sont tutoyées, seules 3 se souviennent que le/la médecin traitant.e a demandé pour le faire. Il y a 8 personnes qui ne se souviennent plus. Tous/Toutes les répondant.e.s qui sont tutoyé.e.s en consultation ne sont pas dérangé.e.s par cela.

Concernant les visites chez le/la médecin traitant.e ces 12 derniers mois, 15 répondant.e.s sur les 26 ont noté avoir été au moins une fois, 5 n'ont pas été et 6 ne se souviennent plus.

Durant les consultations réalisées ces 12 derniers mois ou avant ceux-ci, les stéréotypes de genre n'ont pas eu lieu chez 25 personnes sur 26. Une femme a indiqué ne pas savoir. Cependant, une autre femme a indiqué se sentir blessée sur le moment et avoir eu des conséquences au niveau psychique. Une dernière femme a juste indiqué avoir eu aussi les mêmes conséquences mais n'a rien décrit auparavant sur les difficultés. Pour les discriminations, 23 personnes ont indiqué ne pas avoir subi cela et 3 personnes ne s'en souviennent plus. En remarque, 2 femmes ont indiqué avoir été blessées ou indifférentes. Celle qui a été blessée ajoute qu'il y a eu des conséquences au niveau psychique. Une dernière participante a noté avoir eu des conséquences aussi au niveau psychique sans avoir relevé auparavant le problème.

Au sujet des expériences en lien avec des soins ou une consultation, un homme et deux femmes ont exprimé une prise en charge différente en fonction de leur sexe. Par ailleurs, sur les 23 participant.e.s restant.e.s, 15 ont répondu non et les 8 autres ne se souviennent plus.

L'homme a subi un stéréotype sur son physique, sa façon de penser et son attitude/comportement. La profession n'a pas été citée mais il s'agit d'une femme. Elle avait plus de 61 ans. Des conséquences ont eu lieu au niveau psychique (diminution de l'estime de soi, mal-être, dépression, etc.). Par rapport aux réponses apportées par cet homme, celui-ci s'identifie de genre féminin et a subi durant les 12 derniers mois des stéréotypes 1 seule fois ou très rarement dans différents cadres et des discriminations de manière occasionnelle (1 à 2 fois/mois) dans différents cadres aussi. Le milieu des soins n'avait pas été énoncé auparavant par celui-ci.

Les deux femmes qui ont subi une prise en charge différente se divisent en deux. En effet, la première, qui s'identifie de genre féminin, a souffert de stéréotypes de genre sur sa façon de penser et son attitude/comportement. Cela a eu lieu par un homme (profession non précisée) d'une tranche d'âge 46 – 60 ans. La personne ne se souvient plus des conséquences. Durant ces 12 derniers mois, elle a eu des stéréotypes de genre 1 seule fois ou très rarement et ce, dans le cadre scolaire. Par contre, elle n'a pas souffert de discrimination.

La deuxième femme, qui s'identifie de genre féminin, a subi de la discrimination sur son physique, et son attitude/comportement de la part d'une femme aide-soignante âgée entre 35 et 40 ans. La participante a eu des conséquences au niveau psychique. Cette femme aussi a eu des stéréotypes et de la discrimination de genre durant les 12 derniers mois. Ces difficultés se sont passées dans différents cadres mais le lieu de soins n'avait pas été mentionné.

En remarque, plusieurs femmes qui ont indiqué ne pas avoir subi de stéréotypes ou de discriminations de genre ont noté diverses informations ponctuelles : « je ne me souviens plus du sexe », « je ne saurais pas dire son/leur âge », etc.

Enfin, la dernière partie portant sur les améliorations du système de soins chez les jeunes a été répondue par 19 personnes (3 hommes et 16 femmes).

Les 3 critères les plus importants pour ces 19 personnes pour améliorer le système de soins sont classés par ordre croissant :

- 1) Autonomie : l'établissement de santé informe les jeunes sur leur propre santé et les lieux ainsi que sur les moments où des services de santé sont disponibles.
- 2) Soutien communautaire et confiance : l'établissement de santé met en place des systèmes pour que les parents, les tuteurs et les organismes communautaires reconnaissent la valeur des services offerts aux jeunes et soutiennent les prestations ainsi que l'utilisation des services.
- 3) Compétences des professionnels.les : les prestataires de soins de santé démontrent la compétence technique requise pour fournir des services de santé efficaces aux jeunes. Cela comprend les actes de soins mais aussi une écoute active, une clarté des informations et une communication adéquate.

En note, les 3 hommes ont tous voté pour le critère « Compétences des professionnels.les ». Le critère « Soutien communautaire et confiance » n'a pas été cité une seule fois par les hommes. En effet, ceux-ci plaçaient en deuxième position le critère suivant : « Protection des bénéficiaires : les fournisseurs de soins de santé respectent, protègent et réalisent les droits des jeunes à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une attitude sans jugement et respect. ». Le troisième critère pour eux est le 1^{er} pour l'échantillon.

En remarque, l'ordre d'importance suit souvent l'ordre établi des propositions de la question.

Quelques recommandations ont été proposées pour que chaque sexe puisse être soigné de manière équitable :

- Eviter les jugements visuels ou des regards un peu étranges qui peuvent sous-entendre des jugements et qui pénalise la confiance.
- Pouvoir s'adresser à de personnes neutres, un personnel qui évite les jugements.
- N'émettre aucun stéréotype.

- Avoir un service spécial qui aide les jeunes (rien qu'eux) en respectant leur droit de pas vouloir prévenir leurs parents (s'il y a vraiment des soucis avec eux).
- Reprise du critère « Soutien communautaire et confiance ».

6.2. Le résultat pour les quatre variables choisies

Pour rappel, les quatre variables que j'ai décidé d'analyser sont les suivantes :

- Le sexe du/de la soigné.e
- La présence de surpoids ou d'obésité chez le/la soigné.e
- La génération du/de la soignant.e
- Le type de consultation

Par rapport au sexe du/de la soignée, il y a 2 femmes et un homme qui ont soit vécu des stéréotypes soit de la discrimination de genre. Ces 3 personnes ont toutes subi des stéréotypes et/ou de la discrimination ces 12 derniers mois dans d'autres milieux que celui du soin.

Dans ces 3 mêmes personnes, une seule de sexe féminin est en surpoids. Les deux autres ont un poids dans la norme de l'indice de masse corporelle.

Les expériences genrées se sont passées avec un.e soignant.e de plus de 61 ans, un.e dont la tranche d'âge est située entre 45 – 60 ans et un.e soignant.e âgé.e entre 30 et 45 ans.

Le type de consultation ne peut se présenter car une seule indication a eu lieu et il s'agit d'une aide-soignante. Aucune autre information n'a pu être récoltée sur ce sujet. De plus, aucune difficulté précise de genre n'a été relevée concernant les visites chez le médecin traitant.

7. Discussion

Même si nous n'avons pas ce taux minimum de 30 personnes, nous allons faire des liens entre les résultats et la théorie quand cela est possible. Cependant, ceux-ci seront à prendre dans ce cas particulier et certainement pas à généraliser.

Notre échantillon final se compose 21 femmes et de 5 hommes malgré au départ un pourcentage de filles et de garçons plus au moins égal. En remarque, les réponses des garçons ont été souvent similaires.

Comme nous l'avons perçu dans la partie théorique, les femmes sont souvent plus associées à la prise en charge de la santé. Elles sont donc plus sensibles et parlent plus facilement de leurs problèmes dans ce domaine que les hommes où la masculinité peut limiter l'expression des besoins.

Au niveau de l'état de santé, nous avons vu que plus de 90% des jeunes de 15 à 24 ans se déclarent en bonne santé (Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, 2021). Notre étude montre que sur 25 répondant.e.s à cette question, deux personnes ont indiqué un résultat égal ou inférieur à 50%. Cela donne un score de 92% qui rejoint notre donnée théorique. Nos résultats précisent que la moyenne de l'échantillon évalue sa bonne santé à 78.81 sur une échelle de 100. Ce n'est pas une santé parfaite mais elle est assez haute. Cependant, il y a une dispersion assez forte et cela se visualise avec le minimum 45 et le maximum 100. Ce maximum est apparu deux fois indiquant que les répondant.e.s estiment qu'ils/elles sont en excellent état de santé au moment où ils/elles répondent au questionnaire. En regardant les justifications, les deux personnes indiquent qu'il n'y a pas de problèmes pour l'instant. Il serait intéressant d'évaluer les trois dimensions de la santé (mentale, physique et sociale) pour nuancer ce résultat.

Au niveau du bien-être dans son corps, un peu moins d'un tiers des répondants ne se sentent pas bien dans leur corps. Cela n'est pas spécialement en lien avec une déclaration d'une mauvaise santé ou d'une santé moyenne.

Au niveau mental, un peu plus d'un quart de l'échantillon a consulté un.e psychologue durant ces 12 derniers mois. Ce résultat serait à nuancer avec des résultats antérieurs à 2020 vu la pandémie que nous traversons. En effet, différentes recherches dont celle de Maes Sophie (2021) ont montré que la pandémie et ses diverses mesures ont provoqué des conséquences au niveau de l'état psychique des adolescent.e.s, ce qui pourrait expliquer un recours plus élevé aux soins psychologiques que dans un contexte dit « normal ».

Le surpoids et l'obésité sont présents chez 34.62% de l'échantillon ce qui rejoint l'idée que ceux-ci sont bien présents dans notre pays (l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé 2017 – 2019). En remarque, l'indice de masse corporelle indiquant la présence de surpoids et d'obésité est justement un indice. Par conséquent, une personne avec un surpoids ou plus n'est pas pour autant en mauvaise santé. Par ailleurs, il faut aussi faire attention à ces données car les jeunes sont parfois mal à l'aise de parler de leur poids. Ils/Elles peuvent donc avoir menti sur celui-ci.

Les maladies chroniques ont été inscrites que chez une seule personne, un homme. Elle est mentale (troubles anxieux). Cela diffère des 14.1% chez les jeunes âgé.e.s de 15 à 24 ans (Sciensano, 2019). Par ailleurs, une nouvelle donnée qui apparaît est celle des « maux ». En effet, les jeunes adultes ont été interrogé.e.s sur des problèmes de santé via des symptômes et non via des problèmes associés à un diagnostic. Les maux qui se manifestent de manière « fréquente ou tous les jours ou presque » sont les difficultés à s'endormir, la nervosité et le fait d'être irritable/de mauvaise humeur. En remarque, les maux de ventre, associés souvent aux femmes pendant leur période menstruelle, ne sont pas ressortis en termes de fréquence et ils sont même absents ou très rarement présents chez certaines femmes.

Par contre, les médicaments les plus consommés sont ceux pour les maux de tête suivis de ceux pour les maux de ventre. En hypothèses, nous pourrions d'une part expliciter que lorsque nous avons mal, nous prenons un médicament pour nous soulager. Le manque de sommeil, la nervosité ou l'irritabilité/la mauvaise humeur ne peut être comblé par une prise de médicaments avec un effet dans les 15 minutes qui suivent. D'autre part, ces 3 symptômes peuvent être la résultante de problèmes associés et être perçus comme un problème passager. De plus, les médicaments qui pourraient être consommés peuvent être appréhendés comme des médicaments de troubles mentaux ou tout simplement ne pas être connus des jeunes adultes. Enfin, le manque de sommeil peut être entraîné par la nervosité (ou l'irritabilité) et la nervosité peut causer des difficultés à s'endormir. Il est donc difficile de dissocier les deux et de savoir qui a provoqué l'autre.

Au niveau de la recherche d'informations en santé, nous avons vu que les jeunes âgé.e.s de 18 à 35 ans consultaient désormais plus internet que leur médecin traitant.e (Van Den Broucke, 2021). L'échantillon contredit cela en indiquant que leur généraliste et leur famille étaient leurs sources principales. Par ailleurs, une combinaison des sources d'informations a eu lieu chez plus de la moitié des répondants. En retournant observer les résultats précisément sur ce point, il y a 8 mères qui travaillent dans le secteur du soin à la personne (4 infirmières, 2 puéricultrices, 1 ergothérapeute et 1 cheffe de service en maison de repos). Cela pourrait en partie expliquer que la famille soit présente en tant que source d'informations en santé vu que des membres de celle-ci travaillent dans le secteur.

Au sujet du/de la médecin traitant.e, 88.46% de l'échantillon en a un de référence (23 personnes sur 26). Cela est moins que les 97.5% vu en théorie, sexe confondu (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, 2018). Cet écart pourrait s'expliquer par une mauvaise compréhension de la question ou le fait de ne pas savoir si le/la médecin est celui/celle

de référence. Dès lors, les participant.e.s ont peut-être préféré indiquer ne pas en avoir. Par ailleurs, comme notre échantillon est petit, l'écart de pourcentage est causé par une différence de deux personnes.

Plus de la moitié des répondant.es ont été chez le/la généraliste ces 12 derniers mois. La théorie indiquait au minimum 67%. Notre donnée rejoint donc celle-ci (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, 2018).

Au niveau de la confiance accordée au/à la médecin généraliste, elle est présente seulement chez 57.69%. Des sujets ne sont pas volontairement abordés lors de la consultation. Ceux qui ont été les plus cités sont les problèmes relationnels avec la famille, les problèmes concernant les parties intimes, les problèmes psychologiques et les problèmes scolaires. Cette inexpression avait été abordée en théorie sans pour autant qu'une raison ait été avancée pour l'expliquer. Ici, c'est le manque de confiance qui pourrait entre autres l'expliquer. Par ailleurs, des personnes indiquant avoir confiance en leur médecin traitant.e, n'expriment pas non plus tous leurs problèmes. Cette situation peut fragiliser la prise en charge et la santé globale des jeunes.

D'autres hypothèses d'explication de cette inexpression est le temps pour avoir un rendez-vous ou la durée de celui-ci. L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) indiquait dans un rapport de 2017 que la Belgique avait une pénurie de médecins traitant.e.s. Aujourd'hui, celle-ci est toujours présente causant des retards de prise en charge et des rendez-vous assez courts. Des problèmes qui sont jugés délicats par les jeunes peuvent donc ne pas être explicités car il n'y a pas de consultation possible avant longtemps, la durée du rendez-vous ne permet pas de mettre en confiance le ou la jeune ou l'empressement du/de la médecin qui est surchargé.e empêche une expression des problèmes rencontrés par le/la jeune.

La théorie nous avait aussi explicité que lorsque les jeunes sont accompagnés en consultations, certains sujets plus délicats pouvaient ne pas être présentés (Guilloux L., De Stefano C., Reach G., Beloucif S., Lapostolle F., 2021). Dans notre échantillon, 7 jeunes adultes sont accompagnés d'office par une personne lors d'une visite chez leur médecin traitant.e. Cela peut donc aussi expliquer que les symptômes ne sont pas tous abordés.

Il faut ajouter à cela, que 30.77% des répondant.e.s ont indiqué ne pas être à l'aise de se déshabiller partiellement pour un examen. Par conséquent, des problèmes physiques peuvent être volontairement non communiqués afin de ne pas subir celui-ci.

Quant au tutoiement, 84.62% des participant.e.s. sont tutoyé.e.s et cela ne les dérange pas même si la permission n'a pas été demandée. La relation soigné.e – généraliste n'a pas l'air d'être entravée par ce pronom d'adresse. Par ailleurs, certains jeunes peuvent être soigné.e.s par le/la même médecin traitant.e depuis leur petite enfance. La relation est donc plus propice au tutoiement.

Si nous recherchons au niveau du choix du médecin traitant.e, notre échantillon a indiqué pour 80.77% d'entre eux/elles qu'ils/elles n'avaient pas choisi leur médecin traitant.e. De plus, dans ces 80.77%, 85.71% ont le même médecin traitant que le reste de la famille. Dès lors, ces jeunes adultes peuvent ne pas être à l'aise de discuter de leurs problèmes se disant que les parents seront peut-être mis au courant. Pour terminer cette partie sur le/la généraliste, 50% des répondant.e.s garderaient celui-ci/celle-ci. La seconde moitié changerait pour une autre personne.

Au niveau du genre et de la période de l'adolescence, 5 personnes n'ont pas le genre attendu par la société c'est-à-dire celui en lien avec le sexe biologique. Même si la tranche d'âge 17-21 ans est une phase de stabilisation identitaire (Devernay M. et Viaux-Savelon S., 2014), nous observons dans l'échantillon que la thématique du genre a peu d'importance et d'intérêt. En effet, seules 11 personnes montrent de l'intérêt et 6 de l'importance. L'absence d'importance pour le genre se justifie par différents arguments : le genre n'a jamais posé de problème, son genre (masculin) est aujourd'hui celui le plus avantageux en Europe, chacun fait ce qu'il veut/est comme il est, le genre n'est pas important c'est le fond qui l'est. Par ailleurs, il y a eu aussi 9 personnes sans avis sur cette question se justifiant que ce qui compte c'est la personne et son bien-être.

Pourtant, comme vu dans les résultats et comme cela va être discuté ci-dessous, la société et notre environnement social font que le genre peut engendrer des stéréotypes et des discriminations et ce, dans la vie de tous les jours.

Les questions portant sur la présence de stéréotypes et de discriminations de genre ont eu parfois des réponses inattendues. En effet, certaines personnes ont parfois indiqué ne pas subir des stéréotypes ou de discriminations mais elles ont inscrit par la suite un lieu ou un ressenti. Une interrogation est à résoudre vu que les erreurs se sont répétées plusieurs fois : est-ce une incompréhension des questions, une peur de s'exprimer et/ou la présence d'un malaise lié au thème ? Dans la question portant sur les soins, il y a aussi le fait que les répondant.e.s peuvent ne plus se souvenir tout simplement de tous les éléments vu que la demande d'informations se fait

sur les 6 dernières années. Les réponses qui seront retenues dans cette partie ne concerneront que les réponses complètes.

Dans la vie de tous les jours durant ces 12 derniers mois, les stéréotypes se sont présentés chez 80,77% de l'échantillon avec des fréquences différentes. Ce point est assez important d'autant plus que le lieu le plus cité est le cadre scolaire (2 tiers). Le même cadre est le plus souvent cité par certaines personnes qui ont subi des discriminations dans leur quotidien (9 personnes sur les 13).

En nuanciant, les jeunes adultes de l'étude sont des personnes scolarisées ce qui veut dire que l'école a une place prépondérante dans une semaine classique. Le risque de subir un ou les deux problèmes a par conséquent plus de « chance » de se présenter même si l'école est censée être un lieu de tolérance et de bienveillance.

Au niveau des ressentis, 7 personnes qui ont subi des stéréotypes de genre montrent de l'indifférence (un tiers). Ce sentiment peut nous indiquer que les participant.e.s touché.e.s passent au-dessus de ceux-ci. Au niveau de la discrimination, les sentiments sont beaucoup plus partagés et cela se comprend vu que c'est un acte réalisé contre la personne.

Même si l'échantillon est petit, il y a cependant deux liens que je souhaiterais mettre en avant. Le premier est celui entre stéréotype et discrimination dans la vie de tous les jours. Chez les 21 personnes ayant subi des stéréotypes, 11 ont aussi eu de la discrimination de genre. Le stéréotype impliquerait-il également dans 50% des cas de subir de la discrimination de genre ? Le deuxième point que je souhaiterais mettre en avant est celui du genre. En effet, les résultats indiquent que 4 personnes (sur les 5) qui ont un genre différent ont subi des stéréotypes ou de la discrimination de genre. Est-ce qu'un genre différent de celui attendu par la société entraînerait plus de risque de souffrir d'un ou de ces deux problèmes ?

Chez le/la médecin traitant.e aucun stéréotype ou aucune discrimination n'a été rapporté. Cela est rassurant car le/la généraliste est le plus souvent le/la soignant.e qui nous suit durant plusieurs années. Cette personne est aussi le premier contact dans le milieu des soins et la porte d'entrée pour accéder à certains autres. La relation de confiance est donc essentielle.

Au niveau de la prise en charge différente en fonction du sexe dans les soins, 3 personnes (un homme et deux femmes) ont rencontré ce problème. Deux personnes ont subi des stéréotypes et la troisième de la discrimination de genre. Dans les 3 cas, le problème a lieu en partie au niveau de l'attitude/du comportement de la personne touchée. Vu le peu de personnes ayant

subi cela, nous ne pouvons pas aller plus loin au sujet du sexe et/ou du métier des personnes qui ont effectué des stéréotypes ou de la discrimination. Par contre, un dernier point que nous pouvons soulever dans cette partie est le fait que les 3 personnes affectées ont eu aussi au minimum des stéréotypes de genre dans leur vie de tous les jours durant les 12 derniers mois. Est-ce un hasard ou est-ce que ces personnes font-elles plus attention à ce phénomène ou sont-elles plus sensibles à la thématique ?

La dernière partie concernant les améliorations a été seulement réalisée par 19 personnes. Cette diminution des répondant.e.s peut être dues à différents facteurs pouvant se combiner :

- Les participant.e.s ont décidé d'arrêter car le questionnaire devenait trop long pour eux.
- Les participant.e.s n'avaient pas envie de réfléchir à différentes pistes de solutions ou n'en voyaient pas l'utilité.
- Comme cette question devait obligatoirement se réaliser sur un ordinateur, si le téléphone portable a été employé à la place, cela n'a pas pu fonctionner. Cette précision au sujet de l'utilisation de l'ordinateur avait été transcrite en gras dans le mail d'ouverture du questionnaire.

La partie classification par ordre de priorité des critères pour améliorer le système de soins a été peu travaillée par les répondants car l'ordre qui leur était présenté s'est retrouvé dans de nombreuses réponses. Cela pourrait être aussi dû au hasard.

De plus, concernant la demande de propositions d'amélioration pour que les deux sexes soient soignés de manière équitable, il y a eu très peu de réponses.

Tous ces éléments ont pour conséquence de nous indiquer que les données récoltées sont très fragiles au niveau qualité. Cependant, nous allons faire ressortir les éléments principaux.

Dans la prise en charge des jeunes, la notion d'autonomie est la plus ressortie comme piste d'amélioration. Celle-ci a lieu par la transmission d'informations sur la santé, les lieux et les moments de soins. Cette autonomie est en fond des deux autres critères choisis (soutien communautaire et confiance et compétences des professionnels.les). Ce point transparait aussi dans les recommandations pour une prise en charge équitable des deux sexes. A celui-ci, il a été aussi précisé que l'évitement des jugements ou des stéréotypes avait aussi son importance.

8. Limites

Cette partie va présenter les diverses limites puis les deux biais qui se sont manifestés durant cette recherche.

La première est le thème du mémoire. Le genre est encore un sujet sensible et il n'est pas toujours perçu comme une source de stéréotype ou de discrimination par les individus.

La seconde limite est l'instabilité de la pandémie au début de la recherche. Celle-ci a provoqué une redirection de la méthodologie de l'étude et fut une source de changement en amont et tout au long de la récolte des données.

Notre étude, pour rappel, s'est constituée d'un questionnaire accessible durant deux semaines via un lien Internet. Ce choix avait pour risque d'avoir peu de répondant.e.s, d'avoir des questionnaires non aboutis ou d'avoir des participant.e.s qui répondent plusieurs fois au questionnaire. Par ailleurs, comme le processus impliquait le libre choix du moment pour répondre, les répondant.e.s ont pu choisir de ne pas répondre ou de ne pas prévoir un moment à consacrer au remplissage.

Un autre problème par rapport à la liberté de le faire chez soi est que la personne n'a peut-être pas les ressources matérielles et/ou financières pour accéder au site en ligne.

Le public interrogé sont des jeunes adultes qui sont en phase de stabilisation identitaire ce qui fait que le sujet n'a peut-être pas (encore) été réfléchi, n'a pas d'intérêt ou n'a tout simplement pas d'importance comme nous avons pu l'observer chez certain.e.s. Il peut aussi y avoir eu un choix délibéré de ne pas prendre position. De plus, le genre et les notions qui en découlent doivent être connus et compris par les personnes qui participent à cette recherche. La présence de simples définitions a permis de baliser les notions pour la plupart de l'échantillon mais quelques répondant.e.s n'ont pas toujours compris celles-ci.

Au sujet de la tranche d'âge réduite, celle-ci a été choisie car celle-ci était pertinente pour la recherche mais aussi pour éviter les contraintes administratives et organisationnelles liées à la minorité. Le nombre de participant.e.s fut par conséquent limité dans cette tranche.

La dernière limite est la taille de l'échantillon final qui est inférieure à 30 personnes pour un taux de remplissage de minimum 90%. Ce taux était voulu pour avoir une qualité et une continuité dans l'analyse des résultats. Le nombre possible de répondant.e.s s'élevait à plus de 200. Cela ne permet pas une fiabilité suffisante et empêche toute analyse précise, corrélation

ou hypothèse. Néanmoins, certains éléments permettent d'établir des perspectives qui seront proposées par la suite.

Enfin, les biais qui se sont présentés sont celui de la sélection et de la désirabilité sociale (D'hoore W., 2020).

Le premier s'est présenté car il était prévu de prendre les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans. La liste des élèves qui correspond à cette tranche d'âge est sortie le 11 mars. Cependant, celle-ci n'a pas été réactualisée durant les deux semaines d'enquête. Par conséquent, certain.e.s élèves auraient pu rentrer ou sortir de la tranche choisie durant cette période. Les affiches présentes au sein de l'école les ont peut-être interpellé.e.s mais ils n'ont pas reçu de messages les invitant à participer. Il faut ajouter à cela que certains répondants potentiels n'ont pas ouverts les mails envoyés. Cela peut indiquer qu'il y a un problème d'adresse et/ou de connexion ou tout simplement qu'ils ne viennent plus à l'école pour maladie ou pour une autre raison. Le nombre de répondant.e.s possible qui était de 242 était dès lors imprécis et variable selon le jour.

Le second biais, la désirabilité sociale, s'est aussi présenté car je suis enseignante dans cette école. J'ai reçu deux mails différents d'élèves m'indiquant qu'ils participaient. Quand les résultats ont été analysés, j'ai remarqué que les catégories d'option où je donne cours sont les plus présentes (18 personnes sur 26). Les participant.e.s qui me connaissent ont pu vouloir se sentir valorisé.e.s en répondant au questionnaire. En remarque, les options où j'enseigne sont aussi des options considérées plus humaines et sociales vu qu'elles préparent à l'encadrement et/ou aux soins des personnes. Dès lors, ces élèves ont plus d'attrait à répondre à ce type de questionnaire que d'autres options. Dans un autre pan, le fait que je travaille dans l'établissement de la recherche, a pu être un frein malgré la précision que l'anonymat était présent. La méfiance de la part de potentiel.le.s répondant.e.s s'est peut-être manifestée.

Tous ces éléments ont pu contribuer à une baisse de répondants. Comme une volonté d'anonymat était décidée, il y avait peu de solutions pour attirer les personnes sans les rencontrer. Par ailleurs, je ne voulais pas d'incitant en termes de points supplémentaires dans un cours ou de cadeau.

Par rapport à ces différents freins, des pistes de solution seront présentées dans la partie ci-dessous.

9. Recommandations méthodologiques

Si cette recherche était à refaire, voici des pistes d'amélioration et des recommandations pour interroger ce type de public.

Les pistes d'amélioration

- Avoir une réflexion sur le fait que certaines personnes ne débute pas le questionnaire. Dans les 50 personnes entrées sur le site Qualtrics, 42 personnes ont marqué leur accord pour participer. Par la suite, seules 33 personnes ont commencé le questionnaire. Il serait intéressant de travailler la raison de l'arrêt. Est-ce un manque d'attrait ? Est-ce qu'une indiscretion est présente via les premières questions posées sur soi et sa famille ?
- Obliger les participant.e.s à répondre à tout le questionnaire. Après la partie obligatoire, 7 personnes ont cessé le questionnaire. L'obligation de remplir tout le questionnaire aurait pu solutionner cette diminution de répondant.e.s. Le risque étant que les personnes mal à l'aise avec le sujet arrêtent celui-ci.
- Laisser le questionnaire ouvert plus longtemps avec un ou 2 rappels supplémentaires. Dans ce cas-ci, le questionnaire serait resté ouvert durant les vacances de Pâques. Cela aurait pu augmenter le nombre de répondant.e.s pour atteindre les 30 personnes. Mais, ce temps supplémentaire aurait retardé la recherche et ses analyses.
- Réaliser une séance d'information expliquant la recherche et son but mais aussi les concepts entourant la notion de « genre ». Cela aurait pu éviter une mauvaise compréhension ou permettre un éclaircissement. Dans ce même ordre d'idées (et dans le contexte de la pandémie), une petite vidéo aurait pu être créée et diffusée durant la phase d'information ou avant de commencer le questionnaire.
- Proposer de laisser son adresse mail. Cela permettrait, au besoin, de contacter les personnes pour un entretien, d'organiser un partage/débat en groupe ou tout simplement de demander un complément d'information. Comme il n'y a pas d'obligation, les répondant.e.s pourraient garder l'anonymat s'ils/si elles le souhaitent.
- Elargir le questionnaire en matière d'âge. Au sein de l'établissement, il y a un petit nombre d'élèves qui ont 21 ans ou plus. L'inclusion d'élèves mineur.e.s aurait pu aussi solutionner le problème. Cependant, les démarches et les documents administratifs sont plus nombreux.
- Ouvrir le questionnaire au niveau de l'environnement. Il y a deux pistes possibles sur ce point. La première est la transmission via les élèves de l'institut à des jeunes d'autres

écoles. L'effet « boule de neige » aurait été exploité. Cependant, il faudrait retravailler la stratégie d'échantillonnage au niveau des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'adapter le début du questionnaire. Pour la deuxième piste, celle-ci se situe au niveau d'une prise de contact avec toutes les écoles « Sainte-Marie » qui sont présentes en Belgique. Après explications et accord, le questionnaire aurait pu être diffusé dans ces instituts.

Les recommandations en lien avec le public interrogé

- Le questionnaire doit pouvoir entièrement se réaliser sur un smartphone car, comme nous avons pu l'apercevoir, 7 répondants sur 26 ont arrêté le questionnaire à la dernière étape qui devait impérativement s'effectuer sur un ordinateur. Par ailleurs, cette question devrait être reformulée pour avoir des propositions sous forme de mots-clés avec ensuite un espace libre pour ajouter des précisions.
- Quel que soit le sujet, l'obligation de répondre à toutes les questions doit être évitée ou il doit y avoir des réponses de l'ordre « Je ne souhaite pas répondre », « Je n'ai pas d'avis sur le sujet », etc. Cela permet à la personne qui n'est pas à l'aise de répondre, d'avoir une porte de sortie et de pouvoir continuer à remplir le questionnaire.
- La formulation des questions doit être simple et courte et doit comporter la définition des concepts exploités. Les questions choix multiples doivent être préférées aux questions ouvertes. Cela est plus rapide et plus simple pour les jeunes adultes surtout si le sujet est peu connu et/ou sensible. Pour avoir des précisions, des espaces libres peuvent être proposés pour permettre l'expression.
- Il faut garder à l'esprit que la priorité des jeunes n'est pas la (bonne) santé au niveau physique et mental mais bien celle au niveau social. Par conséquent, un questionnaire trop long, qui diminue le temps des loisirs ou celui du travail peut diminuer les chances d'être rempli. En lien avec ce point, les rappels effectués sont pertinents car il y a eu des pics de fréquentation juste après l'envoi de ceux-ci.

10. Conclusion et perspectives

Pour rappel, notre question de recherche était la suivante : « *Quelles sont les variables qui influencent les expériences genrées dans le système de santé belge chez les jeunes âgé.e.s de 18 à 20 ans ?* » avec comme variables choisies : le sexe du/de la soigné.e, la présence de surpoids ou d'obésité chez le/la soigné.e, la génération du/de la soignant.e, le type de consultation. Notre échantillon n'étant trop petit, aucun résultat fiable et représentatif ainsi que l'établissement de corrélations n'ont pu avoir lieu.

Nous pouvons cependant relever les points saillants de cette recherche :

- Les femmes ont plus d'attrait à répondre à ce type d'étude que les hommes.
- La bonne santé est déclarée chez la plupart des participant.e.s. Parmi ceux-ci, $\pm$ un tiers sont en surpoids ou en obésité.
- Les maux les plus fréquents sont les difficultés à s'endormir et la nervosité. La consommation de médicaments a lieu principalement pour les maux de tête et de ventre.
- Les répondant.e.s consultent plusieurs sources différentes pour répondre à leurs questions en lien avec la santé.
- Les participant.e.s sont suivi par un.e médecin traitant.e, pour la plupart de référence. Cependant, la confiance en celui-ci/celle-ci est absente chez plus de 40% des participant.e.s. Tous les problèmes ne sont pas abordés que la confiance soit présente ou non. Parmi 26 personnes qui ont répondu, la moitié changerait de médecin traitant s'ils/elles le pouvaient.
- La thématique du genre a peu d'importance et d'intérêt pour cet échantillon.
- Quand les questions ont abordé les expériences de stéréotypes ou de la discrimination de genre, plusieurs répondant.e.s ont inscrits des réponses incomplètes laissant penser que soit c'est une simple erreur, soit les questions n'ont pas été comprises soit le sujet est sensible voir tabou.
- Les résultats sur la vie quotidienne des 12 derniers mois ont indiqué la présence de stéréotypes de genre chez plus de 80% des personnes avec comme cadre le plus souvent cité, le milieu scolaire. Ce cadre a aussi été le plus cité concernant les discriminations.
- Chez le/la médecin traitant.e, aucun stéréotype et aucune discrimination de genre n'a été relevé.

- Dans les soins, durant ces 6 dernières années, 3 personnes ont indiqué avoir eu une prise en charge différente en fonction de leur sexe. C'était soit un stéréotype soit de la discrimination.
- Les données sur l'amélioration du système de soins chez les jeunes et la prise en charge équitable entre les deux sexes n'ont pas révélé d'élément pertinent à part la notion d'autonomie.

Comme nous avons pu l'observer, les expériences genrées sont un sujet sensible et complexe. Celles-ci ont lieu dans la vie quotidienne mais aussi dans les milieux des soins ou le milieu scolaire. De plus, notre éducation tout comme la société a ancré des images féminines et masculines en nous. Notre construction identitaire et nos expériences personnelles ont pu nuancer ces images mais pas les remplacer. Par ailleurs, il ne faut pas oublier la présence de la subjectivité liée à l'individu. Toutes les personnes ne réagissent pas de la même façon face à un stéréotype ou à de la discrimination.

Même si cette recherche n'a pas pu aboutir à des résultats concrets, nous pouvons établir des perspectives :

- Au niveau de notre étude, les résultats obtenus pourraient servir par exemple comme base pour un entretien individuel, un débat ou un focus-groupe. Par ailleurs, cette base pourrait aussi servir en tant que point de départ pour réaliser un questionnaire axé sur un pan plus précis.
- Une étude incluant des mineur.e.s adolescent.e.s pourraient avoir lieu permettant par ailleurs une réflexion chez ses adultes en devenir.
- Une étude sur les stéréotypes et les discriminations de genre dans le milieu scolaire pourrait être réalisée afin de voir à quel niveau se situe ce type de problèmes. Nous avons perçu qu'ils étaient fréquents. Cependant, prendre connaissance de la ou des catégories de personnes (enseignant.e.s, éducateurs.trices, amis, etc.) qui véhicule(nt) des stéréotypes ou effectue(nt) de la discrimination de genre serait pertinent. Un relevé statistique ainsi qu'une étude qualitative permettrait d'avoir une description affinée des situations, d'entamer ensuite une démarche réflexive ainsi qu'au besoin, élaborer des pistes de solution.
- Concernant l'accompagnement ou non d'une personne dans les soins, une recherche sur l'influence d'une personne supplémentaire pourrait être réalisée. Par exemple, si une jeune femme adulte est accompagnée par une personne plus âgée du sexe opposé, est-

ce que la prise en charge sera la même que si elle est accompagnée par une amie du même âge ?

- Dans une autre dimension, les maux et les médicaments consommés par sexe pourraient être travaillés. Nous avons vu ici que les maux les plus présents n'incluaient pas d'office une consommation de médicaments pour ceux-ci. Rechercher les causes et les conséquences tout comme les professionnel.le.s rencontré.e.s par les jeunes adultes pourraient permettre d'avoir une prise en charge plus adaptée à leurs besoins. En lien avec cette amélioration, nous avons vu aussi que de nombreux problèmes n'étaient pas abordés en consultation avec le/la médecin traitant.e. Cibler et comprendre l'absence d'expression serait aussi une bonne perspective.
- Une étude pourrait aussi avoir lieu auprès des professionnels de santé ou auprès du personnel scolaire.

Si les résultats des prochaines études le permettent, des corrélations pourraient se réaliser entre la présence de stéréotype/de discrimination de genre dans le domaine des soins et la vie de tous les jours. Nous avons pu relever ici que les 3 personnes qui ont rencontré ces problèmes dans le domaine de soins ont aussi vécu cela dans leur quotidien. Même si leur personnalité est plus sensible au problème lié au genre ou si elles ont été sensibilisées à la thématique, un plus grand échantillon pourrait permettre d'observer ce type de corrélations. De plus, une analyse plus précise entre le stéréotype et la discrimination pourrait aussi s'effectuer.

Un des participant.e.s ayant vécu des stéréotypes dans le domaine des soins est d'un genre différent de celui attendu par la société. En ciblant un public bien particulier, une corrélation pourrait peut-être s'effectuer entre un genre « différent » et la présence de stéréotype/de discrimination de genre dans le domaine des soins.

Le but de cette recherche était d'identifier les variables, analyser leur présence dans l'échantillon pour ensuite permettre une réflexion pour diminuer les inégalités de santé. Bien que cela n'ait pu se faire, de nouvelles connaissances ont pu être élaborées sur le sujet du genre mais aussi la relation que les jeunes adultes ont avec leur environnement, avec le milieu des soins et le genre.

Par rapport aux résultats, il y en a un qui m'a particulièrement interpellé : la présence de stéréotype et de discrimination de genre dans le cadre scolaire. Même si cette donnée a été nuancée, cela m'interpelle toujours. Personnellement, je ne pense pas participer à cela mais je

redoublerai de vigilance à l'avenir. Si je décidais de faire de la recherche, c'est un sujet que je souhaiterais approfondir.

Au sujet de la construction ce mémoire, celle-ci m'a appris le processus et les démarches d'une recherche quantitative. En effet, j'ai pris connaissance et j'ai réalisé les démarches administratives en lien avec le comité éthique. J'ai aussi appris à exploiter le programme Qualtrics qui est très bien conçu et très fonctionnel. Au niveau plus personnel, j'ai appris à persévérer tout en lâchant prise sur les délais d'attente ou que je m'étais fixé. Aujourd'hui, je serais confiante si ce type de mémoire était à refaire parce que j'ai développé de nouvelles connaissances et compétences.

11. Bibliographie

ADEQUATIONS. (2017). *Définitions de l'approche de genre et genre & développement*. Disponible à l'adresse : <http://www.adequations.org/spip.php?article1515> , consulté le 23 septembre 2021.

AUJOULAT I., LIEKO I., HENRARD S. (2014). *Adolescence, maladie chronique et comportements de santé : Recherche-Action pour des solutions innovantes de prévention et promotion de la santé impliquant l'hôpital et les services de santé scolaire*, Volume 2 : Enquête auprès de jeunes patients recrutés dans le cadre de bilans de santé scolaire au centre PSE de l'UCL (n= 599), Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITE. (2017). *Publication du cadastre des médecins généralistes réalisé par l'AVIQ : un indicateur d'offre de soins à la population*. Communiqué de presse. Disponible à l'adresse : https://www.aviq.be/handicap/pdf/actualites/communiqués_presse/2017-10-26-cadastre-medecins-generalistes.pdf , consulté le 19 juin 2022.

AYRAL S. (2011). *La fabrique des garçons : Sanctions et genre au collège*. Paris : Presses universitaires de France. 204 p.

BELTRAN G., REVIL H., DAABEK N. (2020). Accès aux soins : Le renoncement aux soins, une affaire de genre ? *Soins : La revue de référence infirmière*, 15(845), 30-32.

BORG T. (2016). *L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques*. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/newsletter/127/focus_newsletter_fr.htm , consulté le 9 novembre 2021.

BOSSALI F., NDZIESSI G., PARAISO MOUSSILAO N., OUEDNO E. M., NAPO KOURA F., HOUINATO D. et al. (2015). *Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats*. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-hegel-2015-1-page-23.htm> , consulté le 9 novembre 2021.

CAMPBELL D. (2022). Women 32% more likely to die after operation by male surgeon, study reveals. *The Guardian*. Disponible à l'adresse : <https://www.theguardian.com/society/2022/jan/04/women-more-likely-die-operation-male-surgeon-study> , consulté le 21 février 2022.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC. (2021). *Recherche clinique - Différents types d'études*. Disponible à l'adresse : <https://www.saintluc.be/fr/recherche-clinique-differents-types-d-etudes> , consulté le 10 octobre 2021.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC. (2021). *Recherche clinique - Etudes académiques UCLouvain*. Disponible à l'adresse : <https://www.saintluc.be/fr/recherche-clinique-etudes-academiques-uclouvain> , consulté le 10 octobre 2021.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC. (s.d.). *Recherche clinique - Mémoire étudiant*. Disponible à l'adresse : <https://www.saintluc.be/index.php/fr/recherche-clinique-memoire-etudiant> , consulté le 10 octobre 2021.

CONSEIL DE L'EUROPE. (2011). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. Disponible à l'adresse : <https://books.google.be/books?id=n5-HI4S4UKMC&printsec=frontcover&dq=#v=onepage&q&f=false> , consulté le 16 octobre 2021.

CULTURES & SANTE. (2021). *Enjeux santé : Les déterminants de santé sous la loupe*. Disponible à l'adresse : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/549-enjeux-sante-les-determinants-sous-la-loupe.html> , consulté le 5 novembre 2021.

CULTURES & SANTE. (2019). *Enjeux santé – Les déterminants de santé sous la loupe : Guide des illustrations*. Disponible à l'adresse : <https://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/30-pdf-ep-2019.html?download=364:enjeux-sante-guide-des-illustrations> , consulté le 28 octobre 2021.

CULTURES & SANTE (2021). *Qui sommes-nous ? Présentation*. Disponible à l'adresse : <https://www.cultures-sante.be/qui-sommes-nous.html> , consulté le 5 novembre 2021.

CULTURES & SANTE. (2019). *Enjeux Santé – Les déterminants de santé sous la loupe : Guide d'accompagnement*. Disponible à l'adresse : <https://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/30-pdf-ep-2019.html?download=363:enjeux-sante-guide-d-accompagnement> , consulté le 5 novembre 2021.

DE BEAUVOIR S. (1949). *Le deuxième sexe : tome 1*, Paris : Gallimard, pp 285 – 286, Disponible à l'adresse : https://ocw.mit.edu/courses/global-languages/21g-311-introduction-to-french-culture-spring-2014/readings/MIT21G_311S14_Extrait_de.pdf , consulté en ligne le 8 janvier 2022.

DEROFF M.- L., FILLAUT T. (2015). *Boire : une affaire de sexe et d'âge*. Rennes : Presses de l'École des Hautes Etudes En Santé Publique. 206 p.

DES PISTES POUR PERSEVERER DANS L'EGALITE. (s.d.). *Stéréotypes de genre au secondaire*. Disponible à l'adresse : <https://enseignerlegalite.com/secondaire/stereotypes-de-genre-au-secondaire/> , consulté le 22 septembre 2021.

D'HOORE W. (2019). *WESP1010 : Introduction à la statistique descriptive et aux probabilités*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

D'HOORE W. (2020). *WFSP2119 : Médecine fondée sur les données probantes : partie B*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

DEVERNAY M., VIAUX-SAVEY S., (2014). *Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître*. Disponible à l'adresse : https://www.sfsa.fr/wp-content/uploads/2013/02/00_Dos_Devernay_Neuro.pdf , consulté le 27 octobre 2021.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY. (2021). *Gender Equality Index : Health in Belgium for the 2021*. Disponible à l'adresse : <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/BE> , consulté le 11 novembre 2021.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY. (2021). *Gender Equality Index : Health in Belgium for the 2021 : Age groups*. Disponible à l'adresse : <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/domain/health/BE/age> , consulté le 11 novembre 2021.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY. (2021). *La Belgique à la huitième place de l'indice d'égalité de genre 2021*. Disponible à l'adresse : https://igvm-iefh.belgium.be/fr/actualite/la_belgique_a_la_huitieme_place_de_lindice_degalite_de_genre_2021 , consulté le 11 novembre 2021.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. (2017). *Belgique : Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU*. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp_be_french.pdf , consulté le 11 novembre 2021.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. (2019). *Belgique : Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf , consulté le 11 novembre 2021.

FEDERATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DES FEMMES PREVOYANTES SOCIALISTES ASBL. (2019). *5 infos pour mieux comprendre la notion de genre*. Disponible à l'adresse : <https://www.planningsfps.be/5-infos-pour-mieux-comprendre-la-notion-de-genre/> , consulté le 21 septembre 2021.

GABORIT P. (2009). *Les stéréotypes de genre : Identités, rôles sociaux et politiques publiques*. Paris : L'Harmattan. 342 p.

GENRES PLURIELS. (2019). *TransGenres Identités Pluriel.le.s : Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi ... Tous.tes bien informé.e.s*. Disponible à l'adresse : https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochure_4emeed_web.pdf , consulté le 14 octobre 2021.

GOUVERNEMENT DU CANADA. (2020). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html> , consulté le 9 novembre 2021.

GRIMALDI A., CAILLE Y., PIERRU F., TABUTEAU D. (2017). *Les Maladies chroniques : Vers la troisième médecine*. Disponible à l'adresse : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=QkVCDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=maladie+chronique+d%C3%A9finition&ots=t9RyYK5svd&sig=NkBCJky6S2O59Ihy9YK0pP6lM4I#v=onepage&q=maladie%20chronique%20d%C3%A9finition&f=false> , consulté le 9 novembre 2021.

GUGGENBUHL P. (2009). *Ostéoporose de l'homme et de la femme : est-ce vraiment différent ?* Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/231851/osteoporose-de-lhomme-et-de-la-femme-est-ce-vraiment-different> , consulté le 7 janvier 2022.

GUILLOUX L., DE STEFANO C., REACH G., BELOUCIF S., LAPOSTOLLE F. (2021). Les adolescents préfèrent être tutoyés par leur médecin. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, n°319, 37 – 41.

INSTITUT DE LA FORMATION EN COURS DE CARRIERE. (2021). *IFC - Recherche ciblée de formations classiques*. Disponible à l'adresse : http://www.ifc.cfwb.be/default.asp?mc=genre+sexe&niv=*&zg=*&mois=*&cf=&pa-getg=rechcfkc&kc=&insc=1&h=&frm=&fld=&src=&dist= , consulté le 14 octobre 2021.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE. (s.d.). *Glossaire*. Disponible à l'adresse : <https://www.riziv.fgov.be/fr/Pages/dictionnaire.aspx> , consulté le 14 octobre 2021.

INSTITUT NATIONALE D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES. (2014). *L'âge de la puberté chez les garçons*. Disponible à l'adresse : [L'âge de la puberté chez les garçons - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques](#) , consulté le 2 décembre 2021.

INSTITUT SAINTE-MARIE JAMBES. (2021). *L'institut Sainte-Marie Jambes, un Enseignement Général, Technique, Professionnel*. Disponible à l'adresse : <https://www.ismj.be/> , consulté le 21 octobre 2021.

INSTITUT SAINTE-MARIE JAMBES. (2021). *Les principales valeurs de l'école secondaire Sainte-Marie à Jambes, en région de Namur*. Disponible à l'adresse : <https://www.ismj.be/valeurs> , consulté le 21 octobre 2021.

INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. (2021). *Consommation de soins*. Disponible à l'adresse : [Consommation de soins en Wallonie - Iweps](#), consulté le 18 janvier 2022.

INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. (2020) *Inscription en promotion sociale*. Disponible à l'adresse : [Inscriptions en promotion sociale - Iweps](#) , consulté le 18 janvier 2022.

INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. (2020). *Stages Adeps*. Disponible à l'adresse : [Stages ADEPS - Iweps](#) , consulté le 18 janvier 2022.

JEUNESSE, J'ECOUTE. (2022). *Comprendre les stéréotypes, préjugés et la discrimination*. Disponible à l'adresse : <https://jeunessejecoute.ca/information/comprendre-les-stereotypes-prejuges-et-la-discrimination/> , consulté le 28 février 2022.

JHPIEGO. (s.d.). *Boîte à outils pour l'analyse de genre dans les systèmes de santé*. Disponible à l'adresse : [Jhpiego-Gender-Analysis-Toolkit-for-Health-Systems-french.pdf](#) , consulté le 30 décembre 2021.

LAMBERT H., KAHINDO MBEVA J.-B. (2019). *Femmes et accès aux soins en République démocratique du Congo : des barrières liées au genre*. Santé Publique, 31, 735 – 744. Disponible à l'adresse : https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-sante-publique-2019-5-page-735.htm?xd_co_f=NmRjNTkxYTktZ-DIyMC00NmQ2LTg2MjMtMjBiMGFhOWM3NTQy#no1 , consulté le 17 décembre 2021.

LAROUSSE. (s.d.). *Croyance*. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/croyance/20740> , consulté le 27 septembre 2021.

LAROUSSE. (s.d.). *Norme*. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009> , consulté le 27 septembre 2021.

LAROUSSE. (s.d.). *Sexe*. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexe/72458> , consulté le 21 septembre 2021.

LE BŒUF D. (2020). Avant-propos – Le genre dans la santé : un enjeu de bioéthique majeur. *Soins : La revue de référence infirmière*, 15(845), 24.

LEPINARD E., LIEBER M. (2020). *Les théories en études de genre*. Paris : La Découverte. 128 p.

LORANT V. (2019). *WFSP2100 : Problématique générale de la santé publique*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

LORANT V. (2019). *WFSP2102 : Sociologie et psychologie de la santé*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

MAES S. (2021). *Covid-19 : L'impact sur la santé mentale des jeunes*. Bruxelles : Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. 64 p. Disponible à l'adresse : <https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-128-ados-sacrifies-web.pdf> , consulté le 1^{er} mai 2022.

MARQUET J., MARQUIS N., HUBERT N. (2013). *Corps soignant, corps soigné : Les soins infirmiers : de la formation à la pratique*. Louvain-La-Neuve : Académia L'Harmattan. 431 p.

MEIDANI A., ALLEXANDRIN A. (2018). *Parcours de santé parcours de genre*. Toulouse : Presses universitaires du midi. 222 p.

MONUSCO. (2016). *Qu'est-ce que le genre ?* Disponible à l'adresse : <https://monusco.un-missions.org/qu%E2%80%99est-ce-que-le-genre> , consulté le 21 septembre 2021.

MOTTEQUIN P., PARENT R. (2016). Institut Sainte-Marie, Jambes. *Bulletin périodique du Service diocésain de l'enseignement secondaire et supérieur*, 32-42.

OFFICE QUEBECOIS DE LA LANGUE FRANCAISE. (2018). *Fiche terminologique : rôle de genre*. Disponible à l'adresse : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26544261 , consulté le 21 septembre 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.). *Commission des déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/ , consulté le 5 novembre 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2021). *L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> , consulté le 13 octobre 2021.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE EUROPE. (s.d.) *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf , consulté le 5 novembre 2021.

PERRIN C., (2021). *WFSP2241 : Comportements et compétences de santé : concepts et méthodes - Le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

SAINT-MICHEL S. (2010). Le genre et le leadership : L'importance d'introduire les traits de personnalité des leaders, *Revue internationale de psychosociologie*, 16, 181 – 201. Disponible à l'adresse : https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2010-40-page-181.htm?try_download=1 , consulté le 30 décembre 2021.

SALDAGO R., COMBELLES R. (2022). *Déconstruire les masculinités : des conséquences positives pour la santé de tous et toutes ?* Disponible à l'adresse : <https://educationsante.be/deconstruire-les-masculinites-des-consequences-positives-pour-la-sante-de-tous-et-toutes/> , consulté le 15 janvier 2022.

SANTE ET SERVICES SOCIAUX QUEBEC. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Disponible à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> , consulté le 28 octobre 2021.

SCIENSANO. (2019). *Santé et qualité de vie Résumé des résultats : Enquête de santé 2018*. Disponible à l'adresse : https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_hs_fr_2018.pdf , consulté le 20 février 2022.

SERVICE COMMUNAUTAIRE D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET LE DEVELOPPEMENT. (2007). *Santé : les femmes lésées par leur exclusion des essais cliniques*. Disponible à l'adresse : <https://cordis.europa.eu/article/id/27270-exclusion-from-clinical-trials-harming-womens-health/fr> , consulté le 28 février 2022.

SMARTSCHOOL. (s.d.). *Accueil : Smartschool. La plateforme numérique scolaire*. Disponible à l'adresse : <https://www.smartschool.be/fr/accueil/>, consulté le 19 novembre 2021.

SOUSSI S. (2022). *Les femmes moins bien opérées*. Disponible à l'adresse : <https://www.enmarche.be/sante/soins-dentaires-1/les-femmes-moins-bien-operees.htm> , consulté le 24 mai 2022.

STATBEL. (2018). *Les réseaux sociaux sont le quotidien de 62% des internautes belges*. Disponible à l'adresse : [Les réseaux sociaux sont le quotidien de 62% des internautes belges | Statbel \(fgov.be\)](https://www.statbel.fgov.be/fr/themes/medias-et-communication/les-reseaux-sociaux-sont-le-quotidien-de-62-des-internautes-belges) , consulté le 9 janvier 2022.

TESTACHATS SANTE. (2022). *Calculez votre Indice de Masse Corporelle (IMC)*. Disponible à l'adresse : <https://www.test-achats.be/sante/alimentation-et-nutrition/regimes-allergies/calculateur/body-mass-index> , consulté le 12 avril 2022.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN. (2021). *Master de spécialisation en études de genre –Un programme qui forme des expert·e·s sur les questions liées au genre, à l'égalité des sexes et des sexualités dans tous les secteurs et qui participe ainsi à la lutte contre les discriminations*. Disponible à l'adresse : <https://www.mastergenre.be/> , consulté le 14 octobre 2021.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (2021). *The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows*. Disponible à l'adresse : [The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641021000091) , consulté le 5 novembre 2021.

VAN DEN BROUCKE S. (2021). *Comportements et compétences de santé : concepts et méthodes - Le concept de « health literacy » comme compétence intégratrice, soutenant les décisions et comportements en matière de santé*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

VAN HOVE H. (2021). *Poser la question du genre de manière inclusive : Note de recherche dans le cadre de l'enquête #YouToo?* Disponible à l'adresse : [145 - poser la question du genre de maniere inclusive.pdf](https://www.researchgate.net/publication/358111111_Poser_la_question_du_genre_de_maniere_inclusive.pdf) , consulté le 30 décembre 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). *A standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184035/WHO_FWC_MCA_15.06_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y , consulté le 18 janvier 2022.

VIDAL C. (2020). Mise au point : Genre et santé : de quoi parle-t-on ? *Soins : La revue de référence infirmière.*, 15 (845), 25 – 26.

ZDANOWICZ N. (2020). WFSP2102 : *Sociologie et psychologie de la santé*. Université catholique de Louvain : Faculté en Sciences de la santé publique.

