

**Zeitschrift:** Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit

**Band:** - (2018)

**Heft:** 24

  

**Artikel:** Familles issues de la migration subsaharienne en Suisse et gestion des risques sexuels : protection descendante, autoprotection et protection ascendante

**Autor:** Poglia Mileti, Francesca / Mellini, Laura / Sulstarova, Brikela

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-855347>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 01.05.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

---

Francesca Poggia Mileti, Laura Mellini, Brikela Sulstarova et Michela Villani

## **Familles issues de la migration subsaharienne en Suisse et gestion des risques sexuels : protection descendante, autoprotection et protection ascendante**

### **Résumé**

Basé sur une enquête qualitative menée en Suisse auprès de jeunes issus de la migration subsaharienne, cet article explore les dynamiques familiales autour de l'éducation et de la communication en matière de santé sexuelle. Les résultats révèlent que trois types de pratiques de protection sont mises en place pour limiter les risques perçus en matière de sexualité : la protection descendante (les parents à l'égard des enfants), l'autoprotection (les enfants envers eux-mêmes) et la protection ascendante (les enfants à l'égard des parents). Les pratiques de protection visent en priorité les risques sociaux et moraux associés à la sexualité et dans une moindre mesure les risques médicaux.

### **Introduction**

Les principes soutenus par les législateurs en matière de santé sexuelle visent à protéger les enfants – quelle que soit leur origine, nationalité ou religion – des violences et risques sexuels, en garantissant leur intégrité physique et psychique et en veillant au respect de leurs droits sexuels. Les politiques publiques nationales, orientées en priorité vers les risques médicaux, les grossesses précoces ou non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, sont en général destinées à toute la population résidant sur un territoire. Il existe, néanmoins, des campagnes d'information et des programmes de prévention qui s'adressent plus spécifiquement aux populations issues de la migration. C'est le cas, par exemple, du programme « Migration » promu par l'Aide suisse contre le sida qui affirme tout à la fois « réduire la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes du VIH/sida et abaisser le taux de transmission du VIH et autres

IST au sein de cette population»<sup>1</sup>. Il s'agit d'un défi de taille pour la pratique du travail social : comment toucher des publics cibles sans leur infliger une «vulnérabilité par désignation» (Bresson, 2013: 19)? Comment répondre aux besoins des personnes issues de la migration sans les discriminer? Pour faire avancer le débat sur les avantages et limites des modalités d'intervention en matière de santé sexuelle auprès des populations migrantes et leurs enfants, il importe d'en savoir plus sur la socialisation à la sexualité qui prévaut au sein même des familles migrantes.

Dans cet article, basé sur les résultats d'une étude qualitative par entretiens, menée en Suisse auprès de jeunes issus de la migration subsaharienne, nous montrons que l'éducation sexuelle passe par trois types de pratiques de protection (descendante, autoprotection, ascendante) au sein des familles rencontrées. Nous considérons comme «pratiques de protection» toute forme de discours, représentations, comportements et interactions qui visent à limiter les risques sexuels pour soi ou pour autrui. Si, dans la littérature, les risques sexuels sont majoritairement associés aux conséquences médicales des rapports sexuels<sup>2</sup>, l'approche sociologique compréhensive que nous avons adoptée ici rend compte des risques tels qu'ils sont perçus par les acteurs. Cela permet de saisir les dimensions sociales (culturelles, économiques, morales et identitaires) de la sexualité et d'échapper à l'écueil du culturalisme, puisque ce sont les significations subjectives des individus qui sont étudiées, en dehors de tout comparatisme avec d'autres groupes sociaux.

Premièrement, les «pratiques de protection descendante» en matière de santé sexuelle sont celles que les parents adoptent à l'égard de leurs enfants. Elles visent en priorité à limiter les risques sociaux qui sont associés à la sexualité, et, dans une bien moindre mesure à contenir les risques médicaux qui sont en général visés par la prévention dans ce domaine. Concrètement, ces pratiques ont principalement pour but de transmettre une morale sexuelle orientée à préserver les enfants des supposées conséquences potentielles de la sexualité: image négative des femmes, non-respect des normes morales et religieuses, etc.

Deuxièmement, «les pratiques d'autoprotection» consistent en une forme d'autosurveillance adoptée par les jeunes afin de protéger à la fois leur propre corps et leur image sexuelle (la réputation) auprès de leur famille et de leur communauté d'origine.

Troisièmement, «les pratiques de protection ascendante» sont les actions mises en place par les enfants de sorte à préserver l'honneur familial et l'image sociale des parents qui pourraient être mis à mal par une vie

sexuelle considérée comme non conforme aux attentes sociales et morales. Elles sont plus rares mais apparaissent comme une caractéristique de la population issue de la migration.

Ainsi, les jeunes qui entrent dans la sexualité doivent à la fois se protéger des risques médicaux qu'ils connaissent tout en étant très attentifs à éviter les éventuelles retombées sociales que leur vie sexuelle pourrait avoir sur l'image de la famille. Ce numéro d'équilibriste se traduit par des stratégies de dissimulation et de contournement qui leur permettent de vivre leur sexualité sans porter préjudice à leurs parents.

### L'enquête JASS<sup>3</sup>

Cette enquête qualitative et multidisciplinaire (sociologie et sociolinguistique) a été menée dans les cantons de Genève, Lausanne et Fribourg. Elle a impliqué des jeunes hommes et femmes, âgé·e·s entre 18 et 25 ans, né·e·s dans un pays d'Afrique subsaharienne ou né·e·s en Suisse de deux parents subsahariens (voir le Tableau 1 pour une présentation détaillée des interviewé·e·s). Les entretiens ont été menés selon une approche compréhensive (Kaufmann, 1996). Suivant la méthode de la *grounded theory* (Corbin/Strauss, 2008), la collecte et l'analyse des données se sont alternées dans un mouvement d'interaction circulaire pour ancrer empiriquement les interprétations théoriques.

Le choix de la population d'enquête se justifie par le manque de données empiriques et pour des raisons épidémiologiques. En dépit de la diversité des origines nationales de cette catégorie, nous estimons qu'elle a néanmoins une pertinence sociologique. En effet, tous et toutes vivent une expérience commune de désignation – souvent stigmatisante – en tant que minorité visible en Suisse. La plupart des jeunes fait d'ailleurs référence, spontanément, à la « communauté africaine ». Ces appartenances assignées ou revendiquées orientent la manière dont ils gèrent la pluralisation des normes sexuelles et des codes moraux auxquels ils sont confrontés. Ayant choisi d'appréhender du point de vue émique la socialisation à la sexualité des jeunes subsaharien·ne·s, notre propos vise à décrire et comprendre leurs expériences et non à qualifier systématiquement ces dernières en fonction des variables religieuses, ethniques ou nationales des interviewé·e·s. Nous avons toutefois signalé leur importance quand les jeunes eux-mêmes les mobilisaient dans leurs explications ou quand elles émergeaient de manière récurrente, ce qui n'est pas le cas pour l'origine nationale.

## Santé sexuelle et familles migrantes

### *Éducation sexuelle en Suisse : éducation informelle et pratiques de protection*

La notion de santé sexuelle ne fait pas l'objet d'un consensus : elle est liée aux politiques et systèmes de santé des différents contextes nationaux (Miami, 2002). Néanmoins, la définition édictée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constitue une référence en la matière :

*«La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.»<sup>4</sup>*

En Suisse, la Confédération soutient la diffusion d'informations sur la sexualité adaptées à l'âge des enfants et adolescent·e·s, alors que la mise en œuvre des programmes d'éducation sexuelle est du ressort des cantons. Plus précisément, celle-ci relève de la responsabilité de l'école et s'inscrit dans les plans d'études cantonaux<sup>5</sup>, ce qui induit de fortes disparités régionales quant au contenu de la matière enseignée, comme le montre l'enquête de Spencer et collègues (2001). Certains cantons adoptent le modèle interne, à savoir que les cours d'éducation sexuelle sont prodigués par les enseignant·e·s. D'autres cantons appliquent le modèle externe qui prévoit l'intervention en classe de professionnel·le·s spécialistes de la santé sexuelle et reproductive. Enfin, certaines institutions cantonales optent pour le modèle dit de coopération dans lequel les enseignant·e·s font appel à des spécialistes pour compléter leur cours (Spencer *et al.*, 2001). Depuis l'enquête de Spencer, les différences se sont un peu atténuées, notamment sous l'impulsion d'un plan d'études commun à la Suisse romande, mais la consultation des programmes cantonaux d'éducation sexuelle montre qu'elles n'ont pas disparu pour autant.

L'éducation sexuelle dispensée dans le cadre familial étant considérée comme une forme d'éducation plutôt récente (Kunz/Roth, 2018), la littérature sur ce sujet est peu abondante, excepté quelques études anglophones (Elton *et al.*, 2018; Flores/Barroso, 2017; Wooden/Anderson, 2012). Ces dernières ont tendance à considérer le point de vue des parents (Jerves

*et al.*, 2014), à savoir de celles et ceux qui éduquent (ou sont supposés le faire) et non pas la perspective de ceux qui sont censés être éduqués (les enfants). En Suisse, la première enquête sur les droits sexuels dans l'éducation sexuelle informelle, lancée en 2015 par Santé sexuelle Suisse en partenariat avec les Hautes Écoles de travail social de Genève et Lucerne a été menée auprès d'une trentaine de parents et 70 jeunes âgés entre 13 et 16 ans (Kunz/Roth, 2018). Les résultats préliminaires indiquent que l'éducation sexuelle informelle est pratiquée par les mères envers les filles et les pères envers les fils, selon une «répartition binaire traditionnelle» (Käppeli *et al.*, 2016, 15), uniquement par les mères, ou en famille. Certains enfants relèvent une absence de dialogue, d'autres mettent en avant l'ouverture et la disponibilité de leurs parents, ce qui semble répondre au besoin exprimé par la majorité des jeunes. Pour les parents et les enfants, il importe que l'éducation sexuelle familiale soit conçue comme un processus intégré dans la vie de tous les jours (Kunz/Roth, 2018).

Si le terme d'«éducation sexuelle informelle» (Voide Crettenand, 2017) est communément utilisé pour désigner les interventions des parents à l'égard des enfants en matière de santé sexuelle, nous utilisons ici le concept de «pratiques familiales de protection», car il permet de sortir de la supposée dimension unidirectionnelle des actions des parents sur les enfants (les parents éduquent) et, partant, de mieux rendre compte des dynamiques familiales dans le domaine de la santé sexuelle. Autrement dit, le concept de pratiques familiales de protection autorise à penser également les pratiques de protection ascendante (des enfants envers les parents) et d'autoprotection (les jeunes envers eux-mêmes).

### *Santé sexuelle et populations issues de l'Afrique subsaharienne*

L'importance d'analyser ces pratiques auprès des populations issues de la migration subsaharienne ne se mesure pas seulement à l'aune du manque de données empiriques (aucune enquête ne porte spécifiquement sur leur socialisation sexuelle), mais se justifie aussi sur le plan épidémiologique. En Suisse, comme ailleurs en Europe, les populations originaires de l'Afrique subsaharienne sont les plus touchées par le VIH/sida (Simonson *et al.*, 2015), comparativement à la population suisse, mais également aux migrant-e-s d'autres origines. En Suisse, 27% des nouvelles infections par voie hétérosexuelle concernent les personnes issues de la migration subsaharienne, alors que cette population ne représente que 1% environ de la population résidente (Ruggia *et al.* 2013). À cela s'ajoute qu'une proportion importante de ces migrant-e-s est infectée après son arrivée dans le pays

d'accueil comme le montrent les études européennes récentes (Alvarez-Del Arco *et al.*, 2017). Ces constats se traduisent par des politiques de prévention destinées aux populations migrantes qui sont tenaillées entre des actions ne répondant pas aux besoins particuliers de ces dernières et la mise en place d'interventions qui risquent de les stigmatiser. C'est d'ailleurs pour cette raison que, dans ce domaine, l'utilisation de l'approche communautaire, à savoir les programmes destinés à des populations spécifiques, fait l'objet de débats (Singy/Guex, 2008). Si cette approche s'inscrit bien dans un des modèles de travail social en lien avec les populations migrantes (Bolzman, 2009), dès lors que la problématique de la sexualité et du VIH/sida y est associée, son efficacité est remise en cause. Cela tient à la stigmatisation qui résulte de l'association entre migration et VIH/sida, particulièrement forte à l'égard des populations en provenance de la région subsaharienne, et qui risque d'exposer les personnes séropositives à différentes formes de discrimination (Marsicano *et al.*, 2016).

### **Protection descendante : des parents concernés par les conséquences sociales de la sexualité juvénile**

Si la communication sur la sexualité n'est ni aisée, ni fréquente dans les familles suisses ou issues de la migration, indépendamment de l'origine (Kunz/Roth, 2018), il apparaît néanmoins clairement que la sexualité est très peu discutée ou problématisée dans les familles des jeunes rencontrés dans notre enquête (Sulstarova *et al.*, 2019). Dans l'espace familial, la sexualité est un thème «*tabou*», selon l'expression utilisée par bon nombre d'interviewé·e·s. Comme plusieurs travaux menés en Afrique subsaharienne le montrent aussi (Bastien *et al.*, 2011, Vilanculos/Nduna, 2017), il s'agit d'un sujet symboliquement et émotionnellement chargé, qui fait implicitement référence à des codes culturels et à des normes morales présentes dans les familles, mais dont on ne parle que très rarement. Le «*respect*» envers les parents ou la «*pudeur*» sont cités par les jeunes rencontrés comme des raisons qui freinent la parole et souvent empêchent les discussions ou transferts d'informations autour de la sexualité. Les interviewé·e·s parlent d'une communication peu explicite qui n'affronte pas directement les thèmes liés à la santé sexuelle, mais qui est ponctuée par des remarques, des paraboles ou des détours de langage. La sexualité et ses risques sont abordés sous la forme de narrations exposant des cas généraux ou au contraire d'exemples à éviter. Ces modalités communicationnelles sont en priorité mobilisées par les parents qui désirent protéger leurs enfants des éventuels risques sociaux conséquents à une sexualité active. Ce qui inquiète les parents,

c'est que leurs enfants aient une vie intime non conforme à leurs principes moraux (virginité, hétérosexualité, partenaire de la même origine, etc.), que la sexualité de ces derniers soit connue au sein de la communauté africaine et que la mauvaise réputation (notamment des filles) puisse nuire à l'image de la famille.

Les messages de prévention qui portent sur les risques médicaux des comportements sexuels sont beaucoup plus rares et principalement assumés par les mères qui s'adressent en priorité aux filles. Ils prennent la forme d'alertes normatives, souvent prononcées dans la langue d'origine. Le choix de la langue sert à transmettre, en même temps que des messages de contenu, aussi une émotion, une valeur morale censée rappeler une règle de conduite à suivre. (Sulstarova et al., 2019)

*Mettre en garde pour éviter les rapports sexuels en dehors des cadres moraux attendus*

Si, aux dires de nos jeunes interviewé-e-s, dans de nombreuses familles on ne discute pas directement et clairement de santé sexuelle (protection, contraception, risques de grossesse précoce ou d'IST, excision, circoncision), c'est parce que la norme transmise veut qu'il n'y ait pas de relations sexuelles prémaritales.

*«Nos parents, ils nous ont dit «il faut pas de sexe avant le mariage», [...] ils disent aussi «il faut avoir, enfin, quand on est sûrs d'avoir trouvé la bonne personne, on va avoir des pratiques et juste avec cette personne».» (Clara, 23 ans, née en Suisse de parents originaires du Cap-Vert)<sup>6</sup>*

Parler de sujets intimes reviendrait pour les parents à inciter les jeunes à entrer dans la sexualité avant le mariage, ce qui n'est pas acceptable à leurs yeux, les pratiques sexuelles étant réservées aux époux. Socialisés à la norme de virginité, les parents tendent à reproduire cette valeur en contexte de migration et à l'inculquer à leurs enfants (Hamel, 2006). Même si elle est aussi évoquée par quelques jeunes hommes, cette norme revient avec force et récurrence dans les récits des femmes qui soulignent l'importance qu'elle revêt pour leur maman notamment. Transmise de mère en fille, elle est interprétée par les jeunes femmes comme «quelque chose» qui pour les mères «doit continuer comme ça». Ces dernières deviennent en quelque sorte les garantes de l'honneur familial, puisque «la virginité de la jeune fille n'est pas considérée comme une propriété ou un état personnel qui n'implique que celle-ci, [...] l'ensemble de la famille se considère impliqué, et revendique la propriété et la protection» (Zemmour, 2002: 65–66). Si

la responsabilité de l'éducation sexuelle est principalement déléguée aux mères, c'est parce qu'elle est destinée aux jeunes femmes, dont l'irrespect des règles en matière de sexualité met en péril l'image de toute la famille. Dès lors, les risques dont il faut se protéger – et protéger ses enfants – sont d'ordre social et moral.

Une part de non-dits autour de la sexualité semble être également un stratagème adopté par les parents pour se convaincre que leurs enfants se conformeront aux comportementaux attendus: n'avoir des relations sexuelles qu'après le mariage.

*«Je pense qu'il y a une certaine pudeur, parce qu'on est des filles, et dans la logique des choses, une fille, elle attend d'être mariée pour coucher avec son mari, dans l'idéal. Mais après, ma mère, elle sait que techniquement, nous on ne va pas attendre le mariage. Enfin voilà, elle reste dans un certain idéal et elle ne veut pas savoir ce qu'on fait, en fait. Elle se cache la vérité, je pense.»*  
(Syra, 22 ans, née en Suisse de parents originaires du Congo)

#### *Déjouer les risques sociaux liés à une grossesse hors mariage*

En dépit de l'importance accordée à la virginité, plusieurs jeunes femmes relatent que le thème des grossesses précoces a été abordé lors de l'arrivée de leurs premières règles, même si très brièvement ou de manière indirecte. Les discours des mères rapportés par les interviewées soulignent le corps sexué: *«Elle m'a dit <maintenant tu es une femme>»* et le corps sexuel *«tu peux tomber enceinte»*. C'est en priorité pour protéger les jeunes femmes d'un poids économique et d'une éventuelle marginalisation sociale que les parents mettent en garde leurs filles contre une grossesse non désirée, arguant qu'elle pourrait léser leur parcours de formation et insertion professionnelle. Sur ce point, la différence entre filles et garçons est importante, ces derniers rapportent rarement des mises en garde contre le risque d'une éventuelle paternité non désirée.

*«Chez nous [dans notre famille], c'est plutôt faire des études, avoir une relation stable avant de penser à ce genre de choses. Il faut pas qu'on s'engage, on tombe enceinte et puis au niveau de la formation c'est compliqué, on laisse tomber et... on dépend de l'homme quoi.»* (Olga, 22 ans, née au Togo, arrivée en Suisse à 11 ans)

Si les désavantages socio-économiques liés à une grossesse précoce ne sont certainement pas des arguments avancés uniquement par les parents issus de la migration, l'expérience migratoire modifie la donne. En effet, on sait que l'ascension sociale transgénérationnelle est spécialement attendue dans ces familles (Brinbaum/Delcroix, 2016). Une grossesse non planifiée viendrait sinon compromettre, du moins freiner l'insertion professionnelle, alors que l'origine ethnique est déjà considérée par plusieurs interviewé·e·s comme une entrave à l'intégration en Suisse. Par ailleurs, les signes manifestes d'une grossesse à un jeune âge en dehors d'une relation matrimoniale viendraient selon ces derniers renforcer les stéréotypes racistes qu'ils perçoivent dans la population locale.

### *Préserver l'honneur familial et contrôler la réputation des filles*

Une autre raison qui, selon les jeunes, pousse les parents à tenter de freiner l'entrée dans la sexualité de leurs enfants est liée à la dimension morale de cette dernière. Il s'agit ici de protéger les jeunes – notamment les filles – d'un acte qui pourrait être vu comme moralement déviant et socialement stigmatisant, surtout au sein des communautés d'origine. Le risque encouru est de se voir attribuer une réputation de «*filles faciles*», ou de «*filles qui ne savent pas ce qu'elles veulent*». Dans la plupart des cas, la sexualité n'est pas considérée par les parents comme une pratique individuelle liée à des choix personnels et orientée vers le plaisir, conformément aux droits sexuels : elle est subsumée à la mise en couple, au mariage et à la procréation. Extraire la sexualité de ce contexte est interprété comme la preuve d'une moralité douteuse. C'est pour cette raison, nous disent les jeunes, que les parents aspirent à les protéger du risque moral. Ils veulent les préserver de la honte sociale et empêcher que l'honneur familial soit entaché. Ce faisant, les adultes tentent aussi de défendre leur image parentale, en évitant que les actions de leurs enfants puissent être interprétées comme une incapacité à se présenter comme des parents respectables, autrement dit à respecter et qui se font respecter. Certaines jeunes filles nous ont confié que leurs parents les ont menacées de sanctions (l'opprobre ou l'exclusion) dans l'éventualité d'une grossesse non désirée. «*Elle me disait même <le jour où tu tombes enceinte, tu es dehors>. Comme ça*» (Mégane, 19 ans, née au Cameroun, arrivée en Suisse à 9 ans).

Là encore, garçons et filles ne sont pas soumis aux mêmes attentes, et de fait, aux mêmes pratiques de protection. Les efforts des parents sont adressés aux filles anticipant leur trajectoire maritale future, comme le soulignent les jeunes qui attribuent ces conceptions à l'«*éducation*», à la

«*culture*» ou à la «*religion*». Les raisons susceptibles d'expliquer ces formes de protection à la fois normatives et parfois lacunaires – en ce qui concerne la santé sexuelle – sont plurielles. Tout d'abord, les jeunes semblent indiquer que les ressources des parents en termes d'informations médicales (transmission des IST, moyens de protection, etc.) et de langue (méconnaissance des termes techniques de la sexualité en français) sont limitées. Ensuite, leur socialisation dans le pays d'origine semble centrale. En effet, les jeunes font état des différences qu'ils ou elles ont constaté avec leurs ami·e·s suisses ou né·e·s en Suisse dont les parents sont présentés comme étant plus ouverts à parler de sexualité. Les jeunes qui ont grandi en Suisse notamment, ont tendance à qualifier les idées transmises par leurs parents d'«*anciennes*», de «*vieilles*» voire «*du Moyen-Âge*», ou tout au moins «*déca-lées*» avec l'actualité vécue en contexte migratoire.

#### *Quelle protection et prévention des risques médicaux ?*

Dans certains cas, plutôt rares, les mères accompagnent leurs filles chez le gynécologue, pour que celles-ci se procurent la pilule contraceptive, si elles craignent une grossesse précoce. Ce premier rendez-vous médical inaugure l'inscription de la sexualité féminine dans un contexte médicalisé (Giarni, 2007). Cependant, hormis ces exceptions, les interventions des parents en matière de santé sexuelle ne relèvent pas de la prévention au sens strict du terme, mais plutôt de l'intervention ponctuelle en cas d'accidents ou de «*conséquences*» d'une sexualité active, pour emprunter le terme d'une interviewée. Les parents gèrent les situations au coup par coup. S'ils abordent le sujet de la sexualité, c'est parce qu'ils en repèrent certains signes chez leurs enfants, comme la découverte de préservatifs ou de la pilule à la maison, ou qu'il y a un problème médical à régler (dysfonction gynécologique, grossesse non désirée, traitements médicaux).

Quant aux IST, elles ne sont que rarement évoquées dans les familles. Selon les jeunes, cela tient essentiellement au manque d'information des parents. Les quelques mères qui abordent ce sujet vivent en Suisse depuis de nombreuses années, sont les plus formées de l'échantillon ou le font en référence à un cas de maladie sexuellement transmissible connu par la famille. Quoiqu'il en soit, les discussions ne sont pas approfondies.

*«À partir de 18 ans, ma maman elle m'a donné des préservatifs, et puis elle m'a dit 'bon bah voilà, t'es un homme, ça peut arriver que tu aies des relations sexuelles et des choses comme ça. Fais attention, il y a des maladies qui peuvent arriver... et tu es très jeune, fais attention'. Et du coup c'était beau-*

*coup de prévention* (fais attention, fais attention, fais attention).» (Grégoire, 23 ans, né au Ghana, arrivé en Suisse à 2 ans)

Dans les échanges, les IST sont évoquées comme une catégorie générale, car, selon les jeunes, leurs parents n'en connaissent pas le répertoire. Il en va quelque peu différemment du VIH/sida, maladie considérée comme «*la pire*», «*celle qui fait le plus peur*» et connue par les parents qui très fréquemment ont côtoyé une personne atteinte. Malgré cela, nous disent les jeunes, ce sont les mises en garde qui priment sur les explications ou les discussions.

### **Autoprotection : une sexualité active mais secrète**

De quoi et comment les jeunes se protègent-ils? Bien que conscients des attentes de leurs parents par rapport à la sexualité, la majorité des jeunes interviewé·e·s ne renoncent pas pour autant à une vie sexuelle et agissent donc à l'encontre des prescriptions parentales. Ils et elles ont tendance à considérer le fait d'être en contexte de migration comme une «*chance*», estimant pouvoir vivre avec plus de liberté leur sexualité que s'ils ou elles étaient né·e·s ou étaient resté·e·s dans leur pays d'origine.

*«Je dirais que ma sexualité s'est réveillée assez tôt. Et je pense que, justement, j'ai la chance d'être en Suisse, parce que je pense que toutes ces expériences, je n'aurai pas pu les faire au Cameroun. Du coup, ça me permet pas mal... un champ libre en fait!»* (Mélissa, 23 ans, née au Cameroun, arrivée en Suisse à 6 ans)

Les représentations de la sexualité qui accordent de la place au «*désir*» et au «*plaisir*», en ligne avec la perspective promue par les droits sexuels, concernent notamment les jeunes né·e·s en Suisse ou arrivé·e·s en bas âge. Ces représentations se construisent en effet dans les échanges sur la sexualité que les interviewé·e·s ont avec leurs ami·e·s, le plus souvent de même sexe mais pas de la même communauté, considéré·e·s comme les interlocuteurs et interlocutrices privilégié·e·s avec qui partager leurs expériences et points de vue sur ce sujet. C'est aussi avec les ami·e·s que les jeunes discutent des moyens de se protéger et des éventuels risques médicaux (Viliani et al., 2019).

*Tenter de protéger sa santé*

Pour tenter de protéger leur santé sexuelle, les jeunes initié·e·s à la sexualité mobilisent des connaissances qui leur viennent des campagnes d'information suivies à l'école, d'Internet, mais surtout des échanges avec les ami·e·s de même sexe. Si seul·e·s huit jeunes déclarent un usage systématique du préservatif, la grande majorité en fait usage lors de relations occasionnelles, alors qu'en cas de relations stables, c'est la pilule qui est privilégiée (Mellini *et al.*, 2019). Pour en obtenir l'ordonnance, les filles interviewées s'adressent plutôt aux plannings familiaux, cadres dans lesquels, selon elles, l'anonymat est davantage protégé, ce qui est particulièrement important lorsqu'il s'agit de cacher sa sexualité aux parents.

Le premier risque dont les jeunes disent se protéger est celui d'une grossesse non désirée, et ce tant du côté des filles que des garçons. Dans la même lignée que leurs parents, les désavantages en cas de grossesse non désirée sont mis en avant.

*«C'était pas la préoccupation [les IST] on va dire, parce que j'ai vu des reportages où l'enfant, ça change complètement ta vie, je veux dire le système judiciaire est contre les hommes [...]. La plus grosse préoccupation, quand je discute avec mes amis hommes, ce n'est pas la maladie en soi, même si c'est une problématique, mais c'est la grossesse parce que après tu ne contrôles plus ta vie, ta vie est bousillée.»* (Jibril, 21 ans, né en Somalie, arrivé en Suisse à 8 ans)

Chez la plupart des jeunes, la crainte d'une grossesse non désirée l'emporte sur la peur de contracter une IST (y compris le VIH). Cela tient au fait que la première n'est pas dissimulable dans le temps et vient souligner une vie sexuelle active et potentiellement stigmatisante, alors qu'une IST peut être plus aisément cachée. Cette hiérarchisation des peurs contribue à ce que, dans bien des cas, l'utilisation du préservatif passe au deuxième plan, exposant les jeunes au risque d'infections (Mellini *et al.*, 2019)<sup>7</sup>. Les raisons pour ne pas utiliser le préservatif sont le manque de confort ressenti (notamment du côté des garçons), les connaissances lacunaires sur les IST et les relations asymétriques en défaveur des jeunes femmes au sein des couples. À cet égard, il est intéressant de signaler que si la responsabilité de la protection – et partant, les conséquences de l'acte sexuel – pèse plus sur les jeunes femmes que les jeunes hommes, nombre d'entre elles, surtout celles arrivées en Suisse après leurs 12 ans, rencontrent des difficultés à exiger le préservatif de la part de leurs partenaires. Paradoxalement, même si celles-ci

paraissent plus conscientes des enjeux de se protéger, le soin de se procurer des préservatifs est encore largement laissé aux partenaires masculins.

Par rapport au sida, les jeunes arrivé·e·s en Suisse après l'âge de 12–14 ans se réfèrent à leur représentation de la maladie pour évaluer les risques de contracter le VIH et décider de se protéger. N'ayant pas eu l'occasion de rencontrer des individus avec des marques physiques de la maladie (maigreur, tâches sur la peau, motricité réduite, etc.) comme c'était le cas dans leur pays, certains jeunes vont jusqu'à se demander si le VIH/sida existe en Suisse (Poglia Mileti *et al.*, 2019). Cela dénote encore une fois l'importance de considérer le point de vue des acteurs et les dimensions sociales de la sexualité pour en appréhender correctement les risques.

### *Taire sa sexualité pour protéger son image*

Ayant intégré les attentes normatives des parents en matière de sexualité, les enfants craignent les jugements en cas de pratiques intimes contraires aux codes sociaux, culturels et religieux en vigueur dans le contexte familial. Cela explique pourquoi il est difficile pour les jeunes d'aborder la thématique de la sexualité ou de parler de vie intime avec leurs parents.

*«C'est vraiment un sujet qu'on évite; moi aussi je suis quelqu'un qui se bloque, qui n'aime pas en parler, de peur qu'elle [sa mère] dise «ah, mais, c'est pas bien ce que tu fais». J'ai peur, en fait, qu'elle juge mes comportements. J'ai un peu l'impression que des fois elle est dans la critique, donc moi je ne veux pas qu'elle me juge non plus, donc, je préfère ne pas lui en parler.»* (Emma, 25 ans, née en Suisse de parents originaires du Cap-Vert)

Pour ne pas ternir leur image aux yeux des parents, les jeunes évitent de se confier sur leur vie sexuelle ou cherchent activement à la cacher. S'inscrivant dans une forme d'agir secret (Mellini *et al.*, 2016), ils mobilisent deux catégories principales de stratégies pour cacher leur sexualité: les stratégies de dissimulation et les stratégies de couverture (Goffman, 1975). Les stratégies de dissimulation consistent à effacer les signes de leur activité sexuelle comme les préservatifs, les contraceptifs oraux et les consultations gynécologiques.

*«Ah, oui, je devais les cacher [les préservatifs]. Ma mère... elle range toujours ma chambre... elle plie les habits et tout [il rit] et j'essaie de trouver des endroits discrets comme dans des classeurs, dans mes affaires d'école ou dans mon sac d'école.»* (Abel, 20 ans, né en Erythrée, arrivé en Suisse à 17 ans)

Les stratégies de couverture, quant à elles, consistent à donner des justifications aux indices qui pourraient laisser croire à une sexualité active, en les remplaçant par des descriptions de pratiques jugées moins répréhensibles. Par exemple, on couvre les sorties chez son partenaire sexuel avec des sorties chez des membres de la famille élargie ou des ami-e-s, ou on utilise des termes ambigus comme celui de «*petit copain*», concept que certains parents n'associent pas à des relations de couple, cette réalité n'étant pas commune dans leur pays d'origine.

### **Protection ascendante : quand les jeunes préservent leurs parents**

Lorsque les jeunes se protègent des risques sexuels, cela ne se fait pas seulement dans une logique d'autoprotection : ils protègent également les parents des risques émotionnels, moraux et sociaux liés à la sexualité. C'est ce que nous désignons par le terme de protection ascendante. Si ces pratiques concernent aussi bien les garçons que les filles, elles sont néanmoins davantage relevées par les jeunes femmes interviewées.

Nombreuses sont les femmes qui nous ont confié devoir cacher leur sexualité à leurs parents, afin de les protéger de la déception et des souffrances émotionnelles que leur comportement pourrait susciter. Pour comprendre ces réactions des parents (ma mère était «*fâchée*», «*très énervée*», «*déçue*»), analysons ce qui se passe quand, malgré toutes les précautions prises, les parents découvrent des signes de pratiques sexuelles chez leurs enfants, telle que «*la plaquette*» de contraception orale.

*«Moi j'ai vraiment jamais osé parler de sexualité avec ma maman. Après, ma maman, comme elle fouille un peu partout, elle est allée ranger ma chambre et puis elle est tombée sur plein de choses. Puis, bah ça lui a fait beaucoup de peine d'apprendre que j'avais déjà des relations sexuelles, alors qu'elle pensait que j'en avais pas. [...] Elle m'a dit je ne pensais pas que tu étais capable de faire ça!». » (Anaïs, 21 ans, née en Suisse de parents originaires d'Angola)*

La mère modifie la vision de sa fille et par son comportement lui signifie – même si rien n'est dit explicitement – qu'elle est coupable de ne plus être la jeune femme irréprochable qu'elle était du point de vue moral. La sexualisation des enfants enfreint les codes de conduite attendus et engendre des sentiments de trahison.

Les enfants essaient également de protéger leurs parents du regard que peuvent porter les membres de leur communauté sur la sexualité des

jeunes, celle-ci étant perçue comme un signe de faillite de la mission parentale.

*« Concrètement, ce qui se dit, c'est que c'est une fille facile, il faut pas traîner avec elle. Elle a des relations sexuelles avec beaucoup de garçons, donc, qui dit beaucoup de garçons dit que ces relations ne sont pas dans le contexte d'une relation sérieuse avec un garçon. »* (Laila, 22 ans, née au Burundi, arrivée en Suisse à 4 ans)

À l'égard des membres de la communauté d'origine en contexte migratoire, dans la suite de sa réflexion, Laila évoque la crainte que les parents ne soient le sujet de commérages qui visent particulièrement les filles<sup>8</sup>.

*« Dans la communauté, il y aussi des filles qui sont plus âgées que moi et c'est des filles qui ont vraiment envie de vivre leur sexualité librement. Et à partir du moment où elles le disaient à des copines [...] il y a des gens qui ont forcément parlé, qui ont forcément dit des choses qui font qu'elles ont eu une réputation de filles faciles, des dévergondées, etc. [...] Ça venait de la bouche de ma mère, en me disant « il faut pas devenir comme ces filles, c'est des dévergondées ». »* (Laila, 22 ans, née au Burundi, arrivée en Suisse à 4 ans)

Les jeunes femmes souhaitent protéger leurs parents de la mauvaise réputation qui peut leur être attribuée si elles s'écartent de la norme (un seul partenaire pour la vie, « *la bonne personne* »). C'est par exemple le cas de Mélissa qui estime que sa vie sexuelle serait désapprouvée dans sa communauté d'origine et qu'elle risquerait d'entacher l'honneur familial si elle était dévoilée. Elle met donc en œuvre des stratégies pour éviter que sa famille ait à gérer la mauvaise réputation dont elle ferait l'objet, si ses expériences sexuelles étaient connues par les membres de la communauté.

*« Et le fait aussi que je ne sois pas trop dans la communauté, enfin... je n'essaie pas trop de sortir avec des garçons de la communauté, pour justement éviter qu'il y ait des rumeurs ou des histoires qui remontent jusqu'à ma famille. »* (Mélissa, 23 ans, née au Cameroun, arrivée en Suisse à 6 ans)

Pour épargner à leurs parents d'éprouver des sentiments de déception et de honte ou d'être confrontés à la réprobation, les jeunes usent donc d'une communication euphémisée ou dissimulent les traces de leur sexualité : ils et elles la taisent et en cachent les indices (sorties, partenaires, pilules, pré-

servatifs, rendez-vous médicaux, etc.) même si c'est au prix de leur propre protection (autoprotection) face aux risques de grossesses non désirées ou de IST.

### **Conclusion : le travail social entre enjeux de santé et défis d'un terrain intime et sensible**

Nos résultats montrent que dans le domaine de la sexualité, la protection au sein des familles issues de la migration subsaharienne se déploie selon trois logiques : descendante, ascendante, autoprotection. Si les jeunes mobilisent les connaissances acquises à l'école, sur internet et dans les échanges avec les ami·e·s pour protéger leur santé sexuelle (autoprotection), dans les formes de protection descendante et ascendante, ce sont les risques sociaux et moraux liés à la sexualité qui orientent les pratiques.

Aucun jeune dit avoir été instruit par ses parents à une sexualité apte à promouvoir le désir et le plaisir dans le respect de soi et de l'autre, ou avoir été clairement informé des mesures de protection afin de pouvoir vivre librement sa sexualité. En effet, la crainte des conséquences sociales d'une vie sexuelle active (stigmatisation, exclusion) freine la possibilité d'agir sur les risques médicaux, puisque ceux-ci ne peuvent pas être discutés ouvertement par des messages de prévention clairs.

Cela peut amener les jeunes à adopter des comportements sexuels à risque, car le fait de devoir cacher leur sexualité à leur famille les limite dans l'accès et la disponibilité des moyens de protection. Les résultats montrent également un fort décalage entre les attentes à l'égard des filles – très normées – et celles à l'égard des garçons. Les questions de protection sexuelle sont gérées comme des affaires de femmes : de mère à fille. Dans les quelques cas où les attentes à l'égard des garçons se font plus explicites, il s'agit de familles décrites par les jeunes comme pratiquantes du point de vue religieux, et ce indépendamment de la religion pratiquée.

Ainsi, les dynamiques familiales de communication autour de la sexualité ne peuvent se comprendre que si l'on tient compte à la fois de la perspective des parents et de celle des jeunes. Cela est d'autant plus important pour les jeunes issu·e·s de la migration qui se trouvent confronté·e·s à des injonctions contradictoires. Dès lors, les défis auxquels le travail social doit faire face ne se limitent pas seulement à la difficulté d'intervenir sur des questions privées qui soulèvent des enjeux de santé, ce qui peut être perçu par les personnes concernées comme une intrusion dans leur sphère familiale. Ils touchent aussi aux pratiques professionnelles, qui ont tout à gagner à adopter des approches compréhensives et holistiques qui tiennent compte des particularités des populations migrantes, sans les réduire à

leurs origines ethniques ou à céder à des explications culturalistes. Si les modèles éducatifs conçus et gérés par les parents envers d'autres parents (éducation par les pairs) font de plus en plus d'adeptes, les résultats présentés ici suggèrent également d'intervenir auprès des jeunes, en renversant le regard sur les rapports de génération, selon le principe de la « transmission à rebours »<sup>9</sup>. Les enfants pourraient alors devenir des agents de socialisation familiale en matière de santé sexuelle.

### Références bibliographiques

- Alvarez-Del Arco, Debora, Fakoya, Ibidun, Thomadakis, Christos, Pantazis, Nickos, Toulomi, Giota, Gennotte, Anne-Françoise et al. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries, *AIDS*, 31(14), 1979–1988.
- Attias-Donfut, Claudine (2000). *Génération et âges de la vie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bastien, Sheri, Kajula, Lusajo J., & Muhwezi, Wilson W. (2011). A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*, 8(1), 25–41.
- Bolzmann, Claudio (2009). Modèles de travail social en lien avec les populations migrantes : enjeux et défis pour les pratiques professionnelles. *Pensée plurielle*, 21(2), 45–51.
- Bourne, Adam H. & Robson, Margaret A. (2009). Perceiving risk and (re)constructing safety: the lived experience of having “safe” sex, *Health, Risk & Society*, 11(3), 283–295.
- Bresson Maryse (2013). Les populations: qui est vulnérable?, in Bresson M., Geronimi V. et Pottier N. (dir.), *La vulnérabilité: questions de recherche en sciences sociales*. Fribourg: Academic Press, p. 19–22.
- Brinbaum, Yaël & Delcroix, Catherine (2016). Les mobilisations familiales des immigrants pour la réussite scolaire de leurs enfants, *Migrations Société*, 28(164), 75–97.
- Clair, Isabelle (2008). *Les jeunes et l'amour dans les cités*. Paris: Armand Colin.
- Corbin, Julien & Strauss, Anselm (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elton, Lotte, Palmer, Melissa & Macdowall, Wendy (2018). Birth order and parental and sibling involvement in sex education: A nationally-representative analysis, *Sex Education: Sexuality, society and learning*, [en ligne].
- Flores, Dalmacio & Barroso, Julie (2017). 21<sup>st</sup> Century Parent-Child Sex Communication in the U.S.: A Process Review, *Journal of Sex Research*, 54(4–5), 532–548.
- Giami, Alan (2007). Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980), *Sexologies*, 16(3), 219–229.
- Giami, Alan (2002). Sexual health: the emergency, development, and diversity of a concept, *Annual review of Sex research*, 1–35.
- Goffman, Erving (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.
- Hamel, Christelle (2006). La sexualité entre sexisme et racisme: les descendantes de migrant-e-s du Maghreb et la virginité, *Nouvelles Questions Féministes*, 25(1), 41–58.
- Jerves, Elena, López, Silvia, Castro, Cecilia, Ortiz, William, Palacios, María, Rober, Peter & Enzlin, Paul (2014). Understanding parental views of adolescent sexuality and sex education in Ecuador: a qualitative study. *Sex Education: Sexuality, society and learning*, 14(1), 14–27.

- Käppeli, Manuela, Fagnoli, Vanessa & Charmillot, Maryvonne (2016). « Premiers résultats de l'étude : Perceptions et pratiques de l'éducation sexuelle informelle ». Communication présentée au Colloque national *Les droits sexuels en tant que base à l'éducation sexuelle en Suisse*, Genève, 16.09.2016.
- Kaufmann, Jean-Claude (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- Kunz, Daniel & Roth, Nikola (2018). Les perceptions des jeunes, des parents et du personnel enseignant sur l'éducation sexuelle et les droits à la maison et à l'école. Communication présentée au Colloque national *Parler des droits sexuels à l'école: une évidence, un idéal ou un luxe?*, Fribourg, 07.09.2018.
- Lobet, Delphine & Cavalcante, Lidia Eugenia (2014). Transmissions à rebours, filiation inversée, socialisation ascendante: regards renversés sur les rapports de générations. *Enfances Familles Générations*, 20, [en ligne].
- Marsicano, Élise, Hamelin, Christine & Lert, France (2016). Ça se passe aussi en famille : Les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH/sida en France. *Terrains & travaux*, 29(2), 65–84.
- Mellini, Laura, Poglia Miletì, Francesca & Villani, Michela (2016). « Migrants et séropositives en Suisse : les stratégies de l'agir secret », *Interrogations ?*, 22, [en ligne].
- Mellini, Laura, Poglia Miletì, Francesca, Sulstarova, Brikela, Villani, Michela & Singy, Pascal (2019). HIV risk-taking behaviors and intimate relationship contexts among young sub-Saharan African immigrants, *International Journal of Sexual Health*.
- Organisation mondiale de la Santé, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. Consulté le 15 janvier 2019.
- Poglia Miletì, Francesca, Mellini, Laura, Sulstarova, Brikela, & Villani, Michela (2019). Exploring barriers to consistent condom use among sub-Saharan African young immigrants in Switzerland, *Aids Care*, 31(1), 113–116.
- Ruggia, Luciano, Bize, Raphaël, Dubois-Arber, Françoise (2013). A Swiss behavioral surveillance survey among sub-Saharan Africa migrants living in Switzerland, with and for the African community. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, 129, [en ligne].
- Simonson, Thomas, Dubois-Arber, Françoise, Jeannin, André, Bodenmann, Patrick et Bize, Raphaël (2015). Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013–2014, *Raisons de santé*, 248. Lausanne: IUMSP.
- Singy, Pascal & Guex, Patrice (dir.) (2008). *Communication et médecine. La prévention du sida auprès des populations migrantes d'origine subsaharienne*. Limoges: Lambert-Lucas.
- Spencer, Brenda, So-Barazetti, Barbara & Glardon, Marie-Jo (2001). Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/SIDA et d'éducation sexuelle à l'école, *Raisons de santé*, 66. Lausanne: IUMSP.
- Sulstarova, Brikela, Poglia Miletì, Francesca, Mellini, Laura, Villani, Michela & Singy, Pascal (2019). Parler de sexualité: le point de vue des jeunes migrant·e·s subsaharien·ne·s, *Actes du colloque de la Société Internationale de Linguistique Fonctionnelle (S.I.L.F.)*.
- Vilanculos, Esmeralda & Nduna. Mzikazi (2017), "The child can remember your voice": parent-child communication about sexuality in the South African context. *African Journal of AIDS Research*, 16(1), 81–89.
- Villani, Michela, Poglia Miletì, Francesca, Mellini, Laura et Sulstarova, Brikela (2019). Jeunes issues des migrations subsahariennes en Suisse et socialisation sexuelle: l'émancipation des rapports de genre à l'épreuve des écarts entre générations. *Anthropologie et développement*.

Voide Crettenand, Gilberte (2017). Les droits sexuels dans l'éducation informelle. *Reiso*, [en ligne].

Wooden, Cherie L. & Anderson, Frances R. (2012). Engaging parents in reproductive health education: Lessons learned implementing a parent designed, peer-

led educational model for parents of pre-teens, *American Journal of Sexuality Education*, 7(4), 461–473.

Zemmour, Zine-Eddine (2002). Jeune fille, famille et virginité. Approche anthropologique de la tradition, *Confluences Méditerranée*, 41(2), 65–76.

### Annotations

- 1 <https://www.aids.ch/fr/nos-activites/projets/migration.php>
- 2 Sur la construction biomédicale du risque voir Adam Bourne et Margaret Robson (2009).
- 3 Enquête JASS menée de janvier 2016 à décembre 2018 (*Jeunes migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et Santé Sexuelle*), financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (subside 100017\_162382). Équipe: Laura Mellini, Francesca Poglia Mileti, Pascal Singy, Brikela Sulstarova et Michela Villani.
- 4 <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. Consulté le 5 février 2019.

- 5 <https://www.bag.admin.ch/educationsexuelle>. Consulté le 10 février 2019.
- 6 Prénoms fictifs.
- 7 Si la plupart des rapports non protégés sont survenus dans le cadre de relations de couple, d'autres contextes relationnels sont également concernés, tels que les «*amitiés améliorées*», les «*plans culs*», et les «*coups d'un soir*», pour reprendre les mots des jeunes interview·é·e·s (Mellini *et al.*, soumis).
- 8 Isabelle Clair (2008) a analysé en profondeur les «*mécanismes de l'étiquetage*» à l'œuvre chez les «*jeunes de cité*».
- 9 Selon l'expression d'Attias-Donfut (1991) remise à jour par Lobet et Cavalcante (2014).