



HAL
open science

Intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception

Julie Tressol

► **To cite this version:**

Julie Tressol. Intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01087697

HAL Id: dumas-01087697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087697>

Submitted on 26 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**Intérêts et limites des pratiques et des
outils pédagogiques utilisés dans le
cadre de l'éducation des adolescents
à la sexualité et la contraception**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
Julie TRESSOL
Née le 27 Septembre 1990
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Année 2014**

Nous tenons ici à remercier Pascale Ressouche,
Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Bernard Slusarczyk et
Verlaine Duvigneau pour leur compétence et leur soutien
dans la rédaction de ce mémoire.

SOMMAIRE

Introduction	p.2
Première Partie : Revue de la littérature	p.6
1- L'adolescence	p.7
2- La contraception	p.10
3- L'éducation à la sexualité	p.14
Deuxième Partie: Méthodologie	p.21
1- La population étudiée	p.22
2- Analyse statistique descriptive des résultats	p.23
2.1- Analyse descriptive des réponses aux questions fermées	p.24
2.2- Analyse descriptive des réponses aux questions ouvertes	p.32
3- Analyse statistique inférentielle des résultats	p.43
Troisième Partie : Discussion	p.57
1- Discussion relative aux questions fermées	p.59
2- Discussion relative aux questions ouvertes	p.62
Conclusion	p. 71
 Bibliographie	
 Annexes	

Introduction

Malgré un accès désormais facilité à la contraception, le nombre de grossesses non désirées en France reste stable. En 2011, une étude portant sur un échantillon représentatif de 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en métropole conclut à un recours à l'IVG pour 14,8% d'entre elles. Chez les mineures, ce nombre augmente même d'un point. Ces statistiques concernant les adolescentes interrogent. Comment expliquer aujourd'hui un tel pourcentage de grossesses involontaires parmi ce public? Est-il corrélé à un manque de connaissance des divers moyens de contraception? S'explique-t-il par un recours insuffisant à ces contraceptifs?

Une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie en 2009 apporte quelques éléments de réponse. Elle met notamment en avant la permanence de "fausses croyances" chez les jeunes. Ceux-ci ne connaissent que très peu de méthodes contraceptives alternatives à la pilule et au préservatif. Ils méconnaissent également les façons de s'en procurer gratuitement.

Au regard des efforts déployés par les gouvernements successifs au cours des trente dernières années, cette situation peut paraître étonnante. De nombreuses campagnes de sensibilisation à l'utilisation de moyens de contraception ont en effet été lancées. Et une loi a même été promulguée, celle du 4 juillet 2001, pour permettre à tous les écoliers, collégiens et lycéens de participer à au moins une séance annuelle d'éducation à la sexualité. Des formateurs, essentiellement enseignants ou infirmiers scolaires, tentent ainsi de sensibiliser ces élèves à la contraception et à la sexualité dans le cadre de leur cursus scolaire. Le plus souvent ils s'appuient sur des outils pédagogiques, pour certains proposés par l'Éducation nationale, pour d'autres élaborés par leurs soins.

Pourtant, si l'on en croit les pédagogues, une telle résistance des représentations est assez commune. Car apprendre ne se résume pas à capitaliser des connaissances. Le cerveau n'est pas une boîte vide qu'il s'agit de remplir comme le croyaient les empiristes grecs. Les recherches en sciences de l'éducation ont montré que ce qui limite les apprentissages, c'est moins un manque de connaissances qu'un trop plein de représentations erronées qui empêchent d'en élaborer de nouvelles. Celle, par exemple, qui laisse un adolescent penser qu'il n'est pas utile d'utiliser un préservatif lorsque la

partenaire prend la pilule, négligeant au passage les risques de transmission de maladies sexuellement transmissibles.

Notre double culture, professionnelle et personnelle, nous a alors conduit à tenter de lever un peu le voile sur la persistance de ces représentations erronées. Professionnellement, il nous semble crucial, dans une perspective de santé publique, que les adolescents disposent d'un savoir objectif sur les moyens de contraception et les conditions de leur utilisation. En effet, bien que novice dans la profession, nous avons été plusieurs fois confrontée à des adolescentes en détresse qui venaient solliciter une interruption volontaire de grossesse après un premier rapport sexuel qu'elles pensaient totalement sans risque. Et cette conviction s'est nourrie des échanges avec mes parents enseignants qui n'ont cessé d'interroger leurs pratiques et les outils pédagogiques qu'ils utilisent pour tenter de faire construire des connaissances aux plus résistants de leurs élèves. Nous en sommes ainsi progressivement arrivée à problématiser notre questionnement sous la forme suivante:

Dans quelle mesure les démarches et outils pédagogiques permettent-ils aux élèves de construire des connaissances conformes à ce qu'aimeraient transmettre les sages-femmes en matière de sexualité et de contraception?

Dans le cadre de cette étude, nous ne pouvions raisonnablement prétendre analyser l'ensemble des démarches et outils pédagogiques utilisés durant les séances d'éducation à la sexualité. Une telle approche relève davantage d'une recherche de troisième cycle universitaire. Nous avons donc choisi de nous inscrire dans une démarche prospective qui, en cas de résultats significatifs, pourrait trouver prolongement dans une recherche plus exhaustive. Nous avons alors centré notre attention sur une pratique particulière, celle mise en œuvre au Lycée professionnel Marie Laurencin de Riom (Puy-de-Dôme).

Deux raisons principales ont motivé ce choix. La première est que la séance d'éducation à la sexualité est menée dans cet établissement par une sage-femme. La seconde est que cette professionnelle rattachée au centre de planning familial de Riom met en œuvre une démarche pédagogique qu'elle qualifie de "classique" pour ce genre de séance. Comme nombre de ses collègues, elle s'appuie en effet sur un jeu sérieux qui se présente sous la forme d'un jeu de l'oie. La séance, d'une durée de deux heures, s'adresse à une quinzaine d'élèves. Les lycéens se répartissent en équipes de trois ou quatre joueurs. A

tour de rôle, chaque équipe lance les dés afin d'avancer dans le jeu. Sur chaque case où s'arrête son pion, l'équipe choisit un thème parmi les 6 proposés : relation amoureuse et sexualité, moyens contraceptifs et dérapages de contraception, informations pratiques, situations à risque et IST, grossesse (désirée ou non) et cycle féminin, et enfin corps humain. La sage-femme interroge alors les élèves sur le thème choisi. Ensuite, elle valide les réponses correctes, apportant si besoin des informations complémentaires sur les situations évoquées. Et elle met en débat celles qui sont incomplètes ou inexactes au sein du groupe classe pour progressivement installer un savoir validé. Ce cheminement peut s'opérer au fil des échanges entre élèves. Si ce n'est pas le cas, la sage-femme intervient pour l'institutionnaliser.

Pour mesurer l'effet de cette séance sur les savoirs des lycéens de notre population concernant la sexualité et la contraception, nous avons demandé à chacun de répondre deux fois à un même questionnaire, une première avant la séance et une seconde un mois après. Nous avons ensuite procédé à l'analyse de leurs réponses dans un double objectif. Le premier consiste à faire un état des lieux des connaissances de ces élèves en matière de contraception et de sexualité. Le second cherche à mettre en évidence les intérêts et les limites de la démarche et de l'outil pédagogiques utilisés.

Pour rendre compte de notre travail, nous avons organisé ce mémoire en trois parties. La première présentera la revue de littérature centrée sur l'adolescence, la contraception et l'éducation à la sexualité. La deuxième définira la méthodologie et présentera les résultats de l'étude réalisée. Enfin la troisième sera consacrée à une analyse interprétative de ces résultats.

Revue de littérature

1- L'adolescence

Le substantif *adolescence* est emprunté au latin *adolescere* qui signifie "grandir". Il désigne la phase du développement humain située entre l'enfance et l'âge adulte [1] dont le commencement est marqué par la puberté. Cette période fluctue selon les stimulations culturelles et environnementales de 12 à 18 ans chez la fille et 14 à 20 ans chez le garçon. Caractérisée par le développement de la capacité de reproduction, elle est marquée par de nombreux changements physique, physiologique et psychologique.

Les plus visibles sont évidemment d'ordre physique: apparition de la pilosité, développement mammaire chez les filles, développement de la musculature et augmentation du volume de la verge et des testicules chez les garçons, etc. Les transformations sur le plan physiologique sont, quant à elles, perceptibles mais indirectement, à travers leurs effets. La plupart est en effet liée à des processus hormonaux. Chez les filles, l'œstrogène provoque la menstruation. Chez les garçons, la testostérone déclenche la production de spermatozoïdes. Et les premières comme les seconds ont de fortes chances de connaître l'acné liée à la production de sébum.

La troisième catégorie est moins facile à percevoir. Il a d'ailleurs fallu attendre l'articulation entre le dix-neuvième et le vingtième siècle, et notamment les travaux de Sigmund Freud, pour mieux décoder les bouleversements psychologiques qui s'opèrent à l'adolescence. Durant cette période de transition, l'adolescent doit en effet non seulement s'approprier ce nouveau corps d'adulte, mais il lui faut également renoncer à son corps infantile, jusque là « garant d'une sécurité plus ou moins acquise au cours des années dans les relations de dépendance et d'identification aux images familiales, aux désirs des parents, aux exigences du milieu ». [2] En d'autres termes, c'est une forme de deuil, pour reprendre les propos de Marylise Pompignac Poisson, que doit opérer l'adolescent, celui « de l'innocence pour apprendre le sens de l'engagement et des responsabilités. » [3] Et il doit le faire, précise Annie Birraux, au cœur de changements physiques et physiologiques qui bouleversent ses « repères somatiques les plus tangibles » au point de le rendre méconnaissable à lui-même, tant il se perçoit « maladroit, ingrat, ne sachant plus très bien qui il est, et qui il est en train de devenir » [2] dans cette nouvelle morphologie.

Durant cette phase d'insécurité psychologique, l'adolescent est tenté de se replier sur lui-même, ne plus communiquer voire se révolter. Il vit alors ce que le langage courant

nomme une « crise d'adolescence ». Les psychologues préfèrent à cette expression commune celle de « dysharmonie à l'adolescence ». Car si l'adolescent semble « cultiver un jardin secret dont les adultes sont exclus », il oscille en réalité entre révolte et soumission. Il aspire à la liberté et l'autonomie, mais il a toujours besoin de l'affection et de la protection de ses parents. Il est nostalgique de son enfance, mais en même temps il veut la quitter. Il souhaite devenir adulte autant qu'il le redoute.

Il faut dire que ses aînés ne sont pas d'une grande aide. Nos sociétés occidentales contemporaines ont en effet perdu le sens des rites d'initiation, qui autorisent véritablement un petit d'homme à prendre sa place dans les institutions sociales et surtout à assumer la maturation physique, physiologique et psychologique qui s'opère. Les adolescents d'aujourd'hui sont en quelque sorte abandonnés à leur sort, à ces bouleversements qui ne trouvent guère de répondant symbolique dans les institutions sociales. [4] Ils doivent ainsi gérer par eux-mêmes, dans le meilleur des cas avec l'aide de l'entourage proche, trois types de relations problématiques. Les deux premières, évoquées plus haut, sont celles qu'ils entretiennent avec leur corps transformé, d'une part, et à leur environnement, d'autre part, pris qu'ils sont dans leur quête d'une place nouvelle dans la société, à distance des figures parentales. La troisième, qui n'est pas la moins épineuse, est la relation à la sexualité.

C'est Freud, dans son ouvrage *Trois essais sur la théorie sexuelle*, qui a le premier cerné la spécificité de l'adolescence comme mode d'organisation de la psycho-sexualité. [5] Il a notamment montré que la transformation majeure dans la fonction sexuelle à l'adolescence n'est pas la capacité à procréer mais le désir de la relation sexuelle agie, du passage à l'acte. Or il s'agit d'une situation nouvelle pour le sujet. La sexualité à l'adolescence est une « découverte personnelle », pour reprendre les mots de Winnicott, qu'aucune expérience antérieure n'a rendue familière. [6] Et elle est d'autant plus angoissante que cet inconnu réclame une rupture préalable. Le jeune pubère doit en effet se détacher des figures œdipiennes pour s'orienter vers de « nouveaux objets, de nouveaux intérêts, intellectuels, sexuels, intimes ou sociaux, solitaires ou partagés ». [2]

Cette tension s'incarne avec force au moment du premier rapport sexuel. Espéré, désiré, il engendre une formidable excitation... qui n'a d'égal que la peur de l'inconnu qui lui est associée. L'adolescent, encore mal à l'aise dans son corps transformé, voire complexé par ses nouveaux attributs, doit en effet prendre le risque de se dévoiler à l'autre. Or le cap n'est simple à franchir ni pour les garçons, inquiets notamment quant à la dimension de leur sexe, ni pour les filles, préoccupées par la taille de leur poitrine, de leurs hanches ou

de leurs fesses. Et il l'est d'autant moins que d'autres freins sont à l'œuvre, en particulier la peur de décevoir le (la) partenaire. Les garçons redoutent en effet l'éjaculation précoce qui trahit à leurs yeux autant une absence de contrôle qu'un manque d'expertise. Tandis que les filles appréhendent cette première intrusion et la douleur qui pourrait l'accompagner et risquerait de mettre prématurément un terme aux ébats.

Un tel chaos psychologique ne facilite évidemment pas la prise de conscience des risques associés à une relation sexuelle. D'autant que d'autres entraves peuvent faire glisser sur la pente d'une moindre attention au caractère indispensable d'une protection systématique. Par exemple, à l'adolescence, les relations sexuelles ne sont que rarement programmées. Elles ne laissent donc guère la possibilité de trouver dans l'instant un moyen de contraception pour qui ne l'a pas anticipé.[7] Une autre concerne les représentations liées au préservatif masculin, souvent associé à un manque de romantisme voire un signe de méfiance à l'égard du (de la) partenaire. Et puis, l'achat d'un moyen de contraception peut apparaître comme une forme d'officialisation d'une relation que les protagonistes préfèrent souvent garder secrète. Enfin, s'ajoute à cela le sentiment d'invulnérabilité caractéristique de l'adolescence. Celui qui pousse à tester ses limites, notamment dans le cadre de situations potentiellement risquées, aux rang desquelles peut figurer une relation sexuelle.[8]

Il paraît donc indispensable d'accompagner les adolescents dans cette découverte de la sexualité. Cette mission incombe bien sûr à leur famille et leur entourage proche. Mais elle est également confiée à l'Éducation nationale dans la mesure où les adolescents constituent une large partie de son public. La majorité sexuelle est en effet fixée à 15 ans en France depuis 1945.[9] Il s'agit de l'âge à partir duquel un individu mineur peut entretenir une relation sexuelle avec un adulte sans que celui-ci commette une infraction pénalement réprimée. Cet âge reste évidemment arbitraire. En fonction de leur histoire personnelle et de leur développement physiologique, certains jeunes connaissent très jeunes une maturité sexuelle alors que d'autres patientent l'âge adulte. De fait, l'âge moyen du premier rapport sexuel s'est stabilisé durant ces vingt dernières années. Il est actuellement de 17,6 ans pour les filles et 17,2 ans pour les garçons.[10] Il a sensiblement diminué depuis les années 1970. Auparavant, il était très mal considéré d'avoir des rapports sexuels ou, pire encore, de faire un enfant avant le mariage. Mais depuis une quarantaine d'années, une succession d'événements, de la révolte du mois de mai 1968 à la loi Veil sur l'interruption volontaire de grossesse en passant par les décrets d'application

de la loi Neuwirth en faveur de la contraception, a contribué à faire sensiblement évoluer le cadre législatif et, corrélativement, le regard de la société sur la sexualité.

Aujourd'hui, les effets de cette évolution se mesurent concrètement. À titre d'exemple, la contraception est clairement devenue une priorité de santé publique. La conséquence première est un accès désormais facilité aux moyens de contraception.

2- La contraception

Le regard de la société sur la contraception et l'avortement s'est en effet profondément modifié au cours des cinquante dernières années. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler qu'avant 1975, et la promulgation de la loi Veil, recourir à un moyen de contraception ou à l'avortement était passible de 10 ans d'emprisonnement. Cette loi fondatrice s'inscrit dans un mouvement initié à la fin des années 1960 et qui se poursuit de nos jours [11]. Ainsi, celle du 28 décembre 1967, complétée par ses décrets d'application pris entre 1969 et 1974, avait déjà instauré le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs contraceptifs médicalement prescrits. [12] Ensuite, au tournant de l'an 2000, les législateurs ont voté la gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures et l'ont rendue disponible sans ordonnance auprès des pharmaciens et de certains établissements scolaires [13]. Et la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a fait du champ de la contraception et de l'Interruption Volontaire de Grossesse un domaine de santé publique à part entière. L'objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, indique en effet qu'il faut "assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours".[14]

Anticipant les difficultés des femmes, et notamment des plus jeunes, à solliciter en confiance un médecin pour évoquer ces questions, voire à assumer le coût des consultations, des centres de *Planification et d'Education Familiale* ont été créés entre 1967 et 1975. Ils ont vocation à offrir aux mineurs un accès libre, gratuit et surtout anonyme à tous les types de contraceptifs.[15] Mais ils ont aussi une mission de prévention et de dépistage. Les informations qui y sont dispensées permettent en effet d'éviter nombre d'interruptions volontaires de grossesse et de naissances non désirées, particulièrement chez les adolescents, mais aussi de dépister les maladies sexuellement transmissibles. Les adolescents peuvent s'y rendre et dialoguer en toute confiance avec des sages-femmes. Il

peuvent y trouver des réponses à leurs questionnements et notamment une présentation des différents moyens de contraception.[16]

Cette information s'adresse notamment aux 12,3 % [10,6-14,3] de la population des 15 à 25 ans sexuellement actifs qui, selon le Baromètre 2010 de la santé, disent ne jamais avoir recours à un moyen de contraception. Et elle ne serait sans doute pas inutile aux 1,8 % [1,1-2,8] qui prétendent n'en utiliser qu'occasionnellement. [17] L'offre est désormais fort diversifiée et permet au plus grand nombre de trouver un moyen de contraception adapté à ses besoins. Il en existe une dizaine de modèles qui remplacent avantageusement les méthodes contraceptives dites "naturelles". Ces méthodes telles que le retrait, l'abstinence périodique (dite méthode Ogino) l'observation de la glaire cervicale (dite méthode de Billings) ou encore le calcul de la période d'ovulation à partir de la température corporelle, connaissent en effet jusqu'à 25% d'échec. Qui plus est, elles nécessitent d'avoir des cycles extrêmement réguliers et de connaître parfaitement son corps. Bref, elles ne sont pas adaptées aux adolescentes.

Un classement des moyens de contraception les plus utilisés consacrerait indubitablement le *préservatif*. Selon le Baromètre santé 2010 de l'INPES, 89,8 % des 15-19 ans déclarent y avoir eu recours lors de leur premier rapport sexuel.[17] Son utilisation simple et son accès facilité en font un moyen de contraception plébiscité par les jeunes. Qu'il soit masculin ou féminin, il constitue d'ailleurs l'unique moyen de contraception qui protège des Infections Sexuellement Transmissibles. Une tendance à la baisse de sa popularité s'observe néanmoins depuis quelques années. Il peut en effet être perçu par son utilisateur, homme ou femme, comme "manquant de romantisme" ou encore "tuant le plaisir". Et indépendamment de ce sentiment, certains jeunes se sentent peu à l'aise dans son utilisation. Ils ont notamment peur qu'il se déchire ou qu'il ne soit pas placé au bon moment. En d'autres termes, leur perception d'auto-efficacité d'utilisation est faible et peut les décourager de s'engager dans une négociation de l'usage du préservatif. De fait son taux d'échec est de 17,8% chez les adolescents contre 11,5% chez des utilisateurs plus âgés. L'une des principales raisons est une mauvaise utilisation conduisant à des accidents (rupture, glissement intra-vaginal, etc.).[18]

La *pilule* est, quant à elle, le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France. En 2010, 70,8% des femmes de moins de 35 ans qui déclarent "faire quelque chose pour éviter une grossesse" utilisent la pilule. La Haute Autorité Sanitaire recommande l'utilisation de pilules oestro-progestatives en première intention. Leur efficacité est supérieure à 99,7%.

Cependant, cette efficacité peut être compromise en cas d'oublis (plus ou moins graves selon le type de pilule), d'arrêts suite à l'apparition d'effets indésirables (nausées, diarrhées) ou par l'interaction avec certains médicaments. Il convient donc d'insister auprès des utilisatrices sur le caractère nécessairement régulier de la prise. Certains laboratoires innovent d'ailleurs en complétant leurs plaquettes de 28 pilules avec des comprimés placébos. Les prendre durant la période de menstruation permet une prise sans discontinuité et limite le risque d'oubli. Il existe une autre catégorie de pilules, dites micro-progestatives. Celles-ci ne sont prescrites qu'en seconde intention. Elles concernent en effet les femmes qui présentent des contre-indications (atteintes cardiovasculaires, tabagisme important....) aux œstroprogestatifs.[19]

Le *patch contraceptif* se présente sous la forme d'un timbre qui se colle sur la peau et agit pendant une semaine. À utiliser trois semaines sur quatre, il contient une association similaire à celle d'une pilule combinée. Les deux hormones (l'œstradiol et le progestatif) pénètrent dans le sang à travers la peau. Correctement utilisé, il présente la même efficacité que la pilule oestroprogestative. Il peut donc être proposé aux adolescentes qui souhaitent un contraceptif moins contraignant.[20]

L'*anneau vaginal* est un anneau flexible en plastique poreux qui contient une association d'hormones (estrogène et progestatif). Il doit être inséré au fond du vagin. À la chaleur du corps, les hormones diffusent à travers la paroi vaginale et passent dans le sang. Cet anneau est efficace pendant trois semaines. Cependant, il n'est guère adapté aux adolescentes qui peinent à le mettre en place dans la mesure où elles ne sont pas encore très à l'aise avec cette partie de leur corps.

L'*implant progestatif* est un petit bâtonnet cylindrique, en plastique, de 4 cm de long et 2 mm de diamètre, implanté sous la peau. C'est un réservoir contenant les mêmes hormones que les pilules progestatives. Son efficacité reconnue, sa simplicité d'utilisation et la durée de son utilisation (3 ans) plaident en faveur de son utilisation. Mais il a de nombreux effets secondaires tels que la perturbation des cycles menstruels, soit en supprimant les règles, soit en créant des spotting continus, de possibles poussées d'acné et une prise de poids. Il n'est donc pas conseillé en première intention.

Le *dispositif intra-utérin*, comme son nom l'indique, est inséré dans l'utérus. Il est simple d'utilisation et d'une très grande efficacité. Il en existe deux modèles, l'un est hormonal, l'autre au cuivre. Le DIU hormonal dispose également d'effets thérapeutiques pour les règles douloureuses et abondantes. Quant au DIU au cuivre, il présente une

alternative en cas de contre-indication aux hormones. Cependant, les dispositifs intra-utérins sont rarement proposés aux mineurs. Même s'ils peuvent être prescrits aux nullipares dès lors que les risques infectieux et de grossesses extra-utérines ont été écartés, ils sont plutôt proposés aux femmes ayant déjà eu des rapports sexuels.

La *cape cervicale* et le *diaphragme* sont des protections, en latex pour la première, en latex ou en silicone pour le second, qui se glissent dans le vagin au contact du col de l'utérus. Leur but est ainsi d'empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Elles présentent le double avantage d'être réutilisables et de pouvoir être disposées en amont du rapport sexuel. En revanche, leur manipulation est un peu délicate et peut rebuter certaines femmes, notamment les plus jeunes. De plus, l'utilisation du diaphragme est relativement coûteuse car il est recommandé de l'utiliser en association avec un spermicide. Leur efficacité est intéressante, puisqu'elle est de 88% pour le diaphragme et de 84% pour la cape. En revanche elle tombe à 68% pour les femmes ayant déjà eu des enfants, car elle "couvre" moins bien le col de l'utérus.

Les *spermicides* se présentent sous forme de gel ou d'ovules à insérer au fond du vagin. Ce sont des substances qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils ont l'avantage d'être discrets et peuvent également servir de lubrifiant vaginal. Reste que leur efficacité est aléatoire et dépend de l'utilisation qui en est faite. Or celle-ci est assez délicate. Outre le coût lié à leur utilisation associée à celle d'un préservatif, un diaphragme ou une cape cervicale, leur administration est soumise à quelques contraintes: la fonte de l'ovule réclame une dizaine de minutes, la durée d'action est variable, l'utilisation de savon est proscrite après le rapport, etc. Autant d'éléments qui ne plaident guère en faveur de leur utilisation par des adolescent(e)s.

En ultime recours, la *contraception d'urgence* hormonale constitue une solution de rattrapage après un rapport non (ou mal) protégé. Son efficacité est maximale si elle est prise dans les quelques heures qui suivent le rapport. Cependant elle n'est pas fiable à 100%. Cette modalité de contraception s'adresse à toutes les femmes, y compris les jeunes filles mineures. Ces dernières en bénéficient gratuitement, sur simple déclaration orale de minorité auprès d'un pharmacien. En cas d'urgence, elle peut également leur être délivrée au centre de planification ou auprès d'une infirmière scolaire.[21] De fait, les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES confirment que la population des 15-19 ans recourt à la pilule d'urgence plus fréquemment que les femmes plus âgées (31,6% contre 16,9%). La plupart du temps cette décision fait suite à un problème lié à l'utilisation du préservatif

(44,8%), un oubli dans la prise de pilule (24,9%) ou un rapport sexuel non protégé (21,8%). Autant d'utilisations qui entrent dans le cadre des indications de ce dispositif.

Devant une telle variété de contraceptifs et alors même que le cadre législatif autorise les mineurs à recourir à un moyen de contraception sans autorisation parentale, le fait que 12,3% de la population des 15 à 25 ans sexuellement actifs continuent de s'en passer lors de leurs ébats amoureux interpelle. Quelques explications rationnelles peuvent être avancées. Il existe par exemple une forte disparité dans la répartition géographique des centres de *Planification et d'Education Familiale*. Les régions rurales, à faible densité de population, sont en effet moins bien dotées et il faut souvent parcourir d'importantes distances pour s'y rendre. Et puis, leurs horaires d'ouverture sont en général peu compatibles avec ceux des adolescents scolarisés. Mais au-delà de ces contraintes "externes", il existe aussi des freins personnels: information lacunaire, faible confiance en soi, méconnaissances des risques, mésestimation de ses responsabilités, sentiment d'invulnérabilité. Autant de signes d'une éducation incomplète.

Pour tenter de lever ces freins, les décideurs politiques ont alors choisi de miser sur l'École. Ainsi inscrite dans une démarche de santé publique, l'Éducation nationale propose désormais aux six millions d'adolescents qui constituent son public des séances orientées vers l'éducation à la sexualité.

3- L'éducation à la sexualité

Jusqu'à un passé récent, l'éducation à la sexualité relevait quasi-exclusivement de la sphère privée. La question se traitait en famille ou entre amis. Certes de grandes disparités étaient constatées mais elles ne semblaient pas suffisantes pour justifier une intervention publique. Ce point de vue a commencé à évoluer au milieu des années 1980 lors de l'émergence de l'épidémie du SIDA. Les premières campagnes d'informations et de sensibilisation concernant les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'utilisation du préservatif ont alors été menées. Il faudra cependant attendre les années 2000 pour que le Ministère de la Santé développe de vastes actions d'informations ciblées sur la contraception, en partenariat avec des associations de professionnels et le mouvement français pour le Planning Familial. Les médias ont été sollicités : des spots télévisés et des articles de presse diffusant des témoignages, des messages radio informant sur les différents moyens de contraception ou encore des dépliants et des guides de poche

répondant aux principales interrogations des jeunes. La dernière en date est celle de mai 2013. L'Institut National de prévention et d'Éducation à la Santé (Inpes) et le Ministère chargé de la santé ont alors lancé une nouvelle campagne de communication auprès du grand public afin de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive et rappeler l'importance d'une contraception en adéquation avec son mode de vie. Un site d'information (www.choisirsacontraception.fr) a notamment été créé dans cette perspective. Au-delà de la présentation des différents moyens de contraception existants, cet outil cherche à faire prendre conscience de l'importance d'une contraception adaptée à chaque usager. Il répond aux principales questions sur le sujet et éclaire notamment sur la possibilité de changer de moyen contraceptif au cours de sa vie au gré de l'évolution de sa situation personnelle.

Reste que s'ils ont le mérite d'exister, ces outils de communication ne suffisent pas à garantir la transmission - et la compréhension par tous - du message. D'une part, parce que l'accès à ces informations n'est pas garanti à tous. Il nécessite en effet, outre un intérêt personnel, un minimum d'équipement et de compétences pour l'utiliser efficacement. D'autre part, parce que les jeunes, et moins jeunes, sont aujourd'hui confrontés à une pluralité de discours et modèles familiaux, sociaux et médiatiques, souvent contradictoires. Et cette variété ne facilite guère la construction d'un savoir objectif concernant la sexualité. Pour compléter le rôle premier joué par les familles et s'assurer que chacun dispose des connaissances indispensables en la matière, les décideurs politiques ont choisi d'inscrire l'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires.

Dernier véritable espace de mixité sociale depuis la fin du service militaire obligatoire, l'École a la double mission d'instruire et d'éduquer les élèves qui lui sont confiés. Cela signifie d'abord qu'elle engage sa responsabilité propre vis à vis de leur santé. Cela réclame ensuite que la scolarité obligatoire garantisse à chacun "les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun constitué d'un ensemble de connaissances et de compétences qu'il est indispensable de maîtriser pour accomplir avec succès sa scolarité, poursuivre sa formation, construire son avenir personnel et professionnel et réussir sa vie en société". [22] Cela exige enfin de "faire partager aux élèves les valeurs de la république".[22]

De ce triple point de vue, l'éducation à la sexualité a toute sa place dans le cadre scolaire. Inscrite dans une démarche éducative complémentaire du rôle premier joué par les familles, elle vise concomitamment l'acquisition des savoirs indispensables et l'inscription

dans un système de valeurs qui permettra à chaque adolescent de faire des choix éclairés et responsables en matière de sexualité. Concrètement, elle cherche à répondre à la fois à des questions de santé publique (grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, etc.) et à des problématiques concernant les relations entre garçons et filles (violences sexuelles, pornographie ou encore lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes).

Ses objectifs sont clairement définis. "L'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leur représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.[23] Ces objectifs inscrivent explicitement l'éducation à la sexualité dans un projet éducatif global. Et si loi du 4 juillet 2001 a instauré la mise en œuvre de trois séances spécifiques au cours de chaque année du collège et du lycée, celles-ci doivent être conçues et organisées en articulation avec les autres domaines disciplinaires.

Les Sciences de la Vie et de la Terre sont notamment sollicitées pour transmettre des savoirs concernant la biologie, l'anatomie des systèmes génitaux ou encore la reproduction humaine. Mais d'autres disciplines peuvent être associées. L'éducation civique permet par exemple d'aborder, en classes de cinquième et quatrième, la question de la relation entre garçons et filles à travers l'analyse du principe républicain d'égalité des individus quels que soient leur race, leur religion, leur milieu social, leur niveau d'instruction... ou leur sexe. Et les enseignements dispensés dans le domaine des Techniques Usuelles de l'Information et de la Communication (TUIC) forment les élèves à un usage raisonné de l'informatique, du multimédia et de l'Internet ainsi qu'à une attitude de responsabilité dans l'utilisation de ces outils interactifs.

Les contenus des séances spécifiques sont, quant à eux, définis selon quatre axes. Le premier est celui de la construction de connaissances scientifiques, notamment concernant les différents moyens de contraception. Le second concerne l'identification des ressources d'information, d'aide et de soutien internes, mais aussi externes, à l'établissement. Le troisième vise à développer une meilleure perception des risques liés à la sexualité et favoriser des comportements de prévention. Enfin, le quatrième cherche à sensibiliser les élèves aux dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité.

La forme de ces séances est essentiellement dialoguée. Il s'agit, à partir d'outils pédagogiques ou de témoignages personnels, d'installer des espaces de débats signifiants pour co-élaborer des savoirs, accompagner la réflexion des élèves sur différents thèmes liés à la sexualité (respect mutuel, rapport à l'autre, règles de vie en commun, sens et respect de la loi, etc.) ou encore développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias.

Le rôle de l'animateur de séance est ici crucial. Il doit évidemment maîtriser les savoirs en jeu. Mais il doit aussi disposer de compétences en matière d'animation de séance. Celles qui permettent d'installer un climat de confiance suffisant pour que s'opèrent les échanges autour d'un thème aussi chargé d'affects que celui de la sexualité. Mais également celles qui permettent de prendre véritablement en compte les problématiques soulevées pour les mettre en débat et aider ainsi chaque participant à cheminer vers des réponses objectivées.

Ce rôle peut bien sûr être assumé par des enseignants, sur la base du volontariat. Il peut aussi être tenu par les infirmières scolaires. Depuis quelques années, des actions de formations, animées par des professionnels de santé ou du centre de *Planification et d'Education Familiale*, sont d'ailleurs proposées aux personnels de l'éducation nationale afin de faciliter la mise en œuvre de telles séances d'éducation à la sexualité. Mais les principaux de collèges et les proviseurs de lycée sollicitent de plus en plus fréquemment des sages-femmes diplômées pour mener ces séances. En effet, l'exercice de cette profession ne se réduit pas à la pratique des accouchements. Les sages-femmes assurent également la surveillance prénatale, la préparation à la naissance et à la parentalité des parents ainsi que le suivi à domicile des femmes et des nouveau-nés en cas de sortie précoce de la maternité. Et depuis 2009, le code de la santé publique a étendu leur domaine de compétence à "la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique".[24] Autant de compétences qui font des sages-femmes des interlocuteurs privilégiés de l'Éducation nationale dans le cadre de l'éducation à la sexualité.

S'il existe de nombreuses entrées possibles pour mettre en œuvre les séances d'éducation à la sexualité, les animateurs privilégient souvent des *jeux sérieux*, traduction littérale du concept anglo-saxon de *serious games*. Il s'agit de supports qui combinent une intention "sérieuse", de type pédagogique, informative ou communicationnelle, avec des ressorts ludiques. Le but du jeu n'est donc pas gagner mais d'apprendre. Il en existe de

multiples formes parmi lesquelles le brainstorming, le photo langage, les jeux de rôles ou encore les jeux de sociétés. Certains sont créés spécifiquement pour l'action de formation. D'autres détournent des jeux existants de manière à leur assigner des objectifs d'apprentissage. Tous cherchent à impliquer les apprenants dans la construction de leurs connaissances.

Ces jeux sérieux visent en effet à faire émerger des questionnements personnels qui trouveront des réponses dans un double mouvement de confrontations entre pairs et d'étayages de la part de l'animateur de séance. Dépositaire du savoir savant, celui-ci est alors chargé de mettre en place les conditions d'un échange respectueux entre apprenants et d'accompagner les conflits cognitifs qui s'installent afin d'offrir à chacun la possibilité de construire soi-même ses connaissances. Ce modèle pédagogique, dit socio-constructiviste, est largement plébiscité dans les champs de l'éducation et de la formation. Il a en effet montré au cours du dernier demi-siècle sa supériorité, en termes d'apprentissages réalisés par les formés, sur celui, plus magistro-centré, qui consistait à simplement miser sur la transmission par le maître de connaissances à des élèves espérés réceptifs. Et c'est bien ce modèle qui est privilégié par les textes qui cadrent l'éducation à la sexualité au collège et au lycée: "Les faits tirés d'observations, leur confrontation aux connaissances et représentations des élèves, permettent de formuler des problèmes biologiques dont la résolution s'inscrit dans une démarche explicative et permet d'élaborer des projets d'activités" [4].

Reste que certains pédagogues relèvent encore une distance importante entre le savoir auquel souhaitent faire accéder les enseignants et celui réellement construit par les apprenants. André Giordan et Gérard de Vecchi, didacticiens et épistémologues des sciences, constatent en effet que la société se scientifie de plus en plus mais que les individus intègrent toujours très peu ce savoir et se trouvent ainsi "décalés, dépossédés d'un certain nombre de choix tant au niveau personnel que socio-économique" [25]. Et ils se sont interrogés sur les raisons pour lesquelles on se retrouve actuellement devant une telle contradiction. Selon eux, si le savoir acquis est extrêmement limité en dépit du fait que les programmes sont traités dans leur plus grande partie et que les examens sont globalement réussis, c'est, précisent-ils, principalement parce qu'on ne tient pas compte des "conceptions" déjà là.

En effet, les modes d'explication des enfants, ces ensembles de règles pratiques, d'icônes, d'énoncés et de symboles, organisés de façon dynamique en fonction des

situations, ne sont pratiquement jamais exploités. L'élève "apparaît ainsi bien souvent comme le *présent-absent* du système éducatif". [26] Or, non seulement ces représentations préexistent, mais elles ont une certaine stabilité. Si l'on n'en tient pas compte, elles se maintiennent et le savoir proposé glisse à la surface de leur esprit sans le pénétrer. Et les élèves arrivent au terme de leur scolarité imprégnés d'une multitude de conceptions erronées.

De récentes études en matière de santé semblent corroborer leur thèse. Ainsi, en dépit de la mise en place de ces séances d'éducation à la sexualité et d'un accès désormais facilité à la contraception, le nombre de grossesses non désirées en France reste stable. En 2011, une étude portant sur un échantillon représentatif de 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en métropole conclut en effet à un recours à l'IVG pour 14,8 d'entre elles [27]. De même, l'observatoire régional de la santé de Haute Normandie montre que même si les jeunes se déclarent globalement bien informés, de nombreuses représentations erronées persistent. Par exemple, un nombre non négligeable d'adolescents continue de penser que la pilule protège du sida et/ou qu'une jeune femme ne peut pas devenir enceinte lors du premier rapport sexuel. [28]

Au final, s'il paraît préférable de donner à l'élève l'occasion de construire par lui-même ses connaissances plutôt que de miser sur une transmission qui reste aléatoire, cette démarche présente des limites. Les travaux d'André Giordan et Gérard de Vecchi militent pour une véritable prise en compte des conceptions des apprenants. Cela réclame pour commencer de les faire émerger. Pour les recueillir plusieurs techniques sont à la disposition des enseignants: les *questionnaires écrits* mettant le plus souvent en jeu, par le truchement d'énoncés simples et précis, des situations familières; les *dessins explicatifs* où l'on invite à être prolixe de détails, ou les *entretiens semi-directifs*, en petits ou grands groupes. Cela suppose ensuite de découvrir les "obstacles épistémologiques" qui les soutiennent. Ce concept, actuellement central en didactique des sciences, n'est pas nouveau puisqu'il apparaît dès 1938 sous la plume de Gaston Bachelard. [29]

À la lumière de ses recherches sur l'histoire de la pensée scientifique, Bachelard pose en effet le problème du progrès de la connaissance en termes d'obstacles et de rupture. Il développe l'idée qu'"on connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même, fait obstacle".[30] L'obstacle épistémologique est par conséquent intérieur. C'est une entrave située au cœur même de la pensée qui empêche l'accès au savoir. Ce ne sont pas les objets extérieurs qui

sont problématiques, "c'est penser qui est difficile"! [31] Situé dans l'acte même de connaître, l'obstacle est, avant tout, facteur d'inertie, de stagnation. Il invite l'esprit à glisser sur la pente de la facilité soit en mobilisant des réponses toutes faites qui rendent inutile tout questionnement, soit en secrétant de faux problèmes qui engagent le recherche dans une impasse. D'une manière générale, "faire obstacle, c'est bloquer la pensée sur une réponse trop satisfaisante: une réponse qui, en fonction même de son exceptionnelle clarté, coupe court à toutes nouvelles questions". [32] C'est condamner l'esprit à la connaissance commune, celle qui a "toujours plus de réponses que de questions" [33], celle qui a réponse à tout. Ainsi défini, l'obstacle n'apparaît plus comme un vide, mais plutôt comme un trop-plein de connaissances déjà présentes qui empêchent d'en élaborer de nouvelles du fait qu'elles ne sont pas interrogées.

Par définition, l'obstacle n'est pas accessible à celui qu'il limite. Seul un "regard oblique"[34] peut mettre à jour les obstacles épistémologiques. C'est le rôle qui incombe à l'enseignant qui souhaite mettre en œuvre le modèle d'apprentissage, dit allostérique, prôné par André Giordan. Ainsi informé de ce qui bloque la pensée de ses élèves, il peut leur proposer des situations signifiantes, en lien avec le thème étudié, capables de les conduire, par eux-mêmes ou à travers des confrontations avec leurs pairs, à interroger leurs modèles explicatifs erronés. Cette rupture opérée, il lui suffit ensuite de mettre à leur disposition le savoir objectif et de prendre soin de les accompagner dans l'élaboration et la mobilisation de ce savoir.

En s'appuyant sur les conceptions erronées pour les dépasser, le modèle allostérique place véritablement l'élève au cœur de l'apprentissage qui apparaît dès lors essentiellement comme un processus de transformation. Mis en œuvre dans le cadre de l'éducation à la sexualité, nul doute qu'il pourrait permettre à nombre d'adolescents de rompre avec des conceptions erronées.

Méthodologie et résultats

Nous avons mené notre étude auprès d'une centaine d'élèves du Lycée professionnel des Métiers de la mode et des Arts Marie Laurencin à Riom (Puy-de-Dôme). Ces lycéens bénéficient en effet de l'intervention d'une sage-femme du centre de planification de Riom dans le cadre d'une des trois séances d'éducation à la sexualité, les deux autres trouvant leur place au sein des enseignements disciplinaires. D'une durée de deux heures, cette séance vise principalement à sensibiliser les élèves à la contraception et à accompagner leur réflexion sur la sexualité. Grâce au concours de cette sage-femme, nous avons pu soumettre à 103 élèves un questionnaire cherchant à évaluer leurs connaissances sur les différents moyens de contraception, leur utilisation, ou les moyens de se les procurer. 98 ont pu être exploités, ce qui constitue un taux de réponse de 95,1%.

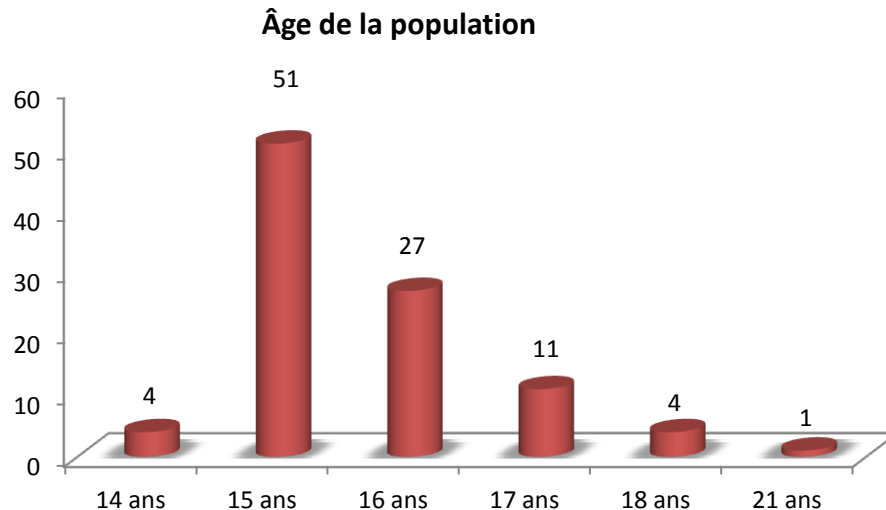
Le questionnaire leur a d'abord été proposé avant le cycle de séances puis une seconde fois un mois après le terme de la formation. Le prélèvement complet s'est ainsi étalé sur une période de six mois, du 5 octobre au 25 mars 2014. L'anonymat des participants a été scrupuleusement respecté grâce à l'attribution d'un code numérique à chaque participant dès la première distribution. Ce codage a permis l'appariement de la seconde série avant effacement des patronymes.

Les résultats de cette étude sont publiés ci-dessous selon trois temps. Nous commencerons par une brève description de la population étudiée. Nous ferons ensuite une description statistique des résultats associés à chacune des questions posées. Enfin, nous présenterons notre méthode d'analyse statistique, dite inférentielle. Particulièrement adaptée aux études telles que la notre, elle est reconnue pour la fiabilité de ses conclusions. Elle repose sur l'interprétation des données de l'échantillon statistique, doublement guidée par les principes et axiomes liés à la méthode, d'une part, et les éclairages théoriques liés à la recherche, d'autre part.

1-La population étudiée

La population étudiée est constituée d'élèves de seconde du lycée Marie Laurencin de Riom. Elle se compose de 87 filles et 11 garçons. Un tel déséquilibre de la répartition filles-garçons est courant dans ce type de lycée centré sur les métiers de la mode. Il nous invitera cependant à la prudence au moment de la prise en compte de cette variable et de l'interprétation des résultats au regard du sexe des participants.

Cette population présente par ailleurs une certaine hétérogénéité sur le plan de l'âge. Le plus jeune des lycéens qui ont répondu à notre questionnaire était âgé de 14 ans au moment du prélèvement. Le plus vieux affichait quant à lui 21 ans. Et à peine plus de la moitié d'entre eux (51) avait 15 ans, soit l'âge correspondant à ce niveau d'enseignement. Là encore, il s'agit d'une caractéristique commune de ce type de lycée. Pour une partie de son public, il s'agit en effet d'un second cycle d'études après un premier cursus court.



Chaque individu de cette population a entièrement répondu au questionnaire qui lui a été proposé à deux reprises, avant puis après les séances d'éducation à la sexualité. Celui-ci est composé de 16 questions. Un peu plus de la moitié d'entre elles (9) sont des questions fermées qui réclament de faire un choix parmi un échantillon de réponses. Les sept autres sont plus ouvertes et invitent à des réponses personnelles.

2- Analyse descriptive des résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation de l'analyse statistique descriptive que nous avons menée à l'aide du logiciel R, à partir des données recueillies lors du pré-test et du post-test. Cette présentation concernera, dans un premier temps, les réponses aux questions fermées. Puis, dans un second temps, nous présenterons les résultats liés aux questions ouvertes. Pour ces dernières, nous avons attribué de manière aléatoire des codes (précisés en annexe) aux différentes variables (réponses) afin de faciliter l'analyse.

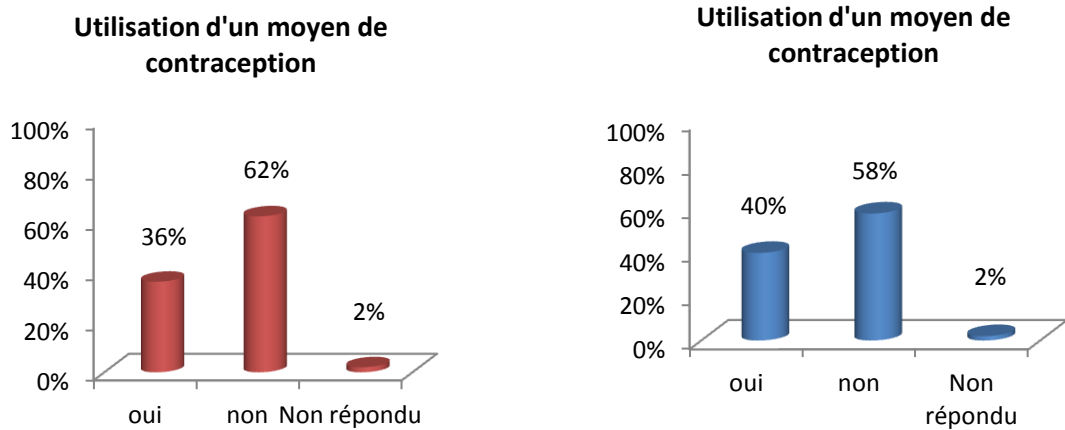
Pour rendre la lecture plus aisée et aider à percevoir l'évolution des connaissances des sujets, nous avons opté pour un code couleur dans la présentation des résultats. Les réponses aux questionnaires distribués avant l'intervention (pré-test) seront ainsi

schématisées en rouge. Tandis que celles fournies aux questionnaires distribués après l'intervention (post-test) apparaîtront en bleu.

2.1. Analyse descriptive des réponses aux questions fermées

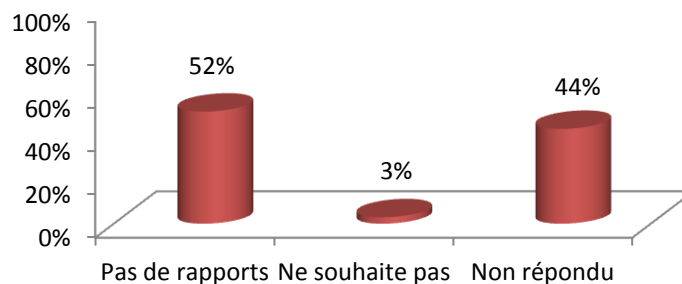
❖ Utilisation d'un moyen de contraception (Q2/R2)

Avant la séance d'information 36% des élèves de notre population affirment avoir déjà utilisé un moyen de contraception, et 62% n'en avoir jamais utilisés. Ces pourcentages évoluent légèrement après la séance d'information. En effet, un mois après la séance, quatre élèves de plus affirment avoir utilisé un moyen de contraception.



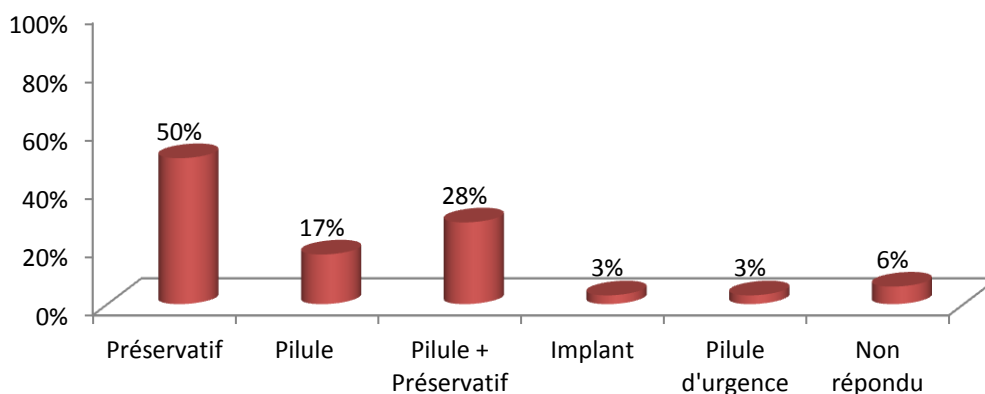
Seule une grosse moitié de ceux qui n'ont jamais utilisé de contraception expliquent la raison. 44 % d'entre eux n'ont pas souhaité donner de réponse. Pour 52 %, c'est simplement parce qu'ils n'ont pas encore eu de rapport sexuel. Quant aux autres, cette absence d'utilisation semble être un choix. Mais s'ils disent ne pas souhaiter utiliser de contraception, ils n'en évoquent pas la raison.

Raisons de l'absence d'utilisation d'un moyen de contraception



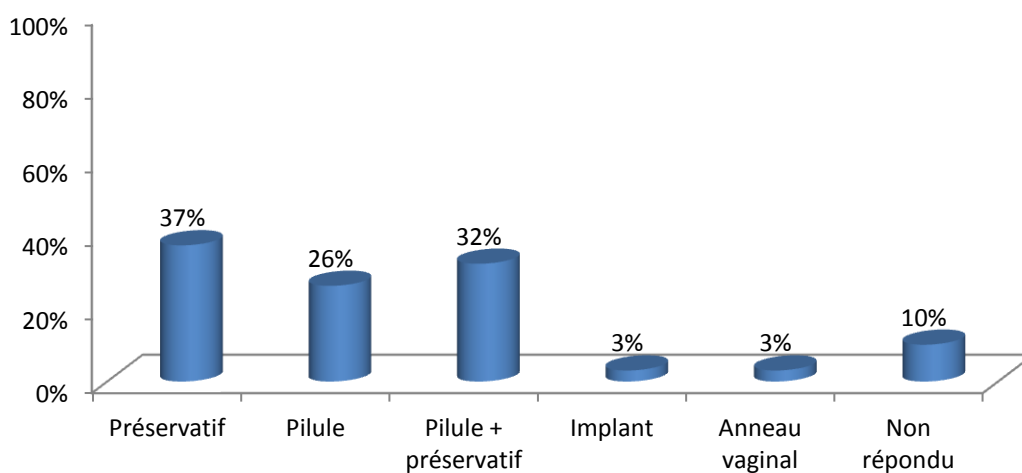
En revanche, les lycéens qui disent avoir utilisé un moyen de contraception sont plus précis. Lors du pré-test, la moitié d'entre eux cite le préservatif comme unique moyen de contraception. 17% évoquent uniquement la pilule contraceptive. Et 28% des élèves disent associer la pilule contraceptive et un préservatif. 3% semblent avoir été convaincus par l'implant. Et le même pourcentage dit avoir eu recours à la pilule d'urgence.

Moyens de contraception utilisés avant la séance d'information



Après la séance d'information, les réponses ont sensiblement évolué. Davantage d'élèves (32%) associent deux moyens de contraception, en l'occurrence la pilule contraceptive et le préservatif.

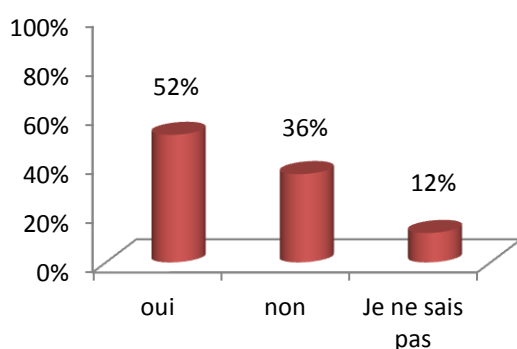
Moyens de contraception utilisés après la séance d'information



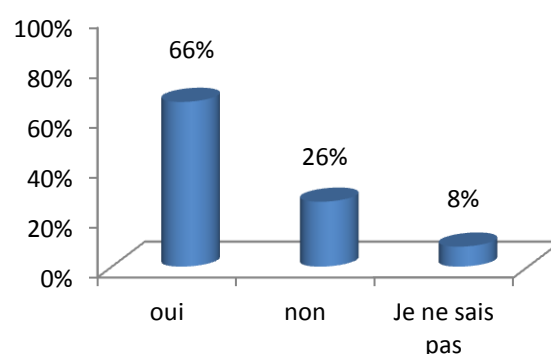
❖ Conditions d'obtention de la pilule contraceptive (Q7/R7)

L'analyse des réponses du pré-test montre que 52% des élèves sondés savaient, avant la formation, que la pilule contraceptive est gratuite pour les mineurs. Ce pourcentage progresse à 66% après la séance. Reste que près d'un quart d'entre eux (26% de réponses négatives et 8% de non réponse) n'en est toujours pas convaincu.

La pilule contraceptive est-elle gratuite pour les mineurs ?

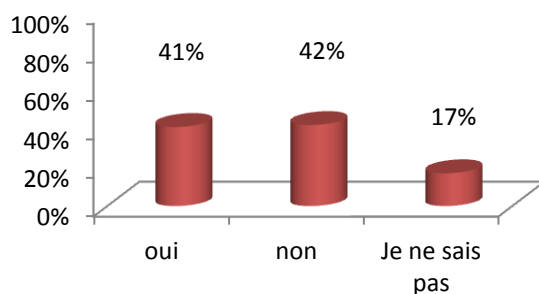


La pilule contraceptive est-elle gratuite pour les mineurs ?

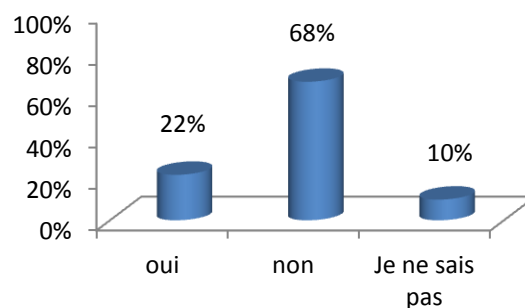


En revanche, moins de la moitié des élèves (42%) savait qu'ils n'avaient pas besoin de l'accord de leurs parents pour obtenir une contraception. Ce n'est qu'après la séance d'information que la majorité des élèves (68%) a compris qu'ils peuvent prendre seuls cette décision. Mais là encore, un tiers d'entre eux peine à l'accepter.

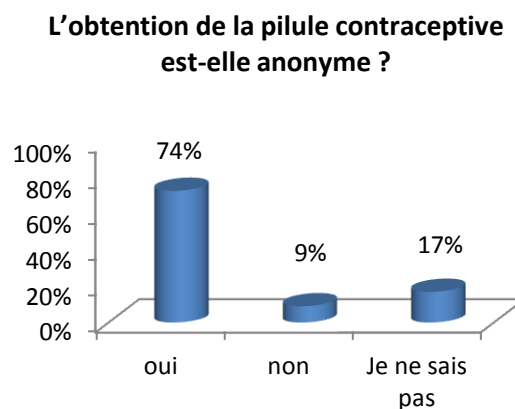
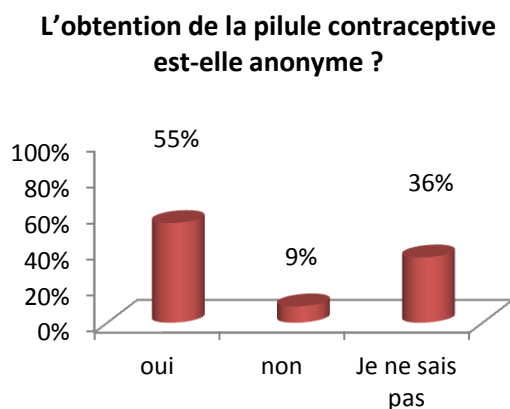
L'obtention de la pilule contraceptive nécessite-t-elle l'accord parental pour les mineurs ?



L'obtention de la pilule contraceptive nécessite-t-elle l'accord parental pour les mineurs ?

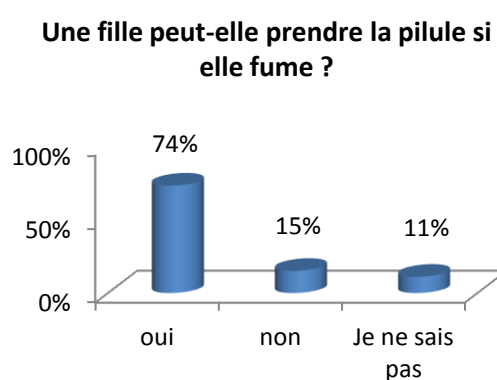
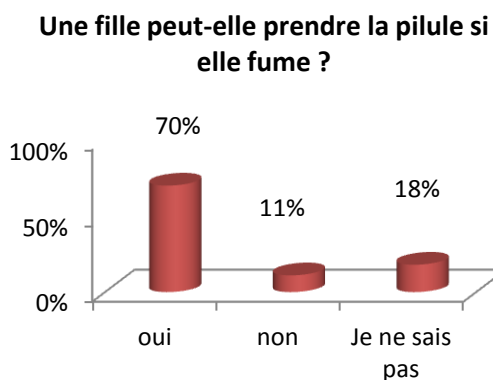


Enfin, en début d'année, 55% des adolescents savaient qu'il n'était pas obligatoire de présenter une carte d'identité pour obtenir un moyen de contraception. Après la séance d'information, ils sont 74% à avoir compris que cette demande peut être anonyme.



❖ Pilule contraceptive et tabac (Q9/R9)

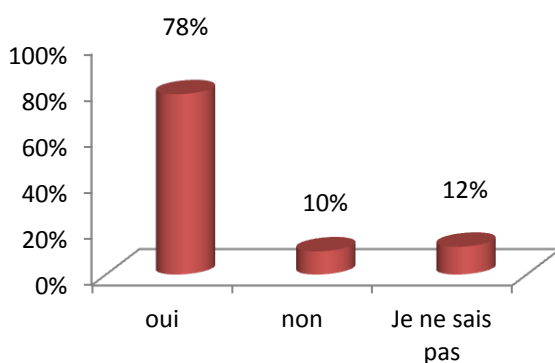
Avant même la séance d'information, près des trois quarts des lycéens (70 %) pensaient que fumer n'était pas incompatible avec la prise de la pilule contraceptive. Après la séance, ce pourcentage progresse encore à 74%. Mais là encore la séance d'éducation à la sexualité n'a pas convaincu un quart d'entre eux.



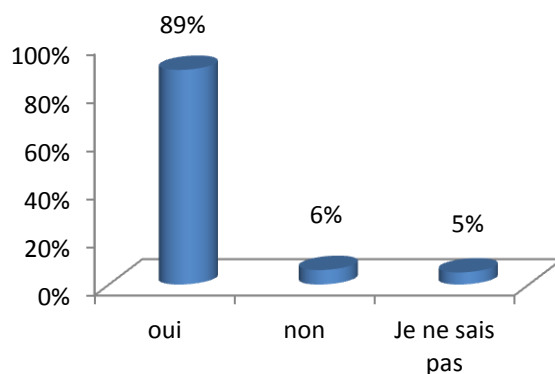
❖ Représentations des élèves face au risque de grossesse (Q10-11-12 / R10-11-12)

78% des élèves de notre population savaient qu'une fille peut devenir enceinte lors de son premier rapport sexuel. 10 % pensaient que c'était impossible et 12% n'avait pas de certitude. La séance d'information semble avoir éclairé la moitié de ceux qui avaient une représentation erronée. En effet, après la séance, 89% des adolescents ont compris que le risque de grossesse existe. Reste que 6 % continuent de nier ce risque et 5% ne parviennent toujours pas à trancher.

Une fille peut-elle devenir enceinte lors de son premier rapport sexuel ?

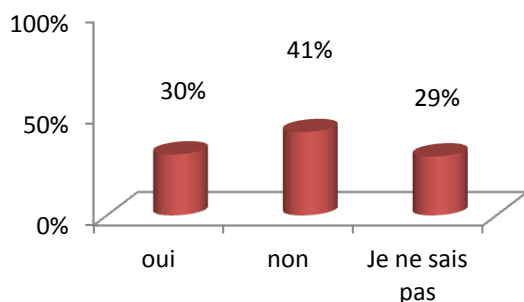


Une fille peut-elle devenir enceinte lors de son premier rapport sexuel ?

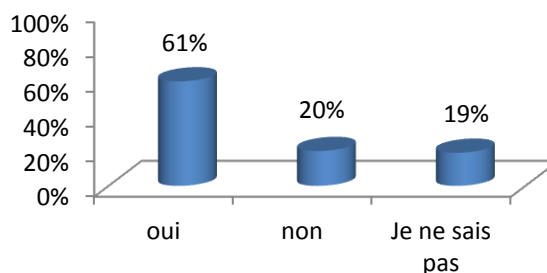


Par ailleurs, seuls 30 % des élèves pensaient qu'il était possible de devenir enceinte en cas de rapport sexuel non protégé pendant les règles tandis 41% pensaient le contraire. La séance d'information a clairement porté ses fruits puisqu'ils sont désormais 61 % à affirmer qu'il y a un risque de grossesse. Mais 20% persistent dans leur erreur et presque autant (19%) n'ont pas d'avis. Bref 40% de ce public, n'a pas construit ce savoir.

Une fille peut-elle devenir enceinte si elle a un rapport sexuel non protégé pendant ses règles ?

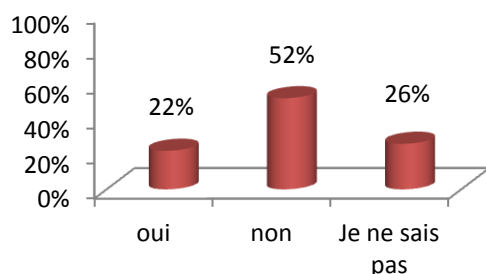


Une fille peut-elle devenir enceinte si elle a un rapport sexuel non protégé pendant ses règles ?

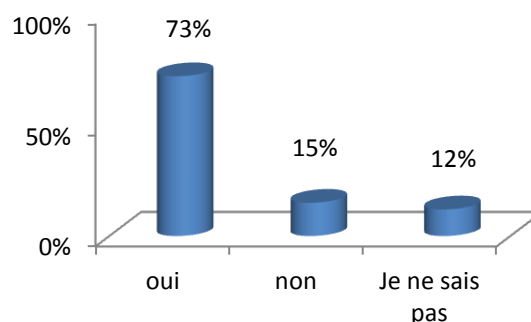


L'analyse des réponses de pré-test montre qu'une majorité de lycéens de notre population (52%) pensait qu'il n'est pas possible de devenir enceinte si l'éjaculation se fait à l'extérieur du vagin. Seuls 22% des élèves affirmaient alors l'existence de ce risque. Là encore un nombre significatif d'élèves semble avoir mis à profit la séance pour faire évoluer ses représentations sur la question. Ils sont en effet 73 % à répondre, un mois après la séance, que ce risque existe.

Y-a-t-il un risque de grossesse si l'éjaculation a lieu à l'extérieur du vagin ?



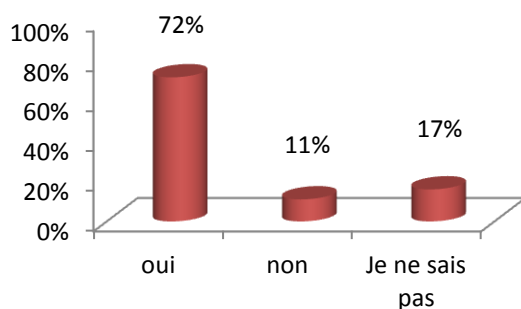
Y-a-t-il un risque de grossesse si l'éjaculation a lieu à l'extérieur du vagin ?



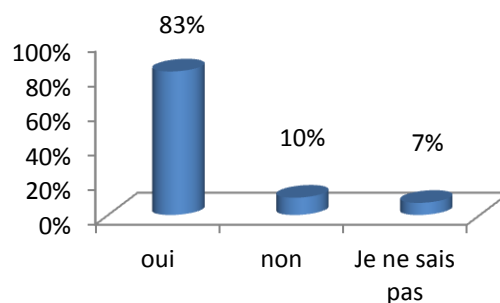
❖ Conditions d'obtention de la pilule contraceptive d'urgence (Q15/R15)

72% des élèves interrogés avaient déjà conscience que la pilule contraceptive d'urgence est gratuite pour les mineurs. Seuls 11% la croyaient payante. Après la séance, 83% d'entre eux ont compris sa gratuité. Ce progrès est surtout accompli par ceux qui ne se prononçaient pas sur la gratuité de la pilule contraceptive. En effet, ces abstentionnistes ne sont plus que 7% après la séance, contre 17% avant.

L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle gratuite pour les mineurs ?

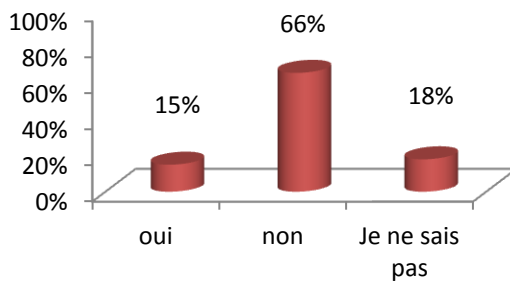


L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle gratuite pour les mineurs ?

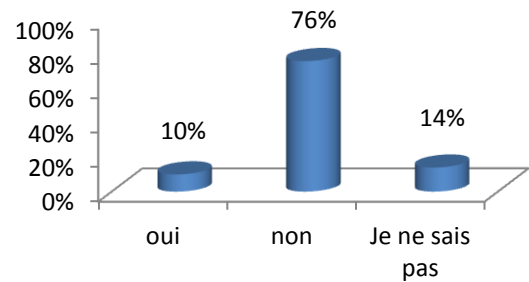


Un gain équivalent d'une dizaine de points s'observe entre les deux tests concernant la nécessité de l'accord parental pour l'obtention de la pilule contraceptive d'urgence. Après la séance 76% des lycéens interrogés savent qu'il n'est pas nécessaire, contre 66% auparavant. Reste que 10% restent persuadés qu'il faut l'autorisation des parents.

L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle soumise à l'accord parental ?

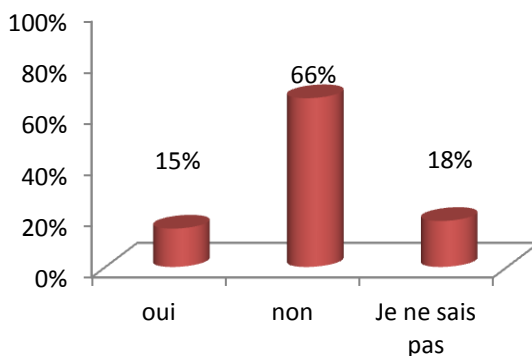


L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle soumise à l'accord parental ?

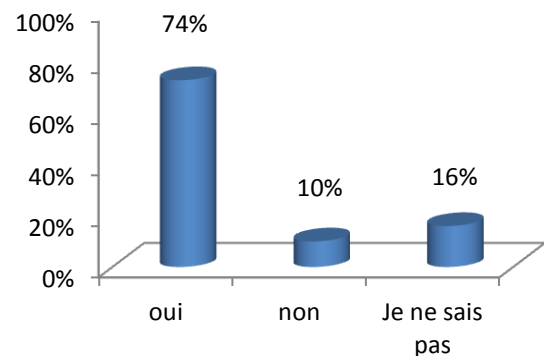


L'augmentation est nettement plus significative à propos de l'anonymat de l'obtention de la pilule contraceptive d'urgence. Seuls 15% des individus de notre population misaient sur une obtention anonyme. 18% n'exprimaient pas d'avis et 66% pensaient qu'elle nécessite une justification d'identité. Après la séance d'information, 74 % des élèves ont compris que la demande est anonyme.

L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle anonyme ?



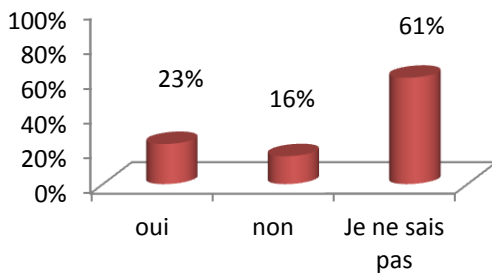
L'obtention de la pilule contraceptive d'urgence est-elle anonyme ?



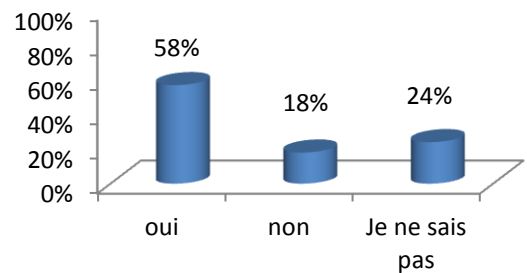
❖ L'anneau vaginal (Q5/R5)

Avant la séance d'information, 61 % des adolescents ne savaient pas que l'anneau vaginal est un moyen de contraception hormonal. Ils n'étaient que 23% à répondre correctement. En revanche après la séance, plus de la moitié (58%) l'a compris.

L'anneau vaginal est-il un moyen de contraception hormonal ?



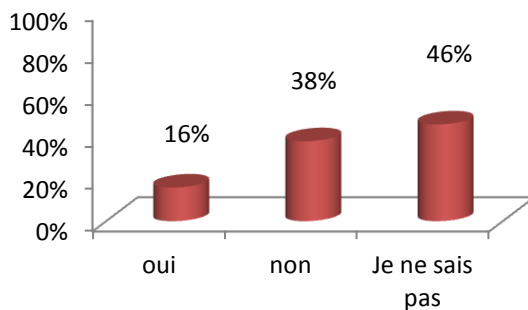
L'anneau vaginal est-il un moyen de contraception hormonal ?



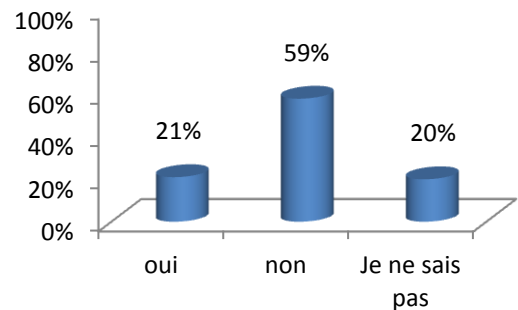
❖ Le patch contraceptif (Q6/R6)

L'utilisation du patch contraceptif est également mal connue de notre public. Avant la séance d'information, seuls 38% des élèves savaient qu'il ne s'agit pas d'une application quotidienne. Après la séance, ce nombre progresse à 59%. Reste que près d'un lycéen sur deux n'a pas construit un savoir clair sur la question.

Le patch s'applique-t-il tous les jours ?



Le patch s'applique-t-il tous les jours ?



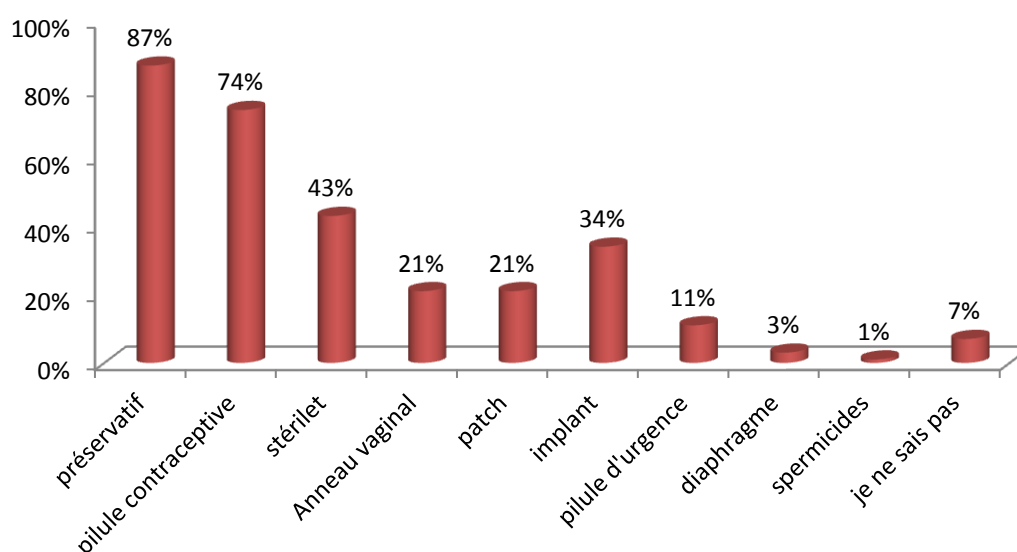
2.2. Analyse descriptive des réponses aux questions ouvertes (Q1/R1)

❖ Connaissance des moyens de contraception

Les réponses au premier questionnaire, distribué avant la première séance d'éducation à la sexualité attestent déjà d'une connaissance certaine en matière de moyens de contraception. Neuf contraceptifs différents sont en effet cités par les élèves sondés. Seule la cape cervicale n'est pas évoquée.

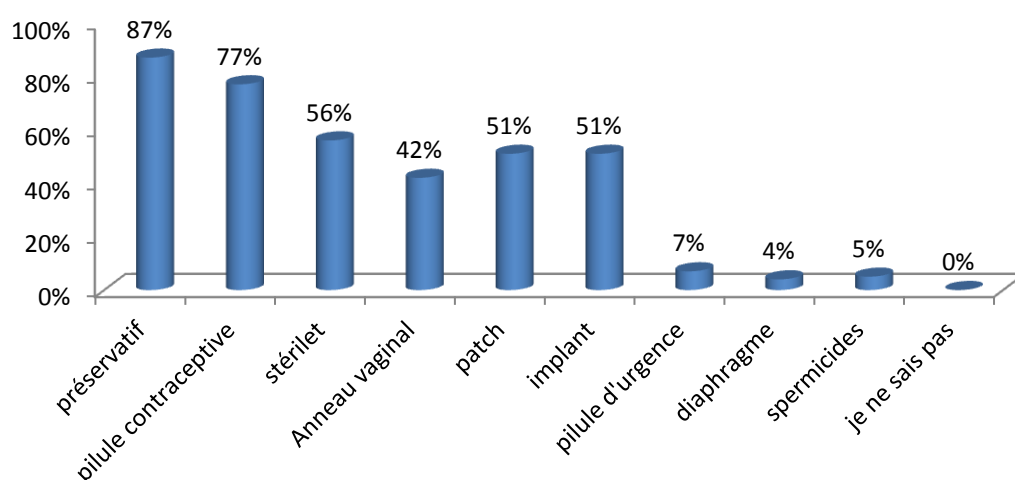
Sans surprise, les plus fréquemment cités sont le préservatif (87%) et la pilule contraceptive (74%). Parmi les élèves ayant répondu le préservatif, 29% ont distingué le préservatif masculin et 30% ont distingué le préservatif féminin.

Moyens de contraception connus avant la séance d'information



Les réponses fournies un mois après le terme des séances d'enseignement, attestent essentiellement d'une meilleure connaissance de trois moyens de contraception: le patch (cité par 51% des élèves contre 21% avant l'information), l'anneau vaginal (42% contre 21%) et l'implant (51% contre 34%).

Moyens de contraception connus après la séance d'information



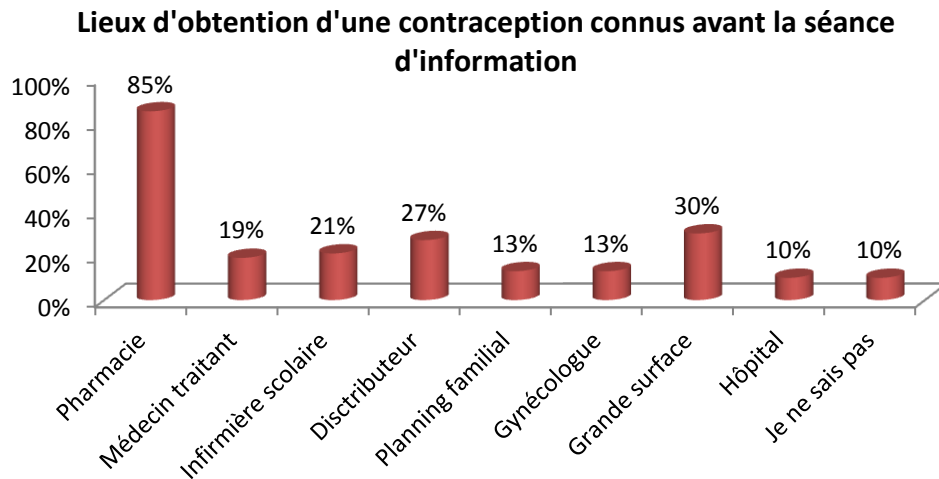
En revanche, près d'un quart de la population ne cite toujours pas spontanément la pilule contraceptive. Et ils sont encore fort peu (7%), et même moins nombreux qu'au pré-test 11%), à citer la pilule contraceptive d'urgence.

Parmi les élèves ayant cité le préservatif (87%), 46% ont distingué le préservatif masculin et 37% le préservatif féminin.

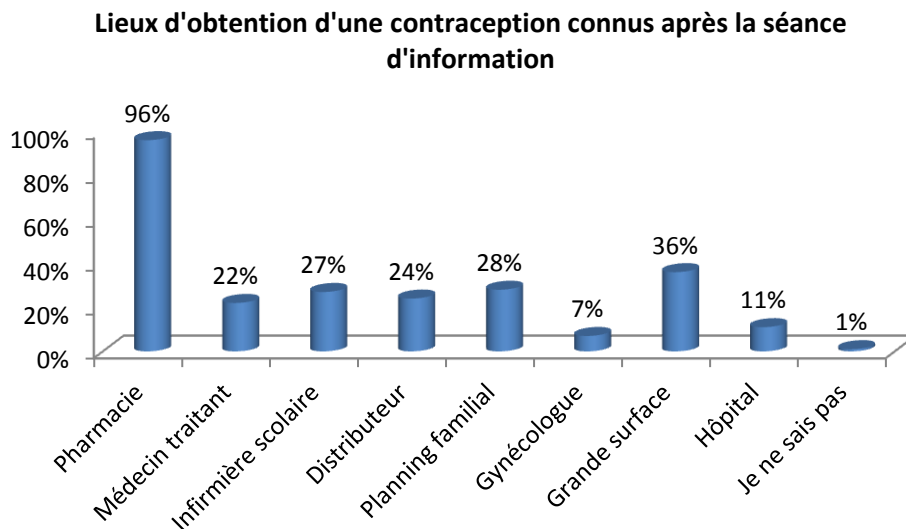
❖ Lieux où l'on peut obtenir un moyen de contraception (Q3/R3)

Notre questionnaire ne faisait volontairement pas de distinction entre moyens de contraception locaux et hormonaux. Nous souhaitions en effet prélever les représentations initiales de notre public afin de découvrir la part de ceux qui, opérant d'emblée cette distinction, identifiaient avant même la formation des lieux susceptibles de fournir l'un et l'autre de ces deux types de contraceptifs. Dans la même logique, le post-test devait ensuite montrer l'évolution des représentations après les apports de la séance d'éducation à la sexualité dans ce domaine.

Lors du pré-test, les lycéens évoquent 8 lieux d'obtention d'un moyen de contraception. Une très nette majorité (85%) cite la pharmacie. Viennent ensuite, mais loin derrière, les grandes surfaces (30%) et les distributeurs automatiques (27%). Seuls 21% des sondés évoquent l'infirmière scolaire. Le planning familial (13%) et l'hôpital (10%) sont les lieux les moins identifiés pour se procurer un moyen de contraception.



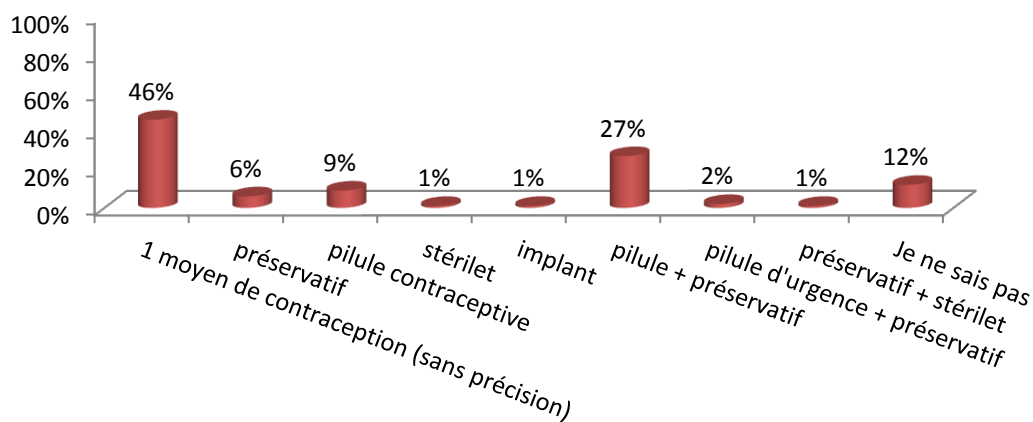
L'analyse du post-test confirme que le lieu privilégié par notre public est la pharmacie (96%). L'infirmière scolaire est davantage citée (27%). Et le planning familial est mieux connu puisqu'il apparaît dans 28% des réponses. Et seul 1% des élèves n'arrive toujours pas à citer un lieu où se procurer un moyen de contraception.



❖ **Précautions pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse (Q4/R4)**

En réponse au premier questionnaire, près des deux tiers de notre public (63%) misent sur un seul moyen de contraception pour éviter une grossesse. Et seuls 17% le citent précisément: pilule contraceptive (9%), préservatif (6%), stérilet (1%) et implant (1%). Pour 30% des élèves il est préférable d'associer deux moyens de contraception. L'association largement plébiscitée est celle de la pilule contraceptive et du préservatif.

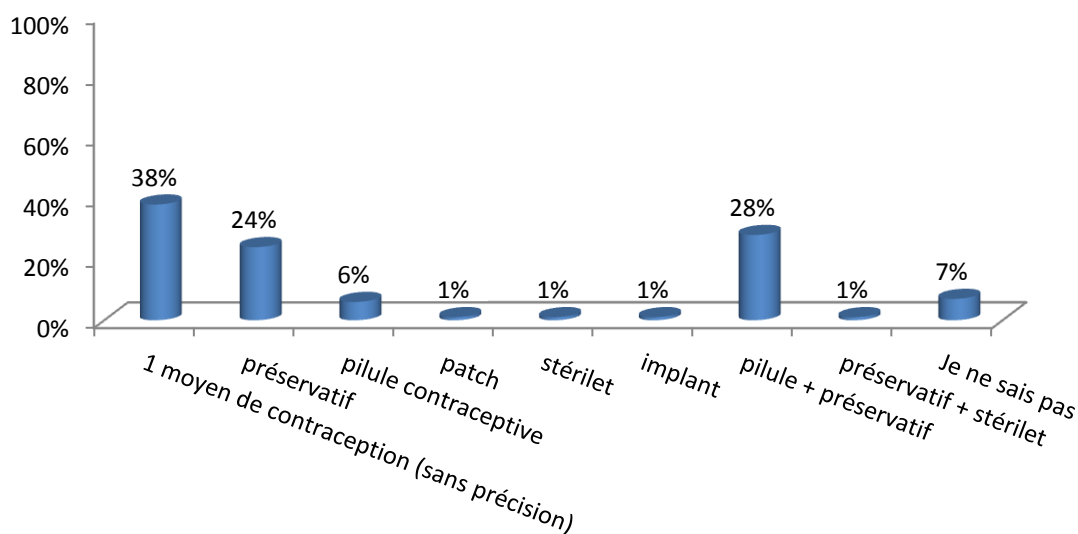
Précautions pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse



Après la séance d'information, 71% des élèves continuent de ne miser que sur un seul moyen de contraception pour éviter le risque de grossesse. Ceux qui précisent lequel citent cette fois majoritairement le préservatif (24%), loin devant la pilule (6%).

La proportion de ceux qui jugent préférable d'associer deux moyens de contraception reste stable à 29%.

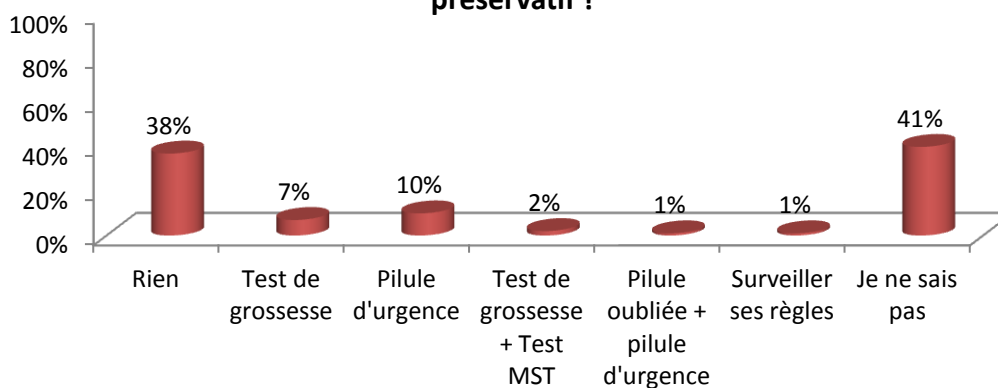
Précautions pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse



❖ Conduite à adopter en cas d'oubli de prise de pilule contraceptive (Q8/R8)

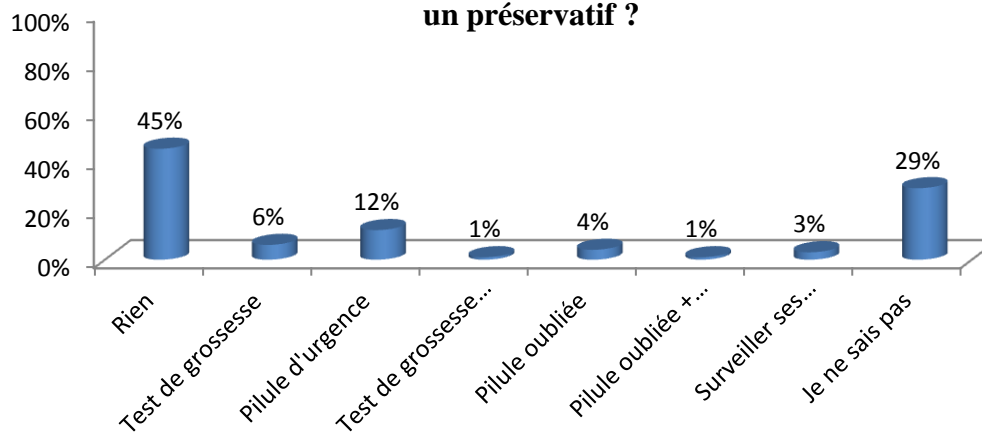
Près des trois quarts des lycéens sondés semblent démunis, lors du pré-test, quant à la conduite à adopter dans une telle situation lorsque le rapport a été protégé par un préservatif. 41% ne savent que répondre et 38% estiment qu'il n'y a rien à faire. À ceux-là s'ajoutent 10% d'attentistes qui proposent de recourir à un test de grossesse (7%), de grossesse et de MST (2%) ou de patienter les prochaines règles pour estimer les conséquences. Bref seuls 11% de ces lycéens propose un recours à la pilule contraceptive d'urgence.

Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lorsque vous avez des rapports sexuels réguliers, si vous avez utilisé un préservatif ?



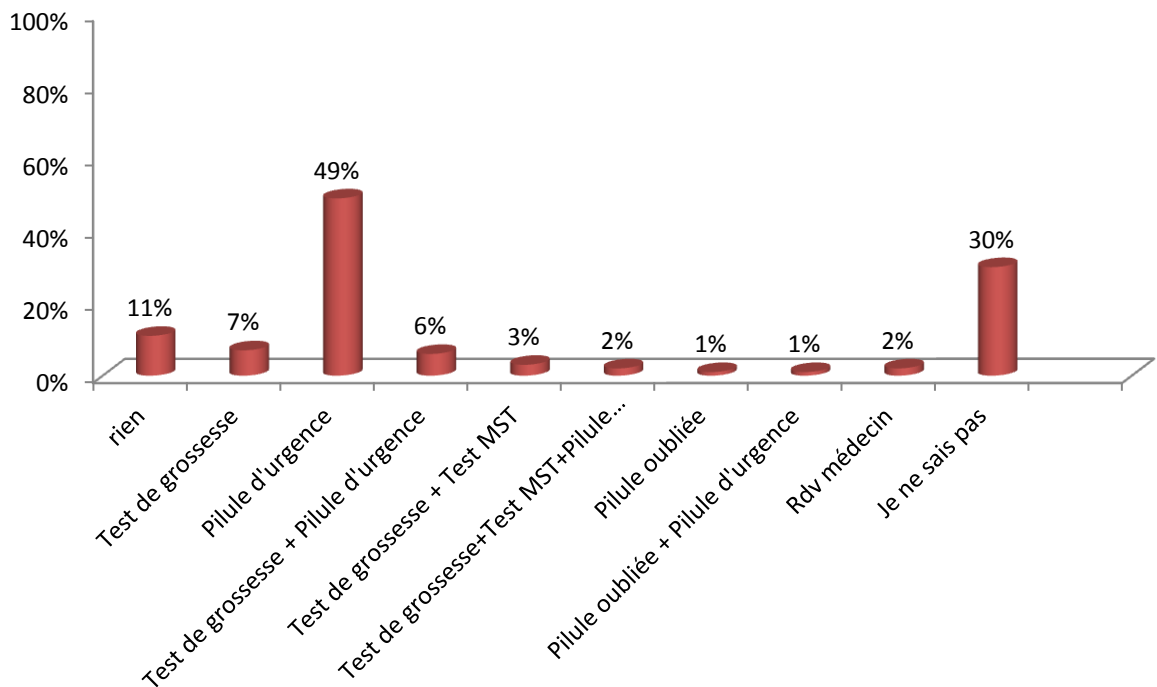
Les réponses n'évoluent que très peu après la séance d'information. S'ils sont un peu moins nombreux à ne pas savoir quelle attitude adopter (29%), ils sont davantage à penser qu'il ne faut rien faire (45%). Cependant 4% des lycéens de notre échantillon ont désormais compris qu'il faut prendre immédiatement la pilule oubliée.

Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lorsque vous avez des rapports sexuels réguliers, si vous avez utilisé un préservatif ?



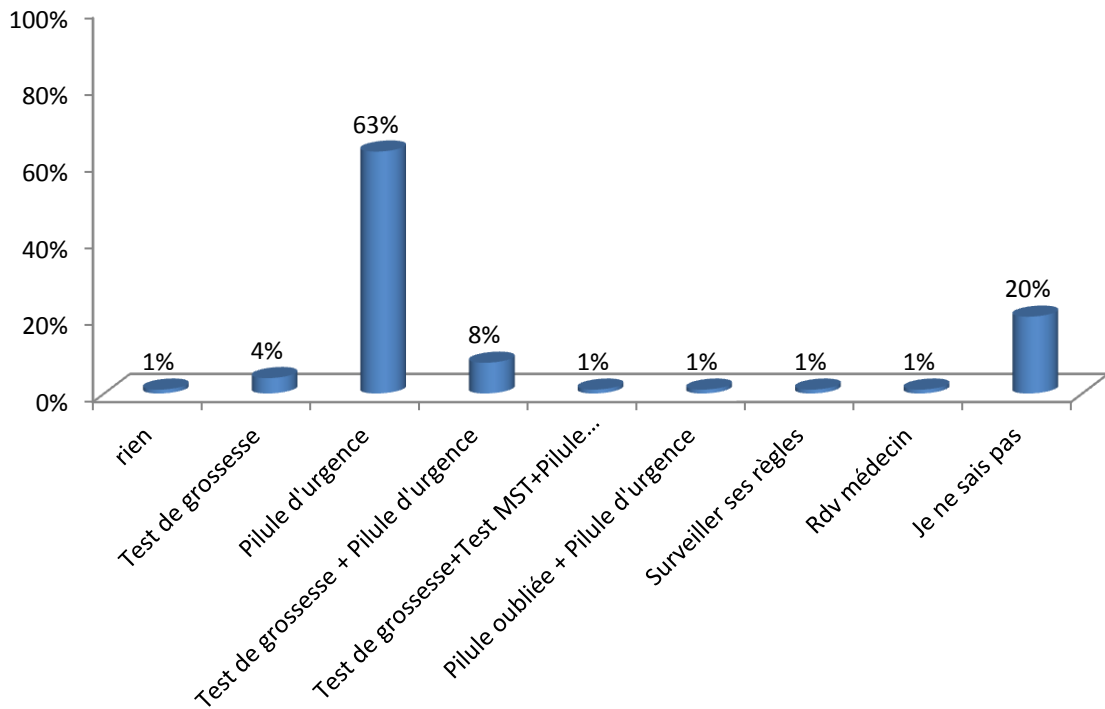
Les réponses sont sensiblement différentes lorsque les partenaires n'ont pas utilisé de préservatif. S'il y a, là encore, bon nombre d'indécis (30%), seuls 11% pensaient avant la séance d'enseignement, qu'il n'y a rien besoin de faire dans ce cas. 60% des élèves évoquaient, un recours à la pilule contraceptive d'urgence, seule ou associée soit à un test de grossesse, soit à un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles, soit encore à la pilule oubliée. Et 2% préconisaient un rendez-vous chez le médecin.

Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lorsque vous avez des rapports sexuels réguliers, si vous n'avez pas utilisé un préservatif ?



Après la séance d'éducation à la sexualité, ils sont 73% à dire qu'il faut utiliser une pilule contraceptive d'urgence. Et s'il reste 20% qui ne savent trop que faire dans cette situation, il n'y a plus qu'un lycéen pour croire qu'il faut s'abstenir de faire quoi que ce soit et 5% d'"attentistes".

Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lorsque vous avez des rapports sexuels réguliers, si vous n'avez pas utilisé un préservatif

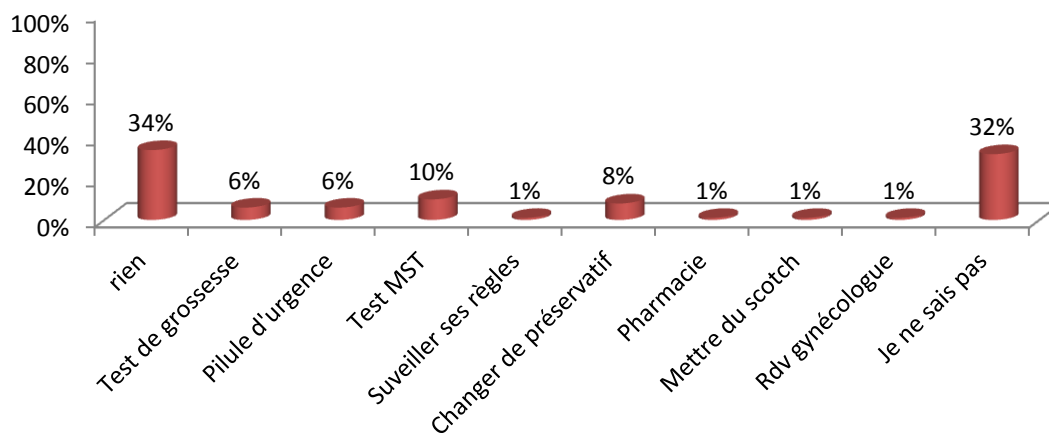


❖ **Conduite à adopter en cas de déchirure du préservatif (Q13/R13)**

Dans le cas d'un préservatif qui se déchire lors d'un rapport sexuel, les réponses au pré-test différent sensiblement selon que la partenaire prend ou non la pilule contraceptive.

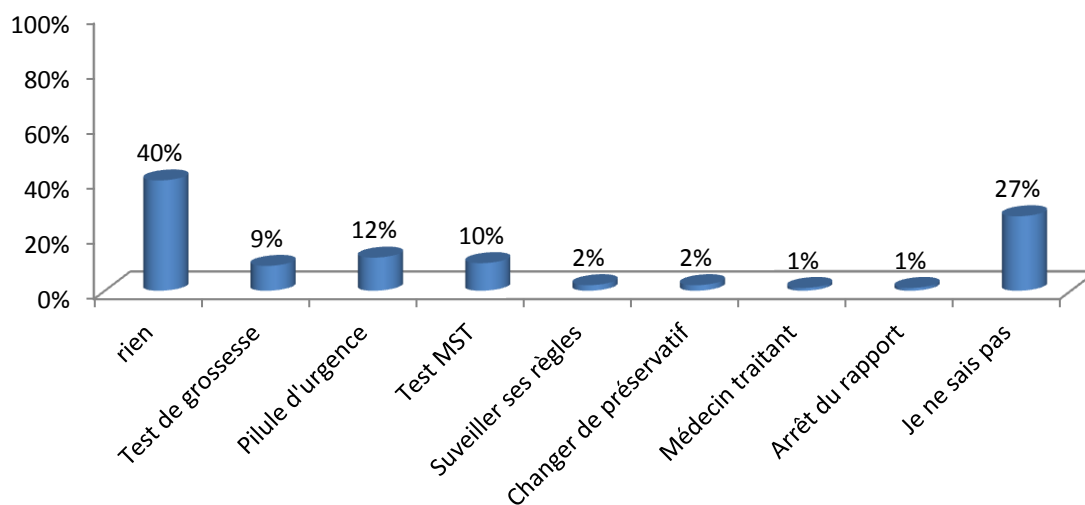
Dans le premier cas, près d'un tiers des lycéens interrogés (32%) ne savait trop que faire avant la séance d'éducation à la sexualité. Et un autre tiers (34%) pensait, comme dans la situation précédente, qu'il n'y a rien de spécial à faire. Un dixième d'entre eux restait pragmatique, pensant à changer de préservatif (8%) ou à mettre du scotch (1%). Et si 2% des élèves auraient pris conseil auprès d'un pharmacien ou d'un gynécologue, ils n'étaient que 10% à envisager de faire un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport, lorsque la fille utilise une pilule contraceptive



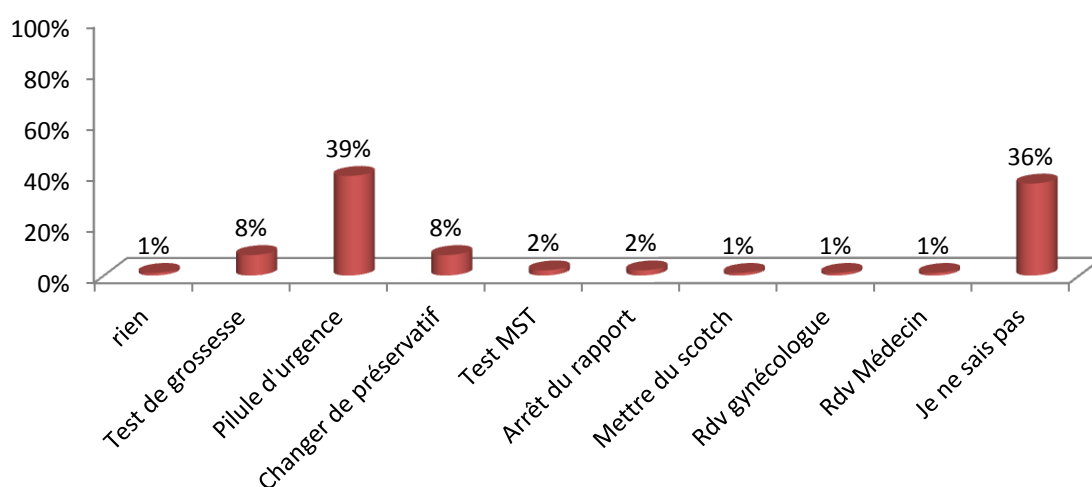
Paradoxalement, les réponses ne changent guère après la séance de travail. La proportion d'élèves qui estiment ne rien devoir faire dans cette situation augmente même légèrement (40%), tandis que le pourcentage d'indécis fléchit à peine (27%). Pas de progrès en revanche du côté de ceux qui envisagent un test MST dans cette circonstance. Et en même temps qu'ils optent moins pour un changement de préservatif, ils envisagent davantage un recours à la pilule contraceptive d'urgence (12%)... et à la surveillance du risque de grossesse (9%).

Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport, lorsque la fille utilise une pilule contraceptive



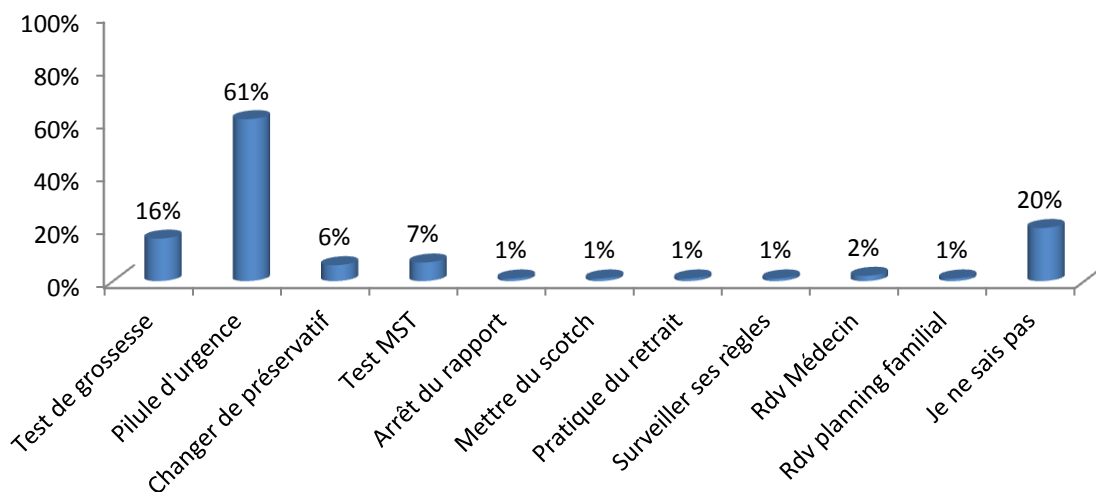
Si la partenaire n'utilise pas de pilule contraceptive, les attitudes diffèrent dès le pré-test. Certes un gros tiers de notre public (36%) n'avait guère d'idée sur le comportement à adopter. Mais les autres étaient plus enclins à agir puisque seul 1% des sondés pensait qu'il n'y a rien à faire. 39% évoquaient cette fois la pilule contraceptive d'urgence. Mais seulement 2% suggéraient de réaliser un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Quant à la proportion d'élèves évoquant un test de grossesse, elle restait stable par rapport à la situation précédente (8%).

Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport, lorsque la fille n'utilise pas de pilule contraceptive



La séance d'éducation à la sexualité semble avoir fait évoluer certaines représentations dans ce cas précis. Après la séance, 61 % des élèves proposent en effet de recourir à une pilule contraceptive d'urgence. Et s'ils sont plus nombreux (16%) à suggérer un test de grossesse, ce public reste peu sensible au risque d'infections sexuellement transmissibles. En effet, ils ne sont que 7% à envisager un test de dépistage et 2% à envisager de prendre conseil auprès d'un professionnel de santé.

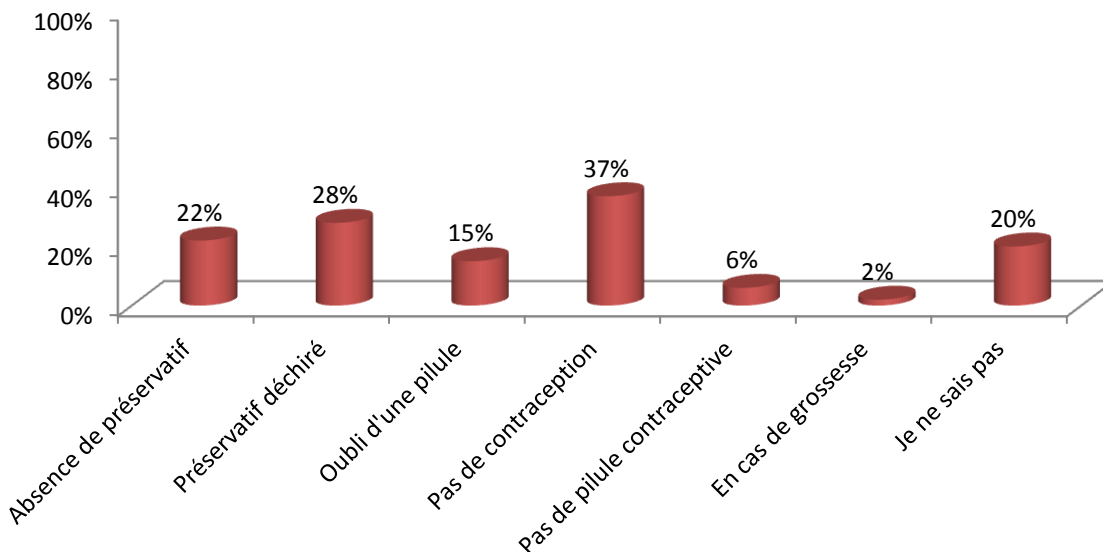
Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport, lorsque la fille n'utilise pas de pilule contraceptive



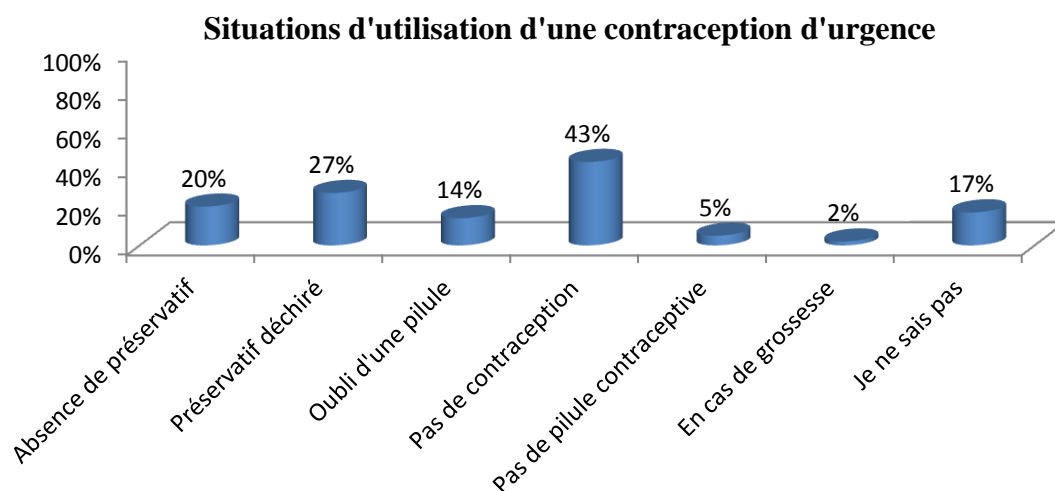
❖ **Situation d'utilisation d'une contraception d'urgence (Q14/R14)**

Avant la séance d'information, 78% des élèves interrogés étaient déjà capables de citer au moins une situation nécessitant une contraception d'urgence. Toutes étaient relatives à un manque ou un défaut de moyen de contraception: absence ou déchirement du préservatif, absence ou oubli de la pilule, etc. Les 22% restant se partageaient entre ceux qui ne savaient guère dans quelle situation utiliser la pilule contraceptive d'urgence (20%) et ceux qui imaginaient pertinent d'y recourir en cas de grossesse.

Situations d'utilisation d'une contraception d'urgence

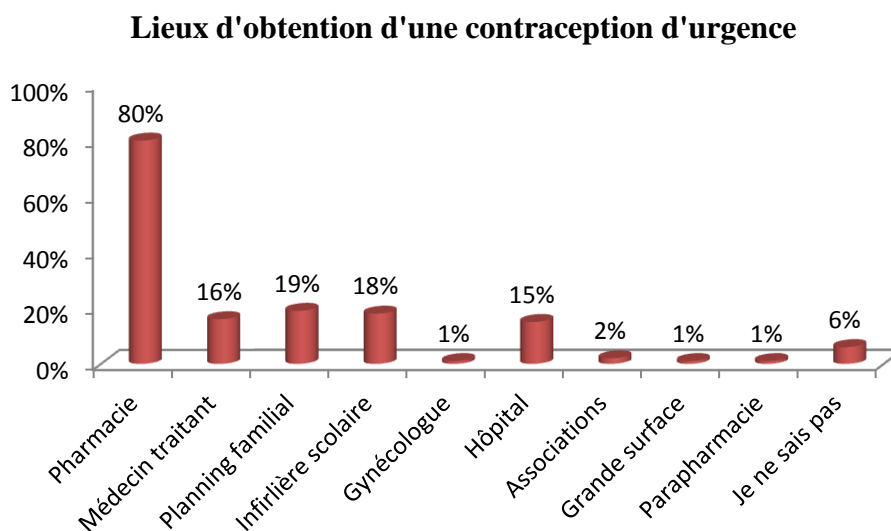


Après la séance d'information, les propositions sont les mêmes et sensiblement énoncées dans les mêmes proportions. Le fait saillant est que 17% des élèves ne savent toujours pas dans quelle situation il est important d'avoir recours à la contraception d'urgence.

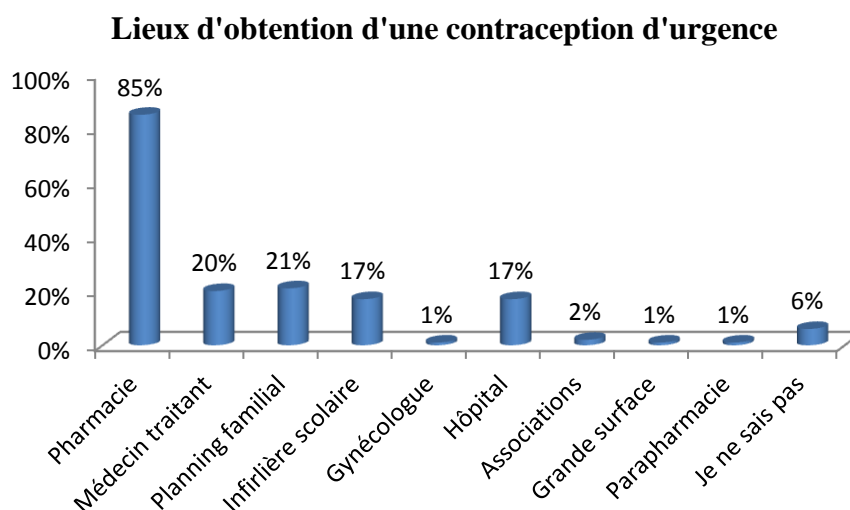


❖ **Lieux d'obtention de la contraception d'urgence (Q16/R16)**

Avant la séance d'information, neuf lycéens sur dix de notre échantillon citaient des lieux où l'on peut effectivement se procurer, directement ou indirectement, une contraception d'urgence: Pharmacie (80%), Centre de planning familial (19%), infirmière scolaire (18%), médecin (17%) ou hôpital (15%). Les 10% restants citaient les grandes surfaces (1%), les parapharmacies (1%), des associations (2%) ou ne donnaient pas de réponses (6%).



Sur cette question encore, on ne constate guère d'évolution dans les réponses du post-test. Les lieux proposés sont les mêmes, dans des proportions sensiblement identiques, en particulier pour les 10% qui ne se sont pas débarrassés de leurs représentations erronées.



Cette analyse statistique descriptive fait apparaître des différences significatives du point de vue de l'évolution des réponses des lycéens de notre échantillon entre le pré-test et le post-test. Pour affiner ce premier niveau d'analyse, nous avons décidé de procéder à une étude de corrélations entre les réponses obtenues avant la séance d'enseignement menée par la sage-femme et celles recueillies après. Cette étude vise à explorer l'existence et la qualité du lien entre les réponses du pré-test et celles du post-test.

3- Analyse statistique inférentielle des résultats

Pour analyser les réponses des lycéens, et plus particulièrement leur évolution entre les deux questionnaires, nous avons utilisé les logiciels SPSS (version 6.0), et SAS (version 9.0). Ces outils de traitement statistiques répondent à des logiques propres qui réclament de faire des choix méthodologiques afin de permettre une interprétation fiable au regard des éléments théoriques qui sous-tendent la recherche.

Nous avons ainsi choisi de restreindre notre analyse aux questions qui invitent à proposer des réponses ouvertes, celles qui constituent des variables avec un score continu. Deux d'entre elles, Q8 et Q13, présentent deux items. Au total, l'analyse statistique inférentielle porte donc sur neuf questions présentées dans le tableau de la page suivante.

	Variable pré-test	Variable post-test
Question 1 : Moyens de contraception connus	Q1	R1
Question 3 : Lieux d'obtention d'un moyen de contraception	Q3	R3
Question 4 : Précaution afin d'éviter qu'un rapport sexuel ne débouche sur une grossesse.	Q4	R4
Question 8_1 : Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lors d'un rapport sexuel avec utilisation d'un préservatif.	Q8_1	R8_1
Question 8_2 : Attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive lors d'un rapport sexuel sans utilisation d'un préservatif.	Q8_2	R8_2
Question 13_1 : Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel si la fille prend une pilule contraceptive.	Q13_1	R13_1
Question 13_2 : Attitude à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel si la fille ne prend pas une pilule contraceptive.	Q13_2	R13_2
Question 14 : Situations d'utilisation de la contraception d'urgence	Q14	R14
Question 16 : Lieux d'obtention de la contraception d'urgence.	Q16	R16

Au regard des proximités apparues lors de l'analyse statistique descriptive, entre les réponses du pré-test et celles du post-test pour la plupart - sinon la totalité - des neuf questions retenues, nous faisons l'hypothèse empirique d'une certaine corrélation entre elles. Dans la mesure où ce sont les mêmes sujets qui répondent à deux reprises au même questionnaire et que le temps qui sépare les deux prélèvements est relativement court (un mois), l'hypothèse ne semble pas déraisonnable.

Pour tenter de la vérifier et, surtout, évaluer la qualité de la liaison entre les variables, nous avons affecté à chacune un score d'efficacité en attribuant à chaque réponse, du pré-test comme du post-test, une valeur d'efficacité dont la cotation est précisée en annexe. Ce score d'efficacité permet de situer les représentations du lycéen au regard de celles d'un lycéen épistémique qui aurait une connaissance exhaustive de la contraception. Il correspond ainsi à une efficacité maximale rapportée aux possibilités (âge, sexe) des lycéens et aux caractéristiques de nos sociétés (différents moyens de contraception existant, lieux d'obtention de ces moyens de contraception...).

La qualité de la liaison se mesure à l'aune d'un *coefficient de corrélation*. D'un point de vue mathématique, il s'agit de la covariance entre la variable explicative (réponse au pré-test) et la variable à expliquer (réponse au post-test), rapportée au produit de leurs écarts-types. De fait sa valeur se situe entre -1 et 1. La liaison linéaire entre les deux variables est d'autant plus forte que le coefficient de corrélation se rapproche de ces deux valeurs extrêmes. Un signe négatif indique que *la seconde, celle à expliquer*, varie en sens inverse de la première, explicative. A contrario, un coefficient proche de 0 est le signe de deux variables linéairement indépendantes.

Le tableau présenté ci-dessous donne à voir les coefficients de corrélation des réponses obtenues au pré-test et au post-test. Ils y apparaissent en noir. Sous chaque coefficient de corrélation apparaît le *coefficient de significativité*, en **bleu** et italique. Il indique, comme son nom le laisse supposer, le degré de significativité du coefficient de corrélation. Plus le premier est proche de zéro, plus le second est significatif. Dans le tableau, lorsque la corrélation apparaît significative, le coefficient de corrélation est surligné en **jaune**.

Tableau de corrélation des réponses obtenues au pré-test et au post-test.

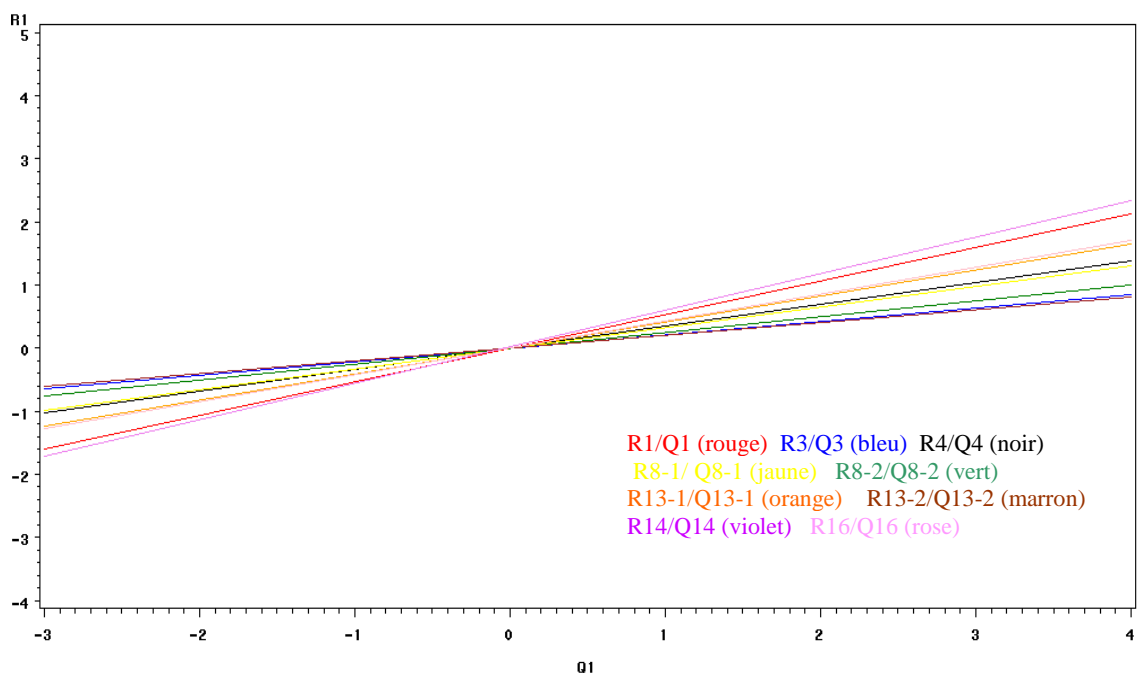
	age	sex	Q1	Q3	Q4	Q81	Q82	Q131	Q132	Q14	Q16	R1	R3	R4	R81	R82	R131	R132	R14	R16	
age	1.00000																				
		sex																			
sex	0.20093	1.00000																			
	<i>0.0509</i>		Q1																		
Q1	0.04181	-0.40178	1.00000																		
	<i>0.6875</i>	<i><.0001</i>		Q3																	
Q3	0.00840	-0.18486	0.39724	1.00000																	
	<i>0.9396</i>	<i>0.0729</i>	<i><.0001</i>		Q4																
Q4	-0.25348	-0.15665	0.06583	0.20475	1.00000																
	<i>0.0132</i>	<i>0.1295</i>	<i>0.5262</i>	<i>0.0466</i>		Q81															
Q81	0.14462	0.07404	-0.07619	-0.17464	-0.05228	1.00000															
	<i>0.1620</i>	<i>0.4758</i>	<i>0.4630</i>	<i>0.0905</i>	<i>0.6149</i>		Q82														
Q82	0.05422	-0.24741	0.39723	0.14437	0.24193	-0.22454	1.00000														
	<i>0.6018</i>	<i>0.0156</i>	<i><.0001</i>	<i>0.1628</i>	<i>0.0182</i>	<i>0.0287</i>		Q131													
Q131	0.00666	-0.17668	0.19940	0.07262	-0.03433	-0.27952	0.23661	1.00000													
	<i>0.9489</i>	<i>0.0868</i>	<i>0.0527</i>	<i>0.4843</i>	<i>0.7412</i>	<i>0.0061</i>	<i>0.0210</i>		Q132												
Q132	0.12731	-0.25196	0.47437	0.20605	0.16592	-0.21216	0.65524	0.17984	1.00000												
	<i>0.2189</i>	<i>0.0138</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0451</i>	<i>0.1081</i>	<i>0.0390</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0812</i>		Q14											
Q14	-0.10126	-0.21595	0.36947	0.14635	0.27782	-0.18250	0.56992	0.16645	0.52692	1.00000											
	<i>0.3289</i>	<i>0.0356</i>	<i>0.0002</i>	<i>0.1570</i>	<i>0.0064</i>	<i>0.0767</i>	<i><.0001</i>	<i>0.1069</i>	<i><.0001</i>		Q16										
Q16	-0.00264	-0.23164	0.44659	0.45369	0.12999	-0.13280	0.42882	0.17012	0.38373	0.32664	1.00000										
	<i>0.9798</i>	<i>0.0239</i>	<i><.0001</i>	<i><.0001</i>	<i>0.2093</i>	<i>0.1895</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0893</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.0012</i>		R1									
R1	-0.24493	-0.39841	0.53238	0.22219	0.14056	-0.02936	0.26420	0.19975	0.31457	0.36945	0.19308	1.00000									
	<i>0.0167</i>	<i><.0001</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0305</i>	<i>0.1743</i>	<i>0.7776</i>	<i>0.0097</i>	<i>0.0523</i>	<i>0.0019</i>	<i>0.0002</i>	<i>0.0608</i>		R3								
R3	0.01225	-0.21248	0.29144	0.21139	0.08179	-0.14017	0.24477	0.04162	0.27392	0.17533	0.21990	0.11612	1.00000								
	<i>0.9062</i>	<i>0.0387</i>	<i>0.0042</i>	<i>0.0397</i>	<i>0.4307</i>	<i>0.1795</i>	<i>0.0168</i>	<i>0.6888</i>	<i>0.0072</i>	<i>0.0892</i>	<i>0.0329</i>	<i>0.2624</i>		R4							
R4	0.04075	-0.06104	0.18846	0.10051	0.34394	0.03895	0.14799	-0.01543	-0.03909	0.11126	0.15612	0.03595	-0.08951	1.00000							
	<i>0.6990</i>	<i>0.5568</i>	<i>0.0674</i>	<i>0.3325</i>	<i>0.0006</i>	<i>0.7078</i>	<i>0.1524</i>	<i>0.8821</i>	<i>0.7357</i>	<i>0.2831</i>	<i>0.1308</i>	<i>0.7294</i>	<i>0.3884</i>		R81						
R81	0.13117	-0.03316	-0.13482	-0.25028	0.05061	0.32618	-0.14198	-0.21634	-0.16590	-0.05240	-0.10625	-0.13271	-0.12267	0.14319	1.00000						
	<i>0.2051</i>	<i>0.7497</i>	<i>0.1827</i>	<i>0.0144</i>	<i>0.6262</i>	<i>0.0013</i>	<i>0.1699</i>	<i>0.0182</i>	<i>0.1081</i>	<i>0.6141</i>	<i>0.3055</i>	<i>0.1898</i>	<i>0.2363</i>	<i>0.1663</i>		R82					
R82	-0.13938	-0.27979	0.26187	0.26212	0.30501	-0.09512	0.25125	0.15732	0.38743	0.22817	0.18710	0.34260	0.09272	0.09692	-0.18629	1.00000					
	<i>0.1779</i>	<i>0.0060</i>	<i>0.0104</i>	<i>0.0023</i>	<i>0.0027</i>	<i>0.3592</i>	<i>0.0140</i>	<i>0.1279</i>	<i>0.0001</i>	<i>0.0262</i>	<i>0.0694</i>	<i>0.0007</i>	<i>0.3715</i>	<i>0.3501</i>	<i>0.0707</i>		R131				
R131	0.12558	-0.15915	0.14921	0.07549	0.16314	-0.06059	0.23923	0.41118	0.29559	0.18446	0.14749	0.08916	0.07326	0.03484	0.09337	0.16592	1.00000				
	<i>0.2253</i>	<i>0.1234</i>	<i>0.1490</i>	<i>0.4672</i>	<i>0.1142</i>	<i>0.5597</i>	<i>0.0186</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0036</i>	<i>0.0735</i>	<i>0.1538</i>	<i>0.3902</i>	<i>0.4805</i>	<i>0.7375</i>	<i>0.3681</i>	<i>0.1081</i>		R132			
R132	-0.15992	-0.29360	0.21231	0.00779	0.13118	-0.05177	0.21382	0.22353	0.20162	0.20202	0.11729	0.31544	0.18058	-0.05070	0.06160	0.39824	0.16663	1.00000			
	<i>0.1216</i>	<i>0.0039</i>	<i>0.0389</i>	<i>0.9402</i>	<i>0.2051</i>	<i>0.6183</i>	<i>0.0375</i>	<i>0.0294</i>	<i>0.0501</i>	<i>0.0496</i>	<i>0.2576</i>	<i>0.0018</i>	<i>0.0799</i>	<i>0.6256</i>	<i>0.5532</i>	<i><.0001</i>	<i>0.1065</i>		R14		
R14	-0.03298	-0.33285	0.28869	0.19663	0.26681	-0.02772	0.42004	0.21730	0.35766	0.42694	0.25849	0.35943	0.14410	0.20944	0.01936	0.33453	0.08819	0.35589	1.00000		
	<i>0.7510</i>	<i>0.0010</i>	<i>0.0046</i>	<i>0.0561</i>	<i>0.0090</i>	<i>0.7897</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0344</i>	<i>0.0004</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0114</i>	<i>0.0003</i>	<i>0.1636</i>	<i>0.0417</i>	<i>0.8523</i>	<i>0.0009</i>	<i>0.3384</i>	<i>0.0004</i>		R16	
R16	-0.15433	-0.29218	0.29789	0.25729	0.15237	-0.24237	0.29219	0.26404	0.32639	0.25209	0.55931	0.30483	0.42203	0.08704	-0.17058	0.27857	0.16004	0.19117	0.19674	1.00000	
	<i>0.1419</i>	<i>0.0047</i>	<i>0.0040</i>	<i>0.0133</i>	<i>0.1471</i>	<i>0.0189</i>	<i>0.0047</i>	<i>0.0110</i>	<i>0.0015</i>	<i>0.0153</i>	<i><.0001</i>	<i>0.0031</i>	<i><.0001</i>	<i>0.4094</i>	<i>0.1040</i>	<i>0.0072</i>	<i>0.1275</i>	<i>0.0679</i>	<i>0.0602</i>		

Ce tableau laisse apparaître une corrélation significative entre chacune des réponses du pré-test et la réponse du post-test qui lui correspond. Une telle liaison repérée pour l'ensemble des questions confirme que les sujets n'ont pas répondu au hasard aux questions du pré-test et du post-test. Pour autant, des différences notables existent entre ces coefficients de corrélation et donnent à voir que la liaison entre pré-test et post-test n'a pas la même intensité pour chaque variable. Or une telle table de corrélation ne nous permet pas d'en définir la nature, en particulier concernant l'aspect causal. Pour tenter de mettre en évidence une telle relation causale entre les réponses du pré-test et celles du post-test, et d'en évaluer la qualité, d'autres modèles statistiques s'imposent.

Nous avons opté pour celui dit de *régression linéaire*. Ce modèle permet en effet de chercher une éventuelle relation fonctionnelle linéaire entre une valeur explicative (ou indépendante) et une variable à expliquer (ou dépendante). Dans notre étude, la réponse au pré-test est la variable indépendante (explicative) et la réponse au post-test est la variable dépendante (à expliquer). Nous avons ainsi réalisé une régression linéaire pour chacune des variables correspondant aux réponses aux questions ouvertes (celles listées page 45). Les variables ont été centrées afin de pouvoir les comparer entre elles au niveau des liens qu'elles entretiennent entre le pré-test et le post-test.

Un premier travail a alors consisté à représenter l'ensemble des droites de régressions sur un graphique pour comparer les différences de lien causal d'une variable à l'autre.

Droites de régression représentant l'évolution de l'ensemble des réponses entre le pré-test et le post-test.



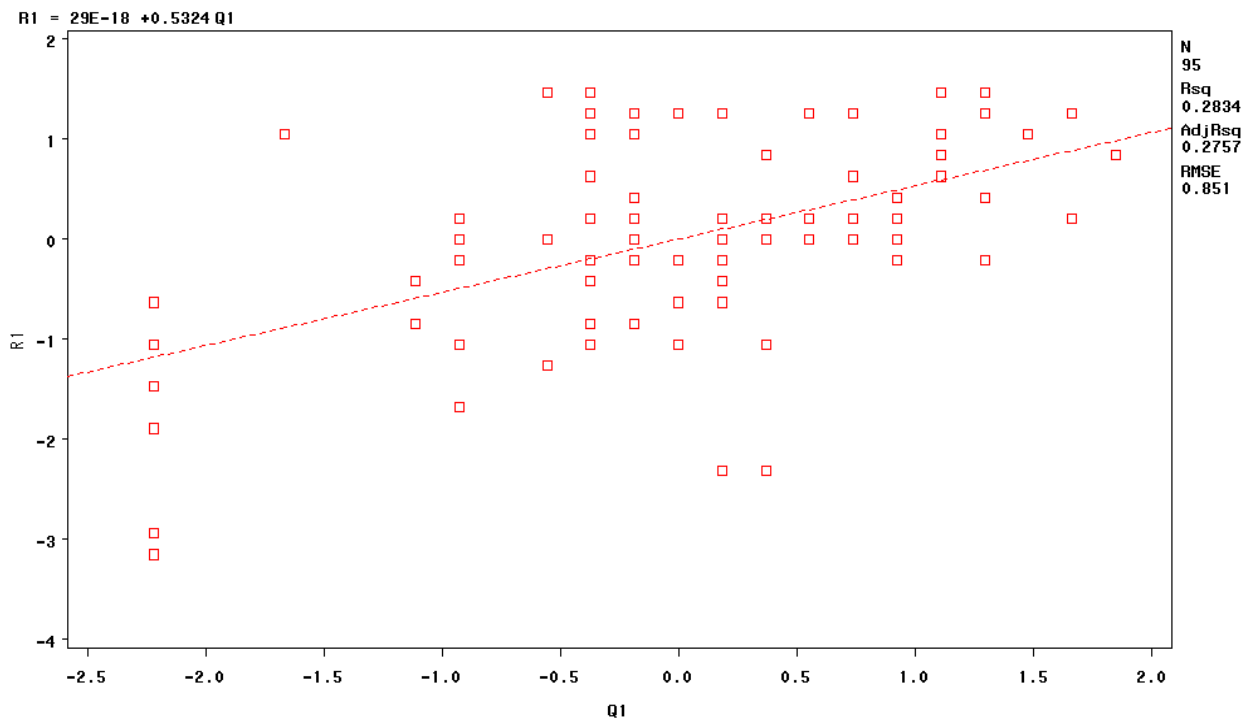
La compréhension de tels graphiques réclame de se familiariser avec quelques clés. La première porte sur l'interprétation du R^2 (indiqué en haut à droite sur les graphiques suivants). Cette valeur rend compte de la part de variance expliquée. En d'autres termes, elle indique dans quelle proportion la représentation initiale influe la réponse donnée après la séance d'information. De fait, elle donne une indication sur la qualité du lien entre le pré-test et le post-test. Plus le R^2 s'approche de 1, plus les variables sont liées, plus il s'en éloigne, plus les variables sont indépendantes.

La seconde clé est complémentaire de la précédente, c'est la part de variance inexpliquée restante. Il s'agit de la part de la réponse au post-test qui trouve son explication ailleurs que dans la réponse au pré-test. Cet ailleurs est sans doute multiple: maturation personnelle, liens sociaux, etc. Mais au vu de la stabilité du public et du faible délai entre les deux prélèvements, la formation apparaît comme une sérieuse, sinon la principale, source de changement. Nous faisons donc l'hypothèse, raisonnable mais impossible à vérifier dans le cadre de nos données, que cette formation participe pour une part significative dans la part de variance inexpliquée du présent modèle.

La troisième concerne la pente des droites de régressions. Ici, le fait qu'aucune droite de régression ne soit horizontale atteste que chaque réponse au post-test est, pour une part au moins, expliquée par la réponse correspondante au pré-test. Cette pente, caractérisée par un coefficient noté en haut à gauche sur les graphiques suivants, atteste d'une évolution du score d'efficacité entre les deux tests. Sur ce premier graphique, toutes les droites de régression ont une pente avec un coefficient positif. Nous pouvons donc dire, au regard de notre cotation, que le niveau de connaissance évolue positivement pour toutes les questions étudiées. Cependant, les pentes n'ont pas toutes le même coefficient, donc pas la même pente, ce qui suggère une évolution différente d'une question à une autre. En référence à notre hypothèse d'un impact de la formation sur cette évolution, il semble que la formation, et donc l'outil de formation utilisé, aient une efficacité variable selon les questions abordées.

Dans la suite de ce chapitre, nous allons présenter les résultats de l'analyse statistique inférentielle pour chacune des questions ouvertes. Nous analyserons les courbes de régression à la lumière de ces trois clés.

❖ Connaissance des moyens de contraception (*Variables Q1 / R1*).



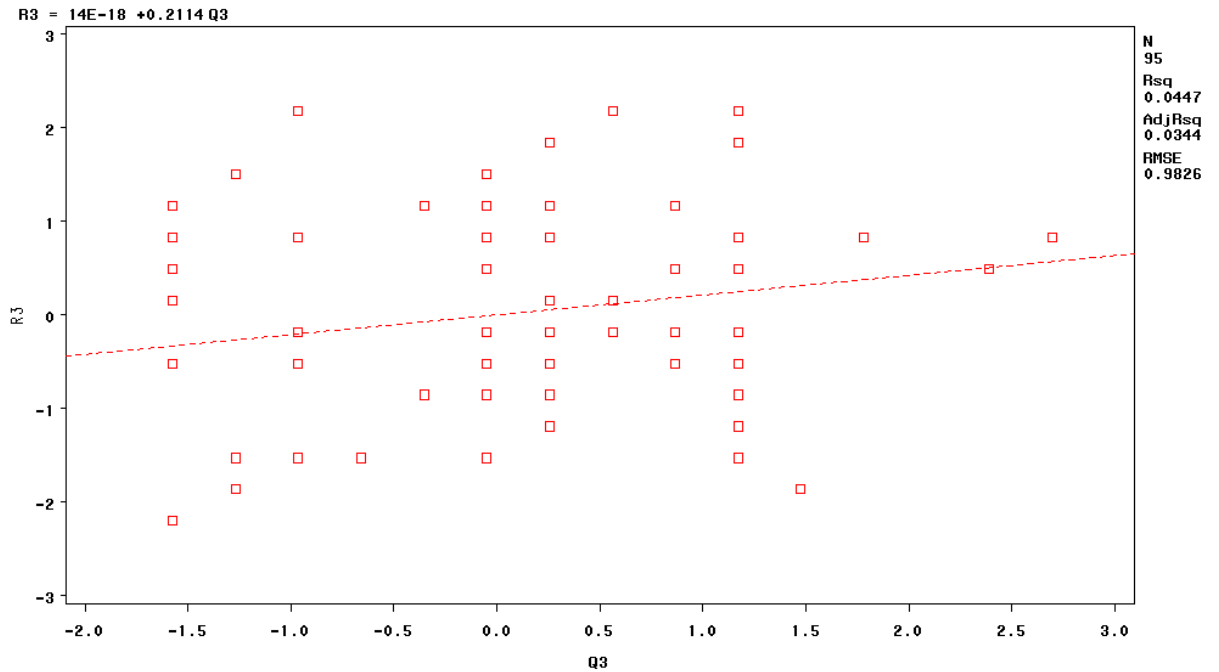
Pour cette question, $R^2=0,2834$. Cela signifie que la variable R1(pré-test) est expliquée par la variable Q1(pré-test) à 28%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à 28% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 72% de part non expliquée par le modèle. Or, selon notre hypothèse, au premier rang des explications possibles de cette part se trouve la formation dispensée lors de la séance d'éducation à la sexualité.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,53 avec une significativité inférieure à 0,0001, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte positivement cette évolution.

❖ Lieux où l'on peut obtenir un moyen de contraception (*Variables Q3/ R3*)



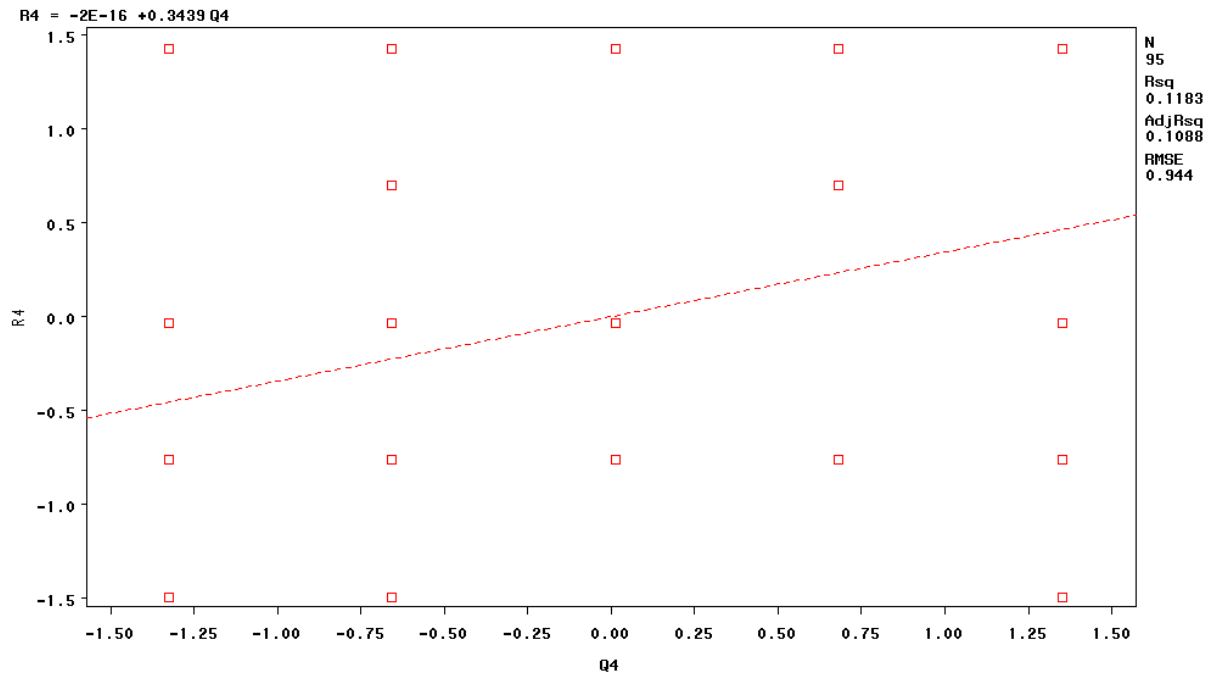
Pour cette question, $R^2=0,0447$. Cela signifie que la variable R3(pré-test) est expliquée par la variable Q3(pré-test) à 4%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 4% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 96% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve presque entièrement ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,21 avec une significativité de 0,0397, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte très largement et de manière positive cette évolution.

❖ Précautions pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse
(Variables Q4/ R4)



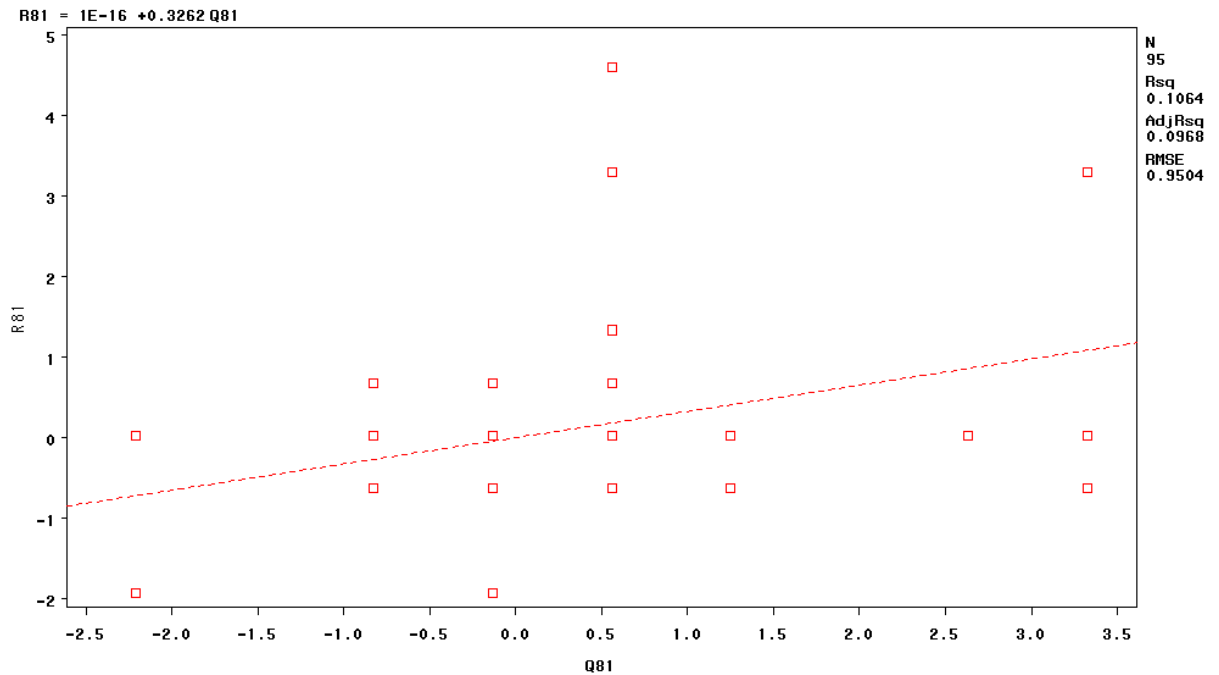
Pour cette question, $R^2=0,1183$. Cela signifie que la variable R4(pré-test) est expliquée par la variable Q4(pré-test) à 12%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 12% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 88% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve pour une très large part ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,34 avec une significativité de 0,0006, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte largement et de manière positive cette évolution.

- ❖ Conduite à adopter en cas d'oubli de prise de pilule contraceptive lors d'un rapport sexuel avec utilisation d'un préservatif (*Variables Q8-1/ R8-1*)



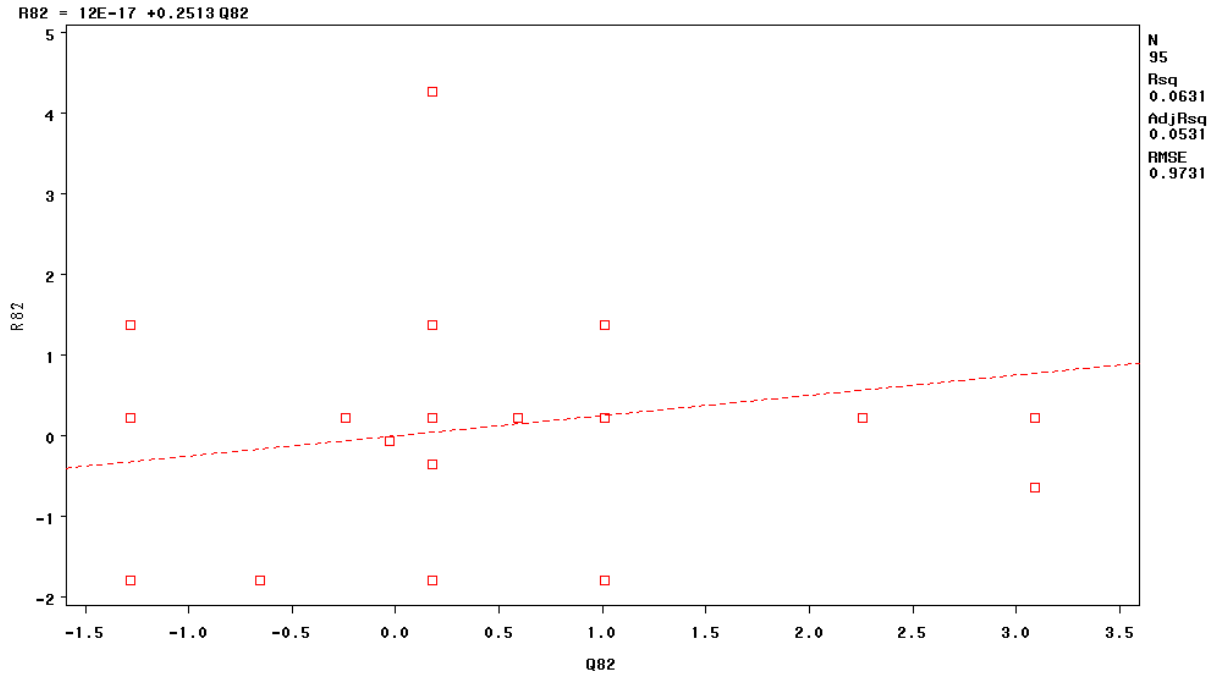
Pour cette question, $R^2=0,1064$. Cela signifie que la variable R8-1(pré-test) est expliquée par la variable Q8-1(pré-test) à 11%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 11% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 89% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve pour une très large part ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,33 avec une significativité de 0,0013, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte largement et de manière positive cette évolution.

- ❖ Conduite à adopter en cas d'oubli de prise de pilule contraceptive lors d'un rapport sexuel sans utilisation d'un préservatif (*Variables Q8-2/ R8-2*)



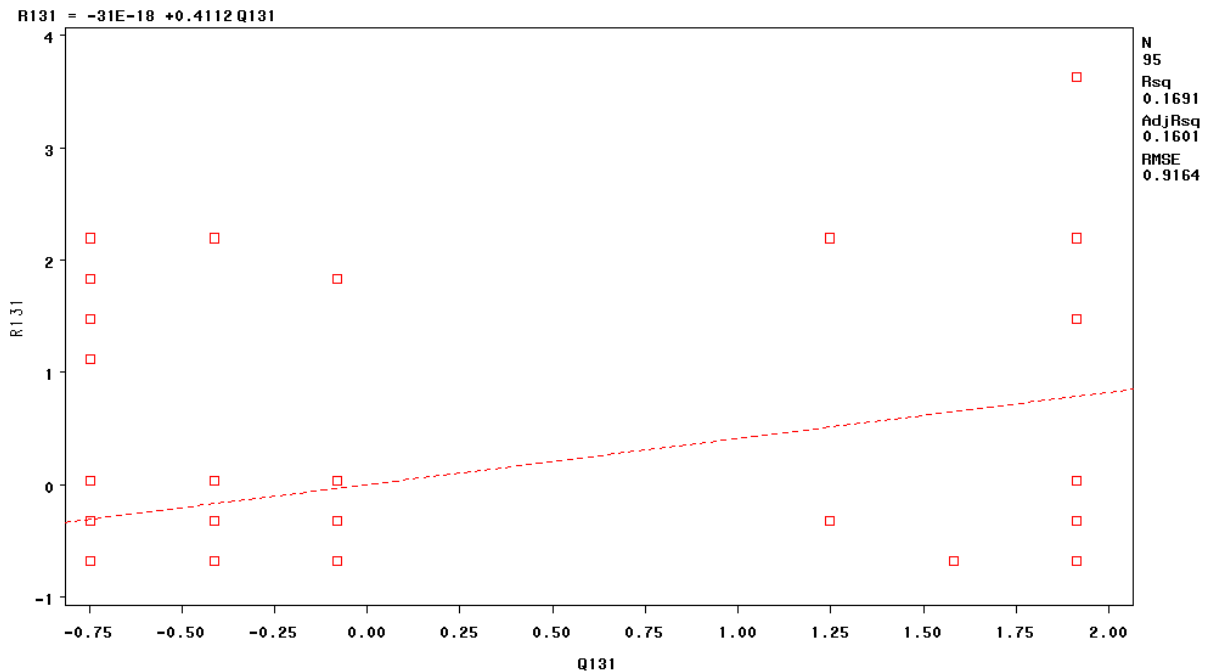
Pour cette question, $R^2=0,0631$. Cela signifie que la variable R8-2(pré-test) est expliquée par la variable Q8-2(pré-test) à 6%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 6% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 94% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve presque entièrement ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,25 avec une significativité de 0,0140, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte très largement et de manière positive cette évolution.

- ❖ Conduite à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel si la fille prend une pilule contraceptive. (*Variables Q13-1/ R13-1*)



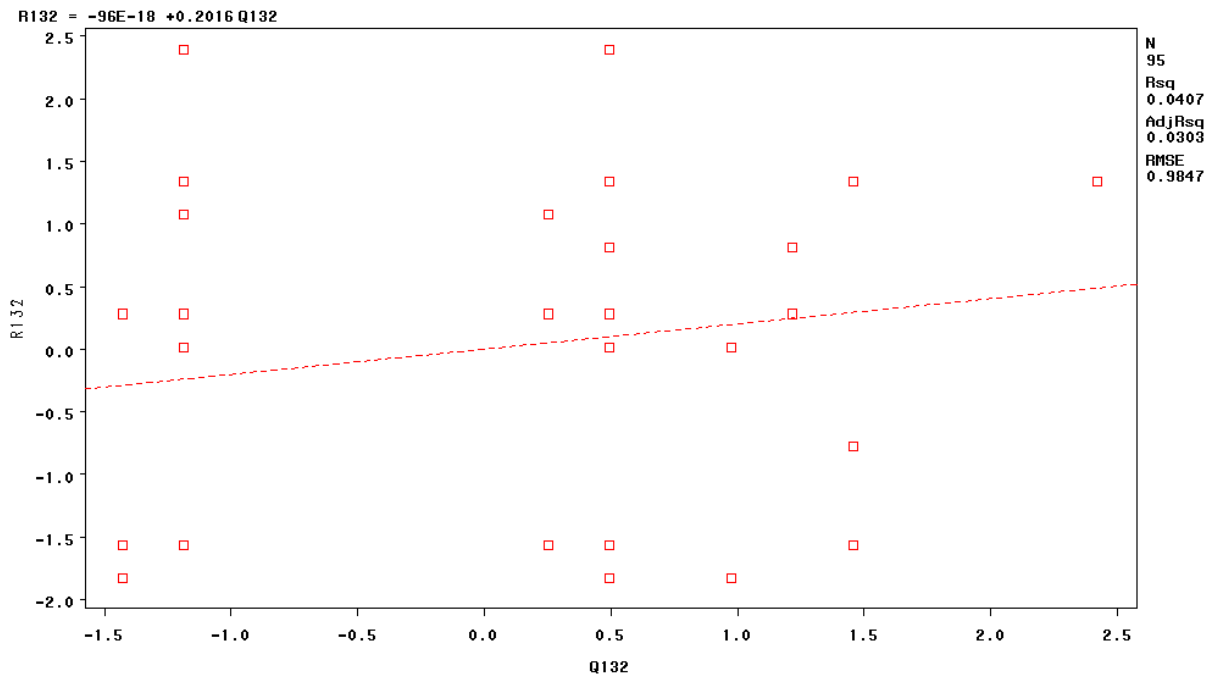
Pour cette question, $R^2=0,1691$. Cela signifie que la variable R13-1(pré-test) est expliquée par la variable Q13-1(pré-test) à 17%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 17% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 83% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve pour une très large part ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,41 avec une significativité inférieure à 0,0001, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte largement et de manière positive cette évolution.

- ❖ Conduite à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel si la fille ne prend pas de pilule contraceptive. (*Variables Q13-2/ R13-2*)



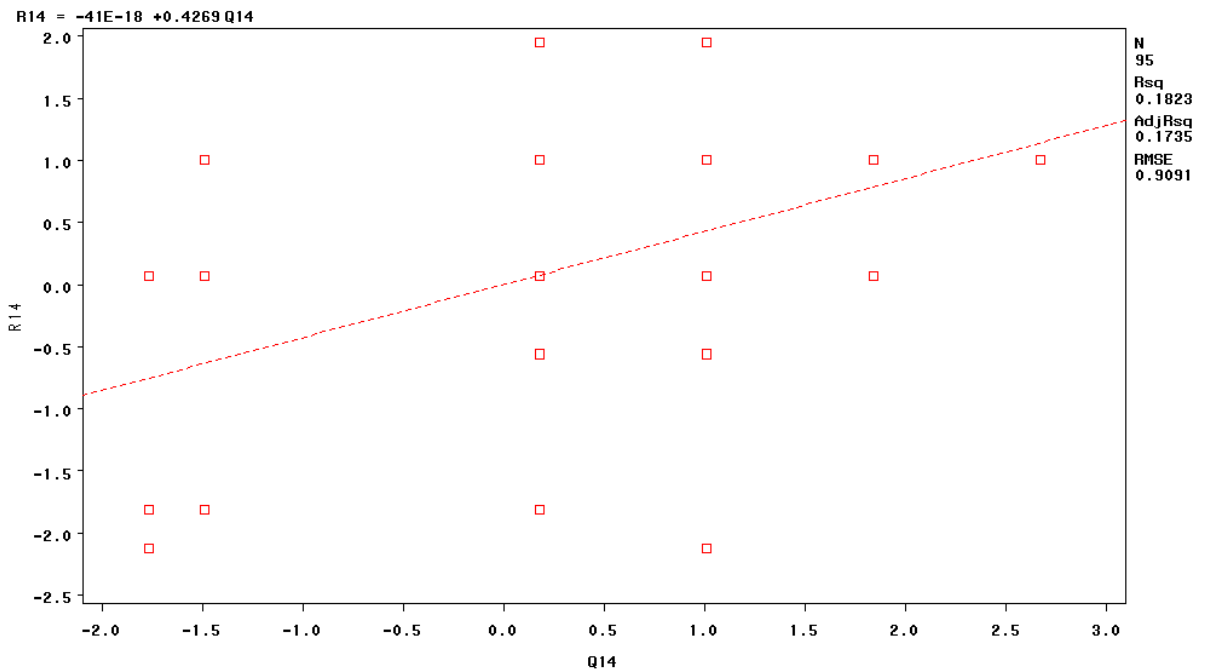
Pour cette question, $R^2=0,0407$. Cela signifie que la variable R3(pré-test) est expliquée par la variable Q3(pré-test) à 4%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 4% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 96% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve presque entièrement ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,20 avec une significativité de 0,0501, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte très largement et de manière positive cette évolution.

❖ Situation d'utilisation d'une contraception d'urgence (*Variables Q14/R14*)



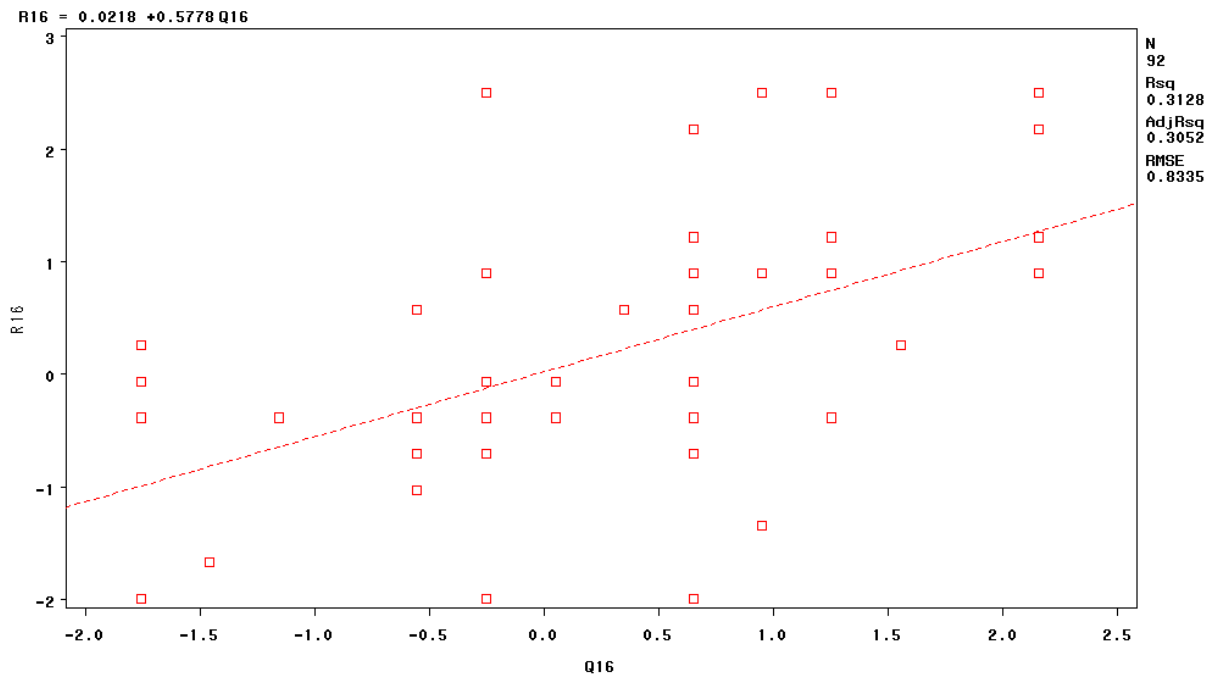
Pour cette question, $R^2=0,1823$. Cela signifie que la variable R14(pré-test) est expliquée par la variable Q14(pré-test) à 18%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à seulement 18% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 82% de part non expliquée par le modèle. Cela signifie que l'explication de l'évolution des réponses se trouve pour une très large part ailleurs que dans les réponses à la question du pré-test, et notamment dans la formation dispensée.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,43 avec une significativité inférieur à 0,0001, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte largement et de manière positive cette évolution.

❖ Lieux d'obtention de la contraception d'urgence (*Variables Q16/R16*)



Pour cette question, $R^2=0,3128$. Cela signifie que la variable R16(pré-test) est expliquée par la variable Q16(pré-test) à 31%. Dit autrement, la réponse avant la séance d'information, donc la connaissance construite en amont, explique à 31% la réponse après la séance d'information.

Il reste donc 69% de part non expliquée par le modèle. Or, selon notre hypothèse, au premier rang des explications possibles de cette part se trouve la formation dispensée lors de la séance d'éducation à la sexualité.

Par ailleurs, la pente de la droite de régression, affectée d'un coefficient à +0,58 avec une significativité inférieure à 0,0001, indique une évolution positive et significative du score après la séance d'information par rapport au score d'avant la séance.

Au regard de ces données, nous pouvons raisonnablement faire l'hypothèse que la formation impacte positivement cette évolution.

Discussion

L'essentiel de la discussion présentée dans cette partie concernera les questions ouvertes. Elles offrent en effet la possibilité de véritablement sonder l'état des connaissances des individus interrogés dans la mesure où aucune proposition ne leur est faite. Elles constituent donc des témoins privilégiés de l'évolution de leurs représentations. Nous prendrons alors le temps d'une discussion pour chacune. Cependant, un certain nombre d'enseignements nous semblent pouvoir être également tirés des réponses données aux questions fermées. Nous leur consacrerons donc un espace, certes plus restreint mais que nous essaierons de rendre signifiant. Mais pour commencer, nous nous proposons de revenir en quelques lignes sur une particularité de notre population, la répartition inégale entre filles et garçons, et les précautions que cette spécificité incite à prendre au niveau de l'analyse des réponses selon le sexe des sujets.

En effet, le tableau de corrélation laisse apparaître une différence significative pour les questions Q1, 8-2, 13-2, 14, 16 du pré-test et R1, 3, 8-2, 13-2, 14, 16 du post-test entre les réponses données par les filles et celles proposées par les garçons. Les unes et les autres ne citent, par exemple, pas les mêmes moyens de contraception. Les garçons évoquent essentiellement le préservatif et la pilule contraceptive tandis que les filles citent également d'autres moyens de contraception tels que le stérilet, l'anneau vaginal ou l'implant. Des différences apparaissent aussi au niveau des lieux où se procurer ces contraceptifs. Les garçons citent très majoritairement la pharmacie, tandis que certaines filles élargissent leurs réponses aux centres de planification, aux infirmières scolaires ou aux professionnels de santé. Cependant, nous l'avons écrit au début de la partie précédente, la spécificité de notre population invite à une grande prudence dans le traitement de ces données. D'une part, la répartition filles/garçons n'est pas équitable, les premières composant 90% de notre population. Et, d'autre part, l'existence d'une corrélation entre âge et sexe laisse supposer que l'âge est une variable explicative cachée de la variable sexe. Au final, la seule information solide que livre cette analyse est qu'il n'y a visiblement pas de changement spécifique associé à un sexe à l'issue de la formation. Les corrélations pour la variable sexe sont en effet significatives pour les variables correspondantes aux questions associées au pré-test et au post-test (sauf R3).

Cette précision apportée, voyons quels enseignements nous pouvons tirer de l'analyse des réponses aux questions fermées.

1- Discussion relative aux questions fermées

La moitié des questions invitait les lycéens interrogés à faire un choix. Ils devaient en effet signifier leur accord ou leur désaccord avec l'intitulé de la question ou, troisième possibilité, indiquer leur incapacité à trancher en cochant la case "Je ne sais pas". Notre discussion portera sur la nature de leurs réponses et sur l'évolution constatée entre le pré-test et le post-test.

❖ **Utilisation d'un moyen de contraception (Q2/R2)**

L'âge moyen des lycéens de notre population est de 15,6 ans. 16% d'entre eux ont plus de 17 ans. Par conséquent, lorsque 36% d'entre eux affirment avoir déjà utilisé un moyen de contraception, cela signifie que les adolescents de notre échantillon (s'ils n'ont pas fanfaronné!) sont un peu plus précoces que la moyenne des jeunes français. Dans notre pays, l'âge moyen au premier rapport sexuel est en effet de 17,2 ans pour les garçons et de 17,6 pour les filles. Lors du second questionnaire cette proportion augmente même légèrement à 40%.

En tout cas, les réponses concernant les moyens de contraception de ces utilisateurs supposés sont plus précises que celles de leurs camarades moins expérimentés. Et elles évoluent significativement après la séance d'éducation à la sexualité. En effet, 32 % (contre 28% avant) voient désormais l'intérêt d'associer deux moyens de contraception. Ce résultat plaide en faveur d'une influence positive de la formation. Restent néanmoins 3% de ce public qui font le choix de ne jamais utiliser de moyen de contraception, sans toutefois expliquer les raisons de cette décision.

Par ailleurs, la chute de 13% lors du post-test concernant le recours au préservatif interroge. Car si 4% se sont sans doute reportés sur une utilisation combinée à la pilule, les 9% restants correspondent à l'augmentation du recours à la pilule. Cette hypothèse mériterait d'être testée par une recherche complémentaire. Si elle était vérifiée, cela signifierait en effet que ces adolescents ont opéré (ou ont cru bon d'opérer) un choix et privilégient l'efficacité au niveau de la prévention de la grossesse au détriment de celle concernant les maladies sexuellement transmissibles.

❖ **Anneau vaginal (Q5/R5) et patch contraceptif (Q6/R6)**

Ces deux moyens de contraception étaient relativement mal connus par les lycées de notre population avant la séance d'éducation à la sexualité. Seul un quart d'entre eux (23%) savait que l'anneau vaginal est un contraceptif hormonal et un peu plus d'un tiers (38%) que le patch ne doit pas être changé quotidiennement. Ces scores progressent à 58% pour le premier et 59% pour le second après la séance de formation. Cette évolution positive témoigne de son effet positif pour une majorité de lycéens de cet échantillon. Cependant elle n'a pas permis à 40% d'entre eux de construire les connaissances attendues dans ce domaine.

❖ **Conditions d'obtention de la pilule contraceptive (Q7/R7)**

L'objectif de la séance d'éducation à la sexualité concernant les conditions d'obtention de la pilule contraceptive est de s'assurer que les adolescents en sortent conscients de sa gratuité, de l'inutilité de l'accord parental et de l'anonymat qui entoure sa délivrance. De ce triple point de vue, la séance proposée aux lycéens de notre échantillon a eu des effets positifs. En effet, les deux tiers d'entre eux (66%) ont compris au terme de la formation que la pilule est gratuite pour les mineurs, en progression de 14% par rapport au pré-test. C'est à peu près la même proportion qui est maintenant sûre de pouvoir se passer de l'accord des parents. L'augmentation est ici encore plus importante (+24%) puisqu'ils n'étaient que 42% à l'affirmer lors du premier questionnaire. Et près des trois quarts (74%) ont désormais conscience qu'ils n'auront pas à révéler leur identité pour l'obtenir, là encore en net progrès (+19%) par rapport à leurs réponses initiales.

Bref, la séance d'éducation à la sexualité semble avoir en grande partie atteint ses objectifs. Nombre de lycéens ont en effet construit des connaissances valides et la proportion de ceux qui n'en disposent toujours pas reste raisonnable au regard de la formation dispensée, réduite à une seule séance.

❖ **Pilule contraceptive et tabac (Q9/R9)**

En revanche, la séance ne fait guère évoluer les représentations concernant l'utilisation de la pilule contraceptive par les fumeuses. Nos lycéens sont même plus nombreux après la séance (15% contre 11% lors du pré-test) à estimer que pilule et tabac sont incompatibles. Et 11% ne parviennent toujours pas à trancher.

❖ **Représentations des élèves face au risque de grossesse (Q10-11-12 / R10-11-12)**

Les représentations initiales des lycéens de notre échantillon concernant les situations exposant à un risque de grossesse présentaient une certaine hétérogénéité. En effet, si, avant la séance, 78% d'entre eux avaient déjà bien perçu l'existence du risque dès le premier rapport sexuel, ils n'étaient que 30% à l'envisager lors d'un rapport non protégé pendant les règles et encore moins (22%) si l'éjaculation a lieu en dehors du vagin.

Les réponses au second questionnaire témoignent d'une bien meilleure compréhension des risques de grossesse, en particulier concernant les deux derniers cas de figure. Après la séance d'éducation à la sexualité et la contraception, 73% des lycéens de notre échantillon ont en effet conscience du risque encouru même lorsque l'éjaculation se fait en dehors de la cavité vaginale. Cela représente une progression de 51%! De même, ils sont désormais 61% à répondre que le risque de grossesse existe lors de rapport sexuels pendant la période de règle, soit une progression de 31%. Et si seuls 11% d'entre eux ont cheminé positivement concernant l'existence de ce risque dès le premier rapport, cette progression est importante au regard du score déjà élevé obtenu au premier questionnaire.

En résumé, la séance a eu un impact largement positif sur les connaissances de ces lycéens concernant les situations présentant un risque de grossesse.

❖ **Conditions d'obtention de la pilule contraceptive d'urgence (Q15/R15)**

Les représentations initiales portées par les lycéens de notre échantillon concernant la pilule contraceptive d'urgence étaient sensiblement différentes de celles qu'ils ont exprimées à propos de la pilule contraceptive. Ils étaient en effet plus nombreux, avant même la séance, à la penser gratuite (72% contre 52% pour la pilule classique) et indépendante de l'accord parental (66% contre 42% pour la pilule classique). Comme si la gratuité et la responsabilisation s'associaient plus facilement au caractère d'urgence. En revanche, le lien s'opère nettement moins avec la dernière condition d'obtention de ce produit qu'est l'anonymat. En effet, avant la séance de travail, seuls 15% de notre public imaginaient que l'anonymat est garanti lorsqu'elle est délivrée.

Ils sont en revanche 74%, soit une progression de 49%, à le savoir après la séance. Et si les progrès s'effectuent dans une moindre mesure au regard des scores initiaux, 73% savent désormais que l'accord parental n'est pas nécessaire et 83% disent qu'elle est gratuite. Bref, la démarche et les outils pédagogiques mis en œuvre durant la séance ont permis à la plupart d'entre eux de construire des connaissances valides.

Ce premier bilan posé, nous nous proposons maintenant de procéder à la discussion relative à chacune des neuf questions ouvertes au regard des résultats obtenues lors des deux analyses statistiques.

2- Discussion relative aux questions ouvertes

❖ **Connaissance des moyens de contraception (Q1/R1)**

L'offre des moyens de contraception est aujourd'hui consistante et la communication autour de l'importance de leur utilisation largement développée. L'analyse des réponses des lycéens de notre population concernant cet item montre que nombre d'entre eux a tiré profit de ce double mouvement. En effet, à eux tous ils identifient neuf contraceptifs différents avant même la séance d'éducation à la sexualité. 87% d'entre eux citent alors le préservatif et 74% la pilule contraceptive. Une très large majorité de ces adolescents est donc en mesure de citer, dès le pré-test, les deux moyens de contraception les plus adaptés à leur tranche d'âge.

Ces forts pourcentages laissent peu de place au progrès. Pourtant, l'analyse statistique inférentielle de l'évolution des réponses entre les deux prélèvements atteste de l'impact positif de la séance d'enseignement. Cela signifie que les bénéficiaires sont ailleurs. En fait, les gains se situent à deux niveaux. Le premier est celui des 7% d'élèves qui n'avaient pas fourni la moindre réponse au pré-test et qui peuvent désormais tous citer au moins un moyen de contraception. Le second est celui d'une meilleure connaissance de trois autres moyens de contraception: le patch, l'implant et l'anneau vaginal. Ils sont désormais cités par environ la moitié de notre population, au même niveau que le stérilet. Ainsi, de ce double point de vue, l'outil pédagogique paraît pertinent pour développer la connaissance des moyens de contraception.

Cependant, la proportion d'élèves qui citent les moyens de contraception les plus adaptés à leur profil, à savoir le préservatif et la pilule contraceptive, n'évolue pas. 13% ne pensent toujours pas à citer le premier et ils sont près d'un quart (23%) à ne pas mentionner la seconde. Mais surtout, ils ne sont que 7% à évoquer la pilule contraceptive d'urgence, en régression de quatre points par rapport au pré-test. Bref, en l'état, l'idéal adulte d'une connaissance exhaustive et raisonnée de ces moyens de contraception par ces adolescents, ou pour le moins adaptée à leurs pratiques sexuelles, ne semble pas atteint.

❖ **Lieux où l'on peut obtenir un moyen de contraception (Q3/R3)**

Aujourd'hui, l'accès à un moyen de contraception est facilité. Il existe en effet différents lieux où il est possible de s'en procurer. L'objectif de la séance d'éducation à la sexualité est donc de s'assurer que les élèves identifient clairement ceux qui sont les plus adaptés pour eux. Dans notre esprit, ceux-ci doivent répondre à trois critères. Ils doivent proposer une large variété de moyens de contraception. Les adolescents doivent pouvoir y accéder facilement. Et, il doit être possible d'y prendre conseil auprès d'un professionnel de santé. Au final, parmi l'ensemble des lieux susceptibles de délivrer un moyen de contraception, trois paraissent particulièrement pertinents pour les adolescents: la pharmacie, l'infirmierie scolaire et le Centre de Planning Familial.

La pharmacie est évoquée par une large majorité d'élèves (87%) avant même la formation. Et la proportion grimpe à 96% lors du pos-test. Bref, de ce point de vue, les lycéens de notre population ont tiré bénéfice de cette séance. D'autant que dans le même temps, celle des élèves incapables de citer un lieu où se procurer un moyen de contraception chute sérieusement puisqu'elle n'est plus que de 1%, contre 10% lors du pré-test.

En revanche, ils ne sont guère plus d'un quart (27%) à citer l'infirmierie scolaire après la séance. Ce résultat a de quoi surprendre au regard de la familiarité du lieu pour les lycéens. Chacun sait en effet le situer au sein de l'établissement scolaire et la plupart a eu l'occasion au cours de sa scolarité, de bénéficier des soins prodigués par l'infirmière diplômée qui y exerce. Et c'est à peu près la même proportion (28%) qui évoque le Centre de Planning Familial dans le second questionnaire. Les autres semblent avoir manqué le triple avantage qu'il présente: gratuité des consultations et des moyens de contraception, anonymat et compétence des professionnels de santé qui y travaillent.

Par ailleurs, un autre quart de notre public (24%) cite les distributeurs et un peu plus d'un tiers (36%) les grandes surfaces. Ceux-là recherchent à l'évidence l'anonymat et, pour ce qui est du premier, une réponse à l'imprévu. Reste que l'offre se limite au préservatif et que la qualité du produit et de l'emballage n'est pas garantie, en tout cas pour ceux que délivrent les distributeurs. La qualité du produit est en effet variable en fonction de la conservation (sensibilité à la chaleur) et de la constitution (les préservatifs en latex ayant moins de risque de rupture que les préservatifs en polyuréthane). Et elle dépend de l'intégrité de l'emballage et du respect de la date de péremption. Bref, derrière l'apparente facilité d'obtention se cachent quelques contraintes pour une utilisation raisonnable.

Au final, la séance permet à tous les élèves (à une exception près) d'identifier au moins un lieu où il est possible de se procurer un moyen de contraception. La pharmacie est alors particulièrement bien identifiée. Mais elle peine à faire reconnaître l'infirmerie scolaire et le Centre de Planning Familial comme des lieux particulièrement adaptés pour les adolescents. L'un comme l'autre leur permettraient pourtant d'obtenir des conseils avisés et de bénéficier d'une offre plus importante, et plus sûre, que celle proposée en distributeur ou en grande surface.

❖ **Précautions pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse (Q4/R4)**

La population étudiée présente des caractéristiques sexuelles particulières. En effet, les adolescents ont le plus souvent des rapports irréguliers, isolés et rarement programmés. Une prévention idéale associerait donc une contraception hormonale pour éviter le risque de grossesse et l'utilisation d'un préservatif pour réduire le risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles. En conséquence, la cotation que nous avons adoptée valorise les réponses qui ont proposé cette double protection.

30% de notre population l'évoquent d'ailleurs lors du pré-test. La plupart (27%) cite la pilule contraceptive et le préservatif. Mais paradoxalement, cette proportion reste stable, et même diminue légèrement (29%), dans les réponses au questionnaire distribué après la séance. De ce point de vue, celle-ci n'a pas atteint son objectif, puisque massivement (71%) les lycéens sondés continuent de ne miser que sur un seul mode de contraception.

Si l'analyse statistique inférentielle atteste d'un impact positif de la formation, c'est essentiellement au niveau de la prise de conscience de l'utilité du préservatif. Lors du post-test, 24% des lycéens le citent explicitement contre 6% avant la formation. Un tel résultat permet de faire l'hypothèse d'une double prise de conscience: celle qui concerne les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles, d'une part, et celle d'une responsabilité davantage partagée entre fille et garçon quant à la protection des rapports.

Enfin un autre bénéfice de la séance se mesure à la diminution du nombre d'individus de notre population qui disent ne pas savoir quelle précaution prendre pour éviter les risques de grossesse. Un gain de cinq points est en effet constaté entre les deux questionnaires. Mais, en creux, cela signifie que 7% des adolescents de notre population sont encore dans l'incertitude à l'issue de la formation.

❖ **Conduite à adopter en cas d'oubli de prise de pilule contraceptive lors d'un rapport protégé par un préservatif (Q8-1/R8-1)**

Dans notre esprit, cette question constituait surtout une interface entre la précédente et celle qui suit. En effet, la situation qu'elle présente n'est risquée qu'à la condition d'une mauvaise utilisation du préservatif. Nous avons choisi de la conserver pour trois raisons. Pour commencer, elle donne une occasion supplémentaire de voir dans quelle mesure les lycéens de notre échantillon sont conscients de l'intérêt de la double protection. Ensuite, elle alerte les sondés sur une possible différence de conduite selon que le rapport est protégé ou non, les invitant à se positionner dans les deux cas. Enfin, elle offre une opportunité de mesurer l'écart entre les réponses qu'ils donnent pour l'une et l'autre de ces questions.

Pour ce qui concerne le premier point, 10% des lycéens de notre échantillon envisagent, dès le premier questionnaire, le recours à la pilule contraceptive d'urgence et 1% de combiner celle-ci avec la pilule oubliée. Si, en réalité, la prise de la pilule d'urgence ne s'impose pas dans le cas d'un rapport protégé par un préservatif, cela laisse penser que 11% de notre public sont attentifs à l'utilisation d'un second moyen de contraception. Et ce taux monte à 16% (12% et 4%) après la formation. Ils sont à l'évidence moins nombreux que ceux qui jugent la situation sans risque dans la mesure où le rapport est protégé et répondent qu'il n'y a rien à faire dans ce cas. 38% lors du pré-test, ces derniers sont même 45% à l'occasion du post-test. La seule faiblesse dans leur raisonnement tient au fait qu'ils n'imaginent à aucun moment une mauvaise utilisation ou une défaillance du préservatif. Ceux qui interrogent davantage sont ceux qui proposent d'effectuer un test de grossesse (9%), un dépistage de MST (2%) ou d'inviter la jeune fille à surveiller ses règles (1%). En effet, ils ne font visiblement pas véritablement confiance au matériel mais ne proposent pas d'alternative de protection, simplement une vérification a posteriori.

Quant aux deux autres points, il semble que les sondés aient bien perçu la différence entre les deux situations proposées. En atteste notamment le fait qu'ils ne sont que 11% lors du pré-test, et seulement 1% lors du post-test, à répondre qu'il n'y a rien à faire dans cette situation lorsque le rapport n'est pas protégé. Et puis le recours à la pilule d'urgence est largement plus évoqué, cette fois à juste titre.

Pour conclure sur cette première partie de la question huit, il faut constater qu'une fois encore un nombre conséquent des lycéens interrogés (29%) ne savent toujours pas quelle attitude adopter dans ce type de situation à l'issue de la séance.

❖ **Conduite à adopter en cas d'oubli de prise de pilule contraceptive lors d'un rapport non protégé par un préservatif (Q8-2/R8-2)**

Dans une telle situation, deux problématiques sont à prendre en compte: le risque de grossesse et la possible transmission de maladies sexuellement transmissibles. L'attitude la plus responsable consiste alors à prendre des initiatives, contrairement à ce que répondent 11% des sondés lors du pré-test. Les deux premières incombent à la jeune fille. Dans les heures qui suivent le rapport non protégé, elle doit solliciter, et prendre, une pilule contraceptive d'urgence. Puis, quinze à vingt jours plus tard, il lui faut procéder à un test de grossesse. En effet, nous l'avons souligné dans la première partie de ce mémoire, l'efficacité de la contraception d'urgence n'est pas totale. Enfin la troisième concerne les deux partenaires et consiste à procéder à un dépistage de maladies sexuellement transmissibles.

Seul 2% des adolescents de notre population évoquent les trois initiatives lors du pré-test. Et la formation ne parvient pas à convaincre les lycéens de la pertinence de leur association puisque cette proportion chute encore (1%) lors du second questionnaire.

Cela ne signifie pas que la séance n'ait pas été l'occasion d'apprentissages permettant de mieux gérer ce type de situation à risque. L'analyse statistique inférentielle atteste d'ailleurs que des progrès ont été accomplis. Simplement, ces bénéfices concernent essentiellement la prévention du risque de grossesse. Désormais 73% des lycéens interrogés savent qu'il faut utiliser une pilule contraceptive d'urgence. C'est treize points de plus que lors du pré-test. Par ailleurs, il ne reste plus que 1% d'entre eux qui pensent toujours qu'il n'y a rien à faire en pareil cas. De même, le taux des abstentionnistes, ceux qui ne savaient que répondre, chute de manière significative pour passer de 30% à 20%.

Au final, nous constatons une évolution positive des attitudes à adopter dans une telle situation pour limiter le risque de grossesse. Cependant, seuls 4% des sondés conjuguent la prise de la pilule contraceptive d'urgence avec un test de grossesse. Ce résultat laisse penser que la séance d'éducation à la sexualité ne permet pas une prise de conscience suffisante du risque d'échec de ce type de contraception. De la même manière, elle n'aide guère les lycéens de notre population à dépasser leurs représentations initiales concernant les risques de transmission de maladies sexuellement transmissibles. Enfin, elle laisse un cinquième de ces adolescents encore démuni face à ce genre de situation à risque.

❖ **Conduite à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel, si la fille prend la pilule contraceptive (Q13-1/R13-1)**

Dans une telle situation, et dans l'hypothèse d'une prise correcte de la pilule contraceptive, le risque de grossesse peut être considéré comme mineur. Le principal risque est ici la transmission de maladies sexuellement transmissibles.

Pourtant seuls 10% des lycéens de notre population envisagent une action dans ce sens, en l'occurrence un test de dépistage. Il faut dire qu'un tiers d'entre eux dit lors du pré-test qu'il n'y a rien à faire, misant sur la prise de la pilule contraceptive par la partenaire. Et un autre tiers ne sait dire ce qu'il faut faire en pareil cas. Plus déroutant, le taux des disciples de l'abstention progresse après la séance de travail pour atteindre 40%. En revanche, ils ne sont plus qu'un quart environ (27%) à ne toujours pas avoir d'idée d'action à entreprendre.

Le quart restant envisage des actions orientées vers la prévention ou l'accompagnement du risque de grossesse. Ils citent alors la pilule contraceptive d'urgence, les tests de grossesse, la surveillance des règles ou encore la consultation d'un professionnel de santé. Les deux premiers sont d'ailleurs davantage cités dans le post-test, tandis que les autres restent stables, à des taux très faibles (entre 1% et 2%).

Ces réponses témoignent de la focalisation de ce public sur les risques de grossesse au détriment de celui, plus sérieux dans ce cas précis, de transmission de maladies sexuellement transmissibles. Elles invitent également à s'interroger sur les représentations que portent ces adolescents concernant l'utilisation et l'efficacité de la pilule contraceptive tant les propositions qu'ils font négligent le fait que la jeune fille prend sérieusement ce moyen de contraception. Enfin, par certains aspects elles inquiètent car elles confirment ce que laissaient entrevoir les réponses à la question précédente, à savoir la faiblesse de l'attention portée par ces adolescents au risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles.

❖ **Conduite à adopter en cas de déchirure du préservatif lors d'un rapport sexuel, si la fille ne prend pas la pilule contraceptive (Q13-2/R13-2)**

Nous retrouvons dans cette situation les mêmes problématiques que dans la question 8-2: risque de grossesse et possible transmission de maladies sexuellement transmissibles. Par conséquent, les réponses convaincantes sont ici aussi celles qui

proposent de prendre une pilule contraceptive d'urgence, d'effectuer un test de grossesse et de procéder à un dépistage de maladies sexuellement transmissibles.

Si un gros tiers des sondés (39%) pense à la première lors du pré-test, cette proportion marque un recul par rapport aux réponses à la question 8-2 puisqu'ils étaient alors 49% à l'évoquer. Ce moindre recours à la pilule contraceptive d'urgence dans ce second cas laisse penser que les adolescents de notre échantillon ont construit l'idée d'un risque de grossesse supérieur en cas d'oubli de la pilule contraceptive que lors d'une rupture du préservatif au cours du rapport sexuel. Pourtant, paradoxalement, le taux d'"abstentionnistes" est au plus bas (1%), bien inférieur à ceux qui déclaraient qu'il n'y avait rien à faire dans la situation proposée par la question 8-2 (11%).

Une part de ces 10% se retrouve sans doute du côté des élèves qui n'ont, a priori, pas la moindre idée de ce qu'il faut faire en pareil cas. À 36%, leur part est un peu plus importante que pour la question 8-2 (30%). Et une autre partie se trouve sûrement chez les "pragmatiques de l'instant" qui proposent simplement de changer de préservatif (8%) en cas de rupture du premier.

Pour ce qui est des deux autres réponses espérées, les pourcentages restent stables et... faibles. En effet, seuls 8% des lycéens évoquent le test de grossesse (contre 7% pour la question 8-2) et 2% envisagent un test de dépistage de MST, marquant une baisse relative par rapport aux 5% qui y avaient pensé pour la question 8-2.

L'analyse statistique inférentielle montre cependant une évolution positive des réponses entre les deux prélèvements. Cela tient essentiellement à trois facteurs. Le premier est un taux en net progrès d'élèves (61% après la séance) qui évoquent le recours à la pilule contraceptive d'urgence dans cette situation. Le second est une chute, dans le même temps du nombre de ceux qui ne savent pas quelle conduite adopter, même s'ils restent 20% dans ce cas à l'issue de la formation. Enfin, le troisième est la progression du nombre de lycéens qui envisagent de recourir à un test de grossesse (16%).

À n'en pas douter, la démarche et l'outil pédagogiques semblent de nature à sensibiliser les lycéens au risque de grossesse et de permettre à près de 80% d'entre eux d'adopter une conduite adéquate dans cette situation. Reste que la proportion d'élèves évoquant le test de dépistage des maladies sexuellement transmissibles n'évolue que très peu (7% dans le post-test contre 2% dans le pré-test). Cela confirme qu'elle n'aide guère les apprenants à dépasser leurs représentations initiales concernant les risques de transmission

de maladies sexuellement transmissibles. Et, elle laisse un cinquième de ces adolescents encore démuni face à ce genre de situation à risque.

❖ **Situation d'utilisation d'une contraception d'urgence (Q14/R14)**

La contraception d'urgence, comme son nom l'indique, est une contraception d'ultime recours, réservée aux situations pour lesquelles existe un risque avéré de voir le rapport sexuel déboucher sur une grossesse. Les trois-quarts des lycéens de notre population sont capables d'en identifier au moins une. 50% des sondés ciblent spontanément un défaut d'utilisation du préservatif, soit qu'il soit complètement absent (22%) soit qu'il se déchire pendant l'acte (28%). 21% pensent plutôt à la pilule contraceptive qui peut être oubliée (15%) ou simplement pas prise (6%). Les autres évoquent un défaut de contraception sans préciser le moyen auquel ils pensent.

Ce fort pourcentage de réponses correctes au pré-test explique en partie la faible progression constatée lors des réponses au second questionnaire. En effet, si la part des réponses convaincantes se situe à 81% lors du post-test, la progression n'est que de 3%. Cette progression corrélée au fort taux de réponses correctes et à la diminution de la proportion de lycéens qui ne parviennent pas à citer une seule de ces situations à risque, semble expliquer la pente positive de la droite de régression pour cette question. La formation semble donc surtout permettre aux adolescents qui avaient déjà une représentation correcte des situations qui réclament le recours à la pilule contraceptive d'urgence de confirmer leurs connaissances.

En revanche, elle ne permet qu'à la marge (3%) à ceux qui n'étaient pas en mesure d'en identifier ne serait-ce qu'une avant la formation de disposer de connaissances fiables sur la question. 20% lors du pré-test, ils sont encore 17% après la formation à être incapables de citer la moindre situation réclamant de recourir à ce contraceptif d'urgence, pas même des situations dont ils ont forcément entendu parler telles que le viol. Dans le même ordre d'idée, cette séance peine à élargir l'éventail des situations à risques évoquées. La plupart des réponses cite en effet une seule situation. Or, ces situations sont multiples, notamment pour cette population, il apparaît donc essentiel que les adolescents en aient une meilleure connaissance.

Enfin, certains élèves (2%) continuent d'affirmer après la formation la pertinence de l'utilisation de la contraception d'urgence en cas de grossesse. Si la proportion est faible,

elle n'en pointe pas moins les limites de la formation telle qu'elle est mise en œuvre pour permettre aux élèves de dépasser leur représentations erronées.

❖ **Lieux d'obtention de la contraception d'urgence (Q16/R16)**

Seuls 10% des lycéens de notre échantillon ne parviennent pas à citer, lors du pré-test, un lieu où il est possible de se procurer une contraception d'urgence. Parmi eux, 6% ne donnent pas la moindre réponse. Les autres se trompent quand ils pensent pouvoir en trouver auprès d'associations (2%), en parapharmacie (1%) ou en grande surface (1%). Et ils ne semblent tirer aucun profit de la formation puisque les scores restent exactement les mêmes à l'issue de la formation.

La très grande majorité des autres (80%) cite spontanément la pharmacie. Ce choix est pertinent, pourtant nous l'avons côté moins positivement que l'infirmerie scolaire et le Centre de Planification Familiale. Car s'il s'agit bien d'un lieu où la pilule contraceptive d'urgence est délivrée, il est moins garant de l'anonymat et du suivi personnalisé que les deux autres et, a priori, moins accessible que la première pour des lycéens. Or ces deux derniers lieux ne sont cités que par un peu moins d'un cinquième de notre population d'étude (19% citent le Planning Familial et 18% l'infirmerie scolaire). Après la séance d'éducation à la sexualité, les taux de réponses concernant la pharmacie (85%) et le Planning familial (21%) progressent légèrement. Si, pour l'une, la faiblesse de cette progression s'explique au regard du niveau du score obtenu lors du pré-test, elle témoigne surtout pour l'autre de l'incapacité de la formation à convaincre les lycéens de son intérêt. Et c'est encore pire pour l'infirmerie scolaire qui est encore moins citée (17%) lors du post-test.

Au final, là encore la formation conforte les connaissances de ceux qui en disposaient avant la séance, mais elle peine à en doter les autres. Quant à la référence massive à la pharmacie au détriment notamment de l'infirmerie scolaire, elle permet d'émettre deux hypothèses. La première est que bien qu'en apparence la seconde passe pour être familière aux élèves, nombre d'entre eux semblent ne pas connaître précisément le champ de compétences de l'infirmière qui y exerce. La seconde est que les adolescents cherchent moins l'anonymat, garanti par le Planning Familial et l'infirmerie scolaire, que la transparence finalement offerte par la pharmacie dans la mesure où ils y sont généralement moins, voire pas du tout, identifiés.

Conclusion

Au cours des cinquante dernières années, le regard de la société sur la sexualité et la contraception s'est profondément modifié. L'évolution des mentalités, mais aussi quelques crises, au premier rang desquelles figure l'épidémie de SIDA, ont conduit les autorités à légiférer dans le sens d'un accès garanti pour toutes les femmes qui le souhaitent à la contraception, la contraception d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse. Plus récemment, prenant en compte les avancées de la recherche scientifique, notamment en psychologie et en sociologie, les législateurs ont décidé d'accompagner un peu plus encore les plus jeunes dans la découverte des moyens de contraception et, plus largement, de la sexualité. C'est ainsi que depuis la loi du 4 juillet 2001, des séances d'éducation à la sexualité et à la contraception sont proposées à tous les élèves de France, de l'école élémentaire au lycée.

A priori, ce public n'est pas le cœur de cible de la sage-femme que nous aspirons à devenir. Pourtant depuis 2009, le code de la santé publique a étendu notre domaine de compétence, en particulier à la réalisation de consultations de contraception. Et au cours des stages pratiques que nous avons effectués durant notre cursus, nous avons été à plusieurs reprises confrontée à des adolescentes en détresse, venues solliciter une interruption de grossesse du fait d'une contraception mal maîtrisée. Ces raisons, sans doute croisées avec le fait que j'ai grandi au cœur d'une famille d'enseignants et la rencontre déterminante d'une sage-femme du centre de planification familiale de Riom, m'ont poussée à m'intéresser, dans le cadre de cette étude, aux pratiques et outils pédagogiques utilisés pour aider les lycéens à construire des savoirs sur les moyens de contraception susceptibles de préparer plus sereinement leur entrée dans la sexualité.

Ce mémoire essaie de rendre compte des enseignements que nous avons tirés de l'analyse des réponses des lycéens qui ont accepté de répondre à notre questionnaire. Mais il témoigne sans doute également des imperfections méthodologiques du travail engagé par la novice que nous sommes dans le domaine de la recherche. Avant de résumer les premiers, nous allons dire quelques mots sur les seconds.

Au fil de l'avancée de notre travail, nous avons en effet découvert plusieurs faiblesses sur le plan méthodologique. Certaines sont anecdotiques et ne créent que peu de perturbations, par exemple celles qui concernent la formulation des questions ou leur ordre de présentation. D'autres sont plus handicapantes car elles renvoient à notre manque de compétences à ce stade de la formation et au doute qui entoure nos conclusions. C'est notamment le cas de l'analyse statistique des données recueillies et de l'interprétation que

nous avons essayé d'en faire. D'autres enfin, invitent à imaginer a posteriori un autre protocole. Par exemple, si nous devons recommencer cette étude, nous prendrions le soin de proposer le protocole à un groupe témoin qui lui, ne suivrait pas de séance d'éducation à la sexualité et à la contraception. L'évolution de leurs réponses permettrait à coup sûr une mise en perspective de celle des réponses du groupe test.

Dit autrement, ce mémoire traduit assurément notre niveau de compétences actuelles dans le champ de la recherche, mais il nous a permis de cheminer intellectuellement. Et s'il reste perfectible, il nous semble déjà présenter quelque intérêt dans sa forme actuelle. Celui notamment de mettre en valeur un certain nombre de réussites de la séance d'éducation à la sexualité et à la contraception, mais aussi d'alerter sur certaines de ses limites. Il ne prétend nullement à la généralisation de ses conclusions. Nous le pensons plutôt comme la synthèse d'un travail de prospection qui cherche à mettre en lumière des saillances dont il appartiendrait à un véritable travail de recherche, par exemple de troisième cycle universitaire, de tester la validité.

Cette démarche prospective a permis d'identifier un certain nombre de champs dans lesquels l'évolution des réponses des lycéens entre les deux tests est particulièrement positive. C'est-à-dire, selon notre hypothèse, ceux pour lesquels la démarche et l'outil pédagogiques utilisés ont permis, en tout cas pour une large part, aux lycéens de notre population de stabiliser ou/et construire des connaissances. Ainsi, après la formation, tous sans exception sont capables de citer plusieurs moyens de contraception adaptés à leur profil. Les deux tiers d'entre eux identifient les conditions d'obtention de la pilule contraceptive et de la pilule contraceptive d'urgence. Tous sont sensibilisés au risque de grossesse et 80 % d'entre eux sont capables de citer une conduite adéquate dans une situation à risque tel que la déchirure d'un préservatif lors d'un rapport alors que la partenaire ne prend pas la pilule. Et la même proportion (81%) est capable d'identifier au moins une situation d'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence.

Inversement, notre analyse a permis de pointer quelques notions pour lesquelles les bénéfices de la séance paraissent plus limités. Par exemple, certains moyens de contraception restent mal connus par une part significative des lycéens de notre population. C'est le cas notamment du patch contraceptif et de la pilule contraceptive d'urgence qui sont pourtant particulièrement adaptés pour ce public. La seconde est à cet égard citée spontanément par moins de 10% des sondés. Près des trois quarts de ces adolescents peinent encore, après la séance, à identifier l'infirmerie scolaire et le centre de planification

familiale comme lieux adaptés pour se procurer la pilule contraceptive ou la pilule contraceptive d'urgence. Et à peine un tiers d'entre eux a compris les bénéfices d'une double protection pour éviter les risques de grossesse. Ce risque est d'ailleurs celui sur lequel ils focalisent leurs craintes. Ils ne portent guère d'attention au risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles. Et ils ne sont que 2% à évoquer les trois initiatives à prendre en cas de rapport à risques: pilule contraceptive d'urgence, test de grossesse et dépistage de maladie sexuellement transmissibles.

Au final, il semble possible de tirer trois enseignements de ce constat. Le premier est que nos représentations d'adultes sont mises à mal. En effet, en dépit des efforts réalisés ces dernières années pour développer et faire la promotion des différents moyens de contraception, les adolescents sont loin d'en avoir une connaissance exhaustive. Le second, lié au premier, est la confirmation de la nécessité de telles séances d'éducation à la sexualité. Elles apparaissent en effet comme une occasion privilégiée offerte aux adolescents de stabiliser, pour les uns, ou de construire, pour les autres, les connaissances essentielles que nul ne devrait ignorer afin d'entrer le plus sereinement possible dans la sexualité et pouvoir faire face aux situations à risques. Pourtant, et c'est là le troisième enseignement, si cette séance a globalement un impact positif, elle peine à permettre à ces lycéens de dépasser leurs représentations erronées et à doter près d'un quart d'entre eux de ce socle minimal. Seuls ceux qui avaient déjà quelques connaissances dans le domaine en tirent vraiment profit.

Cette étude pourrait alors trouver deux sortes de prolongement. Un premier, déjà évoqué, chercherait à vérifier la validité de ces premières conclusions à travers une recherche plus aboutie sur le plan méthodologique. Le second viserait plutôt la mise en évidence des freins, structurels et personnels, qui entravent chez certains lycéens la construction des savoirs essentiels en matière de sexualité et de contraception. Cet éclairage permettrait à n'en pas douter d'identifier des leviers de changement afin de permettre au plus grand nombre de tirer bénéfice des séances d'éducation à la sexualité et la contraception. Quelques pistes apparaissent déjà à la lumière de notre modeste recherche, du côté du nombre de séances proposées aux lycéens ou encore de l'aménagement des démarches et les outils pédagogiques dans le sens d'une meilleure prise en compte des représentations initiales des apprenants. Nul doute alors que le modèle allostérique proposé par André Giordan pourrait constituer une source d'inspiration intéressante.

Bibliographie

- [1] Robert P, Rey A, Rey-Debove J. Le nouveau Petit Robert de la langue française. Paris : Le Robert ; 2014. p.39
- [2] Birreaux A. L'adolescent face à son corps. Paris : Albin Michel ; 2013.
- [3] Pompignac-Poisson M. Comprendre l'adolescence : conduites de dépendance et conduites à risque. Coudray-Macouard : Cheminements ; 2009.
- [4] Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. L'éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur. Poitiers : Centre National de Document Pédagogique ; 2004.
- [5] Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard ; 1989. P132
- [6] Winnicot B. Le corps et le self : nouvelle revue de psychanalyse. Paris : Gallimard ; 1971.
- [7] Robin G, Massar P, Letombe B. La contraception des adolescents en France en 2007. Gynécologie obstétrique et fertilité 2007 ; 951-67.
- [8] Pommereau X. Santé des jeunes orientations et actions à promouvoir en 2002. [consulté le 23 janvier 2014]. URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000188/0000.pdf>
- [9] République Française. Article n° 227-25 de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Modifié par [Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 \(V\) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002](#).
- [10] Institut national d'études démographiques. L'âge du premier rapport sexuel. [consulté le 12 décembre 2013]. URL : http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel
- [11] République Française. Article L.162 de la **loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse. JO du 22 juin 2000.**
- [12] République Française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances.

- [13] République Française. Article L5134-1 modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2014 relative au financement de la sécurité sociale.
- [14] République Française. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO n°185 du 11 août 2004. P.14277 texte n°4.
- [15] République Française. Article 2 de la loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 relative à la régulation des naissances. JO du 5 décembre 1974.
- [16] Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere JL (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Paris : La documentation française ; 2003. Rapport n°2011 088.
- [17] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé. Baromètre santé 2010. [consulté le 10 janvier 2014]. URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
- [18] Walewyns E, Klein O. Les jeunes et le préservatif, usage et coutumes de la négociation. Perspectives Jeunesse Drogues Santé Prévention 2010 ; 54 : 17-20.
- [19] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Contraception chez l'adolescent.2013 ; 1-4.
- [20] HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013 ; 1-55.
- [21] Sirven A. Contraception d'urgence. Vocation sage-femme 2008 ; 64 : 11-20.
- [22] Ministère de l'Éducation nationale. Le socle commun de connaissances et de compétences. Décret du 11 juillet 2006, p.3.
- [23] Ministère de l'Éducation nationale. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire n°2003-27 du 17 février 2003.
- [24] République Française. Article L.4151-1 dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 **portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.**
- [25] Giordan A, De Vecchi G. L'enseignement scientifique, comment faire pour que ça marche ?. Nice : Z'édicions ; 1989, p89.
- [26] Id., p.10.

- [27] Momas I, Tran B, Haury B (Membres du Haut Conseil de Santé Publique). Objectifs de Santé Publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. [consulté le 12 février 2014]. URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique -
_Objectifs_de_sante_publique.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf)
- [28] Flamand M, Mazure G, Villet H (Membre de l'Observatoire Régional de la Santé). Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute Normandie. Paris : La documentation française ; 2009.
- [29] BACHELARD G. La formation de l'esprit scientifique. Paris : Vrin, 16^{ème} édition ; 1996 (1^{ère} édition: 1938). p.13.
- [30] Id., p.14.
- [31] FABRE M. Bachelard éducateur. Paris : PUF ; 1995. p.83.
- [32] Id., p.100.
- [33] BACHELARD G. Le rationalisme appliqué. Paris : PUF ; 1994 (1^{ère} édition: 1949). p.107.
- [34] FABRE M. Bachelard éducateur. Paris : PUF ; 1995. p.88.

Annexes

Annexe I

Questionnaire

Bonjour, actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} et dernière année de formation à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, je réalise un mémoire de fin d'étude sur le thème de la contraception chez les adolescents.

Dans ce cadre, je voudrais analyser l'outil pédagogique « le jeu de l'amour et du hasard » utilisé par les sages-femmes dans le cadre des séances d'éducation sexuelle pour sensibiliser les lycéens à la contraception et à la sexualité.

Pour cela, je réalise une enquête sous forme de questionnaire que je distribue aux lycéens. Ce questionnaire est entièrement anonyme et les réponses strictement confidentielles.

Votre participation me serait une aide précieuse. Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Julie TRESSOL

Classe :

n°

Sexe : Masculin Féminin

1- Quels moyens de contraception connaissez-vous ?

.....
.....
.....
.....

2- Avez-vous déjà utilisé un de ces moyens de contraception ? Oui Non

- Si oui, lequel / lesquels ?
- Si non, pourquoi ?

3- Où peut-on se les procurer?

.....
.....
.....

4- Selon vous, quelle(s) précaution(s) faut-il prendre pour éviter qu'un rapport sexuel débouche sur une grossesse?

.....
.....
.....
.....

5- L'anneau vaginal est-il un moyen de contraception de type hormonal ?

Oui Non Je ne sais pas

6- Le patch contraceptif s'applique t-il sur la peau tous les jours ?

Oui Non Je ne sais pas

7- D'après-vous, l'obtention de la pilule contraceptive pour les mineures...

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> est gratuite | <input type="checkbox"/> payante | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> est soumise à accord parental | <input type="checkbox"/> sans l'accord parental | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> nécessite une carte d'identité | <input type="checkbox"/> est anonyme | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

8- En cas d'oubli d'une pilule contraceptive alors que vous avez des rapports sexuels réguliers, que faites-vous ?

- Si vous avez utilisé un préservatif :

.....
.....
.....
.....

- Si vous n'avez pas utilisé de préservatif :

.....
.....
.....
.....

9- Une fille peut-elle prendre la pilule si elle fume ?

- Oui Non Je ne sais pas

10- Une fille peut-elle devenir enceinte lors de son premier rapport sexuel ?

- Oui Non Je ne sais pas

11- Une fille peut-elle devenir enceinte si elle a un rapport sexuel non protégé pendant ses règles ?

- Oui Non Je ne sais pas

12- Y-a-t-il un risque de grossesse si l'éjaculation à lieu à l'extérieur du vagin ?

- Oui Non Je ne sais pas

13- D'après-vous, en cas de rapport sexuel pendant lequel le préservatif se déchire, que faut-il faire :

- Si la fille prend la pilule contraceptive :

.....
.....
.....

- Si la fille ne prend pas la pilule contraceptive :

.....
.....
.....

14- Dans quelle(s) situation(s) doit-on utiliser une contraception d'urgence (ou pilule du « lendemain » ?

.....
.....
.....
.....

15- D'après-vous, l'obtention de la pilule contraceptive d'urgence pour les mineures est :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> est gratuite | <input type="checkbox"/> payante | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> est soumise à accord parental | <input type="checkbox"/> sans l'accord parental | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> nécessite une carte d'identité | <input type="checkbox"/> est anonyme | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

16- Où peut-on se la procurer ?

.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

Annexe II

Etablissement des scores d'efficacité

Question 1 : Quel(s) moyen(s) de contraception connaissez-vous ?

1 => préservatif	3
2 => préservatif masculin	4
3 => préservatif féminin	4
4=> pilule contraceptive	4
5=> stérilet	1
6 => anneau vaginal	1
7=> patch	2
8=> implant	2
9 => pilule d'urgence	- 2
10 => diaphragme	1
11=> spermicides	0
14 => Je ne sais pas	- 3

Pour cette question, le barème cherche à valoriser les moyens de contraception les plus adaptés à la tranche d'âge de la population étudiée. Préservatif masculin, préservatif féminin et pilule contraceptive ont ainsi les scores les plus élevés. Nous avons choisi d'attribuer un score négatif à la pilule contraceptive d'urgence afin de mettre en évidence qu'il ne s'agissait pas d'une contraception à utiliser régulièrement. Cependant, nous la coterions différemment aujourd'hui, conscient que cette question relevait de leur connaissance des différents moyens de contraception et non de leur utilisation. Par ailleurs, la proportion d'élèves ayant cité la pilule contraceptive d'urgence avant et après la séance d'information n'ayant que très peu évolué, elle n'influence pas largement l'évolution de notre score d'efficacité.

Question 3 : Où peut-on se procurer les moyens de contraception ?

Pharmacie	+2
Médecin	+1
Infirmière scolaire	+3
Distributeur	- 4
Planning familial	+4
Gynécologue	+1
Grande surface	+1
Hôpital	- 1
Associations	+1
Parents	0
Je ne sais pas	- 3

Pour cette question, le barème cherche à valoriser les lieux les plus adaptés pour les adolescents. Nous avons attribué le score le plus élevé au planning familial et à l'infirmière scolaire.

Question 4 : Qu'elle(s) précaution(s) faut-il prendre pour éviter qu'un rapport sexuel ne débouche sur une grossesse ?

Préservatif + contraception hormonale	4
Contraception hormonale seule	3
Préservatif seul	2
Moyen contraceptif seul sans précisions	1
Absence des deux moyens contraceptifs ci-dessus	0

Du fait de l'irrégularité de la sexualité des adolescents et du risque élevé d'une mauvaise utilisation du préservatif, nous avons priorisé l'utilisation conjointe du préservatif et de la pilule contraceptive.

Question 8_1: En cas d'oubli d'une pilule contraceptive alors que vous avez des rapports sexuels réguliers, que faites vous si vous avez utilisé un préservatif ?

Rien	- 2
Test de grossesse	- 3
Conseil médecin traitant	+1
Je ne sais pas	- 2
Prendre pilule d'urgence	- 3
Test de grossesse	- 3
Test MST	- 3
Prendre la pilule oubliée	+2
Surveiller ses règles	- 3
Arrêt du rapport	- 2
Test de grossesse le jour des règles	- 4
Conseil pharmacie	+1
Mettre du scotch	- 4
Conseil gynécologue	+1
Changer de préservatif	- 3

Dans cette situation, nous avons considéré que les risques de grossesse et de transmission des infections sexuellement transmissibles étaient minimes du fait de l'utilisation du préservatif. Ainsi, les réponses liées à ces deux éléments sont cotées négativement. Par ailleurs, nous avons choisi de valoriser les réponses qui suggèrent une demande de conseil auprès d'un professionnel de santé.

Question 8_2 : En cas d'oubli d'une pilule contraceptive alors que vous avez des rapports sexuels réguliers, que faites vous si vous n'avez pas utilisé un préservatif ?

Rien	- 4
Test de grossesse	4
Conseil médecin traitant	2
Je ne sais pas	-3
Prendre pilule d'urgence	4
Test MST	10
Prendre la pilule oubliée	4
Surveiller ses règles	- 3
Test de grossesse le jour des règles	- 4
Conseil pharmacie	2
Mettre du scotch	- 4
Conseil gynécologue	2

Le risque principal dans ce type de situation est celui qui touche à la transmission de MST. Nous avons donc choisi de valoriser le test de dépistage des maladies sexuellement transmissibles afin de mettre en évidence les saillances au sujet des attitudes adoptées par ces élèves concernant ce risque.

Question 13_1: En cas de rapport sexuel pendant lequel le préservatif se déchire, que faites-vous si la fille prend la pilule contraceptive ?

Rien	- 4
Test de grossesse	- 2
Médecin	3
Je ne sais pas	- 3
Pilule d'urgence	- 2
Test de grossesse	- 2
Test MST	10
Surveiller ses règles	- 3
Arrêt du rapport	3
Test de grossesse le jour des règles	- 4
Pharmacie	3
Mettre du scotch	- 4
Gynécologue	3
Changer de préservatif	4
Prendre une douche	- 4
Planning familial	3
Prendre pilule contraceptive	- 4

Pour les mêmes raisons, nous avons choisi de valoriser le test de dépistage des maladies sexuellement transmissibles pour cette question.

Question 13_2 : En cas de rapport sexuel pendant lequel le préservatif se déchire, que faut-il faire, si la fille ne prend pas de pilule contraceptive ?

Rien	- 4
Test de grossesse	4
Médecin	3
Je ne sais pas	- 3
Pilule d'urgence	4
Test de grossesse	4
Test MST	4
Surveiller ses règles	- 3
Arrêt du rapport	3
Test de grossesse le jour des règles	- 4
Pharmacie	2
Mettre du scotch	- 4
Gynécologue	3
Changer de préservatif	4
Prendre une douche	- 4
Planning familial	3

Nous avons choisi de valoriser les attitudes adéquates à adopter dans cette situation à risque à savoir l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence, du test de grossesse concernant le risque de grossesse, mais aussi le changement de préservatif et le test de dépistage des infections sexuellement transmissibles concernant le risque de transmission des IST.

Question 14 : Dans qu'elle(s) situation(s) doit-on utiliser une contraception d'urgence ?

Pas de préservatif	+3
Préservatif déchiré	+3
Oubli pilule contraceptive	+3
Je ne sais pas	- 3
Pas de contraception	+3
Si grossesse le lendemain du rapport	- 4
Viol	+3
Pas de pilule contraceptive	+3
Si grossesse	- 4
Pas de prière	- 4

Nous avons choisi de valoriser les situations adaptés à l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence à savoir l'absence d'utilisation d'une contraception (parmi les réponses cités le préservatif et la pilule contraceptive d'urgence), ainsi que les situations d'échec de contraception à savoir la déchirure du préservatif ou l'oubli de la pilule contraceptive. Un élève a également cité le viol, situation qui nous paraît pertinente pour l'utilisation de ce type de contraception

Question 16 : Où peut-on se procurer la contraception d'urgence ?

Pharmacie	+2
Médecin traitant	+1
Infirmière scolaire	+4
Je ne sais pas	- 3
Planning familial	+4
Gynécologue	+1
Grande surface	- 4
Hôpital	- 1
Associations	- 4
Parapharmacie	- 4
Parents	0

Pour les mêmes raisons définies dans la cotation de la question 3, nous avons choisi de valoriser le planning familial et l'infirmière scolaire.