

---

## **L'Éducation à la Santé et à la Sexualité : conceptions d'enseignants et futurs enseignants de douze pays.**

**Sandie Bernard\*, François Munoz\*, Graça Carvalho\*\*, Pierre  
Clément\*, Dominique Berger\*\*\***

\* *Université de Lyon, Lyon, F-69003, France ; université Lyon 1, EA1658,  
LIRDHIST, Villeurbanne, F-69622, France.*

*sandie.bernard@univ-lyon1.fr*

\*\* *LIBEC-CIFPEC IEC, Universidade do Minho, Braga (Portugal)*

\*\*\* *IUFM Lyon, France*

---

*RÉSUMÉ. Ce travail analyse les réponses d'enseignants et futurs enseignants de 12 pays, choisis à cause de leurs contextes socio-économiques et culturels contrastés, à des questions ayant trait à l'Éducation à la Santé et à la Sexualité. Notre objectif est d'identifier en quoi ces conceptions varient, d'un pays à un autre, mais aussi au sein de chaque pays. Plusieurs analyses en composantes principales sont menées sur l'ensemble des variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » ainsi que sur l'ensemble des variables « Pratiques d'enseignement ». C'est surtout en fonction de représentations sociales et de valeurs que se différencient les réponses des personnes interrogées. Ce sont les valeurs et représentations relatives à l'Éducation à la Sexualité qui différencient le plus les pays, avec des positions plus traditionnelles, opposées à l'introduction de thèmes importants de cette éducation, dans les pays non européens. De plus, les conceptions relatives aux pratiques d'enseignement diffèrent significativement d'un pays à un autre, ainsi que d'une catégorie d'échantillon à une autre.*

*MOTS-CLÉS : Didactique des sciences, sciences de la vie et de la terre, éducation à la santé, éducation à la sexualité, conceptions, valeurs, enseignants, primaire, secondaire.*

## 1. Introduction : l'Éducation à la Santé et à la Sexualité en milieu scolaire

Des travaux scientifiques récents (St Leger & Nutbeam, 1999; INSERM, 2001) montrent que certaines pratiques pédagogiques ont un impact positif sur les apprentissages dans le domaine de la santé, mais que d'autres sont inefficaces voire contre-productives. Mieux identifier la nature de l'impact des pratiques enseignantes représente alors un enjeu scientifique important et implique d'étudier l'incidence du contexte où elles s'exercent, d'identifier les éléments qui interagissent avec les apprentissages dans le domaine de la santé et de la sexualité, afin notamment de modéliser les phénomènes intervenant dans l'implication des enseignants.

- *Ecole et santé publique*

Depuis de nombreuses années, les données issues de la santé publique plaident pour le développement de la prévention et de l'Éducation à la Santé (Bury, 1988). En effet, si la santé est un élément déterminant de l'épanouissement personnel et du bien-être des individus, consacrer des moyens toujours plus importants au service des soins s'avère insuffisant pour améliorer l'état de santé d'une population (HCSP, 1997). La mise en œuvre d'une action éducative précoce (conduites alimentaires, suicide, consommation de substances psycho actives, IST...) répond à une demande sociale forte, traduite à l'échelon politique de façon constante (Ministère de la Santé, 2001, MEN, 2003). Or l'efficacité des politiques de prévention dépend largement de l'adhésion des citoyens et, par conséquent, de leur éducation. Aussi les autorités politiques ont-elles réaffirmé à de multiples reprises la mission de l'école en la matière, en complément des autres structures sociales impliquées dans l'éducation à la santé.

- *Perception actuelle de l'Éducation à la Santé et à la Sexualité en milieu scolaire*

La conception actuelle de l'Éducation à la Santé est au cœur de l'éducation de la personne et du citoyen (WHO, 1997, 1999; MEN, 1998, 2003), dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble », plutôt que d'intégration de préceptes normatifs. Cette conception holiste intègre l'ensemble des dimensions de la santé (Tones & Tilford, 1994) dans une perspective systémique. Sont ainsi conçues en interaction permanente la santé physique, la santé mentale, la santé sociale et la capacité d'être inclus dans un réseau de relations sociales, la santé sexuelle et la capacité de reconnaître et d'accepter son identité sexuelle, la santé émotionnelle et la capacité de reconnaître ses propres états émotionnels et de réagir adéquatement (modèle de « Promotion de la Santé »).

Cette conception est exprimée par les missions de l'école qui visent à donner aux individus les moyens de leur autonomie. Elle est aussi confortée par le fait que les approches prescriptives ont montré leurs limites vis à vis des problèmes de santé publique actuels (Deschamps, 1984). Il s'agit prioritairement d'agir sur les déterminants éducatifs de l'ontologie personnelle, et sur la capacité à communiquer, notamment par le développement de compétences psychosociales. L'Éducation à la Santé et à la Sexualité est directement conditionnée par les pratiques pédagogiques scolaires, par le contexte social de l'établissement (les conditions de vie dans l'établissement scolaire, la prise en compte de la santé et du bien-être des élèves

jouent un rôle déterminant: Allensworth and Kolbe, 1987 ; Gold, 1994) mais également par les représentations que les enseignants se sont construites sur les questions de santé, de sexualité et sur leur mission.

L'expertise collective INSERM « Éducation pour la santé des jeunes » (INSERM, 2001) dresse un état des abondantes et hétérogènes recherches en Éducation à la Santé. Leur diversité tient à la multiplicité des objets d'études et à l'hétérogénéité des cadres de référence, issus principalement de la santé publique, des sciences de l'éducation, de la sociologie, de la psychologie ou de l'anthropologie. La contribution hexagonale est dans ce domaine modeste (Arwidson, 2001), et les travaux menés en France sont essentiellement épidémiologiques (par exemple, consommation de substances psycho actives par les lycéens), ou sous-tendus par des modèles souvent peu explicites. Les études comparatives impliquant plusieurs pays sont jusqu'à présent très limitées.

Le travail que nous présentons ici s'insère dans le cadre du projet européen Biohead-Citizen « *Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship* » (FP6, CIT2-CT2004-506015, Carvalho *et al.* 2004). Un de ses deux axes de recherche analyse les conceptions d'enseignants et futurs enseignants de plusieurs pays sur 6 thèmes. Nous présentons ici les premiers résultats, issus de 12 pays, sur deux thèmes « l'Éducation à la Santé » et « l'Éducation à la Sexualité », qui sont étroitement liés aux conceptions personnelles des enseignants.

Notre objectif est d'identifier en quoi ces conceptions varient, d'un pays à un autre, mais aussi au sein de chaque pays. Sont-elles d'abord liées aux valeurs de chaque enseignant ou futur enseignant (ses croyances religieuses, par exemple, ou ses options philosophiques ou politiques)? Sont-elles également liées à leurs connaissances dans ces domaines de la Santé et de la Sexualité? Ou encore aux pratiques sociales dominantes dans chaque pays? Comment s'expriment les interactions entre ces trois pôles "connaissances", "valeurs" et "pratiques sociales" (Clément 2004)? Finalement, quelles sont les conceptions des enseignants et futurs enseignants interrogés dans ces 12 pays sur la façon dont l'Éducation à la Santé et à la Sexualité pourrait favoriser plus de citoyenneté ?

## **2. Méthodologie**

### ***1.0. Échantillonnage***

Douze pays ont été choisis à cause de leurs contextes socio-économiques et culturels contrastés. Quatre d'entre eux sont extérieurs à l'Europe et sont largement (Tunisie, Maroc, Sénégal) ou en partie (Liban) de culture musulmane. Les huit autres représentent des pays européens (Portugal, France, Italie, Finlande, Chypre, Estonie, Hongrie et Roumanie) qui diffèrent par plusieurs caractéristiques : Nord ou Sud, Est ou Ouest, culture catholique, protestante ou orthodoxe

Dans chaque pays ont été interrogés des enseignants en service (In) et futurs enseignants (Pre), du primaire (P), du secondaire en lettres (L) ou du secondaire en

biologie (B), soit selon 6 catégories échantillonnées de manière équilibrée dans les 12 pays.

Le corpus analysé comprend les réponses de 5189 personnes, réparties ainsi: Chypre (CY, 322 individus), Estonie (ES, 183), Finlande (FI, 306), France (FR, 732), Hongrie (HU, 334), Italie (IT, 559), Liban (LB, 722), Maroc (MA, 330), Portugal (PT, 351), Roumanie (RO, 273), Sénégal (SN, 324), Tunisie (TN, 753).

### **1.1. Questionnaire et codage**

Sur l'ensemble du questionnaire nous ne prenons en compte ici que les questions relatives aux conceptions sur l'Éducation à la Santé et à la Sexualité (liste en annexe): les réponses correspondantes des individus définissent alors 17 variables « Éducation à la Santé » (A55, A63, A67, A68, B1, B2, B6, B9, B12, B15, B16, B21 à B23, B25 à B27) et 24 variables « Éducation à la Sexualité » (A41, A57 à A60, A65, A85 à A90, B3, B5, B13, B17 à B19, B24, B37 à B41).

Les réponses sont codées au moyen d'une quantité entière graduelle. Les variables A41, B1 à B3, B5, B6, B9, B12, B13, B15 à B19, B21 à B27 sont codées sur une échelle de 1 à 4, de « d'accord » à « pas d'accord ». Certaines questions portent sur les conceptions sur la santé (e.g. « B1 L'éducation à la santé, en milieu scolaire, améliore le comportement des élèves »), sur les valeurs (e.g. « A41 Les couples homosexuels devraient avoir les mêmes droits que les couples hétérosexuels »), sur des connaissances biologiques précises (e.g. « B17 Après l'ovulation, le follicule se transforme en corps jaune qui produit une quantité importante de progestérone et œstrogènes »). Une importante série de questions porte sur les conceptions relatives à des pratiques d'enseignement relatives aux connaissances et valeurs à enseigner (e.g. « B19 Les aspects psychologiques et sociaux de l'éducation à la sexualité devraient être enseignés principalement par les enseignants de biologie »).

La question A55 porte sur l'objectif de l'Éducation à la Santé dans le cadre scolaire, la réponse est codée différemment, de 1 « faire acquérir des connaissances » à 4 « développer des comportements respectueux ».

Les questions A57 à A59 et A65 portent sur l'avortement. Les réponses sont codées de 1 « dans ce cas, l'avortement est moralement acceptable » à 4 « dans ce cas, l'avortement n'est pas moralement acceptable » pour les questions A 57 à A 59. Et de 1 « jamais » à 5 « à tout moment » pour la question A65.

La question A60 porte sur le comportement le plus pertinent à privilégier dans le cadre scolaire pouvant aider à réduire la propagation du SIDA à travers le monde. La réponse est codée de 1 « avoir des rapports sexuels uniquement dans le cadre d'une relation stable » à 4 « avoir des pratiques sexuelles sans danger, le 'safer sex' ».

Pour la question A63 sont dénombrées les propositions cochées en faveur d'une conception de la santé proche du modèle de « Promotion de la Santé » : entre 0 et 3 parmi les 6 propositions.

Les questions A85 à A90 et B37 à B41 portent sur l'âge auquel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs. Les réponses sont codées de 1 « moins de 6 ans » à 5 « jamais dans le cadre scolaire ».

Soulignons que la mise au point de ce questionnaire correspond à un travail collectif de plus de deux ans, impliquant des représentants des 12 pays concernés, des procédures de tests pilotes, de traduction et rétro-traduction, etc. (Carvalho & Clément, à paraître).

### **1.2. Analyse des réponses**

Nous formulons l'hypothèse que les valeurs personnelles des personnes questionnées influencent leurs conceptions sur l'Éducation à la Santé et à la Sexualité. Ces conceptions peuvent être liées à la discipline d'enseignement (biologie ou lettres), au niveau d'enseignement (premier ou second degré), à l'ancienneté dans l'exercice professionnel (formation initiale ou en exercice). Mais les variables liées au pays, à la religion et au sexe de la personne nous semblent a priori au moins aussi déterminantes.

Plusieurs analyses en composantes principales (ACP, Lebart et al. 1995) sont menées sur l'ensemble des variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » (HE-HRSE) ainsi que sur l'ensemble des variables « Pratiques d'enseignement » (TP, teaching practices). Les variables sont traitées comme grandeurs quantitatives, suivant le codage précédemment défini.

Une analyse discriminante (Dolédec & Chessel 1987) est menée pour identifier, sur la base d'un résultat d'ACP, les différences de conceptions entre groupes d'individus constitués en fonction de nos hypothèses sur les déterminants socioculturels. Les variables servant à la définition des groupes sont dites instrumentales ; nous étudions ici la structure des réponses en fonction des pays, de la nature de la discipline (P, B ou L) et du niveau de formation (In ou Pre). Ce sont en effet les variables qui ont été contrôlées lors de la constitution des échantillons d'enseignants et futurs enseignants interrogés.

## **3. Résultats et discussion**

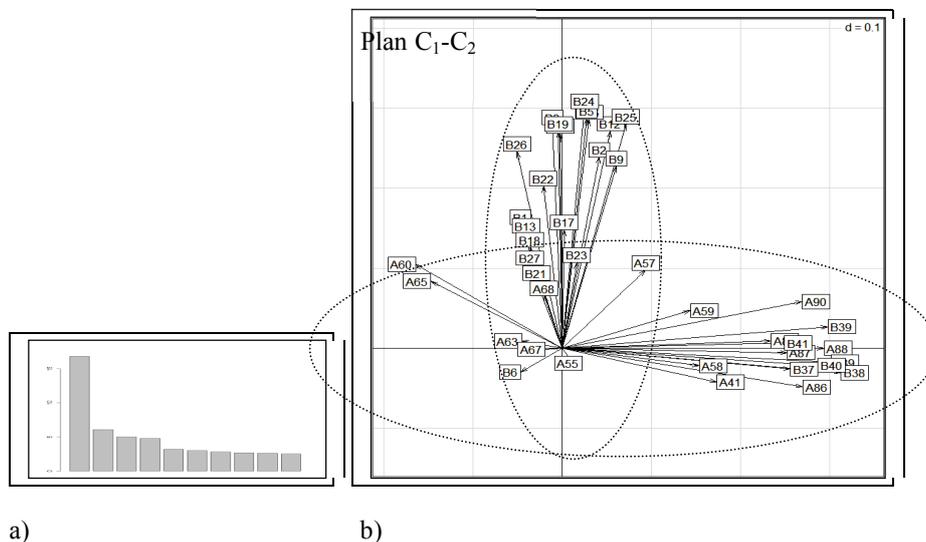
### **1.3. Ensemble des variables (HE-HRSE)**

L'analyse en composantes principales permet d'analyser la distribution des individus en fonction de leurs réponses aux questions (Figure 1, avec procédure Varimax) ; elle est effectuée sur les variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » (HE-HRSE, 41 variables). Les deux premières composantes ( $C_1$  et  $C_2$ ), sont les plus significatives, permettant d'expliquer 23% de la variance des réponses des 5189 individus (Figure 1a). Elles sont représentées graphiquement en relation avec les variables (Figure 1b), et expriment deux tendances indépendantes dans la manière de répondre des individus. Les coordonnées des variables sur les axes permettent d'identifier les conceptions qui les caractérisent :

- Les variables sur le premier axe  $C_1$  (Figure 1b, abscisses), exprimant le plus de différenciation entre individus, ont trait à la sexualité : variables A85 à A90 et B37 à B41 (âge pour lequel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs), A41 (droits des couples homosexuels), A57 à A59 (avortement moralement acceptable ou pas), A60 (comportement le plus pertinent à privilégier dans le cadre scolaire pouvant aider à réduire la propagation du SIDA) et A65 (jusqu'à quand l'avortement est acceptable).
- Sur le second axe  $C_2$  (Figure 1b, ordonnées), les variables qui contribuent le plus sont B24, B5, B3 et B19 (enseignement des aspects psychologiques et sociaux de l'Éducation à la Sexualité et des Infections Sexuellement Transmissibles -IST-, par les enseignants de biologie ou par les professionnels de santé), B15 (Éducation à la Santé sous la responsabilité des professionnels de santé), B26 (objectifs de l'Éducation à la Santé dans le cadre scolaire) et B16, B25, B12, B2 et B9 (Alimentation : consommer plus de fruits, plus souvent du poisson, moins de viande et utiliser plus d'huile d'olive).

Dans le plan ( $C_1$ -  $C_2$ ) de l'ACP (Figure 1) sur l'ensemble des variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » (HE-HRSE), la structuration des variables permet ainsi de caractériser deux composantes principales :

- Une composante 'valeurs' ( $C_1$ , abscisses) : ce sont en effet les questions portant sur des valeurs (morales) qui possèdent une valeur élevée en projection sur l'axe des abscisses. Les variables qui expriment le plus de différenciation entre individus portent sur les valeurs associées à l'âge pour lequel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs et à l'avortement (avortement moralement pas acceptable). Les individus questionnés ont tendance à refuser d'aborder certains thèmes relatifs à l'Éducation à la Sexualité (« jamais dans le cadre scolaire ») ou à ne les aborder que tardivement (« plus de 15 ans »). Les variables qui sont le plus discriminantes, concernent l'âge pour lequel certains thèmes devraient être abordés dans le cadre scolaire : thèmes relatifs aux rapports sexuels, à l'homosexualité, au plaisir sexuel (orgasme) et à la contraception.
- Une composante 'pratiques' ( $C_2$ , ordonnées) : ce sont en effet les questions portant sur des pratiques qui possèdent une valeur élevée en projection sur l'axe des ordonnées. Les variables qui expriment le plus de différenciation entre individus portent d'une part sur des pratiques enseignantes, d'autre part sur des pratiques personnelles qui ont trait à l'alimentation. Les individus questionnés se positionnent différemment sur le rôle de l'enseignant de biologie dans la prise en charge dans le cadre scolaire de l'Éducation à la Sexualité : qui doit aborder les aspects psychologiques et sociaux de l'Éducation à la Sexualité ? Qui doit aborder certains thèmes comme les IST ? Enseignants de biologie ou professionnels de la santé (médecins, infirmières) ?



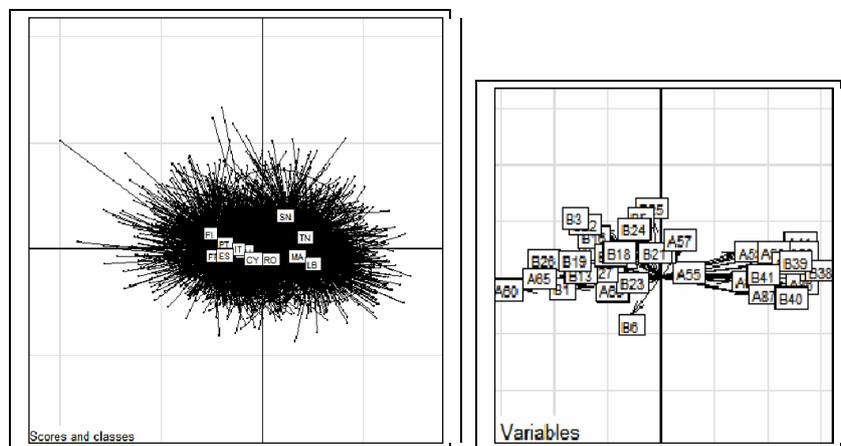
a)

b)

**Figure 1.** (a) Histogramme des valeurs propres, exprimé en pourcentage de variance pour les composantes successives. (b) Coordonnées des variables Éducation Santé et Sexualité (avec procédure Varimax) : coordonnées des variables sur le plan 1-2. Les réponses graduées aux questions sont représentées au moyen de vecteurs. Plus un vecteur est long sur un axe, plus il participe à la signification de cet axe (c'est par rapport à cette variable, et à celles qui lui sont proches, que les individus se différencient le long de cet axe)

Nous analysons ensuite la différenciation des réponses aux questions en fonction de la variable pays (Analyse discriminante, Figures 2a et 2b) afin de déterminer si les réponses des individus varient entre les pays. L'Analyse Inter-classe permet de rechercher de manière synthétique ce qui différencie le plus les réponses des groupes « pays ». La différenciation entre les pays montre (Figure 2a) qu'ils se répartissent le long du premier axe discriminant ( $D_1$ , abscisses), qui correspond à l'axe C1 de l'ACP (figure 1) : l'axe des valeurs. À droite de cet axe se situent le Liban, le Maroc, la Tunisie et le Sénégal, et à l'opposé, à gauche, les pays d'Europe du Nord et d'Europe de l'Est. La Roumanie et Chypre sont entre ces deux pôles. Cette différenciation entre pays est très significative (test de Monte Carlo par randomisation, Robert & Casella 2004). Elle est particulièrement associée aux variables (Figure 2b) A85 à A90 et B37 à B41 (âge pour lequel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs). Les différences entre pays expriment donc des valeurs différentes.

Le deuxième axe discriminant ( $D_2$ , ordonnées : axe des pratiques), différencie moins les pays entre eux. Cet axe exprime donc surtout des différences au sein de chaque pays mais, pour analyser plus finement les différences liées aux pratiques d'enseignement, nous allons effectuer une nouvelle analyse inter-classe entre pays limitée aux seules questions relatives à ces pratiques d'enseignement.



a)

b)

**Figure 2.** Analyse en composantes principales des variables Éducation Santé et Sexualité (HE-HRSE). Les réponses graduées aux questions sont représentées au moyen de vecteurs. Analyse inter-classe (between) entre les pays : (a) représentation des individus avec la position des groupes pays, (b) coordonnées des variables qui expriment le plus ces différences entre pays.

#### 1.4. Variables Pratiques d'enseignement (TP)

L'analyse en composantes principales (Figure 4) est toujours menée sur les variables «Éducation à la Santé et Sexualité » mais en prenant en compte uniquement les questions qui portent sur les conceptions relatives à des pratiques d'enseignement (TP, 12 variables).

Nous analysons la différenciation des réponses aux questions d'abord en fonction du pays (Analyse inter-classe, Figures 3a et 3b), puis en fonction du statut et discipline des personnes interrogées (comparaison entre les 6 échantillons contrôlés dans chacun des pays).

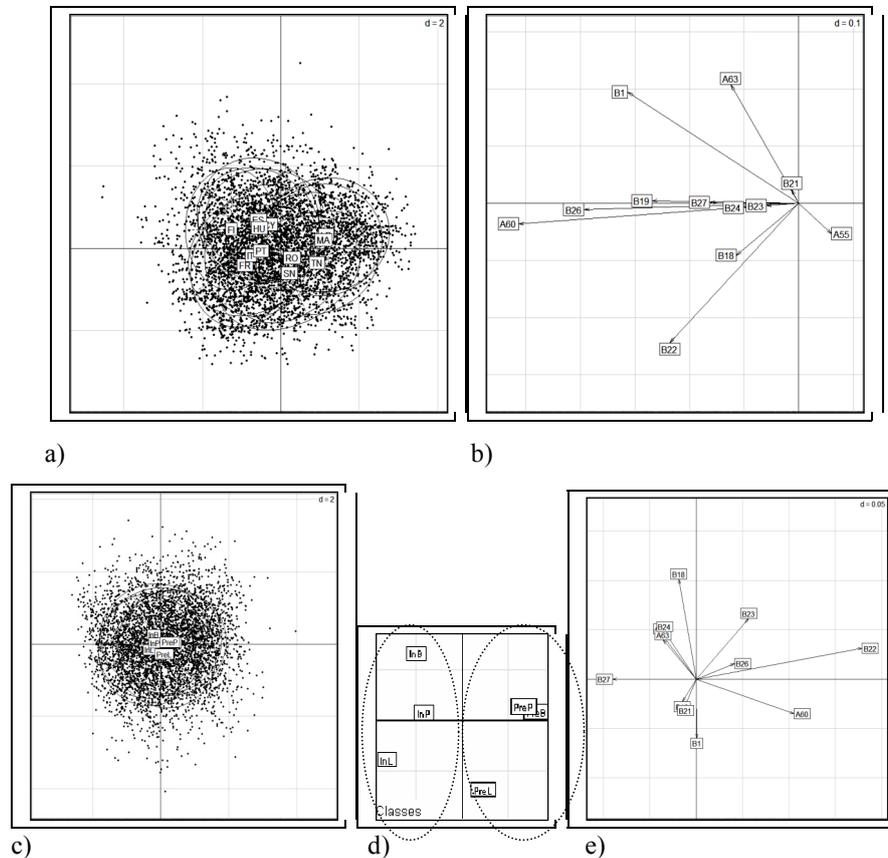
La différenciation entre pays est significative (test de Monte Carlo par randomisation, Robert & Casella 2004).

La Figure 3a montre que l'axe horizontal oppose les pays non européens (Liban, Maroc Tunisie et, en position plus centrale, Sénégal) ainsi que la Roumanie (proche du Sénégal) aux autres pays (de la gauche de l'axe à une position plus centrale : Finlande, France, Italie, puis Estonie, Hongrie et Portugal, puis Chypre). Les variables qui définissent le plus cet axe (Figure 3b) sont A60 (pour réduire la propagation du SIDA, avec à gauche de l'axe des pays en faveur du « safer sex » et à droite des relations stables), ce qui exprime une forte différenciation sur des valeurs liées à des pratiques sexuelles; mais aussi un ensemble de variables moins simples à interpréter : B26 (l'Éducation à la Santé consiste principalement à développer les aptitudes personnelles des élèves, avec à gauche de l'axe des pays qui ne sont pas d'accord), B19 (enseignement des aspects psychologiques et sociaux de l'Éducation à la Sexualité par les professeurs de biologie, avec à gauche de l'axe les pays qui le refusent), B1 (l'Éducation à la Santé en milieu scolaire améliore le comportement des élèves, avec à gauche de l'axe les pays qui ne sont pas d'accord) et B22 (les enseignants ne devraient pas être obligés d'enseigner l'Éducation à la Santé s'ils ne se sentent pas à l'aise, avec à gauche des pays qui ne sont pas d'accord).

L'axe vertical (Figure 3b) est surtout défini par la variable A63 (propositions cochées en faveur d'une conception de la santé proche du modèle de « Promotion de la Santé », avec en haut de l'axe des pays plus proches du modèle de Promotion). Il est aussi défini par deux des variables qui pèsent aussi sur l'axe horizontal: B1 vers le haut de l'axe et B22 vers le bas de l'axe. Cet axe différencie surtout, du côté « Promotion de la Santé », les pays du Nord (Estonie, Finlande, Hongrie) ainsi que Chypre et, dans une moindre mesure, le Liban et le Maroc, des autres pays. Ces derniers, principalement positionnés vers le bas de l'axe, donc plus éloignés du pôle « Promotion de la Santé » sont : le Sénégal, la France et la Tunisie, et dans une moindre mesure, la Roumanie, l'Italie et le Portugal.

Dans un deuxième temps, nous analysons la différenciation des réponses aux questions TP (pratiques d'enseignement) en fonction des groupes « domaines d'enseignement » (Analyse inter-classe, Figures 3c, 3d et 3e). Nous formulons l'hypothèse que les conceptions peuvent varier selon les 6 échantillons testés dans chaque pays : PreP, InP, PreB, InB, PreL, InL.

La composante horizontale  $D_1$  de l'analyse inter-classe (Figures 3c et 3d) sur les groupes d'enseignement différencie les enseignants en service des futurs enseignants (PreB, PreP, PreL), alors que la composante verticale  $D_2$  différencie les enseignants de biologie (InB) des enseignants de lettres (PreL, InL), les PreB ainsi que les enseignants et futurs enseignants du Primaire (InP, PreP) étant au milieu. Cette différenciation des conceptions selon les 6 échantillons testés est significative (test de Monte Carlo).



**Figure 3.** Analyse en composantes principales des variables pratique d'enseignement (TP). Les réponses graduées aux questions sont représentées au moyen de vecteurs. Analyse inter-classe (between) entre les pays : (a) représentation des individus avec la position des groupes pays, (b) coordonnées des variables. Analyse inter-classe (between) entre les groupes d'enseignement : (c) et (d) représentation des individus avec la position des groupes d'enseignement, (e) coordonnées des variables.

La répartition des variables le long de l'axe horizontal (Figure 3e) montre que les enseignants en service (In) sont d'accord pour ne pas obliger les enseignants à enseigner l'Éducation à la Santé s'ils ne se sentent pas à l'aise : ils sont en cela plus souples que les futurs enseignants (Pre) qui pensent l'inverse (variable B22). En revanche, les plus jeunes (Pre) sont en moyenne plus favorables que leurs aînés quant au "safer sex" pour lutter contre le SIDA (A60), et ils ont plus tendance que les enseignants en service à penser que l'Éducation à la Santé doit avant tout dépendre de la responsabilité de la famille.

L'axe vertical (Figure 3e) montre que les enseignants de lettres, contrairement aux enseignants de biologie, ne sont pas d'accord avec le fait que l'Éducation à la Santé en milieu scolaire améliore le comportement des élèves (B1), et pensent plus que « *les enseignants évitent d'enseigner l'éducation à la sexualité parce qu'il s'agit de sujets qui relèvent de la vie privée* »(B18).

#### 4. Conclusion

Les résultats présentés ici constituent une première approche. Ils portent sur l'ensemble des questions relatives à l'Éducation à la Santé et à l'Éducation à la Sexualité pour plus de 5189 enseignants et futurs enseignants de 12 pays.

Une première conclusion s'impose : c'est surtout en fonction de représentations sociales et de valeurs que se différencient les réponses des personnes interrogées, l'axe horizontal de l'ACP représente en effet la part la plus importante de la variance (Figure 1a). Ce sont les valeurs et représentations relatives à l'Éducation à la Sexualité qui différencient le plus les pays, avec des positions plus traditionnelles, opposées à l'introduction de thèmes importants de cette éducation, dans les pays non européens, qui s'opposent à des positions plus ouvertes, plus ancrées dans la réalité des pratiques dans les pays européens. Nos prochaines analyses testeront les liens entre ces conceptions et la religion, ainsi qu'avec les degrés de croyance et de pratique religieuse.

Une seconde conclusion concerne les conceptions relatives aux pratiques d'enseignement. Elles diffèrent significativement d'un pays à un autre, ainsi que d'une catégorie d'échantillon à une autre (futurs enseignants opposés aux enseignants pour quelques questions, biologistes opposés aux littéraires pour quelques autres questions). Ces différences méritent d'être interprétées à partir d'analyses complémentaires, séparant par exemple Éducation à la Santé et Éducation à la Sexualité. Certaines d'entre elles suggèrent un effet de génération, notamment dans le champ de l'éducation à la sexualité, les jeunes étant plus enclins à aborder les questions de sexualité entre autre le « safer sex » (pour lutter contre le SIDA). D'autres suggèrent une sensibilité différente, d'un pays à un autre, pour le modèle « Promotion de la Santé »: mais sans pour autant retrouver de façon claire les clivages nets que nous avons mis en évidence en analysant, dans les mêmes 12 pays, les contenus des manuels scolaires (Bernard et al, 2007 ; Carvalho et al, 2007).

D'autres différences émergent de ces premières analyses, montrant la complexité des conceptions des enseignants et futurs enseignants sur leurs pratiques d'enseignement dans ces domaines. Complexité dont nous avons souligné les contours et les enjeux dans l'introduction du présent travail, et qui nous pousse à envisager des analyses plus fines des résultats que nous avons ici analysés de façon très globale : par exemple pays par pays, ou par blocs de deux ou trois pays, afin de mieux maîtriser l'interprétation de l'ensemble des paramètres qui construisent les conceptions des enseignants. Car comprendre ces conceptions et leurs origines est un stade indispensable pour pouvoir envisager des formations d'enseignants qui

puissent faire évoluer leurs conceptions : c'est à dire faire évoluer les interactions entre leurs connaissances (celles qu'ils maîtrisent, et celles qu'ils acceptent d'enseigner) et leurs valeurs et pratiques sociales (qui les empêchent souvent d'assumer ces enseignements sur la santé et sur la sexualité).

### Remerciements

Ce travail a bénéficié du soutien du projet de recherche européen Biohead-Citizen (Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship. STREP CIT2-CT-2004-506015, E. C., Brussels, FP6, Priority 7), coordonné par Graça Carvalho (Portugal), Pierre Clément (France) et Franz Bogner (Allemagne). Nous sommes particulièrement redevables aux 12 équipes qui, chacune dans son pays, ont traduit le questionnaire et recueilli les données qui ont été utilisées pour illustrer les méthodes d'analyse présentées dans le présent travail. l'analyse de ce type de données.

### Bibliographie

- Allensworth, D.D. et Kolbe, L.J. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal School Health*, 57 (10), 409-412.
- Arwidson, P. (2001). Démarches et méthodes en éducation pour la santé des jeunes . In *4ème Journées d'assurance maladie de la CANAM, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Paris.
- Bernard, S. et al (2007). Sexual transmitted diseases and control of reproduction in biology textbooks. A comparative analysis in 16 countries. In proceedings of IOSTE conference 'Critical analysis of school sciences textbooks', Tunisia, 7-10 February 2007.
- Carvalho, G. et al (2007). Health education approaches in school textbooks of 16 countries: biomedical model versus health promotion. In proceedings of IOSTE conference 'Critical analysis of school sciences textbooks', Tunisia, 7-10 February 2007.
- Bury, J. (1988). Éducation pour la santé : *concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck.
- Carvalho G., Clément P., Bogner F. (2004). *Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship*. STREP CIT2-CT-2004-506015, E.C., Brussels, FP6, Priority 7. <http://www.biohead-citizen.net>
- Clément P. (2004). Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie. In actes du Colloque *Sciences, médias et société*. ENS-LSH, p.53-69 <http://sciences-medias.ens-lsh.fr>
- Deschamps, J.P. (1984). Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34, (11), 485-497.
- Dolédec S. & Chessel D., 1987. Rythmes saisonniers et composantes stationnelles en milieu aquatique I- Description d'un plan d'observations complet par projection de variables. In *acta Oecologica, Oecologia Generalis*, 8 :3, 403-426.
- Expertise collective INSERM (2001). *Education pour la santé des jeunes, démarches et méthodes*.
- Gold, (1994). *The science base for comprehensive health education*. In P. Cortese and K. Middleton (Eds) The comprehensive school health challenge: promoting health through education. Santa Cruz CA ETR Editor.
- HCSP (1997). *Rapport du Haut Comité de Santé Publique*, Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au parlement, Editions ENSP, Collection Avis et rapports.
- Ministère de l'Éducation nationale (1998), circulaire N°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998, *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris, CNDP.

- Ministère de l'Éducation nationale (2003), circulaire N°: 2003-027, BOEN: n°9 du 27-02-2003, *L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*. Paris, CNDP.
- Ministère de la Santé et de la solidarité nationale (2001), *Plan National d'Éducation pour la Santé*, Circulaire DGS 2001/504 du 22/10/01.
- Robert C.P. & Casella G. (2004). *Monte Carlo Statistical Methods (second edition)*. Springer-Verlag, New York.
- St Leger, L. and Nutbeam, D. (1999). Evidence of Effective Health Promotion in Schools. In Boddy, D. (ed). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. European Union, Brussels.
- Tones, K. et Tilford, S. (1994). *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London : Chapman and Hill.
- WHO (1997). *Promoting health through school*. Geneva.
- WHO (1999). *Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination : an important responsibility of health promoting schools*. WHO information series on school health. WHO Editor Geneva.

### Liste des questions

A41 : *Les couples homosexuels devraient avoir les mêmes droits que les couples hétérosexuels.*

A55 : *Selon vous, l'objectif principal de l'éducation à la santé dans le cadre scolaire devrait être (Cochez une seule case) : \* Faire acquérir des connaissances, \* Développer des comportements respectueux de sa propre santé.*

*Voici des cas de couples ou de femmes, qui sont confrontés à une éventuelle nécessité d'avorter. Si vous étiez dans ces situations, seriez-vous d'accord ou non pour envisager un avortement? (Cochez une seule case par situation) : A57 : Un couple qui a déjà un enfant, et où la mère risque de mourir suite aux complications de sa grossesse : \* Dans ce cas, l'avortement est moralement acceptable, \* Dans ce cas, l'avortement n'est pas acceptable moralement. A58 : Un jeune couple qui a de gros problèmes financiers : \* Dans ce cas, l'avortement est moralement acceptable, \* Dans ce cas, l'avortement n'est pas acceptable moralement. A59 : Une femme qui a été informée qu'elle a une forte probabilité de donner naissance à un enfant sévèrement handicapé : \* Dans ce cas, l'avortement est moralement acceptable, \* Dans ce cas, l'avortement n'est pas acceptable moralement.*

A60 : *Il y a plusieurs comportements qui peuvent aider à réduire la propagation du SIDA à travers le monde. Selon vous, dans l'enseignement, quel est le comportement le plus pertinent à privilégier dans le cadre de l'éducation à la sexualité ? (Cochez une seule case) : \* Avoir des rapports sexuels uniquement dans le cadre d'une relation stable (ne pas avoir plusieurs partenaires sexuels), \* Avoir des pratiques sexuelles sans danger (le « safer sex »), par exemple en utilisant un préservatif lors des rapports sexuels/*

A63 : *La santé peut être perçue de différentes manières. (Dans la liste suivante, cocher les trois expressions qui sont les plus fortement associées à votre propre conception de la santé) : \* Ne pas souffrir de maladies graves, \* Être en paix avec moi-même, \* Profiter de la vie, sans trop de stress, \* Avoir toutes les parties de mon corps qui fonctionnent bien, \* Être en forme pour être socialement actif, \* Ne pas avoir besoin d'aller chez le docteur pour être soigné.*

A65 : *L'avortement est acceptable (cochez une seule réponse) : \* Jamais, \* Jusqu'à deux semaines après la conception (c'est-à-dire avant nidation dans l'utérus), \* Jusqu'à 12 semaines après la conception (période légale d'avortement dans les pays où l'IVG est légale), \* Jusqu'à 6 mois (c'est-à-dire avant que le fœtus puisse survivre hors de l'utérus maternel), \* A tout moment.*

A67 : *Nous devons contrôler la pollution de l'air en ville parce que (cochez une seule proposition, celle que vous considérez personnellement comme étant la plus importante) : \* Les habitations donnant sur les rues seront polluées, \* Les lois définissent des niveaux maximums de pollution de l'air, \* L'inhalation des gaz toxiques provoque des maladies, \* Les dépenses de santé augmentent suite à la pollution de l'air.*

A68 : *Nous devrions, dans la mesure du possible, nous déplacer davantage à pied plutôt qu'en voiture parce que (cochez une seule proposition, celle que vous considérez personnellement comme étant la plus importante) : \* Cela nous permet d'économiser l'argent que nous dépensons pour nos voitures, \* Cela*

Conceptions d'enseignants sur l'Éducation à la Santé et à la Sexualité 14 □

*nous permet de nous sentir mieux, \* Cela nous permet d'augmenter la pureté de l'air pour tous, \* Nous en avons assez des contraintes de conduite et de parking.*

*Selon vous à quel âge les thèmes suivants doivent-ils être abordés pour la première fois dans l'enseignement, par les enseignants et/ou par des spécialistes extérieurs? (Cocher une seule case par ligne) : \* Moins de 6 ans, \* Entre 6 et 11 ans, \* Entre 12 et 15 ans, \* Plus de 15 ans, \* Jamais dans le cadre scolaire : A85 : Les organes du plaisir : clitoris, pénis... A86 : La contraception A87 : Les maladies sexuellement transmissibles A88 : L'avortement A89 : L'homosexualité A90 : La pédophilie.*

*B1 : L'éducation à la santé, en milieu scolaire, améliore le comportement des élèves.*

*B2 : J'aimerais manger plus souvent du poisson.*

*B3 : Les maladies sexuellement transmissibles devraient être enseignées principalement par les enseignants de biologie.*

*B5 : Les maladies sexuellement transmissibles devraient être enseignées principalement par des professionnels de la santé (médecins, infirmières).*

*B6 : Ce serait bon de mettre plus de matière grasse dans mon alimentation./ B9 : J'aimerais manger moins de viande.*

*B12 : J'aimerais manger plus de fruits.*

*B13 : Quand la femme arrête la pilule contraceptive, les règles se produisent suite à l'absence d'hormones : progestérone et œstrogènes.*

*B15 : Il revient principalement aux infirmières et aux médecins scolaires d'assurer l'éducation à la santé.*

*B16 : Je devrais utiliser plus l'huile d'olive dans mon alimentation.*

*B17 : Après l'ovulation, le follicule se transforme en corps jaune qui produit une quantité importante de progestérone et d'œstrogènes.*

*B18 : Les enseignants évitent d'enseigner l'éducation à la sexualité parce qu'il s'agit de sujets qui relèvent de la vie privée.*

*B19 : Les aspects psychologiques et sociaux de l'éducation à la sexualité devraient être enseignés principalement par les enseignants de biologie.*

*B21 : Dans le cadre scolaire, l'éducation à la santé doit se limiter à des informations scientifiques (alimentation, sommeil, drogues,...).*

*B22 : Les enseignants ne devraient pas être obligés d'enseigner l'éducation à la santé s'ils ne se sentent pas à l'aise pour le faire.*

*B23 : Les établissements scolaires doivent prendre en compte les politiques de santé publique.*

*B24 : Les aspects psychologiques et sociaux de l'éducation à la sexualité devraient être enseignés principalement par des professionnels de santé (médecins, infirmières).*

*B25 : Je devrais manger plus de crudités./ B26 : L'éducation à la santé consiste principalement à développer les aptitudes personnelles des élèves, par exemple l'estime de soi ou la gestion du stress.*

*B27 : L'éducation à la santé relève uniquement de la responsabilité des familles.*

*Quand pensez-vous que les thèmes suivants devraient être introduits pour la première fois par les enseignants et/ou par des intervenants extérieurs? (Cocher une seule case par ligne) : \* Moins de 6 ans, \* Entre 6 et 11 ans, \* Entre 12 et 15 ans, \* Plus de 15 ans, \* Jamais dans le cadre scolaire : B37 : Grossesse et accouchement B38 : Rapports sexuels B39 : Inceste et abus sexuels B40 : Orgasme et plaisir sexuel B41 : Erotisme et pornographie.*