

Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ?

Étude comparative dans 15 pays

▲ *Dominique Berger, Sandie Bernard, François Wafo, Sameh Hrairi, Maryvette Balcou, Graça S. Carvalho*
Dominique.berger@univ-lyoni.fr
Sandie.bernard@univ-lyoni.fr
[François.wafo@univ-bp.fr](mailto:Francois.wafo@univ-bp.fr)
Sameh_hrairi@yahoo.fr
Maryvette.balcou@wanadoo.fr
Graca@uminho.pt

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 ; Jourdan *et al.*, 2002 ; WHO, 1997, 1999). 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 psychoactives, infections sexuellement transmissibles – IST) répond à une demande sociale forte, traduite à l'échelon politique national 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.

L'éducation à la santé et à la sexualité en milieu scolaire

Les travaux scientifiques 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 (St Leger et Nutbeam, 1999 ; INSERM, 2001). 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.

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. Nous présentons ici les premiers résultats, issus de 15 pays, sur 2 thèmes « l'éducation à la santé » et « l'éducation à la sexualité », qui sont étroitement liés aux conceptions individuelles des enseignants. Notre objectif est d'identifier en quoi ces conceptions individuelles varient, d'un pays à un autre, mais aussi au sein de chaque pays. Sont-elles influencées par les croyances religieuses par les options philosophiques ou politiques ? Sont-elles également liées aux connaissances dans les domaines de la santé et de la sexualité ? Ou encore aux représentations sociales dominantes dans chaque pays ?

La compréhension des conceptions individuelles des enseignants, de leur origine, et l'articulation avec les représentations sociales est un stade indispensable pour pouvoir envisager des formations comme pour définir des *curricula* en direction des élèves. Il s'agit de mieux connaître ces conceptions pour les faire évoluer et favoriser l'interaction entre les connaissances (celles que les enseignants maîtrisent, celles qu'ils ont en charge d'enseigner ou qu'ils acceptent d'enseigner), les représentations sociales (qui empêchent souvent d'assumer les enseignements sur la santé et la sexualité) et les pratiques pédagogiques dans ces domaines.

Cadre théorique

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 pers-

pective 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 et 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 »).

C'est sur cette conception que se fondent 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 et 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'éducation à la santé et à la sexualité a un caractère multidimensionnel (Pelège et Picod, 2006 ; Khazmi et Berger, 2008) et concerne l'être humain dans sa globalité. Elle comporte plusieurs dimensions :

1. Une dimension biologique.
2. Une dimension sociale : l'influence culturelle, les normes et règles du groupe social et leurs aspects juridiques et politiques et l'influence religieuse.
3. Une dimension psychologique, affective et relationnelle liée la construction psychique de chaque individu et au développement de ses compétences psychosociales.

L'éducation à la santé et à la sexualité présente donc un contenu particulier qui la situe au cœur d'un conflit d'intérêts : ceux de la personne et ceux de la société, ceux qui relèvent de l'intime et ceux portés par la santé publique. La nature même des savoirs pose problème (Lange et Victor, 2007). Ils appartiennent au champ des sciences humaines et à celui de la médecine et de la biologie, s'inscrivent dans des épistémologies différentes et parfois très éloignées. Leur nature hybride par définition, les conduit à développer chez l'enseignant comme chez l'élève une posture critique sur les fonctionnements sociaux et l'organisation sociale. Ils s'articulent sur des questions socialement vives (Legardez et Simonneaux, 2006). Et si l'on sait sur le plan épidémiologique ce qu'il faut faire pour qu'une population reste en « bonne santé », c'est beaucoup plus compliqué lorsqu'on se penche sur la question des comportements individuels et des pratiques à risques... Les consé-

quences sont économiques, sociales et éthiques. Le débat sur les enseignements est souvent posé avec force et celui entre les savoirs savants l'est encore plus :

« Il existe des débats (des « controverses ») entre spécialistes des champs disciplinaires ou entre les experts des champs professionnels. [...] De plus, les références sont [...] souvent à chercher dans des pratiques sociales, culturelles, politiques, éthiques... en butte aussi à des débats (souvent des « polémiques ») [...]. Sa production sociale dans les milieux scientifiques ou professionnels, dans les mouvements sociaux, politiques et culturels la rend donc vive dans un second sens » (Legardez *et al.*, 2001).

Ces controverses entraînent des jugements de valeurs car elles ne peuvent être seulement résolues par la preuve des faits ou de l'expérience et elles sont considérées comme importantes socialement à la fois par la population et par les scientifiques mais également par les élus politiques. Se pose alors la question des représentations sociales et des idéologies sous-jacentes. La question de l'éducation à la santé et à la sexualité s'avère particulièrement sensible notamment dans son lien avec la santé publique qui parfois instrumentalisée sur le plan politique, apparaît comme une nouvelle morale séculière.

D'emblée, l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Comme nous aide à le penser Joël Lebeaume (2007), elle s'inscrit davantage dans une forme non scolaire de savoir et ne dispose pas d'une matrice disciplinaire claire en termes d'objet, de tâches et de savoirs (Lebeaume, 1999). Les données de la recherche (Berger *et al.*, 2009) montrent qu'il ne s'agit pas fondamentalement d'enseigner des savoirs complets et validés scientifiquement, reconnus par une communauté chargée de les enseigner dont on pourrait déduire la meilleure action, mais bien davantage de développer des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances parfois incomplètes et incertaines, de construire un esprit critique permettant de poser des questions pertinentes parfois sans réponse. Sur le plan pédagogique, l'ES apparaît sous la forme d'actions éducatives « non scolaires » qui déstabilisent la pratique traditionnelle d'enseignement (Berger *et al.*, 2009 ; Downie *et al.*, 1996) et oblige à une redéfinition des dispositifs pédagogiques, de leurs objectifs et des contenus. L'importance des conceptions personnelles des enseignants apparaît alors comme une donnée fondamentale dans les conceptions et la mise en place des dispositifs d'enseignement. La question de la formation des enseignants se pose alors avec force (Jourdan *et al.*, 2002).

Cette recherche vise à mieux comprendre comment les représentations sociales impactent les conceptions individuelles des enseignants et futurs enseignants. Nous formulons l'hypothèse que les représentations sociales et les conceptions des personnes questionnées influencent leurs pratiques déclarées 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.

Méthodologie

Échantillonnage

Quinze pays aux contextes socio-économiques contrastés ont participé à ce travail de recherche. Sept d'entre eux sont extérieurs à l'Europe (Algérie, Tunisie, Maroc, Sénégal, Liban, Brésil, Burkina-Faso). Les huit autres sont des pays européens (Portugal, France, Italie, Finlande, Chypre, Estonie, Hongrie et Roumanie) qui diffèrent par plusieurs caractéristiques : Nord ou Sud, Est ou Ouest, nouveaux entrants dans la communauté européenne. 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.

Le corpus analysé comprend les réponses de 6 001 personnes, réparties ainsi : Algérie (217), Burkina-Faso (296), Brésil (322), Chypre (322), Estonie (183), Finlande (306), France (732), Hongrie (334), Italie (559), Liban (722), Maroc (330), Portugal (351), Roumanie (273), Sénégal (324), Tunisie (753).

Sur l'ensemble du questionnaire BIOHEAD Citizen, 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 sont codées au moyen d'une quantité entière graduelle (échelle de Lickert). 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 conceptions politiques (e.g. « A41 Les couples homosexuels devraient avoir les mêmes droits que les couples hétérosexuels »). Une importante série de questions porte sur les conceptions relatives à des pratiques d'enseignement (par exemple « 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 A57 à A59 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 pro-

pagation 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* ». 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 validation de ce questionnaire correspond à un travail collectif de plus de deux ans, impliquant des représentants des 15 pays concernés, des procédures de tests pilotes, de traduction et rétro-traduction, etc.

Analyse des réponses

Pour rendre compte de la globalité des questionnaires nous proposons une approche quantitative descriptive originale en sciences de l'éducation, susceptible de mettre en évidence les liens entre les variables et leurs incidences. Les réponses aux questions reflètent les conceptions individuelles déclarées des enseignants en service ou en formation. Le traitement statistique en analyse des composantes principales (Jolliffe, 2002) permet de rendre compte de l'organisation de ces conceptions et de montrer les liens entre elles pour mettre en évidence les représentations sociales cohérentes qui les sous-tendent.

Plusieurs analyses en composantes principales sont ainsi menées sur l'ensemble des variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » ainsi que sur l'ensemble des variables « Pratiques d'enseignement ». Les variables sont traitées comme grandeurs quantitatives, suivant le codage précédemment défini. Une analyse discriminante (Dolédec et 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 représentations sociales. Les variables servant à la définition des groupes sont instrumentales ; nous étudions ici la structure des réponses en fonction des pays, de la nature de la discipline (enseignement primaire = P, biologie = B ou langue nationale = L) et du niveau de formation (In = enseignant en service ou Pre = Enseignant en formation). Ce sont en effet les variables qui ont été contrôlées lors de la constitution des échantillons d'enseignants et futurs enseignants interrogés.

Résultats et discussion

Ensemble des variables (éducation à la santé et à la sexualité)

L'analyse en composantes principales permet d'analyser la distribution des individus en fonction de leurs réponses aux questions (figure 1). Les deux premières composantes (C_1 et C_2), sont les plus significatives, permettant d'expliquer 32 % de la variance des réponses des 6001 individus retenus. Elles sont représentées

graphiquement en relation avec les variables (figure 1), 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 :

32% de la variance

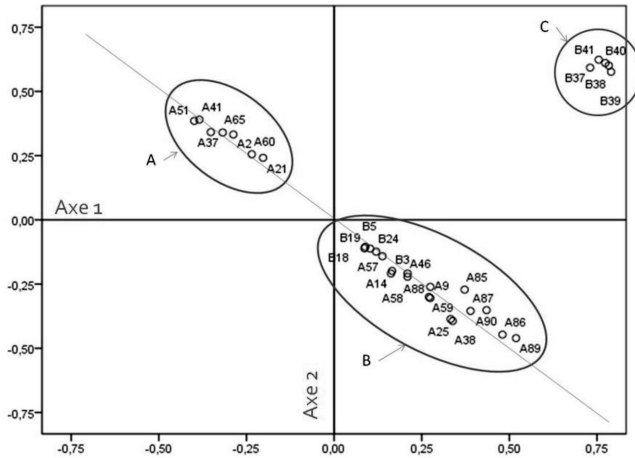


Figure 1. Coordonnées des variables éducation à la santé et sexualité : coordonnées des variables sur le plan 1-2. Les réponses graduées aux questions sont représentées par la position des variables. Plus la variable est éloignée de la jonction des axes, plus elle participe à la signification de cet axe

Les variables sur le premier axe « composante 1 » (figure 1, axe 1), exprimant le plus de différenciation entre individus, ont trait à l'éducation 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) et en opposition : A60 (comportement le plus pertinent à privilégier dans le cadre scolaire pouvant aider à réduire la propagation du sida), A65 (jusqu'à quand l'avortement est acceptable), A41 (égalité des droits des couples homosexuels), A37 et A51 (séparation religion et politique), A2, A21 (égalité hommes/femmes).

Sur le second axe « composante 2 » (figure 1, axe 2), les variables qui contribuent le plus sont A85 à A90 (âge pour lequel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs) et les variables A25 et A9. (C'est pour des raisons biologiques que les femmes ne peuvent pas occuper des postes d'aussi haute responsabilité que les hommes et les femmes sont moins intelligentes que les hommes parce que leur cerveau est plus petit que celui des hommes) et les variables A57 à 59 relatives au refus de l'avortement.

Les variables sur le premier axe (composante 1, axe 1) montrant le plus de différenciation ont trait à l'éducation 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), et en contraste : A60 (comportement le plus pertinent à privilégier dans le cadre scolaire pouvant aider à réduire la propagation du Sida), A65 (avortement), A41 (égalité des droits des couples homosexuels), A37 (séparation religion et politique), A2, A30 et A21 (égalité hommes/femmes).

Les variables (A85 à A90 et B37 à B41) qui expriment le plus de différenciation entre individus portent sur les questions sur les pratiques d'enseignement associées à l'âge pour lequel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou intervenants extérieurs et sur l'avortement (avortement moralement inacceptable). 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 les 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 et à la contraception. À l'opposé (figure 1, groupe A) nous trouvons un regroupement rassemblant ceux qui pensent au contraire que l'avortement est toujours acceptable (A65), que la politique et la religion et la science doivent être séparées (A37 et A51), que les femmes et les hommes sont égaux (A2, A21), qu'il est important qu'il y ait autant de femmes que d'hommes au Parlement (A30), que les couples homosexuels devraient avoir les mêmes droits (A41), que le « *safer sex* » est la meilleure façon de se protéger du Sida (A60).

Sur le second axe (C2, ordonnées), les variables qui expriment le plus de différenciation entre individus portent sur une conception génétique de l'inégalité homme femme (A38, A9 et A46). Ces répondants sont également d'accord pour accepter que les pauvres n'aient pas accès à la même qualité de soins que les riches (A52) et sont favorables à ce que l'éducation à la santé et à la sexualité relève de la responsabilité des familles (B27). Sur le plan de la pratique de l'ES, ils préfèrent que l'ES soit enseignée par des professionnels de santé (B15) ou des intervenants extérieurs (B24), ils pensent que l'ES relève de la vie privée (B18). Ils sont également très opposés à l'avortement quel qu'en soit le motif (A58 et A59).

Les conceptions s'articulent en 3 groupes. Le groupe (A) développe un ensemble de conceptions très proche des acceptations actuelles de l'éducation à la santé et à la sexualité organisées autour de la gestion des risques, de l'égalité des droits, de la dimension sociale de la santé et se déclare par conséquent favorable à l'enseignement de l'éducation à la sexualité très tôt dans le parcours scolaire et sous toutes ses formes (relations sexuelles, plaisir, pornographie, violences sexuelles, contraception). Le groupe (B) quant à lui montre des positions plus conservatrices diamétralement opposées à celles du groupe (A) que ce soit en termes de pratique d'enseignement (notamment l'enseignement précoce de l'éducation à la

sexualité) comme de conceptions concernant les dimensions sociales de l'ES laissant cette dernière à la responsabilité des familles. Le groupe (C) regroupe les questions relatives aux pratiques d'enseignement en matière d'éducation à la sexualité et bien que structurant fortement la première composante apparaît comme relativement proche du groupe (B) comme lié à ce groupe en terme de conséquence.

Nous pouvons ainsi esquisser une cartographie des conceptions individuelles donnant un aperçu de représentations sociales les mettant en lien et en cohérence.

L'impact de la variable « sexe »

La variable « sexe » est faiblement significative mais traduit une différence de positionnement entre hommes et femmes sur les pratiques d'enseignement et sur les questions relatives à l'égalité des droits hommes/femmes. Il faut néanmoins nuancer ce propos. En effet, comme le montrent les analyses croisées, des femmes sont cependant d'accord avec les affirmations : (A9). Les femmes sont moins intelligentes que les hommes parce que leur cerveau est plus petit que celui des hommes, (A25) C'est pour des raisons biologiques que les femmes ne peuvent pas occuper des postes d'aussi haute responsabilité que les hommes (A35). Les hommes seraient plus capables de raisonnement logique que les femmes parce que leurs cerveaux ne présenteraient pas la même symétrie bilatérale (A38). C'est pour des raisons biologiques que les femmes ont plus souvent la charge des tâches domestiques que les hommes, (A46) Biologiquement un homme ne peut pas être aussi sensible et émotif qu'une femme et pense que l'éducation à la santé devrait se cantonner à donner des informations scientifiques (B21). Ces femmes sont également très opposées à l'avortement quelle qu'en soit la raison (A65) et à l'égalité des droits hommes/femmes (A2) et pour les couples homosexuels (A41). L'analyse de la dispersion des réponses féminines montre que leurs conceptions se répartissent à équidistance sur l'ensemble de réponses y compris avec des conceptions prônant l'inégalité génétique et l'inégalité de droit entre hommes et femmes, l'opposition à l'avortement quel qu'en soit le motif.

Il faut cependant noter que les femmes sont également plus proches d'une conception holiste de l'éducation à la santé (A63). Quant aux hommes, ils se répartissent également sur l'ensemble des conceptions et paraissent seulement plus mal à l'aise quant aux contenus à enseigner notamment en matière de sexualité et à l'âge où les enseigner.

L'impact de la culture locale (Pays)

L'analyse permet de rechercher de manière synthétique ce qui différencie le plus les réponses des enseignants selon les pays ? Les différences expriment des repré-

sentations sociales contrastées traduisant des conceptions parfois opposées et des pratiques d'enseignement liées (62,5 % de la variance). Les questions qui apparaissent les plus discriminantes sont celles portant sur l'éducation à la sexualité et l'âge auquel certains thèmes sociaux doivent être abordés, sur l'égalité homme/femme, l'égalité des droits (couples homosexuels) et la séparation entre religion et sciences et religion et politique. L'analyse laisse transparaître un fort clivage Nord/Sud.

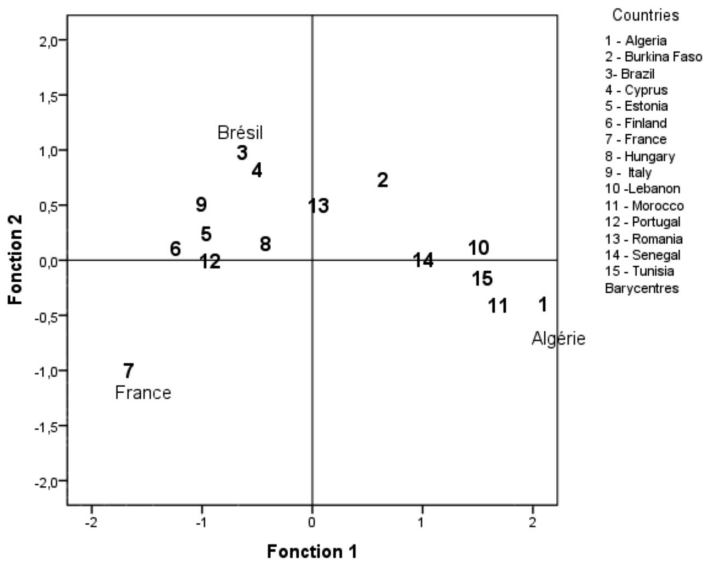


Figure 2. Analyse discriminante entre les pays: représentation de la position des barycentres des groupes par pays.

Le deuxième axe discriminant (fonction 2, ordonnées) différencie nettement moins les pays entre eux. Cet axe exprime donc surtout des différences au sein de chaque pays. Nous retrouvons très clairement sur la droite de l'axe 1, l'ensemble des pays à forte dominante musulmane qui se révèlent ainsi très proches du groupe de variables B mis en évidence par l'analyse en composante principale. Les pays européens se situant plus près du groupe de variables A. Il faut noter la position très particulière des répondants français (France : n° 7 ; figure 2) dont la position est fortement déterminée par leur adhésion aux contenus relatifs à l'éducation à la sexualité (variables B37 à B40). La Roumanie et le Burkina Faso occupent une place intermédiaire essentiellement ; marqués par leur opposition aux contenus relatifs à l'éducation à la sexualité.

L'impact de la religion

C'est une variable (figure 3) qui se montre d'emblée très significative (88,6 % de la variance) mais avec laquelle il convient d'être prudent. L'incidence de la variable « religion » apparaît soumise à un biais dû à la dissymétrie des effectifs des cohortes qui nous astreint à une grande précaution interprétative. Elle paraît de plus, recouvrir très largement une influence davantage soumise aux particularités des pays étudiés mettant en exergue un ensemble de représentations sociales liées à la culture spécifique de chaque pays se construisant largement autour de l'axe 1 de l'ACP (par exemple, le Liban, pays multiconfessionnel, dont les répondants se répartissent de façon similaire entre les différentes religions, se situe proche des pays musulmans).

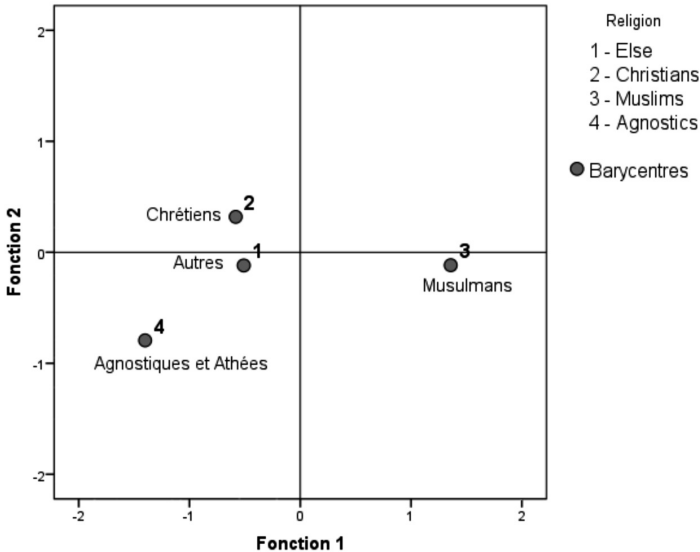


Figure 3. Analyse discriminante entre les différentes appartenances religieuses déclarées. Les étiquettes correspondent au barycentre de la répartition des réponses en fonction de la variable.

Notons d'emblée la posture originale des agnostiques et athées (quel que soit le pays) qui se distinguent nettement des autres groupes de manière très prégnante. Ils sont plutôt très favorables à l'avortement et aux droits des personnes homosexuelles et pensent que religion et politique devraient être séparées et sont favorables à l'enseignement de l'éducation à la sexualité tout au long de la scolarité. Les musulmans paraissent plus opposés à l'enseignement de la sexualité, jus-

tifiant davantage les différences entre hommes et femmes, moins favorables à l'égalité hommes-femmes. Ils sont davantage opposés à l'avortement et aux droits des personnes homosexuelles. Les chrétiens se situent dans un ensemble de conceptions intermédiaires recouvrant un large spectre de conceptions s'inscrivant dans les deux composantes et les trois groupes de l'ACP.

Pour vérifier l'incidence du biais dû à l'asymétrie des cohortes, nous avons analysé la variable « degré de croyance en Dieu ».

Le niveau de croyance en Dieu

Nous avons demandé à chaque répondant son niveau de croyance en Dieu (coté de -5 : pas du tout croyant à -1 : très croyant ; échelle de Lickert). Cette variable paraît centrale (96,8 % de la variance) dans la distribution des conceptions et structure profondément les réponses quelle que soit la religion évoquée. L'analyse discriminante (figure 4) montre l'organisation de la distribution autour de l'axe 1 qui renvoie très nettement à l'axe C1 de l'ACP.

La figure 4 nous permet d'observer plus finement l'incidence des convictions religieuses et montre l'impact de la foi quelle que soit la religion sur les conceptions des enseignants en matière d'éducation à la santé et à la sexualité. Notons cependant que l'aire de répartition des réponses des répondants très croyants (-1) recoupe un ensemble de conceptions très hétérogènes cependant fortement ancrées sur des positions conservatrices (à droite de l'axe des ordonnées) en décalage avec l'acceptation actuelle de l'éducation à la santé et à la sexualité même si elle s'étend parfois jusqu'à des positions plus ouvertes en matière d'égalité des droits, d'avortement et de séparation de la religion et de la société (à gauche de l'axe des ordonnées). Dès que le degré de croyance s'affaiblit (cotation -2, -3, -4), les répondants rejoignent les positions du groupe A de l'analyse en composantes principales. Par contre ceux qui se définissent comme très croyants sont davantage proches du groupe B et du groupe C, et par conséquent très opposés à l'enseignement des contenus relatifs à l'éducation à la sexualité, opposés à l'avortement et à l'égalité des droits hommes/femmes ou ceux des couples homosexuels, ils sont également très opposés à l'avortement, à la réduction des risques et à la séparation de la religion et de l'état et de la religion et de la science. La position des répondants non croyants (cotation -5) s'explique par le fait que de nombreux répondants se sont définis comme musulmans, chrétiens ou autres religions mais ont déclaré ne pas croire en Dieu. C'est pourquoi la position ne recoupe pas intégralement celle des athées et agnostiques (figure 3). Les effets de cette variable s'estompent sous l'influence de la variable « Niveau de formation initiale » (cf. plus loin).

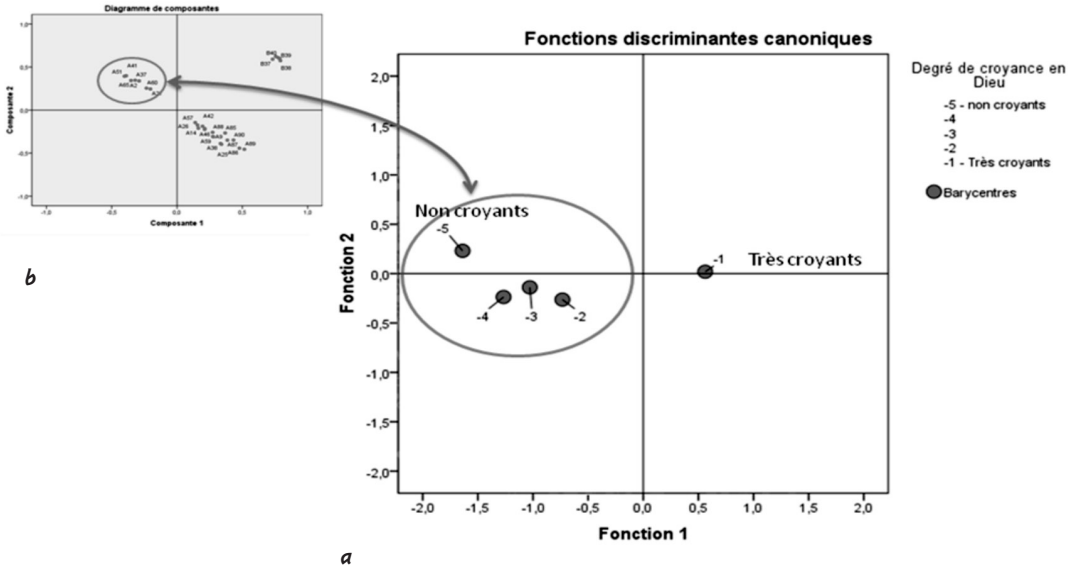


Figure 4. Analyse discriminante entre les différents niveaux de croyance en Dieu toutes religions confondues : (a) représentation des groupes (-1 = très croyant = " -5= pas du tout croyant). Les étiquettes correspondent au barycentre de la répartition en fonction de la variable discriminante. (b) coordonnées des variables traitées en ACP.

Incidence du statut

L'incidence du statut représente 46,8 % de la variance. Les répondants se répartissent en 2 grands groupes « en service » et « en formation ». Chaque groupe est composé de répondants appartenant aux sous catégories : biologie, lettres et langue nationale, enseignement primaire. Les variables « enseignants en formation » et « enseignants en service » traduisent un effet générationnel. Les enseignants en formation se rapprochent davantage que leurs aînés des conceptions les plus ouvertes de l'éducation à la santé alors que les plus anciens (en service) paraissent plus réticents à aborder ces sujets et ont davantage tendance à penser qu'il revient aux familles de prendre en charge ces questions. Par contre les questions relatives à l'enseignement de contenus en éducation à la sexualité leur posent davantage problème.

Ce sont les biologistes qui s'avèrent les plus proches des acceptions actuelles de l'Éducation à la santé et les enseignants en service en Lettres ou langue nationale qui présentent des conceptions proches du groupe B de l'ACP. Les enseignants du primaire en service sont ceux qui développent les positions les plus conser-

vatrices. L'analyse des effectifs montre que ce sont eux qui ont le niveau d'études universitaires le plus faible.

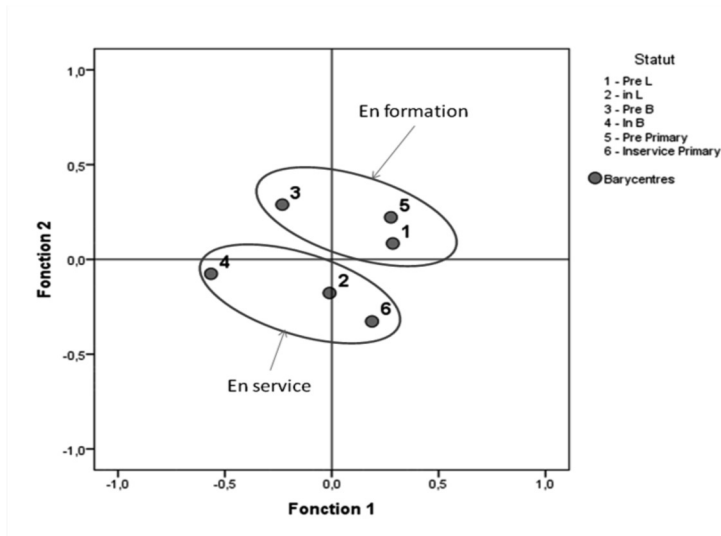


Figure 5 : Analyse discriminante entre les différents groupes constitués selon le statut des répondants: In B = biologie (n = 924), Pre B = enseignants stagiaires en biologie (n = 960), In L = lettres et langue nationale (n = 983), Pre L = enseignants stagiaires en lettres (n = 838), In P = enseignement primaire (n = 1082), Pre P = enseignants stagiaires école primaire (n = 1127).

Incidence du niveau de formation initiale

Afin de vérifier l'hypothèse apparue dans le point précédent concernant le niveau de formation initiale lié au recrutement, nous avons analysé l'incidence du niveau de formation initiale et regroupé la population étudiée en 5 catégories (Niveau secondaire = [1] ; bac plus 2 = [2] ; niveau bac plus 3 = [3], niveau bac plus 4 = [4] et au dessus = [5]). L'impact de cette variable est remarquable (75,8 % de la variance) et montre que plus le niveau de formation académique et universitaire est élevé plus les conceptions des enseignants qu'ils soient en service ou en formation se rapprochent de l'acception actuelle de l'éducation à la santé et à la sexualité telle qu'elle peut être définie par les experts de l'OMS.

L'étude de la cohorte montre également que ce sont les enseignants des pays d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne qui disposent des niveaux académiques de formation les plus faibles et qui sont également les plus croyants et les plus pratiquants.

L'analyse croisée avec le niveau de croyance en Dieu souligne également que cette variable a une incidence sur les conceptions des enseignants très croyants qui se rapprochent ainsi des conceptions les plus actuelles de l'éducation à la santé que ce soit sur le plan de l'égalité des droits homosexuels (A41), de l'égalité homme femme (A2, A30, A21), de l'avortement (A65), du « safer sex » comme mode de prévention du sida (A60), de la séparation de la religion et de la politique, de la promotion de la santé en milieu scolaire (A63). Les répondants, même très croyants, sont également beaucoup plus favorables à un enseignement précoce des contenus relatifs à l'éducation à la sexualité et pensent davantage que ce sont les enseignants qui sont les plus à même d'enseigner ces contenus.

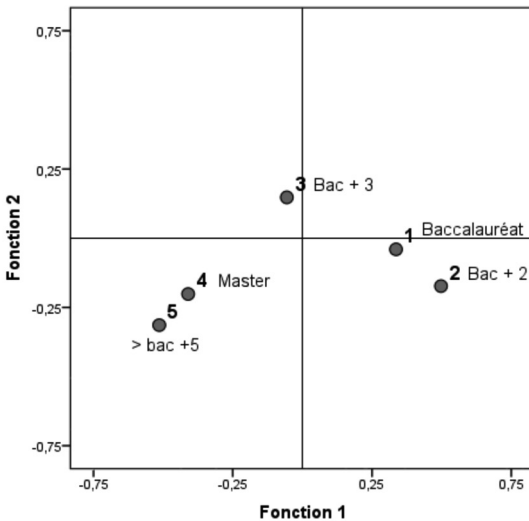


Figure 6. Analyse discriminante entre les différents niveaux de formation académique initiale : représentation des individus avec la position des groupes. Les étiquettes correspondent au barycentre de la répartition en fonction de la variable.

Conclusion

Une première conclusion s'impose : c'est surtout en fonction de représentations sociales et de conceptions individuelles que se différencient les réponses des personnes interrogées. Ce sont les conceptions 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 notamment en termes de prévention dans les pays non européens, qui s'opposent

à des positions plus ouvertes, plus ancrées dans la réalité des pratiques sexuelles dans les pays européens.

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. 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 autres 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 15 pays, les contenus des manuels scolaires (Bernard *et al.*, 2007 ; Carvalho *et al.*, 2007).

D'autres différences émergent de ces 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 précises des résultats dont nous avons rendu compte de façon très globale, 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 les représentations et pratiques sociales (qui les empêchent souvent d'assumer ces enseignements sur la santé et sur la sexualité). Ce travail de recherche amène à poser la question du positionnement professionnel des enseignants par rapport à l'éducation à la santé et l'éducation à la sexualité. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces enseignements présentent des caractéristiques singulières. Il s'agit en effet, non seulement de dispenser des connaissances scientifiques mais également de contribuer au développement des compétences psychosociales de l'élève dans un contexte social en constante évolution. La nature des savoirs y est complexe puisque articulant données scientifiques et composantes intimes et sociales. Or, si les enseignants sont plutôt favorables à l'enseignement des composantes biophysiques relevant de connaissances scientifiques, ils s'avèrent plus réticents à aborder les contenus liés au développement des compétences psychosociales et aux aspects sociaux, psychologiques et émotionnels de l'éducation à la santé et à la sexualité.

C'est sans doute une nouvelle approche didactique qui se dessine ici (Berger, 2008, 2009). Enseigner une question vive dans un contexte social parfois très intrusif amène les professeurs à porter davantage leurs efforts sur le développement des compétences personnelles des élèves dans une perspective citoyenne.

Ces compétences leur permettront de faire face aux difficultés et de gérer d'éventuels risques, d'aller chercher de l'information, de vérifier sa validité et de relier les connaissances acquises à la réalité sociale et culturelle dans laquelle ils vivent. Mais c'est parce qu'il y a possibilité d'accès à une information scientifique objective et que cette information s'inscrit dans une approche globale de la personne prenant en compte les conceptions personnelles et les représentations sociales dans lesquelles elles s'insèrent que l'élève pourra se construire en tant que personne incluse dans une société organisée. Il s'agit non seulement de l'informer mais aussi qu'il puisse être en capacité psychologique et physiologique d'acquiescer du pouvoir sur soi, sur son environnement et d'être également en capacité de le faire à titre collectif. L'éducation à la santé et l'éducation à la sexualité contribuent à la construction du sujet, de l'élève et du citoyen. Les questions des conceptions individuelles et du respect de la personne, de ses choix sont fondamentales en éducation à santé et éducation à la sexualité. Les questions éthiques sont primordiales et ne s'accrochent que très mal d'approches moralisantes et prescriptives dont on connaît le peu de suivi et d'effet. Il s'agit d'enseigner des connaissances scientifiques et de promouvoir en même temps des comportements réfléchis prenant en compte la personne et la rendant acteur de sa vie.

Ce travail que nous avons voulu essentiellement descriptif souligne d'importantes différences de conceptions chez des enseignants et futurs enseignants des 15 pays. Ces conceptions qui diffèrent significativement d'un pays à un autre pays sont très soumises à l'impact de la foi en Dieu, mais cette influence s'estompe lorsque le niveau de formation académique initiale s'accroît. L'élévation du niveau de formation des enseignants favorise la promotion d'une meilleure citoyenneté, apparaît comme l'une des façons de lutter contre les conceptions argumentant les inégalités entre les sexes. Il est ainsi un vecteur efficace de la prévention et contribue à la réduction des inégalités de santé.

Dominique Berger, Université de Lyon, IUFM, F-69003, France, EA 4281, PAEDI
 Sandie Bernard, Université de Lyon, IUFM, F-69003, France ; EA 1658, LIRDHIST
 François Wafo, Université Blaise Pascal-IUFM, EA 4281, PAEDI
 Sameh Hrairi, Université de Tunis, EA 4281, PAEDI
 Maryvette Balcou, Université de la Réunion, EA 4281, PAEDI
 Graça de Carvalho, Universidade do Minho, Portugal, LIBEC-CIFPEC IEC

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 quinze équipes qui, chacune dans son pays, ont traduit le questionnaire et recueilli les données qui ont été utilisées pour les analyses pré-

sentées dans le présent travail : Ana Caldeira et Elaine Araújo (Brésil), Nicos Valanides (Chypre), Kai Pata et Tago Saraparuu (Estonie), Anna-Lisa Rauma (Finlande), Pierre Clément (France-Lyon), Claude Caussidier et Daniel Favre (France-Montpellier), Dániel Horváth et Attila Varga (Hongrie), Luzi Daniela et Silvia Caravita (Italy), EL-Hage Fadi et Odile Saab (Liban), Grita Skujiene et Jurga Turcinaviciene (Lituanie), Sabah Selmaoui et Salaheddine Khzami (Maroc), Adrienne Kozan (Romania), Mame Seyni Thiaw et Valdiodio Ndiaye (Sénégal), Mondher Abrougui (Tunisie).

Les analyses statistiques ont été effectuées par Dominique Berger à l'aide du logiciel libre « R ».

BIBLIOGRAPHIE

Allensworth D.D., Kolbe, L.J. (1987). The comprehensive school health program : exploring an expanded concept. *Journal School Health*, 57 (10), p. 409-412.

Arwidson P. (2001). Démarches et méthodes en éducation pour la santé des jeunes. In 4^e Journées d'assurance-maladie de la CANAM, *Éducation et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : CANAM.

Berger D., Pizon F., Bencherif L., Jourdan D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia* n° 34. France. p. 35-67.

Berger D., Jourdan D., (dir.) (2008). *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives, quelles formations en IUFM, État des lieux des pratiques et recherches*. Toulouse : Presses universitaires du sud, collection École et Santé.

Bernard S., Clément P., Carvalho G., Alves G. 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.

Bury J. (1988). *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck.

Carvalho G., Dantas C., Rauma A.-L., Luzi D. 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.

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>

Deschamps J.P. (1984). Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34, (11), p. 485-497.

Dolédéc 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, p. 403-426.

Downie R. S., Tannahill C., Tannahill A., (1996). *Health promotion Models and Values*. Oxford : Oxford University Press.

Expertise collective INSERM (2001). *Éducation pour la santé des jeunes, démarches et méthodes*. Paris : éditions INSERM.

Gold G. (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. Rennes: Editions ENSP, Collection Avis et rapports.

Jourdan D., Picc I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M.L., Laquet-Riffaud A., Geneix C., Glanddier P.Y. (2002). Éducation à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants du primaire, *Revue française de santé publique*, n° 41, Paris.

Jolliffe I.T. (2002). *Principal Component Analysis, Series: Springer Series in Statistics*, 2nd ed., NY: Springer, NY, XXIX.

Khzami S.E., Berger D., El Hage F. *et al.* (2008), « Éducation à la sexualité, Description et détermination des conceptions des enseignants de quatre pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité. » *Santé publique*, 20/6, p. 527-545.

Lange, J.-M. & Victor, P. (2006). « Didactique curriculaire et éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable: quelles questions, quels repères? ». *Didaskalia*, n° 28. France. p. 85-100.

Lebeaume J. (1999). *Perspectives curriculaires en éducation technologique*. Mémoire d'habilitation à diriger des recherches. Université Paris Sud-ENS. Cachan

Lebeaume J. (2007). Les manuels scolaires: des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école. In proceedings of IOSTE conference "Critical analysis of school sciences textbooks", Tunisia, 7-10 February 2007.

Legardez A., Alpe Y. (2001). « La construction des objets d'enseignements scolaires sur des questions socialement vives: problématisation, stratégies didactiques et circulations des savoirs ». In *Actes du quatrième Congrès AECSE Actualité de la recherche en éducation et formation*. Lille.

Legardez, A., Simonneaux, L. (coord.) (2006). *L'école à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*. Paris: ESF éditeur.

Pelège P., Picod C. (2006). *Éduquer à la sexualité; un enjeu de société*. Paris: Dunod

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 octobre 2001.

St Leger L., 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*. Brussels: European Union.

Tones K., Tilford S. (1994). *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman and Hill.

WHO (1997). *Promoting health through school*. Geneva: WHO Editor.

WHO (1999). *Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health promoting schools*. WHO information series on school health. Geneva: WHO Editor.

Annexe. Liste des questions

(Réponses graduées sur échelles de Lickert entre 1 : pas du tout d'accord et 4 : tout à fait d'accord)

A2. Dans une société moderne, les femmes et les hommes devraient avoir les mêmes droits.

A9. Les femmes sont moins intelligentes que les hommes parce que leur cerveau est plus petit que celui des hommes.

A14. Grâce à leurs caractéristiques physiques, les hommes sont plus performants en athlétisme que les femmes.

A15. Une priorité du gouvernement doit être de prévoir des ressources minimales pour garantir aux pauvres une couverture santé.

A21. Biologiquement, les femmes peuvent être tout aussi intelligentes que les hommes.

A25. C'est pour des raisons biologiques que les femmes ne peuvent pas occuper des postes d'aussi haute responsabilité que les hommes.

A30. C'est important qu'il y ait autant de femmes que d'hommes au Parlement.

A37 Religion et politique devraient être séparées.

A38. C'est pour des raisons biologiques que les femmes ont plus souvent la charge des tâches domestiques que les hommes.

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

A46. Biologiquement un homme ne peut pas être aussi sensible et émotif qu'une femme.

A51. La science et la religion devraient être séparées.

A52. On peut accepter que les pauvres n'aient pas accès à la même qualité de soins de santé que les riches.

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.

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.

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).
 À tout moment.

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? (Cochez une seule case par ligne)

Thème	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					

Thème	Moins de 6 ans	Entre 6 et 11 ans	Entre 12 et 15 ans	Plus de 15 ans	Jamais dans le cadre scolaire
A88. L'avortement					
A89. L'homosexualité					
A90. La pédophilie					

(Réponses graduées sur échelles de Lickert entre 1 – pas du tout d'accord et 4 – tout à fait d'accord.)

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

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).

B8. Il existe chez les parents des facteurs génétiques qui prédisposent leurs enfants à devenir alcooliques.

B10. Il existe chez les parents des facteurs génétiques qui prédisposent leurs enfants à avoir de très bons résultats à l'école.

B11. Il existe chez les parents des facteurs génétiques qui prédisposent leurs enfants à devenir homosexuels.

B14. Il existe chez les parents des facteurs génétiques qui prédisposent leurs enfants à être agressifs.

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

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).

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? (Cochez une seule case par ligne):

Thème	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. Érotisme et pornographie					