

FILLES/GARÇONS
QUESTIONS DE GENRE, DE LA FORMATION À L'ENSEIGNEMENT

sous la direction de Christine Morin-Messabel

Illustrations de couverture :

Planches tirées des ouvrages

ABCD des petites filles, Épinal, Pellerin & Cie, 1874 &

ABCD des petits garçons, Épinal, Pellerin & Cie, 1874,

Bibliothèque nationale de France

Conception graphique (couverture & intérieur) :

Presses universitaires de Lyon

Ouvrage publié avec l'aide de l'IUFM de l'académie de Lyon
et de la Région Rhône-Alpes

© Presses universitaires de Lyon, 2013

86, rue Pasteur

69365 Lyon cedex 07

ISBN : 978-2-7297-865-8

Presses universitaires de Lyon

TRANSVERSALITÉS

- (1997), *L'Identité sexuée*, Paris, Dunod.
- MACCOBY Eleanor E. (1990), « Le sexe, catégorie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 83, p. 16-26.
- MYERS David G. (2010), *Psychologie*, 9^e édition, Paris, Flammarion.
- NADEL Jacqueline (1986), *Imitation et communication entre jeunes enfants*, Paris, Presses universitaires de France.
- PETROVIC Céline (2004), « Filles et garçons en éducation : les recherches récentes », *Carrefour de l'éducation ?*, n° 17, p. 76-100.
- ROUYER Véronique (2007), *La Construction de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin.
- SCHNEIDER Jill (2000), "Leptin and Related Peptides", *Hormones and Behavior*, vol. 37, n° 4, p. 258-260.
- SILLAMY Norbert (2003), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Larousse.
- TOURRETTE Catherine (2002), *Introduction à la psychologie du développement. Du bébé à l'adolescent*, Paris, Armand Colin.
- WINNICOTT Donald (1997), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 2^e édition, Paris, Payot.

**SANDIE BERNARD, DOMINIQUE BERGER,
ROSABRANCA TRACAN & GRAÇA SIMOES DE CARVALHO
UNE ENQUÊTE INTERNATIONALE
REPRÉSENTATIONS SOCIALES, CONCEPTIONS INDIVIDUELLES
ET PRATIQUES D'ENSEIGNANTS DE QUINZE PAYS**

INTRODUCTION : L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA SEXUALITÉ EN MILIEU SCOLAIRE

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, 2002 ; OMS, 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, IST...) répond à une demande sociale forte, traduite à l'échelon politique national de façon constante (ministère de la Santé, 2001 ; ministère de l'Éducation nationale, 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.

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 & Nutbeam,

1999 ; INSERM, 2001 ; Berger *et al.*, 2009 ; Pizon *et al.*, 2010). 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.

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). Nous présentons ici les résultats, issus de quinze pays, sur deux 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. À quoi sont-elle liées : leurs croyances religieuses, leur sexe, leurs options philosophiques ou politiques ? Sont-elles également liées à leurs 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 de 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 qu'ils maîtrisent, celles qu'ils ont en charge d'enseigner ou qu'ils acceptent d'enseigner), les représentations sociales de référence (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 (OMS, 1997 ; 1999 ; ministère de l'Éducation nationale, 1998 ; 2003), dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble », plutôt que d'intégration de préceptes normatifs. Cette conception holistique intègre l'ensemble des dimensions de la santé dans une perspective systémique (Tones & Tilford, 1994). 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 »).

L'éducation à la santé et à la sexualité a un caractère multidimensionnel (Pelège & Picod, 2006 ; Khzami *et al.*, 2008) et concerne l'être humain dans sa globalité. Elle comporte plusieurs dimensions : une dimension biologique, une dimension sociale (influence culturelle, normes et règles du groupe social et aspects juridiques et politiques, influence religieuse), 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 & 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 originale et critique sur les fonctionnements sociaux et sur l'organisation sociale. Ils s'articulent en lien avec des questions socialement vives (Legardez & Simonneaux, 2006). De ce fait, la question de l'éducation à la santé et à la sexualité s'avère particulièrement sensible en milieu scolaire. 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 semblent au moins aussi déterminantes.

MÉTHODOLOGIE

Échantillonnage

15 pays ont participé à ce travail, dans des contextes socioéconomiques et culturels contrastés. 7 d'entre eux sont extérieurs à l'Europe et pour certains largement de culture musulmane (Algérie, Tunisie, Maroc, Sénégal, Liban, Brésil, Burkina Faso). Les 8 autres sont des pays européens (Portugal, France, Italie, Finlande, Chypre, Estonie, Hongrie, Roumanie) qui diffèrent par plusieurs caractéristiques :

Nord ou Sud, Est ou Ouest, anciens ou nouveaux membres de l'Union européenne... Dans chaque pays ont été interrogés des enseignants en service (In) et des futurs enseignants (Pre), du primaire (P), du secondaire en lettres ou en langue nationale (L) ou du secondaire en biologie (B), soit 6 catégories échantillonnées de manière équilibrée.

Le corpus analysé comprend les réponses de 6001 personnes, réparties ainsi : 217 en Algérie, 300 au Brésil, 296 au Burkina Faso, 322 à Chypre, 183 en Estonie, 306 en Finlande, 732 en France, 334 en Hongrie, 559 en Italie, 722 au Liban, 330 au Maroc, 350 au Portugal, 273 en Roumanie, 324 au Sénégal, 753 en Tunisie.

Analyse des réponses

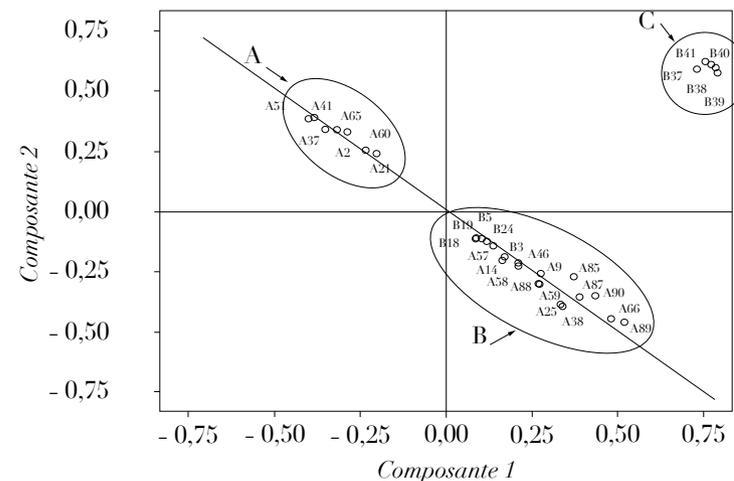
Pour rendre compte de l'ensemble des questionnaires, nous proposons une approche quantitative descriptive originale en sciences de l'éducation, susceptible de mettre en évidence les liens entre les variables et leurs incidences. L'analyse en composantes principales (ACP) sert à mettre en évidence des similarités ou des oppositions entre variables et à repérer les variables les plus corrélées entre elles. Plus une variable est éloignée de l'intersection des abscisses et des ordonnées, mieux elle est représentée. Par ailleurs, deux variables bien représentées et proches l'une de l'autre sont corrélées positivement, tandis que deux variables qui s'opposent sont corrélées négativement. Une orthogonalité entre deux variables traduit l'absence de corrélation linéaire. Notons que l'ACP ne mesure que des liens linéaires entre variables. Elle permet de rendre compte de l'organisation des conceptions et de montrer des liens entre elles pour mettre en évidence les représentations sociales cohérentes qui les sous-tendent.

Plusieurs ACP ont été menées sur l'ensemble des variables « éducation à la santé » et « éducation à la sexualité » ainsi que sur l'ensemble des variables « pratiques d'enseignement » (Lebart, Morineau & Piron, 1995, 2000). Une analyse discriminante (Dolédec & Chessel, 1987 ; Lebart, Morineau & Piron, 1995, 2000) est ensuite conduite pour identifier les différences de conceptions entre groupes d'individus constitués en fonction de nos hypothèses sur les déterminants socioculturels. L'objectif est de proposer un nouveau système de représentation, des variables latentes formées à partir de combinaisons linéaires des variables, qui permettent de discerner le plus possible les groupes d'individus. En ce sens, l'analyse discriminante se rapproche de l'analyse factorielle car elle permet de proposer une représentation graphique dans un espace réduit, plus particulièrement de l'ACP. On parle également d'analyse canonique discriminante. Nous analysons ainsi la différenciation des réponses aux questions en fonction des variables que sont le pays, le sexe, la religion, la croyance, le type d'activité (enseignant en poste ou en formation), le niveau de formation initiale, afin de déterminer si les réponses des individus varient.

Les variables retenues pour l'analyse sont les suivantes : A2, A9, A14, A21, A25, A37, A38, A41, A46, A51, A57, A58, A59, A65, A60, A85, A86, A87, A88, A89, A90, B3, B5, B18, B19, B24, B37, B38, B39, B40, B41 (voir annexe).

RÉSULTATS ET ANALYSE

L'analyse en composantes principales met en évidence deux composantes (C1 et C2), qui sont les plus significatives, permettant d'expliquer 32% de la variance des réponses et exprimant deux tendances indépendantes et trois regroupements dans la manière de répondre des individus.



Graphique 1. Analyse en composantes principales.

Les variables sur l'axe des abscisses (C1) exprimant 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 par les intervenants extérieurs), en opposition avec les variables 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 et A51 (séparation de la religion, de la politique et de la science), A2, A30 et A21 (égalité hommes/femmes).

Les variables qui expriment le plus de différenciation entre individus portent sur les questions des pratiques d'enseignement associées à l'âge auquel certains thèmes relatifs à la sexualité devraient être abordés par les enseignants ou par les intervenants extérieurs, et sur l'avortement. Pour les

variables A85 à A90 et B37 à B41, 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 auquel 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 nous trouvons un regroupement rassemblant ceux qui pensent au contraire que l'avortement est toujours acceptable (A65), que la politique, 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 pouvoir (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).

Les conceptions ainsi analysées s'articulent en trois groupes. Le groupe A développe des conceptions très proches 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 pratiques d'enseignement (opposition à l'enseignement précoce de l'éducation à la sexualité) ou de conceptions concernant les dimensions sociales de que l'éducation à la santé et à la sexualité, laissant cette dernière à la responsabilité des

familles. Le groupe C réunit les questions relatives aux pratiques d'enseignement en matière d'éducation à la sexualité, et bien que structurant fortement la première composante, il apparaît relativement proche du groupe B, comme lié à lui en termes de conséquences.

Nous pouvons ainsi esquisser une cartographie de conceptions individuelles donnant un aperçu de certaines représentations sociales, et mettant celles-ci en lien et en cohérence.

ANALYSES DISCRIMINANTES

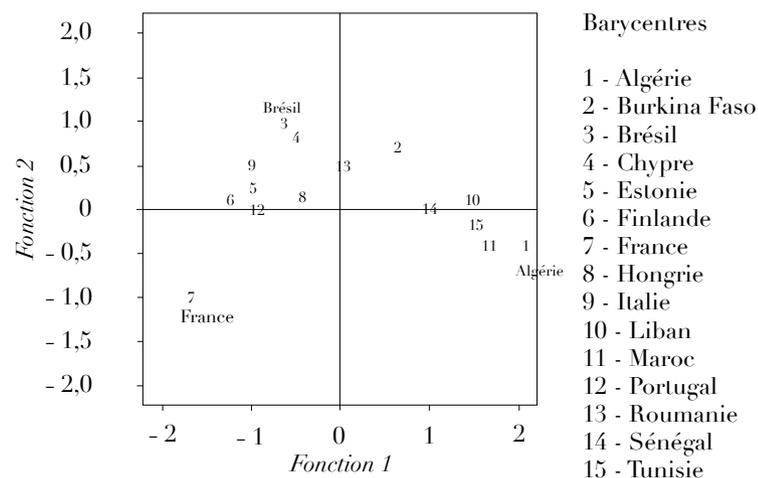
Sur la base de l'ACP, l'analyse discriminante permet de rechercher de manière synthétique ce qui différencie le plus les réponses des groupes en fonction de différentes variables.

La variable « sexe »

La variable « sexe » est faiblement significative mais traduit une différence de positionnement sur les pratiques d'enseignement et sur les questions relatives à l'égalité des droits hommes/femmes. Il faut néanmoins nuancer car ce qui est remarquable, comme le montre les analyses croisées, c'est que des femmes sont cependant d'accord avec les affirmations suivantes : les femmes sont moins intelligentes que les hommes parce que leur cerveau est plus petit que celui des hommes (A9) ; c'est pour des raisons biologiques que les femmes ne peuvent pas occuper des postes d'aussi haute responsabilité que les hommes (A25) ; les hommes seraient plus capables de raisonnement logique que les femmes parce que leur cerveau ne présenterait pas la même symétrie bilatérale (A35) ; c'est pour des raisons biologiques que les femmes ont plus souvent la charge des tâches domestiques

que les hommes (A38) ; biologiquement un homme ne peut pas être aussi sensible et émotif qu'une femme (A46) ; l'éducation à la santé devrait se cantonner à donner des informations scientifiques (B21). Elles sont également très opposées à l'avortement, quelle qu'en soit la raison (A65), à l'égalité des droits des hommes et des femmes (A2), et des couples homosexuels (A41).

L'effet « pays »



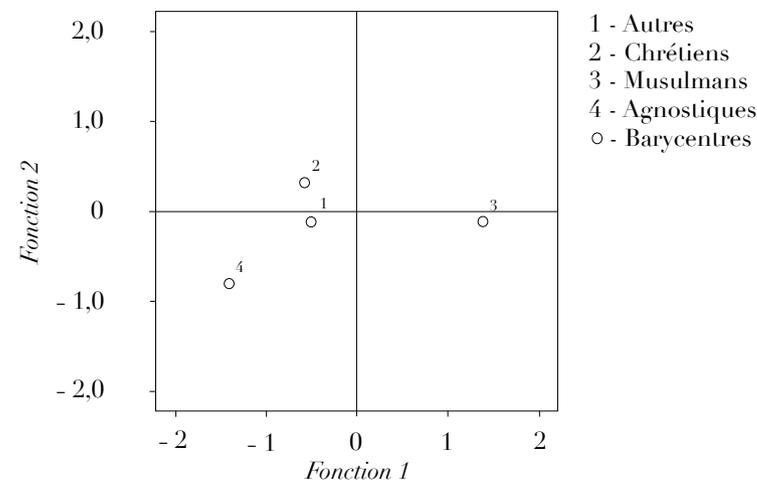
Graphique 2. Analyse discriminante pour la variable « pays ».

Les différences entre pays expriment des représentations sociales différentes traduisant des conceptions différentes et des pratiques d'enseignement liées (62,5% de la variance). Les questions qui apparaissent les plus fortes sont celles portant sur l'éducation à la sexualité et sur l'âge auquel certains thèmes sociaux doivent être abordés, sur

l'égalité hommes/femmes, sur l'égalité des droits (couples homosexuels), et sur la séparation entre religion et sciences et entre religion et État.

Nous retrouvons très clairement sur la droite de l'axe des ordonnées les pays à forte dominante musulmane qui se révèlent ainsi très proches du groupe de variables B mis en évidence par l'ACP. Les pays européens sont plus proches du groupe de variables A. Il faut noter la position très particulière des répondants français (n° 7) 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 marquée par leur opposition aux contenus relatifs à l'éducation à la sexualité.

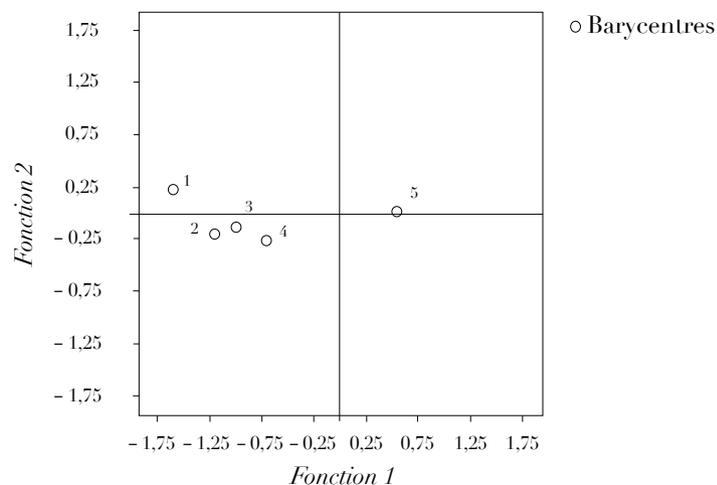
Incidence des religions



Graphique 3. Analyse discriminante pour la variable « religion ».

La variable « religion » se montre d'emblée très significative (88,6% de la variance) mais il convient d'être prudent. Elle apparaît soumise à un biais dû à la dissymétrie des effectifs des cohortes qui nous astreint à une grande prudence interprétative. Elle paraît de plus recouvrir très largement une influence davantage liée à la culture locale des pays étudiés mettant en exergue un ensemble de représentations sociales liées à la culture spécifique de chaque pays. Notons également la position des agnostiques et athées, principalement déterminée par leur adhésion aux contenus relatifs à l'éducation à la sexualité (variables B37 à B40). L'analyse des effectifs montre que ce sont les Français qui se définissent majoritairement comme athées ou agnostiques.

Incidence du niveau de croyance en Dieu



Graphique 4. Analyse discriminante pour la variable « niveau de croyance », sur une échelle de 1 (non-croyants) à 5 (très croyants).

La variable « niveau de croyance en Dieu » paraît centrale dans la distribution des conceptions et structure profondément les réponses, quelle que soit la religion évoquée. Elle explique 96,8% de la variance et, comme le montre le graphique suivant, elle structure très fortement l'axe des abscisses.

Dès que le degré de croyance s'affaiblit (cotations 2, 3, 4), les répondants rejoignent les positions du groupe A de l'ACP. Par contre ceux qui se définissent comme très croyants sont davantage proches du groupe B et du groupe C, et par conséquent sont très opposés à l'enseignement des contenus relatifs à l'éducation à la sexualité, à l'égalité des droits hommes/femmes ou de ceux des couples homosexuels ; ils sont également très opposés à l'avortement, à la réduction des risques sexuels et à la séparation de la religion et de l'État et de la religion et de la science. La position des non-croyants (cotation 1) s'explique par le fait que de nombreux répondants se sont définis comme musulmans, chrétiens ou autres croyants, mais ont déclaré ne pas croire en Dieu. C'est pourquoi la position ne recoupe pas intégralement celle des athées et des agnostiques (graphique 3).

Incidence du niveau du statut

Les répondants se répartissent en deux grands groupes : en service et en formation¹. Chaque groupe est composé de répondants appartenant aux sous-catégories suivantes : biologie, lettres ou langue nationale, enseignement primaire.

Les métavariabiles « enseignants en formation » et « enseignants en service » traduisent un effet générationnel. Les enseignants en formation se rapprochent davantage que

1. 87 enquêtés n'ont pas répondu à la question du statut.

TRANSVERSALITÉS

leurs aînés des conceptions les plus ouvertes de l'éducation à la santé mais les questions relatives à l'enseignement de contenus éducatifs liés à la sexualité leur posent davantage problème, alors que les enseignants 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.

	Enseignants en service (In)	Enseignants en formation (Pre)
Biologie (B)	924	960
Lettres ou langue nationale (L)	983	838
Enseignement primaire (P)	1082	1127

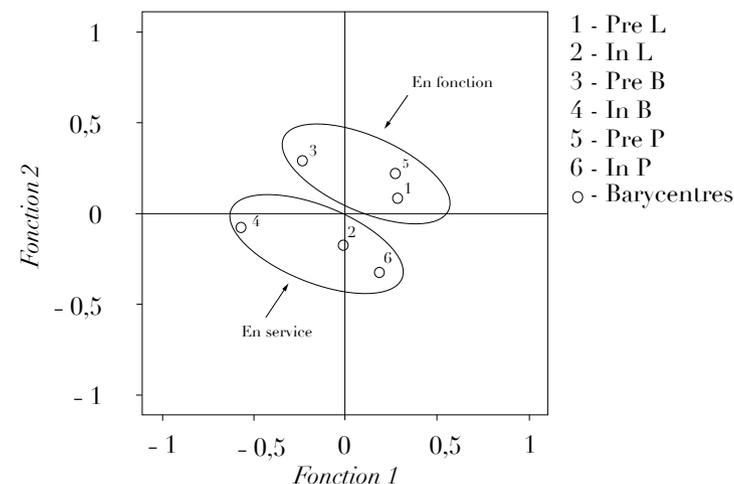
Tableau 1. Répartition des groupes de répondants en fonction du statut.

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 conservatrices. L'analyse des effectifs montre que ce sont eux qui ont le niveau d'études universitaires le plus faible (graphique 7).

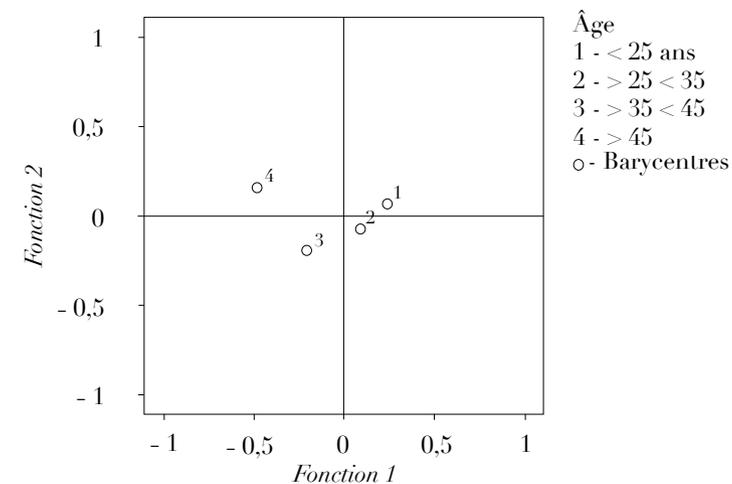
Incidence de l'âge

L'effet de l'âge est également important (76,3% de la variance). Ce sont les répondants les plus âgés qui sont les plus proches des conceptions actuelles de l'éducation à la santé et à la sexualité.

UNE ENQUÊTE INTERNATIONALE



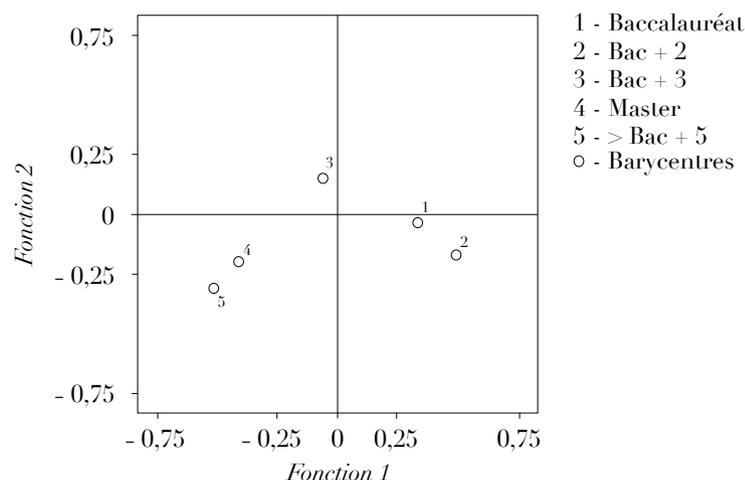
Graphique 5. Analyse discriminante pour la variable « statut ».



Graphique 6. Analyse discriminante pour la variable « âge ».

Incidence du niveau de formation initiale

La variable « niveau de formation initiale » est remarquable 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'Organisation mondiale de la santé (62.5 % de la variance).



Graphique 7. Analyse discriminante pour la variable « niveau de formation initiale ».

CONCLUSION

Cette méta-analyse conduite au niveau international a plusieurs limites. La première tient essentiellement au fait qu'il est infiniment difficile d'aborder les différences de culture dans une approche essentiellement quantitative. Une approche qualitative sous forme d'entretiens aurait sans

doute permis de rendre davantage compte des nuances. La seconde tient principalement à la dissymétrie des cohortes. Nous avons tenté de palier ce biais grâce à une régression logistique qui est venue confirmer les résultats obtenus par les analyses discriminantes.

Les résultats montrent que c'est surtout en fonction de représentations sociales et de conceptions individuelles que se différencient les réponses des personnes interrogées. En éducation à la santé, ce sont les conceptions et les représentations relatives 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 (sauf le Brésil), qui s'opposent à des positions plus ouvertes, plus ancrées dans la réalité des pratiques sexuelles, dans les pays européens. Le fait remarquable de ce travail est la mise en évidence de l'incidence du niveau de croyance en Dieu. Il agit profondément sur les conceptions individuelles, les organise et les structure, notamment par rapport aux questions relatives à la sexualité, et ce, quelle que soit la religion déclarée. Il agit également sur les connaissances scientifiques (taille du cerveau des femmes, déterminisme biologique pour les tâches ménagères, inégalité hommes/femmes), y compris pour les enseignants de biologie, sauf ceux qui ont un niveau de formation initiale supérieur à bac +3.

Comprendre les conceptions et leurs origines est un stade indispensable pour pouvoir envisager des formations d'enseignants qui puissent faire évoluer ces conceptions : c'est-à-dire faire évoluer les interactions entre les connaissances (celles qu'ils maîtrisent et celles qu'ils acceptent d'enseigner) et les représentations et pratiques sociales (qui

les empêchent souvent d'assumer les enseignements sur la santé et sur la sexualité). Ceci est d'autant plus important que les données provenant de la littérature soulignent l'importance de l'implémentation de programmes d'éducation à la santé et à la sexualité en milieu scolaire, notamment dans la lutte contre les inégalités de santé.

L'élévation du niveau de formation des enseignants, notamment pour l'enseignement primaire, apparaît comme l'une des façons de lutter contre les éventuelles conceptions fortement marquées idéologiquement qui constituent des obstacles importants pour la promotion de la santé en milieu scolaire et d'une meilleure citoyenneté, mais aussi comme un vecteur efficace de la prévention et de la réduction des inégalités de santé.

ANNEXE

Extraits des questionnaires proposés aux répondants

Pour les propositions suivantes, indiquez si vous êtes : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord. (Donnez une seule réponse par proposition.)

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.

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.

A37. La religion et la 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.

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.

◇ 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.

◇ 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.

◇ 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.

A65. L'avortement est acceptable (cochez une seule réponse) :

- ◇ Jamais.
- ◇ Jusqu'à 2 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 après la conception (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 : avant 6 ans, entre 6 et 11 ans, entre 12 et 15 ans, après 15 ans, jamais dans le cadre scolaire ? (Donnez une seule réponse par thème.)

- A85. Les organes du plaisir : clitoris, pénis...
- A86. La contraception.
- A87. Les maladies sexuellement transmissibles.
- A88. L'avortement.
- A89. L'homosexualité.
- A90. La pédophilie.

Pour les propositions suivantes, indiquez si vous êtes : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord. (Donnez une seule réponse par proposition.)

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).

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.

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

Quand pensez-vous que les thèmes suivants devraient être introduits pour la première fois par les enseignants et/ou par des intervenants extérieurs : avant 6 ans, entre 6 et 11 ans, entre 12 et 15 ans, après 15 ans, jamais dans le cadre scolaire ? (Donnez une seule réponse par thème.)

- B37. Grossesse et accouchement.
- B38. Rapports sexuels.
- B39. Inceste et abus sexuels.
- B40. Orgasme et plaisir sexuel.
- B41. Érotisme et pornographie.

Bibliographie

ALLENSWORTH Diane D. & KOLBE Lloyd J. (1987), "The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept", *Journal School Health*, vol. 57, n° 10, p. 409-412.

- ARWIDSON Pierre (2001), « Le développement des compétences psychosociales », dans *Apprendre la santé à l'école*, Brigitte Sandrin-Berthon (dir.), Paris, ESF éditeur, p. 73-82.
- BERGER Dominique *et al.* (2009), « Éducation à la santé, promotion de la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes », *Didaskalia*, n° 34, p. 35-67.
- BERGER Dominique & JOURDAN Didier (dir.) (2008), *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?*, actes du colloque des 10 et 11 mai 2006, Toulouse, Presses universitaires du Sud.
- BERNARD Sandie *et al.* (2007), "Sexual Transmitted Diseases and Control of Reproduction in Biology Textbooks. A Comparative Analysis in 15 Countries", article disponible sur Internet : http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6373/1/IOSTE_HRSE_Bernard.pdf (page consultée en décembre 2012).
- BURY Jacques (1988), *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck.
- CARVALHO Graça Simoes de *et al.* (2007), "Health Education Approaches in School Textbooks of 16 countries: Biomedical Model versus Health Promotion", communication au congrès de l'IOSTE, "Critical Analysis of School Sciences Textbooks", 7-10 février, non publiée.
- DESCHAMPS Jean-Pierre (1984), « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *La Revue du praticien*, vol. 34, n° 11, p. 485-497.
- DOLÉDEC Sylvain & CHESSEL Daniel (1987), « Rythmes saisonniers et composantes stationnelles en milieu aquatique. 1. Description d'un plan d'observation complet par projection de variables », *Acta oecologica*, vol. 8, n° 3, p. 403-426.
- GOLD Robert S. (1994), "The Science Base for Comprehensive Health Education", dans *The Comprehensive School Health Challenge: Promoting Health through Education*, Peter Cortese & Kathleen Middleton (eds), Santa Cruz, ETR Associates, p. 545-573.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1997), *Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997*, Paris, HCSP.
- INSERM (2001), *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, INSERM.
- JOURDAN Didier (2002), « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire », *Santé publique*, vol. 14, n° 4, p. 403-423.
- JOURDAN Didier *et al.* (2008), "The Future of Health Promotion in Schools Goes through the Strengthening of Teacher Training at a Global Level", *Promotion and Education*, vol. 15, n° 3, p. 36-38.
- KHZAMI Salah-Eddine *et al.* (2008), « Description et déterminants des conceptions des enseignants de 4 pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité », *Santé publique*, vol. 20, n° 6, p. 527-545.
- LANGE Jean-Marc & VICTOR Patricia (2007), « Didactique curriculaire et "éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable" : quelles questions, quels repères ? », *Didaskalia*, n° 28, p. 87-100.
- LEBART Ludovic, MORINEAU Alain & PIRON Marie (1995), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Paris, Dunod [2000].
- LEGARDEZ Alain & SIMMONEAUX Laurence (dir.) (2006), *L'École à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*, Paris, ESF éditeur.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (2003), « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »,

circulaire n° 2003-027 du 17 février, disponible sur Internet : www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm (page consultée en décembre 2012).

(1998), « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », circulaire n° 98-237 du 24 novembre, disponible sur Internet : www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm (page consultée en décembre 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE (2001), « Plan national d'éducation pour la santé », circulaire DGS n° 2001-504 du 22 octobre, disponible sur Internet : <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf> (page consultée en décembre 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999), "Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination: An Important Responsibility of Health Promoting Schools", *WHO Information Series on School Health*, n° 6.

(1997), "Promoting Health through School", *WHO Technical Report Series*, n° 870.

PELÈGE Patrick & PICOD Chantal (2006), *Éduquer à la sexualité : un enjeu de société*, Paris, Dunod.

PIZON Frank *et al.* (2010), « Les déterminants de l'activité des enseignants de l'école primaire en éducation à la santé », *Travail et formation en éducation*, article disponible sur Internet : <http://tfe.revues.org/index1327.html> (page consultée en décembre 2012).

ST LEGER Lawrence & NUTBEAM Don (1999), "Evidence of Effective Health Promotion in Schools", dans *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*, David Boddy (ed.),

Bruxelles, International Union for Health Promotion and Education, p. 110-133.

TONES Keith & TILFORD Sylvia (1994), *Health Education, Effectiveness, Efficiency and Equity*, Londres, Chapman & Hill.