

ÉDUCATION A LA SANTE ET A LA SEXUALITE : REPRESENTATIONS SOCIALES, CONCEPTIONS INDIVIDUELLES ET PRATIQUES D'ENSEIGNANTS DE 15 PAYS.

Dominique Berger*, **Sandie Bernard***, **Rosabranca Tracana****, **Graça Simoes de Carvalho****

* UCBL, Lyon1-IUFM, Université de Lyon,
laboratoire PAEDI, EA n°4281,
90 rue de la richelandière,
42000 Saint- Etienne
dominique.berger@univ-lyon1.fr

**LIBEC-CIFPEC,
Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho,
Braga, Portugal
graca@iec.uminho.pt

Mots Clés : éducation à la santé, éducation à la sexualité, conceptions, représentations sociales, enseignants, primaire, secondaire.

Résumé : Cette communication présente les résultats de questionnaires recueillis auprès de 6001 enseignants et futurs enseignants de 15 pays (Europe, Afrique et Moyen-Orient). Il s'agit d'identifier les différentes conceptions des enseignants sur l'éducation à la santé et à la sexualité et de mettre en exergue les facteurs les influençant. Outre l'acquisition de connaissances, l'éducation à la santé et l'éducation à la sexualité s'inscrivent dans la construction du sujet, de l'élève et du citoyen et contribue à favoriser une meilleure citoyenneté.

Pour l'analyse du questionnaire, nous avons procédé par analyses en composantes principales qui permettent de créer une topographie des réponses et les liens entre variables. Dans un second temps nous avons procédé par analyses discriminantes pour souligner l'importance des formations et des statuts (niveau de formation, niveau d'enseignement, discipline et statut) et l'incidence des représentations sociales et des conceptions individuelles (pays, religion, niveau de croyance) qui conduisent à des positions parfois très opposées sur l'enseignement et les contenus de l'éducation à la santé et à la sexualité, sur l'égalité des sexes, sur les droits des personnes et sur la prévention. Certaines conceptions apparaissent comme des obstacles importants à la mise en place de l'éducation à la sexualité et de la promotion de la santé en milieu scolaire. Les conceptions diffèrent significativement d'un pays à un autre mais également en fonction des convictions religieuses et du niveau de croyance des enseignants. Se posent alors les questions des pratiques d'enseignement et de la formation des enseignants.

1. 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 ; 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 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 2009 ; Pizon, 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 15 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. A quoi sont-elles liées (croyances religieuses, sexe, 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, 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 qu'ils maîtrisent, celles qu'ils ont en charge d'enseigner ou qu'ils acceptent d'enseigner), les représentations sociales de références (qui empêchent souvent d'assumer les enseignements sur la santé et la sexualité), et les pratiques pédagogiques dans ces domaines.

2. 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 perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble », plutôt que d'intégration de préceptes normatifs. Cette conception holiste intègre l'ensemble des dimensions de la santé (Tones & Tilford, 1994) dans une perspective systémique. Sont ainsi conçues en interaction permanente la santé physique, la santé mentale, la santé sociale et la capacité d'être inclus dans un réseau de relations sociales, la santé sexuelle et la capacité de reconnaître et d'accepter son identité sexuelle, la santé émotionnelle et la capacité de reconnaître ses propres états émotionnels et de réagir adéquatement (modèle de « Promotion de la Santé »).

L'éducation à la santé et à la sexualité a un caractère multidimensionnel (Pelège & Picod, 2006 ; Khazmi, 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 l'organisation sociale. Ils s'articulent sur 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.

3. Méthodologie

3.1 Echantillonnage

Quinze pays ont participé à ce travail avec des contextes socio-économiques et culturels contrastés. Six d'entre eux sont extérieurs à l'Europe et pour certains largement de culture musulmane (Algérie, Tunisie, Maroc, Sénégal Liban, Brésil, Burkina-Faso). Les huit autres représentent des pays européens (Portugal, France, Italie, Finlande, Chypre, Estonie, Hongrie et Roumanie) qui diffèrent par plusieurs caractéristiques : Nord ou Sud, Est ou Ouest, nouveau entrants en Europe... 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 6001 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).

3.2 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. Le traitement en Analyse des Composantes principales (ACP) permet de rendre compte de l'organisation des 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 (ACP, Lebart et al. 2000) ont été menées sur l'ensemble des variables « Éducation à la Santé et à la Sexualité » ainsi que sur l'ensemble des variables « Pratiques d'enseignement ». Une analyse discriminante (Dolédec & Chessel 1987, Lebart 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'analyse en composantes principales. On parle également d'analyse canonique discriminante. Nous analysons ainsi la différenciation des réponses aux questions en fonction des variables pays, sexe, religion, croyance, type d'activité (enseignants en poste et en formation), niveau de formation initiale, afin de déterminer si les réponses des individus varient.

Variabes retenues pour l'analyse : 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 B4 (cf. annexe).

4. Résultats et analyse

4.1 Ensemble des variables (Éducation à la santé et à la sexualité)

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 expriment deux tendances indépendantes et trois regroupements dans la manière de répondre des individus.

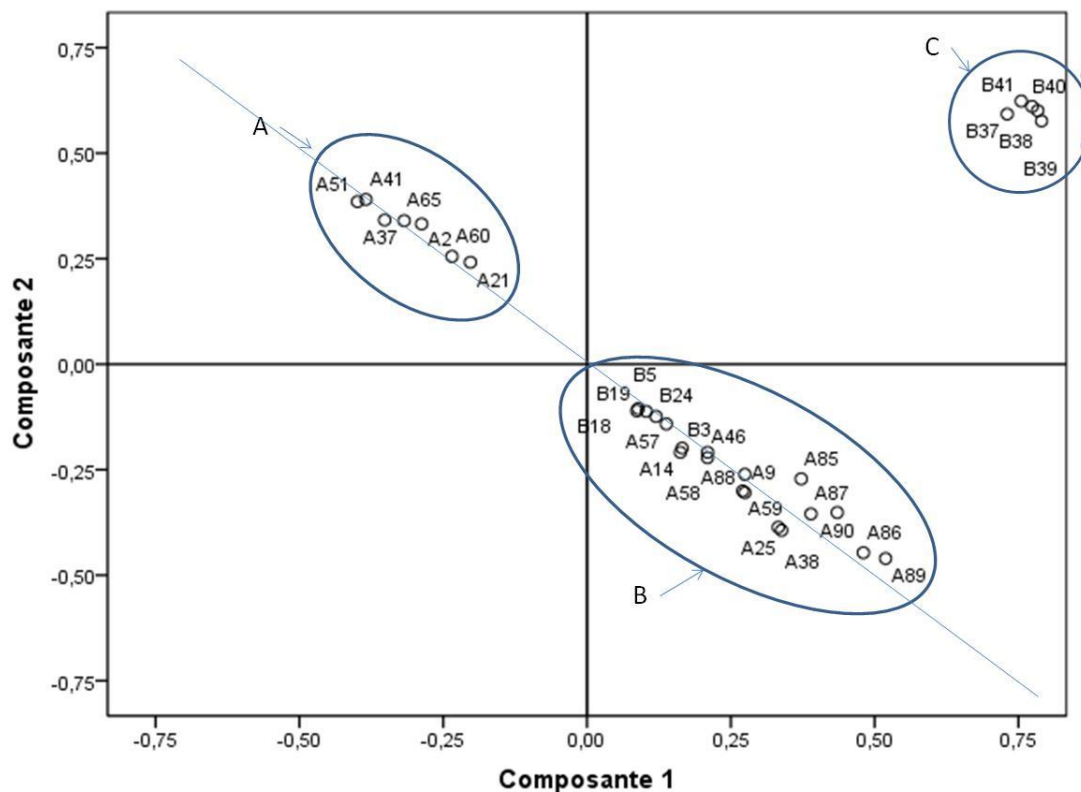


Figure 1 : Analyse en composante principale

Les variables sur le premier axe (C1, abscisses) 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 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 (avortement), A 41 (égalité des droits des couples homosexuels), A 37 (séparation religion et politique), A2, A 30 et A 21 (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. A l'opposé 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 (A 37 et A 51), que les femmes et les hommes sont égaux (A 2, A 21) , 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 A 46).

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 opposant à l'avortement quel qu'en soit le motif (A 58 et A 59).

Les conceptions s'articulent en 3 groupes. Le groupe (A) développe un ensemble de conceptions très proche des acceptions 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 se soit en terme de pratique d'enseignement (plutôt opposés à 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 de conceptions individuelles donnant un aperçu de représentations sociales les mettant en lien et en cohérence.

4.2 Analyses discriminantes

Sur la base d'ACP, les Analyses Discriminantes (Lebart, 2000) permettent de rechercher de manière synthétique ce qui différencie le plus les réponses des groupes en fonction de différentes variables.

4.2.1 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, 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). Elles sont également très opposées à l'avortement quelque en soit la raison (A65) et à l'égalité des droits Hommes/femmes (A2) et pour les couples homosexuels (A41).

4.2.2 L'effet « 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 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.

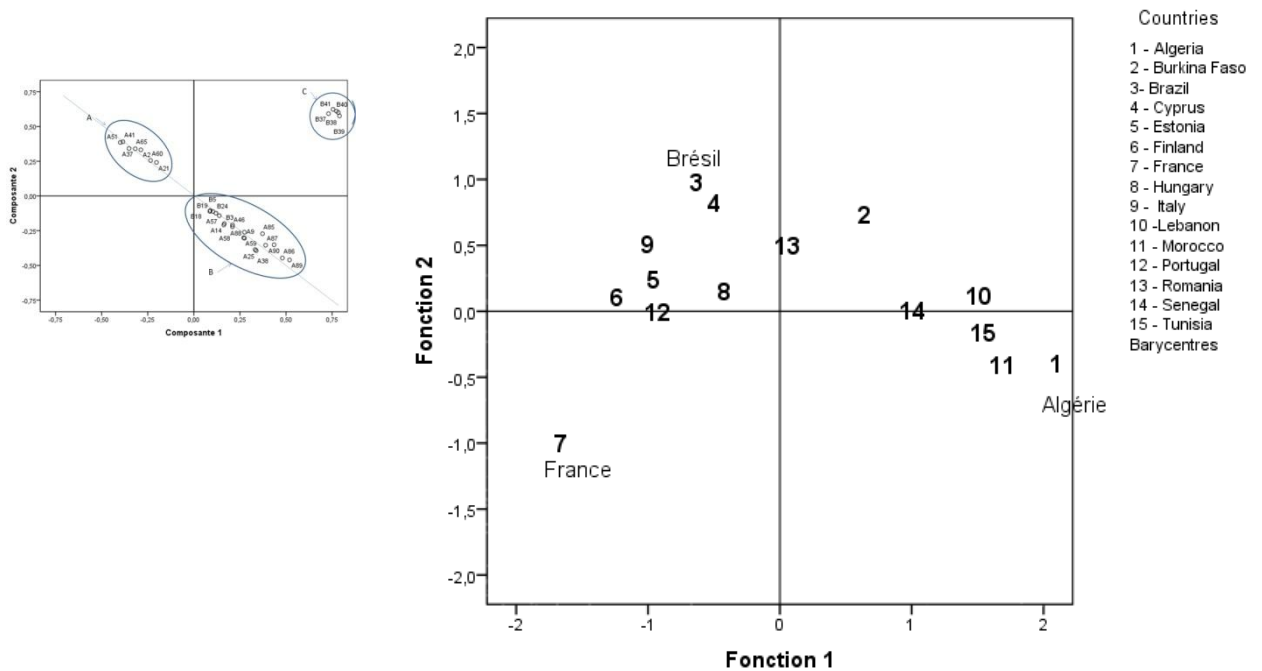


Figure 2 : Analyse discriminante variable « Pays »

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) 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.

4.2.3 Incidence des religions

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 du 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. Elle est principalement déterminée par leur adhésion aux contenus relatifs à l'éducation à la sexualité (variables B37 à B40). L'analyse des effectifs montrent que ce sont les Français qui se définissent le plus et majoritairement comme « athées ou agnostiques ».

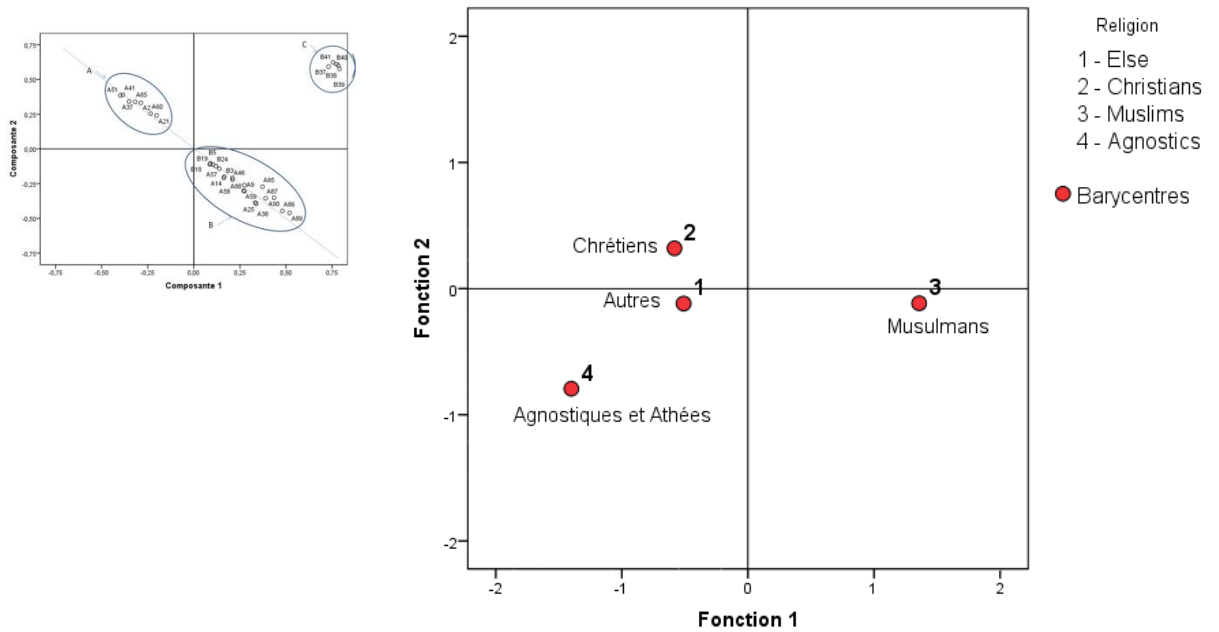


Figure 3 : Analyse discriminante variable « Religion »

4.2.4 Incidence du niveau de croyance en dieu

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 cette variable structure très fortement l'axe 1 (abscisses).

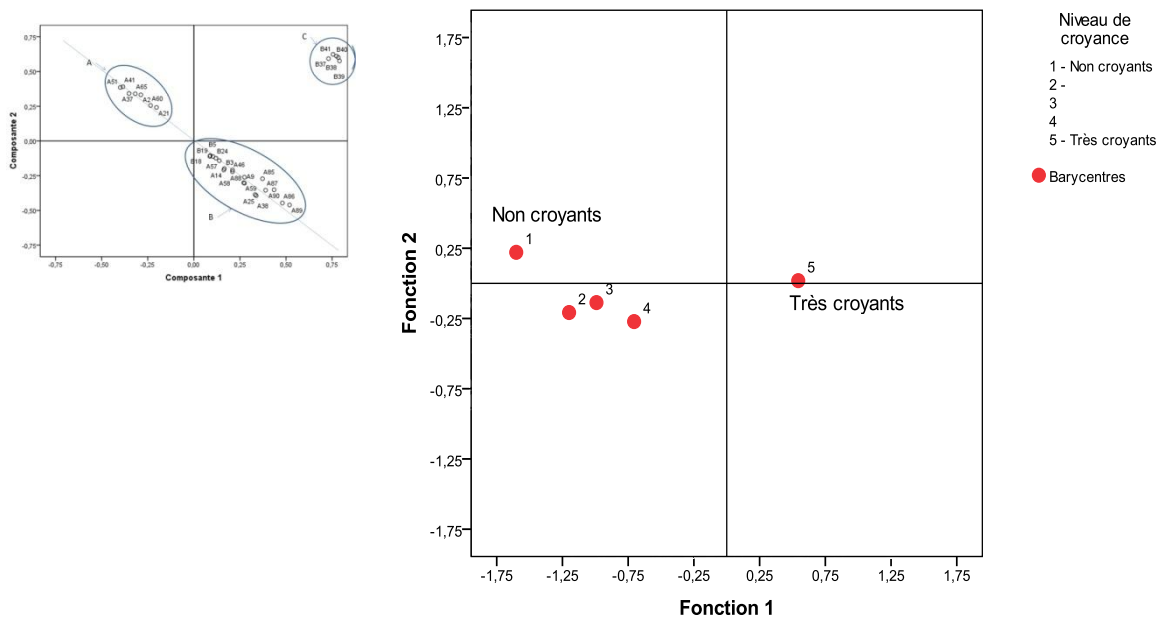


Figure 4 : Analyse discriminante variable « Niveau de croyance »

Dès que le degré de croyance s'affaiblit (cotation 2, 3, 4), les répondants rejoignent les positions du groupe A de l'analyse en composante principale. 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 Non croyants (cotation 1) s'explique par le fait que de nombreux répondant 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).

4.2.5 Incidence du niveau du statut

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.

En service	En formation
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 = Primaire (n=1082)	Pre P = enseignants stagiaires école primaire (n=1127)

Figure 5 : codage des groupes de répondants en fonction du statut

La métavariable « Enseignants en formation et enseignants en service » traduit 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.

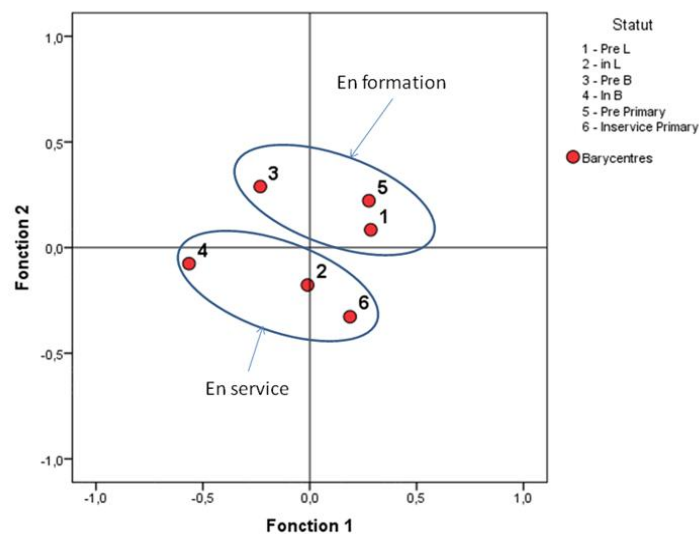


Figure 6 : Analyse discriminante variable « Statut »

Ce sont les biologistes qui s'avèrent les plus proches des acceptions actuelles de l'Education 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 montrent que ce sont eux qui ont le niveau d'études universitaires le plus faible (cf. figure 8).

4.2.6 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 (cotations 3&4)

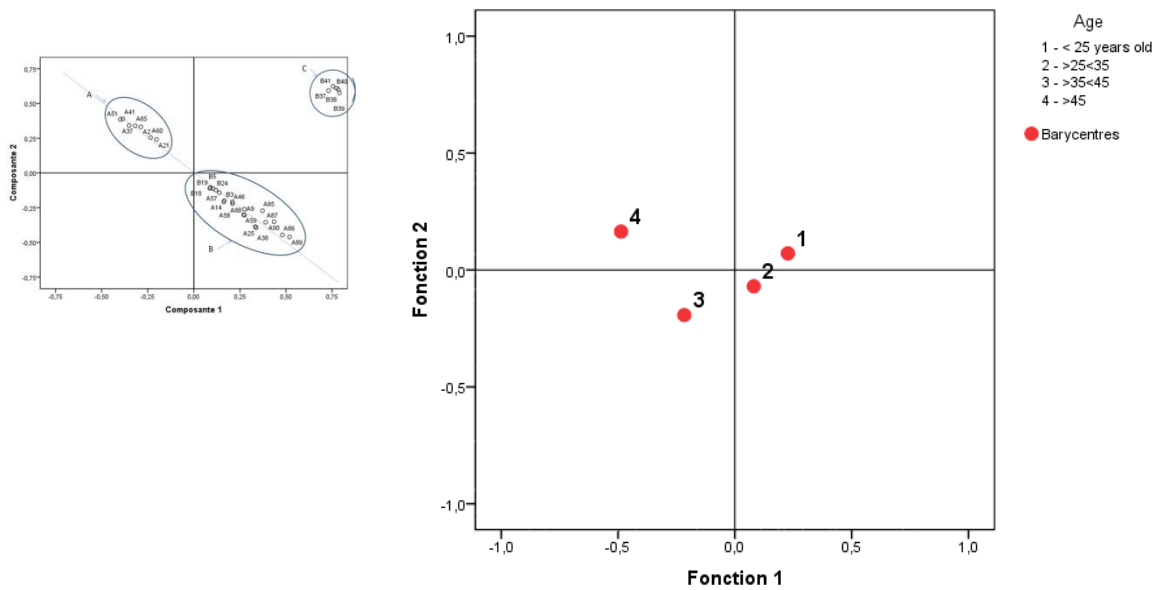


Figure 7 : Analyse discriminante variable « Age »

4.2.7 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 rapproche 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. (62.5 % de la variance).

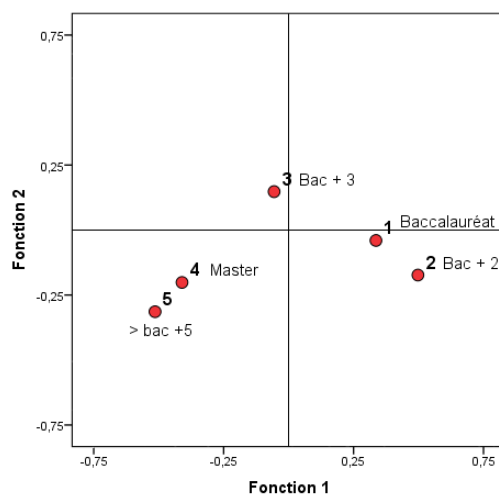


Figure 8 : Analyse discriminante variable « Niveau de formation initiale »

5. Conclusion

Cette méta analyse conduite au niveau international contient de 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 dysimétrie 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 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 terme 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 qu'elle 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 pour ceux et celles qui ont un niveau de formation initiale supérieur à bac+3.

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). 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 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 vecteur efficace de la prévention et pour la réduction des inégalités de santé.

6. Références

- Allensworth, D.D. et Kolbe, L.J. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal School Health*, 57 (10), 409-412.
- Arwidson, P. (2001). Démarches et méthodes en éducation pour la santé des jeunes . In 4ème Journées d'assurance maladie de la CANAM, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent, Paris.
- Berger D. & Jourdan, D. (2008) Education à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ? Toulouse: Presses universitaires du Sud.
- Berger, D., Pizon, F., Bencherif L., Jourdan, D. (2009). Education à la santé, promotion de la santé dans les écoles élémentaires... Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé. Didaskalia. France.
- Bernard, S. et al (2007). Sexual transmitted diseases and control of reproduction in biology textbooks. A comparative analysis in 16 countries. In proceedings of IOSTE conference 'Critical analysis of school sciences textbooks', Tunisia, 7-10 February 2007.
- Carvalho, G. et al (2007). Health education approaches in school textbooks of 16 countries: biomedical model versus health promotion. In proceedings of IOSTE conference 'Critical analysis of school sciences textbooks', Tunisia, 7-10 February 2007.
- Bury, J. (1988). Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck.
- Carvalho G., Clément P., Bogner F. (2004). Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship. STREP CIT2-CT-2004-506015, E.C., Brussels, FP6, Priority 7. <http://www.biohead-citizen.net>
- Deschamps, J.P. (1984). Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34, (11), 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, 403-426.
- Expertise collective INSERM (2001). Education pour la santé des jeunes, démarches et méthodes.
- Gold, (1994). The science base for comprehensive health education. In P. Cortese and K. Middleton (Eds) *The comprehensive school health challenge: promoting health through education*. Santa Cruz CA ETR Editor.
- HCSP (1997). Rapport du Haut Comité de Santé Publique, Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au parlement, Editions ENSP, Collection Avis et rapports.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. & Carvalho, G.S. (2008) The Future of Health Promotion in Schools goes through the strengthening of Teacher Training at a global level. *Promotion & Education*, 15 (3) 36-38.
- Khzami, S-E. & Berger, D., & al. (2008). Les conceptions d'enseignants et de futurs enseignants en éducation à la sexualité et la reproduction humaine de 4 pays méditerranéens (France, Maroc, Tunisie et Liban). *Revue Française de Santé publique*.
- Lebart L., Morineau A., Piron M. (2000), *Statistique exploratoire multidimensionnelle* », DUNOD, (3ème édition).
- Ministère de l'Éducation nationale (1998), circulaire N°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998, Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Paris, CNDP.
- Ministère de l'Éducation nationale (2003), circulaire N°: 2003-027, BOEN: n°9 du 27-02-2003, L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Paris, CNDP.
- Ministère de la Santé et de la solidarité nationale (2001), Plan National d'Éducation pour la Santé, Circulaire DGS 2001/504 du 22/10/01.

- Pizon, F., Jourdan, D., Rommel, S., Berger D. (accepté, 2010), Les déterminants de l'activité des enseignants de l'école primaire en éducation à la santé, Travail et Formation en Education.
- St Leger, L. and Nutbeam, D. (1999). Evidence of Effective Health Promotion in Schools. In Boddy, D. (ed). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. European Union, Brussels.
- Tones, K. et Tilford, S. (1994). Health education, effectiveness, efficiency and equity. London : Chapman and Hill.
- WHO (1997). Promoting health trough school.. Geneva.
- WHO (1999). Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination : an important responsibility of health promoting schools. WHO information series on school health. WHO Editor Geneva.