Education à la santé en milieu scolaire

Analyse des conceptions des enseignants tunisiens des sciences de la vie et de la terre

Sameh HRAIRI(1)
Abdelghani AKREMI(2)
Dominique BERGER(3)

(1) Maître de conférences, HDR, ISEFC, Université Virtuelle de Tunis, (2) Doctorant, ISEFC, Laboratoire ECOTIDI, Université Virtuelle de Tunis, (3) Professeur des Universités Émérite, Université Claude Bernard Lyon 1, France

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9355

Résumé : Cette étude qualitative, à visée heuristique, a pour objectif d'explorer les conceptions des enseignants tunisiens des sciences de la vie et de la terre sur l'éducation à la santé. La méthodologie employée repose sur l'analyse d'entretiens semi-directifs conduits auprès de 35 enseignants provenant de six régions distinctes. Cette approche a été déployée dans le but d'obtenir une vue d'ensemble des conceptions de ces enseignants, couvrant ainsi une variété de contextes géographiques à travers la Tunisie. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. Les résultats révèlent trois ensembles distincts de conceptions de l'éducation à la santé : une orientation injonctive axée sur la promotion de comportements « sains », une mise en avant des produits, de leurs dangers et des connaissances associées, ainsi qu'une approche interdisciplinaire visant la participation. Ces résultats soulignent la nécessité de développer un dispositif de formation visant à faire évoluer les conceptions des enseignants, afin de les rapprocher davantage des objectifs définis par les documents officiels du système éducatif tunisien et les recommandations de l'OMS.

Mots-clés : éducation à la santé, conceptions, enseignants, Tunisie.

Abstract : This qualitative study explores the perceptions of Tunisian life and earth science teachers regarding health education. Semi-structured interviews were conducted with 35 teachers from diverse regions across Tunisia to gain a comprehensive understanding of their perspectives in various geographical contexts. Data analysis was performed using the IRaMuTeQ software. Three distinct clusters of health education perceptions emerged: a prescriptive focus on promoting healthy behaviors, an emphasis on product-based information about hazards and risks, and an interdisciplinary approach advocating for participation. These findings highlight the need for a training program to evolve teachers' perceptions, aligning them with the goals outlined in official Tunisian educational documents and World Health Organization (WHO) recommendations.

Keywords : health education, perspectives, teachers, Tunisia.

1 Introduction

Au cours des dernières décennies, le paysage des enjeux de santé a connu des transformations significatives, marquées par une augmentation notable des maladies liées aux modes de vie et les coûts de santé (Arwidson et *al.,* 2001). Face à ces défis, la recherche a accordé une attention croissante à l'éducation à la santé (Guiet-Silvain, 2012), élargissant progressivement la perspective de la santé en intégrant le concept de promotion de la santé dans une perspective heuristique incluant les dimensions protection, prévention et éducation.

Dans ce contexte, l'école offre un cadre de base, globalement cohérent pour promouvoir la santé et le bien-être (Hrairi, 2007 et 2013 ; Berger et *al.,* 2009 ; Jourdan et *al.,* 2021). Elle est perçue comme un lieu propice à l'éducation à la santé visant à assurer non seulement le bien-être des élèves, mais également leur épanouissement personnel (Guiet-Silvain et *al.,* 2011). Conformément à la législation tunisienne sur l'éducation (Loi d'orientation n° 2002-80, 2002 ; Programme des programmes, 2002), l'école, en collaboration avec la famille, éduque les jeunes aux valeurs de la citoyenneté, à la responsabilité, à l'initiative et au respect des bonnes mœurs. Elle s'efforce de développer la personnalité des élèves dans ses dimensions morale, affective, mentale et physique, tout en cultivant leur esprit critique, leur confiance en soi, leur créativité et leur sens de l'initiative. L'école cherche également à leur transmettre des compétences adaptées à leur âge, leur permettant de résoudre des problèmes, s'adapter aux changements, innover, travailler en groupe et apprendre tout au long de la vie.

De nombreuses études ont souligné l'importance de l'éducation à la santé dans la réussite des élèves (Darlington et Masson, 2020 ; Jourdan et *al.,* 2021) ainsi que dans le développement de leurs compétences psychosociales (Berger et *al.,* 2009 ; Guiet-Silvain, 2012 ; Fortin, 2012 ; Stallaerts et *al.,* 2012). À mesure que les préoccupations éducatives prennent en compte les déterminants de santé, les études se sont penchées sur les conceptions des enseignants en matière d'éducation à la santé (Jourdan et *al.,* 2002 ; Berger et *al.,* 2007 ; Pizon, 2018). Des recherches ont également identifié les obstacles entravant la pleine intégration de cette éducation dans les écoles (Cogérino et *al.,* 1988 ; Jourdan et *al.,* 2002).

Notre recherche s'inscrit dans cette démarche visant à mieux comprendre les conceptions des enseignants tunisiens en sciences de la vie et de la terre (SVT) sur l'éducation à la santé en milieu scolaire en collèges et lycées.

Le choix des enseignants des SVT pour notre étude est motivé par trois arguments principaux. Tout d'abord, les enseignants occupent une place centrale en tant qu'acteurs essentiels de l'éducation à la santé en milieu scolaire, comme l'a mis en évidence Deschamps (1998). Ensuite, les travaux d'Allensworth et Kolbe (1987) ainsi que de Gold (1994) montrent que l'efficacité des initiatives en éducation à la santé repose en grande partie sur les pratiques pédagogiques des enseignants, leurs représentations des enjeux de santé et leur perception de leur mission éducative. Enfin, que ce soit en Tunisie ou ailleurs, la discipline des SVT représente un cadre privilégié pour l'intégration de l'éducation à la santé, en raison de la spécificité de ses contenus, qui abordent directement des thématiques essentielles liées à la santé. Cette spécificité est renfor-

cée par les programmes d'enseignement, qui attribuent aux SVT un rôle stratégique explicite dans la transmission des connaissances en matière de santé (Alluin et Do, 2011).

2 Le contexte de la recherche

Depuis l'indépendance de la Tunisie, l'école a été reconnue comme un moteur essentiel du développement économique et social du pays (Miri et *al.,* 2022). D'emblée, elle a accordé une attention particulière à la santé, se positionnant comme un acteur central dans la promotion de celle-ci (Miri et *al.,* 2022). Dans cette perspective, l'éducation à la santé s'inscrit au cœur d'une politique nationale qui orchestre une collaboration synergique entre la sphère familiale, l'institution scolaire et les praticiens de la santé (Miri et *al.,* 2022). Cette conjoncture globale trouve sa manifestation dans l'introduction de l'éducation à la santé dans les programmes éducatifs officiels primaires et secondaires (Mouelhi, 2015) qui attribuent au système éducatif une série de missions ayant pour objectif d'améliorer la santé des élèves. Ces missions sont légalement encadrées par des textes officiels tels que le code de la protection de l'enfant de 1995 et la loi d'orientation relative à l'éducation et à l'enseignement scolaire de 2002 (Miri et *al.,* 2022). Cependant, malgré ces progrès, des obstacles socioculturels, économiques et identitaires persistent. Ces difficultés sont dues à un manque d'accompagnement dans les sphères familiales, éducatives et sociales (Ben Salah, 2017).

Notre étude s'engage dans une démarche visant à approfondir la compréhension des conceptions des enseignants tunisiens des sciences de la vie et de la terre dans le but de mieux identifier les obstacles à la mise en place de l'éducation à la santé dans les collèges et lycées tunisiens. Les recherches de Perez-Roux (2008) révèlent que ces conceptions évoluent au fur et à mesure de la formation, entraînant ainsi des changements significatifs dans les pratiques des enseignants. De plus, les travaux de Nekaa (2017) mettent en évidence l'impact de la formation, non seulement sur les conceptions des enseignants, mais aussi sur leurs pratiques professionnelles en éducation à la santé. Ces deux études montrent l'importance de la formation pour une évolution des pratiques enseignantes en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé.

3 Cadre théorique et conceptuel

3.1 L'éducation à la santé à l'école

L'éducation à la santé en milieu scolaire est une « forme scolaire non disciplinaire » (Lebeaume, 2007). Selon Jourdan (2009), elle ne dépend pas exclusivement des spécialistes de la santé, mais fait partie intégrante de la responsabilité quotidienne des adultes chargés de l'éducation des enfants. Chacun a un rôle spécifique à jouer : les professionnels de la santé et du social conseillent et collaborent dans le cadre de projets, tandis que les actions éducatives sont principalement portées par les parents et les enseignants. Les équipes de direction et de vie scolaire jouent un rôle clé dans l'analyse des besoins et la mise en place de projets qui englobent tous les aspects de la vie à l'école, en intégrant à la fois un volet pédagogique et une approche globale qui consiste à développer les compétences de l'élève dans trois principaux domaines (Jourdan, 2009 ; Stallaerts et *al.,* 2012).

- Connaître son corps, sa santé, les comportements et leurs effets : pôle plutôt centré sur l'apprentissage de connaissances ;
- Acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement : pôle plutôt centré sur l'apprentissage de capacités ;
- Développer ses compétences personnelles, sociales et civiques : plutôt centré sur le développement d'attitudes.

L'objectif est d'outiller les élèves pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre bien-être. Cela passe par le développement de l'estime de soi, la gestion du stress et des risques, et la responsabilisation envers leur propre santé (Stallaerts et *al.,* 2012).

On distingue deux paradigmes pédagogiques concurrents dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école :

- Une approche biomédicale linéaire : Elle repose sur l'idée fondamentale que les maladies sont intrinsèquement liées au fonctionnement du corps humain et sont considérées comme des perturbations de ce fonctionnement. Cette perspective met en avant la transmission de connaissances préalablement définies par des experts et l'application de méthodes d'enseignement inductives visant à communiquer ces connaissances (Wafo et Berger, 2012). De plus, elle insiste sur l'acquisition de comportements préventifs en matière de santé (Mouelhi, 2015). Dans cette approche, les connaissances reposent sur des bases scientifiques, épidémiologiques ou cliniques, établissant ainsi une relation causale entre les comportements individuels et les problèmes de santé (Arwidson et *al.,* 2001).

  Une approche écologique : Selon cette approche, l'éducation à la santé s'intéresse à la personne dans sa globalité et à ses interrelations avec son environnement (El Hage, 2012). En complémentarité avec l'approche biomédicale, cette forme d'éducation à la santé vise, le développement global de l'élève (Saab et El Hage, 2012 ; Fortin, 2012). Selon ces auteurs, ce développement repose, dans un premier temps, sur la construction des savoirs et des méthodes provenant de différents champs scientifiques, les sciences sociales et les sciences du comportement. Dans un second temps, sur l'intégration des connaissances et méthodes

construites dans des démarches interdisciplinaires, telle que la pédagogie de projet dont le but est de modéliser la complexité du réel, la construction des compétences de dimensions cognitives méthodologiques et psychosociales, et le transfert des acquis dans la vie quotidienne. Cette forme d'éducation à la santé nécessite l'ouverture de l'école à d'autres partenaires comme les parents (Hrairi et Berger, 2017) ; une ouverture qui implique et rapproche (Merini, 2012).

3.2 Les conceptions en santé (Pizon, 2018)

Les travaux de Pizon (2018) sur les conceptions en santé soulèvent la question récurrente : de ce qui guide l'action dans les situations rencontrées quotidiennement et qui concerne notre santé.

Pour répondre à cette interrogation, Pizon a conduit une analyse du concept de « représentation sociale », mettant en exergue ses limites, notamment son incapacité à prendre en compte la spécificité individuelle. Ce travail théorique peut se relier aux travaux de Clément (2010) dans le domaine de la didactique des sciences, à travers notamment la notion de « conception ». Une classification des connaissances en santé, différenciant les connaissances scientifiques ou théoriques, les connaissances pragmatiques et les connaissances du sens commun, a été mise en place et a conduit à une évolution conceptuelle majeure, déplaçant l'accent de la représentation sociale vers la conception.

Ainsi, les conceptions individuelles en matière de santé sont étroitement liées aux situations vécues de manière unique par chaque individu. En conséquence, ces conceptions tendent à être relativement stables chez un sujet donné, mais leur expression varie en fonction des connaissances scientifiques, des représentations sociales et de la diversité des situations pragmatiques auxquelles l'individu est confronté (Cardot, 2011).

La diversité des situations pragmatique permet d'envisager une approche visant à multiplier les contextes afin de recueillir une diversité de conceptions spécifiques dans le but d'accéder à une compréhension plus complète des conceptions en santé. Il convient de noter que ces conceptions sont interconnectées de manière systémique, où des liens se créent tout en pouvant se dissoudre en fonction des interactions entre les différentes composantes du système de conceptions.

Cette compréhension est nécessaire pour permettre de concevoir des dispositifs de formation dont la finalité sera de faire évoluer les conceptions des enseignants en matière d'éducation à la santé.

4 Méthodologie

La méthodologie adoptée repose sur une approche qualitative visant à analyser des entretiens semi-directifs menés auprès de 35 enseignants tunisiens provenant de six régions distinctes du pays : Mahdia, Sousse, Sfax, Sidi Bouzid, Kebili et Kasserine. Les entretiens ont été menés en face-à-face, en posant la question initiale « quelle est votre définition de l'éducation à la santé ? ».

Bien que les entretiens semi-directifs incluent habituellement plusieurs questions pour aborder divers aspects d'un sujet, nous avons fait le choix d'initier la collecte de données par une seule question ouverte. Cette approche vise à favoriser une réflexion approfondie des participants, sans influencer leurs réponses. La souplesse de ce dispositif permet d'ajouter des questions complémentaires en fonction des réponses recueillies, telles que : « Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par… ? », « Comment cette définition se reflète-t-elle dans vos pratiques professionnelles ? », ou « Pouvez-vous donner un exemple concret ? ». Ainsi, ce format flexible permet d'explorer de manière plus détaillée et contextualisée les perspectives des participants, en s'adaptant à l'évolution des échanges (Mayer *et al.*, 2000 ; Merriam *et al.*, 2002).

Afin de garantir une représentation fidèle des échanges, tous les entretiens ont été transcrits intégralement.

Pour procéder à l'analyse des données recueillies, le logiciel IRaMuTeQ (Version 0.7 alpha 2, 2020), reconnu pour ses capacités en statistiques textuelles, a été utilisé.

5 Analyse des entretiens

5.1 Description statistique des données textuelles dans le corpus

Le corpus englobe 35 textes, correspondant au nombre d'entretiens. Un total de 3596 occurrences (mots) a été répertorié, englobant 437 formes (initialement 525 formes répétées ; la lemmatisation a ramené ce chiffre à 437) et 172 hapax (mots uniques au sein du corpus). La moyenne des occurrences dans les entretiens s'est établie à 102.

5.2 Les formes actives dans le corpus

La forme active la plus utilisée est, pour ce corpus, le mot « santé » (130 fois), devant les mots « éducation » (72 fois), « élève » (64 fois), « risque » (57 fois), « svt » (47 fois), « facteur » (36 fois), « maladie » (36 fois), « enseignant » (31 fois), « connaissance » (30 fois) et « comportement » (28 fois).

La figure 1, qui illustre un nuage IRaMuTeQ, montre le poids relatif des mots.

5.3 Exploration visuelle des connexions sémantiques

Le graphique suivant (figure 2), représente les relations entre les mots du corpus par la taille des liens.

Selon la représentation graphique, il ressort que les enseignants conceptualisent l'éducation à la santé comme « un processus d'apprentissage visant à sensibiliser les élèves aux risques pour la santé, aux facteurs influençant la santé, ainsi qu'aux maladies. Cette démarche éducative est assurée par les enseignants des sciences de la vie et de la terre (SVT), qui fournissent aux élèves les connaissances nécessaires pour adopter des comportements sains ».

5.4 Résultats de la classification hiérarchique descendante des définitions de l'ES

La classification hiérarchique descendante (CHD) regroupe les segments textuels partageant des idées similaires en différentes classes. Un pourcentage total de 65.38 %

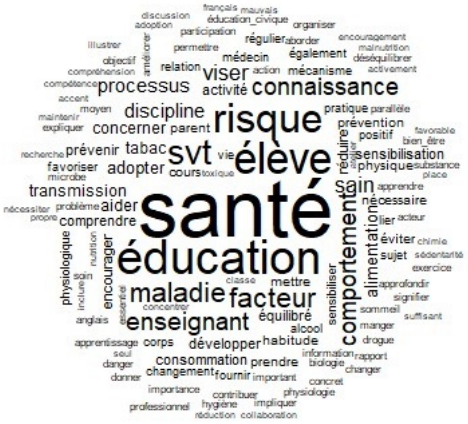


Fig. 1 : Nuage de mots



Fig. 2 : Visualisation des liens sémantiques (jusqu'à 7 cooccurrences)

des segments examinés a été soumis à une classification. Ce taux de classification dépassant le seuil minimal de 60 % témoigne de la qualité acceptable de l'analyse.

L'application de cette classification a donné lieu à la formation de cinq classes (figure 3). Dans chacune de ces classes, les formes les plus saillantes sont disposées suivant un ordre décroissant.

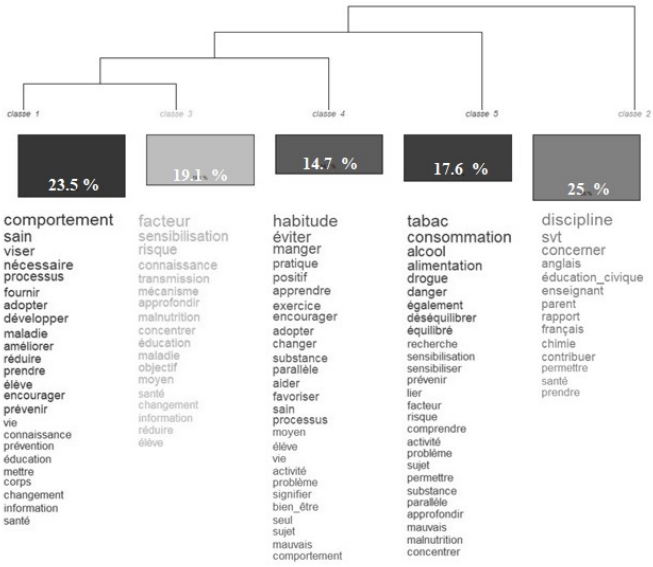


Fig. 3 : Dendrogramme des classes obtenues

Du dendrogramme se détachent deux branches initiales :

La première branche (classe 2), qui représente 25 % des segments classés, relève les disciplines qui sont concernées par l'éducation à la santé.

Le tableau 1 montre les mots qui présentent la corrélation chi2 la plus élevée avec cette classe. Cette corrélation est statistiquement significative, comme l'indique la valeur p inférieure à 0,0001. Cela signifie que l'association entre ces mots et cette classe n'est pas due au hasard.

	Mots	chi2	p
Classe 2	Discipline	52.89	< 0,0001
	SVT	45.71	
	Concerner	35.17	
	Anglais	16.19	

FIG. 4 : Les mots présentant la corrélation chi2 la plus élevée avec la classe 2

La deuxième branche relie les classes (1, 3, 4 et 5), avec des pourcentages respectifs de segments classés de 23.5 %, 19.1 %, 14.7 % et 17.6 %.

Le tableau 2 expose les mots les plus fortement associés aux classes 1, 3, 4 et 5, selon le coefficient de corrélation chi2. Cette association est statistiquement significative, comme en témoigne la valeur p très faible ($p < 0,0001$).

Classes	Mots	chi2	p
1	Comportement	29.53	< 0,0001
	Sain	23.78	
	Viser	17.31	
3	Facteur	24.56	< 0,0001
	Sensibilisation	16.82	
	Risque	16.07	
4	Habitude	38.17	< 0,0001
	Eviter	31.37	
	Manger	24.65	
5	Tabac	54.71	< 0,0001
	Consommation	48.41	
	Alcool	36.42	
	Alimentation	24.88	
	Drogue	19.83	

FIG. 5 : La corrélation la plus élevée pour les classes (1, 3, 4 et 5)

Du dendrogramme des classes, on peut déduire que les enseignants suggèrent que « l'éducation à la santé est un processus qui vise à faire adopter par les élèves les comportements sains (classe 1), à transmettre des connaissances pour les sensibiliser aux facteurs de risque (classe 3) et aux dangers liés à la consommation du tabac, de l'alcool, des drogues et à une alimentation déséquilibrée (classe 5) ainsi qu'à éviter les mauvaises habitudes (classe 4). Elle est principalement dispensée dans la discipline SVT, mais elle peut également être abordée dans d'autres disciplines, telles que l'anglais (classe 2) ».

5.5 L'analyse factorielle des correspondances des définitions de l'ES

Nous avons ensuite opté pour la mise en œuvre d'une analyse factorielle des correspondances (AFC). Les résultats obtenus sont consignés dans la figure 4.

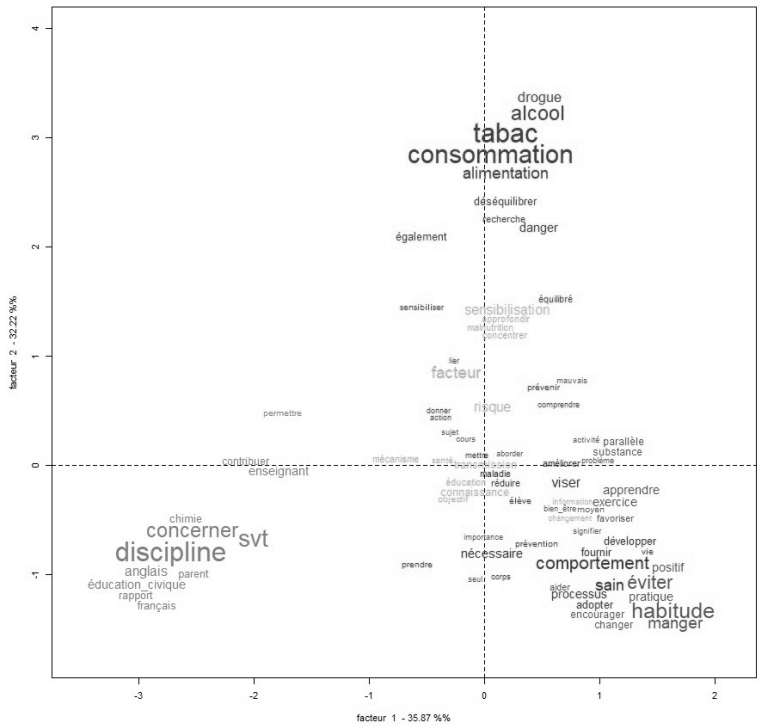


Fig. 6 : AFC représentant les formes actives des classes 1, 2, 3, 4 et 5

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) appliquée aux définitions de l'éducation à la santé offre une perspective sur la structuration des données en identifiant deux facteurs majeurs, chacun contribuant significativement à la compréhension des relations au sein des cinq classes définies dans le corpus.

Le premier facteur, qui représente 35.87 % de la variance, se manifeste par une dichotomie entre les classes 3 et 5, caractérisées par des valeurs positives à la fois en abscisse et en ordonnée, et les classes 1 et 4, associées à une abscisse positive mais à une ordonnée négative. Il sépare également la classe 2, qui se situe dans le quadrant négatif tant en abscisse qu'en ordonnée.

Le deuxième facteur, expliquant 32.22 % de la variance, oppose la classe 2 aux classes 1 et 4 d'une part, et aux classes 3 et 5 d'autre part. Cette opposition renforce la différenciation entre la classe 2 et les autres.

Cette distinction suggère une opposition entre trois pôles dans le système de conception des enseignants tunisiens de SVT sur l'éducation à la santé.

Le premier est constitué par la classe 1 et la classe 4. La classe 1 regroupe les conceptions autour de l'adoption de comportements favorables à la santé, tandis que la classe

4 met l'accent sur la prévention des habitudes « néfastes ». Ensemble, elles s'articulent autour de la dimension préventive de l'éducation à la santé, mettant en lumière une approche axée sur la promotion de comportements « sains » et la prévention proactive des habitudes « nuisibles », évoquant ainsi un contexte où la peur peut jouer un rôle moteur.

Le second pôle est formé par la classe 3 et la classe 5. La classe 3 est centrée sur la transmission de connaissances pour sensibiliser aux facteurs de risques, et la classe 5, investiguant les risques liés à la consommation de substances toxiques et à une alimentation déséquilibrée, les deux mettent en exergue une emphase particulière sur les produits, les risques, et l'acquisition de connaissances liées à ces dangers.

En fin, la classe 2, située de manière distinctive dans le quadrant négatif, met en évidence l'importance prédominante de l'éducation à la santé dans le domaine des sciences de la vie et de la terre, avec une ouverture à une approche interdisciplinaire. Cette classe suggère clairement que l'éducation à la santé dépasse les frontières disciplinaires, englobant divers domaines tels que les SVT, l'anglais, l'éducation civique, la chimie et le français. De plus, elle souligne la nécessité d'une collaboration avec les parents, mettant ainsi en lumière l'importance de la participation parentale dans le processus éducatif.

En résumé, l'analyse factorielle des syllabus des enseignants de SVT sur l'éducation à la santé a mis en évidence trois ensembles de conceptions distinctes :

- Un premier ensemble qui met l'accent sur les avantages des comportements « sains » et la prévention des habitudes « néfastes », visant ainsi à susciter une volonté de changement en mobilisant la peur comme vecteur de motivation avec une dimension injonctive.
- Un second ensemble mettant l'accent sur les produits, leurs dangers et l'acquisition de connaissances associées à ces risques avec une dimension informative et responsabilisante.
- Un troisième ensemble soulignant l'implication de différentes disciplines dans l'éducation à la santé, illustrant une approche interdisciplinaire et didactique dans une perspective participative qui vise l'implication et la participation.

6 Discussion

Nous retrouvons dans cette étude les trois grandes catégories de conceptions retenues par l'OMS dans son ouvrage permettant de construire de projets en éducation à la santé (Gueguen et *al.,* 2010).

Les systèmes de conceptions des ensembles 1 et 2 émergent principalement du domaine de la santé publique. Ces derniers trouvent difficilement leur place dans le domaine éducatif, car elles se concentrent sur l'identification des problématiques de santé publique sans prendre en compte la spécificité du rôle de l'école, comme le souligne Bizzoni-Prévieux (2011).

L'ensemble 1 de conceptions pose question en raison de sa tendance à simplifier la complexité inhérente au comportement humain. Brixi et Lamour (2007) soulignent

que, selon les études en sciences humaines, en particulier en psychosociologie, la compréhension du comportement humain va au-delà d'une simple manifestation ou d'une réaction à des injonctions normatives. Les comportements humains résultent d'une construction complexe ancrée dans des contextes personnels, familiaux, sociaux, culturels, religieux, économiques, géographiques et psychoaffectifs. Cette dimension injonctive qui y est liée s'avère très peu efficace notamment sur les questions vives (Pizon et *al.,* 2010) dont les incidences se heurtent parfois fortement au contexte culturel local.

Quant au système de conceptions de l'ensemble 2, fondé sur des approches informatives et responsabilisantes qui recherchent la prise de conscience par les individus et essentiellement basée sur la peur, est jugé problématique par Jourdan (2007). Selon lui, une approche impliquant l'identification des problèmes de santé publique majeurs, tels que le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les accidents, les risques cardiovasculaires, le cancer, l'obésité, le sida, etc., avec l'élaboration d'un programme tout au long de la scolarité, ne peut pas servir de base à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Il appuie sa conclusion sur un consensus dans la littérature internationale, indiquant que les programmes thématiques, notamment dans la prévention des addictions, manquent de pertinence, tandis que les interventions multifactorielles et globales sont considérées comme les plus efficaces.

De nos jours, l'éducation à la santé est plus communément envisagée comme un processus collaboratif, créant avec les individus et les groupes les conditions propices au développement de leurs compétences, valorisant leur autonomie et leur responsabilité en vue de promouvoir la santé. L'approche participative vise l'implication, la participation des personnes et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.

Ces systèmes de conceptions sur l'éducation à la santé s'avèrent similaire à ceux décrits dans les travaux de Hrairi (2007, 2013) et Hrairi et Berger (2017) auprès des enseignants tunisiens des écoles primaires. Des constats similaires ont été faits à l'échelle internationale par Azorin (2010) et Nègre-Bras (2010). Souvent, l'éducation à la santé se caractérise par son aspect injonctif informatif et responsabilisant, avec une prédominance du modèle biomédical de la prévention. L'approche éducative de la santé, visant des attitudes actives et positives plus globales et la promotion de la santé par l'amélioration de soi et du contexte social et environnemental, reste limitée.

Ainsi, sur le plan didactique, afin de garantir la qualité de l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire tunisien, il parait essentiel de s'investir dans une réflexion approfondie sur la construction non seulement d'un ensemble de connaissances, de programmes cohérents et dans la promotion du développement de comportements favorables à la santé, mais aussi dans la conception de dispositifs d'enseignement complexes promouvant une approche globale et éducative des questions de santé en milieu scolaire dans une démarche qui repose sur la valorisation de l'élève en tant que sujet (Lange et Victor, 2006) et vise à faciliter l'émergence du sujet apprenant tout en offrant à l'élève la possibilité de s'engager activement vis-à-vis des savoirs qui lui sont transmis et en questionnant ses attitudes et ses comportements (Berger et Bernard, 2012).

En d'autres termes, l'éducation à la santé devrait englober non seulement la transmission de connaissances que l'élève acquiert sur lui-même telles que la connaissance de soi, de son corps, de sa santé, des comportements à risque, etc., mais également le développement de ses compétences cognitives et motrices (ses aptitudes), ainsi que la construction de son savoir-être envers lui-même et envers les autres (ses attitudes) (Berger et *al.,* 2009 ; Guiet-Silvain, 2012 ; Loizon et Gruet, 2011).

Pour atteindre ces objectifs, un dispositif de formation ciblé est essentiel pour les enseignants tunisiens en matière d'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette formation devrait être conçue dans une perspective globale, dépassant la simple transmission linéaire des savoirs, et pourrait s'articuler autour de trois phases complémentaires (Cardot et Berger, 2012).

La première phase, dite projective, offrirait aux participants l'opportunité d'exprimer et de partager leurs conceptions et pratiques en éducation à la santé. La deuxième phase, qualifiée d'analytique, mettrait l'accent sur des activités pratiques et réflexives visant à approfondir les notions de santé, de promotion de la santé, d'éducation à la santé, ainsi que les déterminants de la santé. Dans ce cadre, le formateur pourrait fournir aux enseignants des ressources clés telles que les textes législatifs relatifs à l'éducation et à l'enseignement scolaire, les chartes et déclarations de l'OMS, ainsi qu'un panorama des études explorant les conceptions et pratiques des enseignants en éducation à la santé aux niveaux national et international.

Enfin, la troisième phase, appelée phase d'appropriation, viserait à faire évoluer les conceptions et pratiques des enseignants en s'appuyant sur les connaissances nouvellement acquises. Grâce à l'analyse des documents fournis et aux débats engagés, les enseignants seraient encouragés à prendre du recul sur leurs pratiques initiales, afin d'intégrer l'éducation à la santé comme une composante centrale de leur identité professionnelle et de transformer leurs approches pédagogiques en conséquence.

Pour garantir l'efficacité de ce dispositif, il est crucial d'intégrer des mécanismes d'évaluation avant, pendant et après la formation, à la fois à court et à long terme. Cela pourrait inclure l'évaluation des conceptions et pratiques initiales des enseignants, des observations en classe et en dehors de celle-ci pour suivre les changements dans leurs pratiques enseignantes, ainsi que des retours réguliers des participants afin d'ajuster la formation à leurs besoins spécifiques et aux réalités du terrain.

L'objectif de cette formation est de permettre aux enseignants de devenir des facilitateurs d'une éducation holistique, qui dépasse la simple transmission de savoirs pour inclure le développement du bien-être global des élèves. En intégrant des compétences sociales et psychosociales telles que la gestion des émotions, la communication interpersonnelle et la prise de décision, les enseignants joueront un rôle clé dans la formation de jeunes capables de s'adapter à des environnements complexes et de relever les défis de la vie quotidienne.

7 Conclusion

Les résultats de cette étude ont montré que les conceptions des enseignants tunisiens de SVT s'articulent autour de trois grands ensembles de conceptions en matière

d'éducation à la santé. Certains mettent en avant l'implication de diverses disciplines dans ce domaine, illustrant ainsi une approche interdisciplinaire ouverte. D'autres accordent une importance particulière aux comportements favorables à la santé et à la prévention des habitudes préjudiciables dans une visée normative et injonctive et une troisième catégorie insiste sur les produits, leurs risques, et l'acquisition de connaissances associées à ces dangers.

Ces dernières, largement influencées par le modèle biomédical, se caractérisent par une approche informative et notionnelle visant la prévention et le développement de comportement favorables à la santé.

L'approche actuelle de l'éducation à la santé en Tunisie s'appuie sur les systèmes de conceptions des enseignants qui présentent des lacunes dans la promotion du développement des compétences psychosociales des élèves, entravant fortement la contribution à la promotion de la santé au sein des établissements scolaires.

Pour répondre aux objectifs des textes officiels tunisiens sur l'éducation et l'enseignement scolaire, ainsi qu'aux directives de l'OMS (1998, 2020, 2021), il s'avère indispensable de mettre en place un dispositif de formation spécifique qui doit jouer un rôle clé dans l'évolution des conceptions des enseignants en matière d'éducation à la santé, influençant ainsi leurs pratiques enseignantes.

L'objectif principal est de faire évoluer les conceptions et les pratiques des enseignants tunisiens en matière d'éducation à la santé. Il s'agit de passer d'une approche centrée sur des aspects biomédicaux et prescriptifs à une approche plus globale intégrant les dimensions psychosociales, comportementales et environnementales dans l'ensemble du processus éducatif. Cette transformation englobe la reconnaissance de la complexité inhérente à l'éducation à la santé, dépassant ainsi la simple transmission d'informations médicales, afin d'intégrer des aspects tels que le développement des compétences psychosociales des élèves, la promotion du bien-être global et l'autonomisation des apprenants à prendre des décisions éclairées.

Cependant, cette formation ne devrait pas se limiter à un module disciplinaire orienté vers la sensibilisation des enseignants à l'importance de l'éducation à la santé. Au contraire, elle devrait être conceptualisée en tant que module transversal et interdisciplinaire, tenant compte de la complexité inhérente à cette forme d'éducation (Arboix et Caussidier, 2010).

Pour appuyer cet ensemble de propositions, il convient maintenant d'approfondir notre réflexion par des recherches sur les pratiques effectives à travers des observations en classe afin de disposer d'un ensemble de données permettant d'assoir les formations et d'en évaluer ensuite l'impact sur les pratiques.

Références bibliographiques

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

Alluin, F., & Do, C.-L. (2011). L'éducation à la santé dans les établissements du second degré (2008-2009). Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative. Paris, France.

Arboix-Calas F., et Caussidier C. (2010). *Former à l'éducation pour la santé dans la pensée complexe : un atout dans la formation des enseignants ?* Dans Dominique, B.et Simar, C. (Eds.), *Éducation à la santé dans et hors l'École : recherches et formations.* UNIRéS, Actes du 3e colloque national 2010. Edition : MGEN.

Arwidson, P., Bury, J. A., Choquet, M., de Peretti, C., Deccache, A…. (2001). Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. *Rapport de recherche,* Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (163), 1-247.

Azorin, J.C., Sancho-Garnier, H., Pereira, B., Mollevi, C., et Nègre-Bras, H. (2010). *« Un chou n'est pas un chou » éducation nutritionnelle en milieu scolaire. Evaluation d'Essais d'intervention.* Dans Berger, D. (Ed.), *Éducation à la santé : Enjeux et dispositifs à l'école* (231-246). Editions universitaires du sud.

Ben Salah, F. (2017). Revue des programmes nationaux de santé ciblant les adolescents et les jeunes. MS – UNFPA, Tunisie.

Berger, D., Riffaud, A., et Jourdan, D. (2007, Aout). *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires… Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé.* [Communication]. Congrès international AREF. Strasbourg, France. [En ligne] : https://core.ac.uk/download/pdf/49281257.pdf

Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., et Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires… Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia* (34), 35-66.

Berger, D., et Bernard, S. (2012). Quelle(s) formation(s) en éducation à la santé ? UNIRéS, Education à la santé dans et hors de l'école, Recherches et formation, *Education et Santé*, 45-62.

Bizzoni-Prévieux, C. (2011). *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire : analyse comparée entre le Québec et la France.* [Thèse de doctorat, Université du Québec a Montréal En association avec université Blaise Pascal (Clermont-Ferrand)]. [En ligne] : https://archipel.uqam.ca/3957/1/D2125.pdf

Brixi, O., et Lamour, P. (2007). *Éducation pour la santé : Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives. Éducation pour la santé en France : Les grands enjeux de la santé publique.* Dans F. Bourdillon, G. Brücker, et D. Tabuteau (Eds.), *Traité de santé publique* (2e éd., p. 3-705). Lavoisier.

Cardot, J-P. (2011), *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé, analyse des représentations et identité professionnelle* [Thèse de doctorat, Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II]. [En ligne] : https://theses.hal.science/tel-00751865/document

Cardot, J. P., & Berger, D. (2012). Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : De leurs conceptions à leur identité professionnelle. Santé Publique, 25(26), 737-746.

Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Skholê : cahiers de la recherche et du développement, 16,* 55-70. https://hal.science/hal-01024972/document

Cogérino, G., Marzin, P., et Méchin N. (1988). Prévention santé : pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation,* (28), 9-28.

Darlington, E., et Masson, J. (2020). Promotion de la santé et réussite scolaire. Paris : Dunod.

Deschamps, J-P. (1998). Recherche et formation pour les professionnels de l'éducation, n° 28, INRP, Paris.

El Hage, F. (2012). *L'éducation à la santé entre simplification et complexité : Recherche, Formation et Intervention éducative.* Dans Berger, D. & al. *Éducation à la santé et complexité ; recherches formations et pratiques.* UNIRéS, Actes du 4e colloque international. Edition : MGEN.

Fortin, J. (2012), Devenir compétent en santé, *Cahiers Pédagogiques, Hors-série numérique,* (24), 9-11.

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

Gueguen, J., Fauvel, G., Luhmann, N., *et al.* (2010). Éducation pour la santé : Guide pratique pour les projets de santé. *Médecins du Monde*, 3-107.

Guiet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S., Simar, C., Pizon, F., et Berger, D. (2011). Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation, 32*(2), 105-127. https://doi.org/10.3917/cdle.032.0105

Guiet-Silvain, J. (2012). L'éducation à la santé à l'école aujourd'hui : quelle évolution ?. *Spirale. Revue de recherches en éducation,* (50), 153-166.

Hrairi, S. (2007). Comment les enseignants tunisiens du primaire conçoivent-ils la santé : une étude qualitative auprès d'instituteurs. *Éducation Santé,* (226), 7-9.

Hrairi, S. (2013). Éducation à la santé : pratiques et représentations des enseignants tunisiens. *MeTis, Mondi educativi. Temi indagini suggestioni.* http://www.metisjournal.it/metis/mesce-2012.html

Hrairi, S., et Berger, D. (2017). L'éducation nutritionnelle dans l'école tunisienne : analyse des pratiques déclarées par les enseignants du primaire. *Questions vives, recherches en éducation* (27). https://doi.org/10.4000/questionsvives.2126

Jourdan, D. (2007). L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables. *Les Tribunes de la santé, 16*, 53-59. https://doi.org/10.3917/seve.016.0053

Jourdan, D. (2009). Du travail en classe à la vie collective dans l'établissement : éduquer à la santé aujourd'hui. *Formation et profession. Bulletin du CRIFPE*, *16* (2), 24-28.

Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 14, 403-423. https://doi.org/10.3917/spub.024.0403

Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffe, S., Cornu, C., Diagne, F., El Hage, F., Farmer, M. Y., Slade, S., Marmot, M., et Sawyer, S. M. (2021). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The Lancet. Child & adolescent health, 5*(4), 295–303. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30316-3

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

Lebeaume, J. (2007, 23 mars). *Éducation à … et formes scolaires* [Communication présentée au colloque]. « En quoi la réussite des élèves est-elle en relation avec la question de la santé à l'école ! ». IUFM de Versailles, France.

Loi d'orientation n° 2002-80 (2002). Journal Officiel de la République Tunisienne – 30 Juillet 2002 (62), 1735-1740

Loizon, D. et Gruet, M. (2011). L'enseignement de l'éducation à la santé en écoles élémentaires par des intervenants en EPS. *Carrefours de l'éducation, 32*(2), 65-79.

Nekaa, M. (2017). *Les infirmières de l'éducation nationale en France : Rôle dans l'éducation et la promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations.* [Thèse de doctorat, Université de Lyon, en ligne] : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01768261

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (2000). Méthodes de recherche en intervention sociale. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.

Merriam, S. B. (2000). Qualitative Research : A guide to Design and Implementation. USA, CA : Jossey-Bass Publishers.

Mérini, C. (2012). Trois obstacles au développement du partenariat. *Cahiers pédagogiques* (24), 21-23. http://www.cahiers-pedagogiques.com/Trois-obstacles-au-developpement-du-partenariat

Miri, I., Chebbi, H., Ben Salah, F. Z., et Dziri, C. (2022). Enjeux de santé dans l'école tunisienne. *Revue internationale d'éducation de Sèvres* (89), 139-148.

Mouelhi, L. (2015). L'éducation à la santé dans les manuels tunisiens récents de Sciences de la vie et de la terre. *Review of Science, Mathematics and ICT Education, 9*(2), 79-97.

Nègre-Bras, M.H. (2010). *De l'information nutritionnelle à l'éducation alimentaire.* Dans Berger, D. (Ed.), *Éducation à la santé : Enjeux et dispositifs à l'école* (247-261). Editions universitaires du sud.

OMS. (1998).WHO's Global School Health Initiative : health-promoting schools. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2016/1998-GlobalSchoolHealthInitiative.pdf

OMS. (2020). Local Action Creating Health Promoting Schools. https://www.who.int/publications/i/item/local-action-creating-health-promoting-schools

OMS. (2021). Making every school a health-promoting school : Implementation guidance. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073

Perez-Roux, T. (2008). Évolution des représentations et des pratiques dans la formation initiale des enseignants : éléments de construction d'une identité professionnelle à l'échelle du temps. Education & Formation, e287. https://hal.science/hal-01716172/document

Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., et Berger, D. (2010). Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. *Travail et formation en éducation* (6). http://journals.openedition.org/tfe/1327

Pizon, F. (2018). *Éducation à la santé et prévention (vol. 3)*. London : ISTE.

Programme des programmes (2002). Tunis, Ministère de l'éducation et de la formation, Direction générale des programmes et de la formation continue.

Saab, O., et El Hage, F. (2012). *D'une approche linéaire à une approche écologique en éducation à la santé : étude de manuels scolaires libanais.* Dans Berger, D. & al. *Éducation à la santé et complexité ; recherches formations et pratiques*. UNIRéS, Actes du 4e colloque international. Edition : MGEN.

Stallaerts, M., Aubry, B., et Berger, D. (2012), L'éducation à la santé une dimension de l'éducation à la citoyenneté, *Cahiers pédagogiques, Hors-série numérique* (24), 18-19.

Wafo, F., et Berger, D. (2012). *Modèle théorique d'intervention en éducation à la sexualité : une approche globale.* Dans Berger, D. & al. *Éducation à la santé et complexité ; recherches formations et pratiques*. UNIRéS, Actes du 4e colloque international. Edition : MGEN.