

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE 1

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES
ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE 1

POST GRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR THE EDUCATIVE
ENGINEERING AND EDUCATION
SCIENCES

**EDUCATION A LA SANTE DANS L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE AU CAMEROUN : ANALYSE DES PRATIQUES
PEDAGOGIQUES. CAS DU LYCEE D'AHALA DANS
L'ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE III**

Mémoire Master en Sciences de l'Éducation soutenu le 24 Septembre 2024

Option : Sociologie et Anthropologie de l'Education

Par

ETOUNDI ATANGANA Siméon Hervé Vicky

Licencié en Sociologie

Matricule : 20V3668

Membres du jury



Qualités	Noms et grade	Universités
Président	BELA CYRILLE BIENVENU (Pr)	UYI
Rapporteur	AWONDO AWONDO SIMON PATRICK (CC)	UYI
Examineur	BIOLO Joseph Thierry Dimitri, CC	UYI

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de son utilisation.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
RESUME	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I: PROBLEMATIQUE	4
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE ET CADRE THEORIQUE	11
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	49
CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	65
CONCLUSION GENERALE	96
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	99
ANNEXES	109
TABLE DES MATIERES	126

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans cette belle aventure qui est le mémoire.

Tout d'abord je tiens à remercier mon Directeur de Mémoire Simon Patrick AWONDO AWONDO, chargé de cours. Merci d'avoir cru dès le début à ce projet. Par vos critiques, vos corrections, vos précisions, votre rigueur scientifique qui ont permis à ce travail de voir le jour. Ma profonde gratitude pour votre soutien moral, vos encouragements incessants, votre disponibilité et votre encadrement.

Au Chef de Département des Enseignements Fondamentaux en Education le Professeur Pierre Suzanne EYENGA, Maître de Conférences pour ses nombreuses communications administratives et son accompagnement.

A tout le personnel enseignant et non enseignants du Département des Enseignements Fondamentaux en Education qui nous ont accueilli durant l'année académique 2020-2021 il s'agit du Docteur Valèse MAPTO, Docteur PASKER APONGDE, Docteur AKA'A Raphael.

Merci pour vos encouragements, votre soutien psychologique, vos remarques constructives sur notre sujet de mémoire.

Au Proviseur du Lycée d'Ahala qui m'a accueilli et m'a autorisé à mener cette étude au sein de son établissement.

A tous les enquêtés(es) avec lesquels(les) nous avons travaillé et qui nous ont permis d'avoir les données.

A ma fiancée, JIOLOH Marie-Josiane pour son soutien psychologique, ses encouragements, ses conseils et sa patience.

A mes frères et sœurs pour leur soutien multiforme.

Une profonde gratitude à mes camarades de promotion 2020-2021 pour le sens critique qu'ils ont apporté à ce travail et leur collaboration.

A mes amis du cercle LAMBI pour leur encouragement et leur soutien scientifique.

Au Président de ALDDIMIR Stéphane GUIMGO SANNA et à toute son équipe pour leur soutien financier et matériel.

A mon amie Emeline pour la mise en forme de ce travail.

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACA	Agent contractuel d'administration
APC	Approche par les compétences
CONFEMEN	Conférence des ministres de l'éducation des Etats et gouvernements de la Francophonie
E	Elève
ECM	Education à la citoyenneté et à la morale
EPS	Education physique et sportive
ES	Education à la santé
ESG	Enseignement secondaire général
FAO	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
LA	Lycée d'Ahala
LNC	Langues nationales camerounaises
MINESEC	Ministère des enseignements secondaires
ODD	Objectifs du développement durable
OIHP	Office internationale d'hygiène publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/ SIDA
PCT	Physique chimie technologie
PEV	Programme élargie de vaccination
PR	Professeur
SND30	Stratégie nationale de développement-Cameroun 2030
SS	Service social
SVTEEHB	Sciences de la vie de la terre éducation à l'environnement à l'hygiène et à la biodiversité
UNESCO	Union des nations unies pour l'éducation la science et la culture
UNFPA	Fond des nations unies pour les activités en matière de population
UNICEF	Fond des nations unies pour l'enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités et indicateurs.	52
Tableau 2 : la première partie de la grille (C-0 à C-8)	55
Tableau 3 : Répartition du personnel administratif	57
Tableau 4: Répartition du personnel enseignant	58
Tableau 5 : Répartition des élèves par cycle, niveau, sexe, redoublant ou non	58
Tableau 6 : grille d'analyse des données.....	64
Tableau 7: Répartition du personnel enseignant et non enseignant participant de l'étude	65
Tableau 8: Répartition des participants élèves de l'étude	66

RESUME

L'éducation à la santé en milieu scolaire est une réponse à la prolifération des maladies et à certains comportements à risque des enfants et des adolescents. Les modèles en éducation à la santé ont évolué avec le développement des grandes problématiques développées en santé publique. Les organisations internationales (OMS, UNESCO, FAO, UNICEF) s'accordent sur le paradigme de la promotion à la santé avec une mise en évidence de la dimension globale de la santé. De ce fait, la santé ne se perçoit plus seulement comme un ensemble de connaissances scientifiques à transmettre ou encore la prévention sur les maladies, non plus seulement comme un Etat de bien-être mais comme un moyen de bien-être. L'éducation à la santé en milieu scolaire au Cameroun a évolué dans le sens prescrit par les organisations internationales en charge de la santé, des programmes sont ainsi consignés dans les manuels scolaires. Notre mémoire est consacré à l'analyse des pratiques pédagogiques en éducation à la santé. Dans cette étude nous explorons les pratiques pédagogiques du personnel éducatif du Lycée d'Ahala dans la ville de Yaoundé dans une perspective globale de promotion de la santé. Cette exploration des pratiques professionnelles est motivée par le fait qu'il existe un déséquilibre entre les programmes scolaires en éducation à la santé et les comportements des élèves au sein des établissements scolaires. Elle repose à la fois sur une approche qualitative dont l'outil de recherche est le guide d'entretien, et sur une analyse de contenu des manuels scolaires avec pour instrument de recherche la grille d'analyse partielle élaboré dans le projet Européen Biohead-Citizen. La grille d'analyse partielle est une grille qui permet d'analyser le contenu des manuels scolaires. Cette recherche montre que les contenus en éducation à la santé restent dominés par les thématiques biomédicales ou organiques, le style pédagogique est majoritairement informatif et persuasif par conséquent, insuffisant et peu efficace à rendre les élèves à répondre aux besoins d santé des élèves. Toutefois, les participants s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de dépasser le simple cadre de la transmission des connaissances scientifiques en ES. Mais de procéder par un style pédagogique participatif afin de permettre à toute la communauté éducative de participer de façon convaincante à la santé des élèves. Cette approche participative se veut plus globale, plus éducative et plus multifactorielle. Elle permettra d'avoir les réponses plus efficaces aux besoins de santé des élèves en milieu scolaire et les rendra davantage responsables de leur santé.

Mots clés : Education à la santé, enseignement secondaire, pratiques pédagogiques.

ABSTRACT

Health education in schools is an answer to the proliferation of diseases and some human behavior and child care behaviors. Model educations in patients have evolved with the development of major issues of public health. International organizations (WHO, UNESCO, FAO, UNICEF) agree on the paradigm of health promotion with a highlighting of the overall health dimension. As a result, health is no longer perceived as a set of scientific knowledge to transmit or prevent diseases, not only as a state of well-being but as a means of well-being. Education in school in Cameroon has evolved in the sense prescribed by international organizations in charge of health, programs are recorded in textbooks. Our brief is devoted to the analysis of health education practices. In this study, we explore the professional practices of Ahala High School Educational staff in a global or educational perspective in health education. This exploration of professional practices is motivated by the fact that there is an imbalance between school curriculum in health and student behaviors in schools. It is based on a qualitative approach whose search tool is the maintenance guide, and on a content text analysis analysis with for the instrument of research the partial analysis grid developed in the European Biohead-Citizen project. This research shows us that the health education content remains sooted on biomedical themes, the teaching style is mostly informative and persuasive, therefore, insufficient and unreported to make students responsible for their health. However, participants agree that it is necessary to exceed the simple framework for the transmission of scientific knowledge in Health education. But to carry out a participatory educational style in order to allow the entire educational community to compete convincingly with the health of students. This participatory approach is more global, more educational and more multifactorial. It will allow the more effective responses to the health needs of students in schools. And make them more responsible for their health.

Key words: health education, secondary education, educational practices.

INTRODUCTION GENERALE

En 1948, on assiste à Paris en France à la déclaration des droits de l'homme par les 58 Etats membres que comptait l'Organisation des Nations Unies à cette époque. Parmi ces droits de l'homme, on retrouve des droits fondamentaux et inaliénables que sont entre autres l'éducation et la santé. C'est dire donc qu'éducation et santé sont des principes incontournables des droits humains. Les agences onusiennes (UNESCO, OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, etc.) ainsi que les gouvernements, attachent une grande importance à ces deux principes. L'éducation et la santé font partie des facteurs fondamentaux de développement de tous les pays du monde. En 2015, l'ONU lance les ODD qui, sont le programme de développement durable à l'horizon 2030. C'est un engagement intergouvernemental et un plan « d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité ». Parmi les dix-sept (17) objectifs que comptent les ODD, l'éducation et la santé occupe une place centrale. Selon le Réseau Francophone International Pour la Promotion de la Santé (REFIPS) l'approche écosystémique de la santé humaine place l'être humain au centre des préoccupations. Elle s'inscrit dans une démarche de développement durable. Elle favorise des actions positives sur l'environnement qui augmentent le bien-être et améliorent la santé des communautés. En juillet 2023 l'OMS définissait une approche plus globale et durable de la santé humaine et planétaire. Elle souligne qu'à l'approche de l'échéance de 2030 fixées par les ODD un nouveau cadre de référence de santé doit être posé. Il permet aux gouvernements d'intégrer des populations dans les politiques de santé, de mettre en place une perspective plus globale du bien-être, et appelle à un nouveau contrat social qui établit un juste équilibre entre les considérations sociales et économiques au centre de la prise de décisions politiques. Les ODD à l'horizon 2030 soulignent clairement qu'un programme de développement ne peut se construire sans ces deux principes. Au Cameroun, la Stratégie Nationale de Développement 2030 (SND30) est un cadre de référence de la politique de développement mise en place pour la décennie, 2020-2030. Ce cadre de référence s'articule autour des engagements internes et internationaux du pays sur tous les plans. Parmi les axes prioritaires de cette SND30, l'éducation et la santé sont des points importants.

L'éducation et la santé occupe ainsi une place prépondérante sur le plan international et interne pour le développement économique et social. Toutefois, éducation et santé sont des notions qui ne peuvent se comprendre de manière séparée dans ce sens qu'elles restent

étroitement liées l'une à l'autre. L'une ne peut se comprendre sans l'autre. (UNESCO, 2023)

Les enfants et les jeunes qui reçoivent une éducation de qualité ont plus de chance d'être en bonne santé, et ceux qui sont en bonne santé sont mieux à apprendre. Selon les statistiques de l'UNESCO, deux cent quarante-six (246) millions d'apprenants sont victimes chaque année de violence à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, et soixante-treize (73) millions d'enfants vivent dans l'extrême pauvreté, l'insécurité alimentaire et la faim. Les complications liées à la grossesse sont la principale cause de décès des filles âgées de 15 à 19 ans, et la pandémie de Covid-19 a été un puissant révélateur des besoins insatisfaits des apprenants et de leur santé mentale. Nous comprenons ici que l'UNESCO ne se préoccupe pas que de la santé physique mais aussi de la santé globale. Il existe en effet un lien clair entre l'éducation, la santé mieux encore le bien-être. Ainsi, l'éducation développe les compétences, les valeurs et les attitudes qui permettent aux apprenants d'avoir une vie saine et épanouie. Elle permet à l'enfant de prendre des décisions éclairées et d'entretenir des relations positives avec tous ceux qui l'entoure. Une mauvaise santé peut avoir un effet négatif sur l'assiduité à l'école et sur les acquis scolaires (UNESCO, 2023). Ainsi, les statistiques de l'UNESCO, ont démontré que la mortalité infantile serait réduite de deux tiers sauvant 98 000 vies, si toutes les filles achevaient leur étude primaire. Selon le Programme National Santé Hygiène et Nutrition en Milieu Scolaire (PDSEB) 2016-2021, une bonne connaissance des principaux facteurs influant négativement sur l'état de santé des enfants, et donc sur leur capacité à apprendre permet une bonne définition des mesures visant à la contrôler, voire même à les éliminer, puis à asseoir les bases durables d'une promotion de la santé en milieu scolaire. Le rapport de l'UNESCO publié en 2007 montre que l'éducation en matière de santé est un outil important pour l'autonomisation des femmes et des communautés qui permet d'améliorer leur santé et d'assurer le développement durable.

(Broussouloux et Lamoureux, 2007) pensent que la mission première de l'école est de transmettre des savoirs parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, il appartient à l'école, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté de veiller à la santé des jeunes et de les aider à préserver celle-ci. Santé et éducation sont à cet effet étroitement liées et constituent un socle sur lequel l'éducation va contribuer au maintien ou à l'épanouissement de la santé, et la santé quant à elle va permettre le meilleur apprentissage. (Simar et Jourdan, 2010) affirment qu'en effet, pour advenir, un sujet humain ne doit pas seulement empiler des connaissances en matière de comportement reconnus pour se préserver de la maladie mais apprendre à les articuler.

L'école à cet effet s'occupe de la santé sous plusieurs plans. Aujourd'hui, la plupart des recherches soulignent que, la période au cours de laquelle l'enseignant transmet un savoir univoque, afin de montrer la voie du bien (une vie saine) et la voie du mal (une vie de débauche) au cours des leçons est maintenant révolues (Vincent, 1994) ; (Simar, Jourdan, 2010). Pour ces chercheurs, il n'est plus possible d'avancer sur la question d'ES à l'école qu'à condition de prendre conscience d'une part de la complexité de l'acte éducatif et « *d'autre part du fait que la mission première de l'école n'est pas de lutter contre tel ou tel fléau social mais bien de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous* » (Simar et Jourdan, 2010). Ainsi, les recherches permettent de comprendre que l'ES a connu une succession de paradigmes au cours de son histoire. Les chercheurs articulent aujourd'hui leurs travaux dans le cadre de la santé scolaire au concept de promotion de la santé. C'est dire que la santé n'est plus seulement comprise comme un état de bien-être, ou encore comme une accumulation des connaissances scientifiques sur l'organisme et les maladies, mais comme un moyen de bien-être (OMS, 1986). Les chercheurs et les grands organismes internationaux de nos jours articulent leurs recherches en éducation à la santé en milieu scolaire autour du paradigme de santé globale ou encore du modèle pédagogique éducatif de l'éducation à la santé (Bury, 1888).

Notre question de recherche est la suivante : comment se déploie l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun ? Il s'agira d'analyser les pratiques pédagogiques en éducation à la santé. Notre sujet s'articule autour de quatre chapitres. Il s'agit de la : problématique qui constitue le chapitre 1, la revue de la littérature et cadre théorique qui constituent le Chapitre 2. La Méthodologie explorée au chapitre 3 et enfin, la présentation, l'interprétation et la discussion des résultats constituent le chapitre 4.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I.1. Contexte et problème de l'étude

L'Organisation Mondiale de la Santé définissait déjà en 1946 la santé comme un « état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité » (OMS, 1946). Pour l'OMS (1998) l'éducation à la santé est un processus par lequel les personnes ou les groupes de personnes apprennent les facteurs favorisant la promotion, l'entretien ou la restauration de la santé. Cette évolution du concept de santé permet de comprendre que la santé n'est plus un but mais un moyen pour le bien-être.

La Charte d'Ottawa en 1986 sur la promotion de la santé a été un point culminant dans le développement de l'éducation à la santé en particulier, et en général dans les politiques de santé publique tant dans les pays du Nord que dans les pays du Sud. Dans les pays du Nord en particulier et dans les milieux scolaires, le référentiel de l'éducation à la santé est la promotion à la santé. Ici, l'éducation à la santé ne se conçoit pas uniquement sur la base d'un programme scolaire mais elle est comprise comme une discipline transversale. Donc l'intérêt réside dans le fait qu'elle encourage des démarches multifactorielles combinant une variété de stratégies en matière de prévention ou de promotion de la santé (Vandoorne, 2007). La conception internationale de l'éducation à la santé est au cœur de l'éducation de la personne et du citoyen (OMS, 1997, 1999) dans une perspective de liberté et de vivre-ensemble plutôt que d'intégration normative. Pour Khzami (2012) l'éducation à la santé est directement conditionnée par les pratiques pédagogiques scolaires, mais également par les conceptions que les enseignants se sont construits sur les questions de santé et sur leur mission. Elles revêtent une dimension importante de l'éducation globale, son absence ou sa position marginale dans la vie scolaire affecte la qualité de l'action pédagogique dans les établissements scolaires, et prive les élèves de compétences cognitives et psychosociales. Toutefois, l'amélioration des apprentissages couplé avec la promotion du bien-être de l'apprenant et la bonne santé relationnelle avec son enseignant et ses pairs, sont deux conditions qui peuvent être construites par l'éducation à la santé (Khenoussi et al, 2018).

L'approche historique de l'éducation à la santé nous montre que les questions de santé en milieu scolaire ont toujours été influencées par les orientations des politiques

internationales de santé en particulier impulsées par l'OMS. C'est pourquoi l'on assiste à un changement de paradigme dans le domaine de la santé en particulier dans la santé scolaire. Ainsi, les paradigmes en santé scolaire sont partis des mouvements hygiénistes, de la fin du XVIIIème siècle, à la conception de la santé comme un état (OMS, 1946), et enfin au paradigme de promotion à la santé des années 1980. Tous ces paradigmes ont toujours influencé la pratique de la santé à l'école. Cette dernière a toujours été au cœur des missions de l'école tant en Afrique en particulier au Cameroun.

Aujourd'hui, les chercheurs s'accordent sur le fait que la santé n'est plus seulement une affaire de discipline, de professionnel, de croisement thématique. Mais une approche multifactorielle qui prend en compte l'élève, son environnement, ses pairs. Comprendre la santé en milieu c'est faire appel à l'ensemble de la communauté éducative pour avoir des réponses plus éducatives et plus globales.

On peut noter que la question de la santé des élèves a été investie par de nombreuses recherches depuis la fin des années 1980. L'organisation des séminaires, des colloques, des symposiums, la création des laboratoires de recherche montrent toute l'importance de cette question. Les soutenances des thèses, des mémoires montrent, le développement des formations universitaires montrent la place de plus en plus importante de ce champ d'étude (Silvain, Jourdan, Parayre, Simar, Berger, 2011). Nous pouvons mentionner que la santé est un phénomène complexe dont la compréhension ne saurait être du ressort unique de quelques professionnels. C'est pourquoi nous assistons aujourd'hui à des recherches pluridisciplinaires dans le domaine de la santé. La question de la santé occupe une place centrale dans la réussite de l'élève. Ainsi, l'école est un levier pour la santé des adolescents et des enfants. Pour (Jourdan, 2010), l'école apparaît en effet comme un environnement propice pour l'éducation à la santé, elle a une position carrefour entre la famille et la société. De par son organisation et ses missions elle inculque à l'élève des compétences éducatives pour répondre efficacement aux situations de la vie. Les recherches en éducation à la santé en milieu scolaires montrent qu'aborder les thématiques de façon morcelée semble inefficaces. L'approche thématique conduit ainsi à un risque de traiter un problème de santé à l'échelon individuelle, en oubliant que l'individu est inséré socialement et que, cela détermine souvent le comportement individuel (Arcand, 2009). Il ne s'agit plus seulement de l'amélioration des connaissances accumulées pour que le comportement de l'élève change (Green et al, 2005). Mais de la prise en compte du contexte général de l'établissement (le climat scolaire, les pratiques pédagogiques en éducation à la santé etc.).

Notre mémoire de fin d'étude de Master 2 s'inscrit donc dans la continuité de l'approche éducative ou globale en éducation à la santé en milieu scolaire. D'où notre sujet : « **L'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun : analyse des pratiques pédagogiques. Cas du Lycée d'Ahala** »

I.2 Les contextes africains de l'éducation à la santé

En Afrique, et au Cameroun en particulier, les travaux en éducation à la santé ne sont pas nombreux (Gradinilli, 2019). Les travaux existants démontrent que la santé scolaire connaît aujourd'hui plusieurs problèmes nous avons entre autres des problèmes de violences répétitifs dans les Lycées et Collèges. Cette violence peut être provoquée par l'aliénation, l'impulsivité, le sentiment de non appartenance sont autant de troubles mentaux qui affectent les élèves en milieu scolaire (Fezeu, 2000). Les problèmes de santé peuvent aussi être provoqués par la consommation des stupéfiants, de la cigarette mieux des substances psychoactives dans les établissements. (Morgue, 2011) affirme ainsi dans ces travaux que des adolescents commencent à consommer la cigarette vers l'âge de 11 ans. Le constat fait c'est que la consommation du tabac et des substances psychoactives est l'un des déterminants de la violence en milieu scolaire. A titre d'exemple le cas de l'assassinat du professeur de mathématique le 15 janvier 2020 par un élève de 4^e au Lycée de Nkolbisson, et en janvier 2023 on a eu la bousculade provoquée par les élèves au Lycée d'Etoug-Ebe qui a causé de nombreuses pertes matérielles, des blessés etc.

A la violence scolaire, s'ajoute encore les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses précoces, le VIH/SIDA qui se répandent en milieu scolaire. Ces infections sexuellement transmissibles sont souvent dû à une sexualité mal maitrisée par les élèves. (Ongolo et Nsangou, 2016) pensent que le phénomène d'accouchement précoce à des incidences dans le parcours scolaire des adolescents et adolescentes.

L'Etat camerounais dans sa politique éducative accorde une place importante à la santé des élèves. C'est pourquoi depuis l'année 2013, l'approche par les compétences (APC) a été introduite dans l'enseignement secondaire dans le souci de rendre l'élève plus compétent. Un module a été introduit en Science de la vie de la terre éducation à l'environnement à l'hygiène et à la biodiversité (SVT EEHB) intitulé « *éducation à la santé* ». Il s'agit ici pour les institutions scolaires d'accroître des efforts pour répondre plus efficacement aux comportements à risques des élèves au Cameroun. Le rapport d'analyse du MINESEC de

2014 pointes une augmentation des points d'eau, des toilettes, l'aménagement des salles de classe qui est passé à 41 078 donc un pourcentage de 7,93%. Pour les toilettes on dénombre 10 424 dans l'ensemble du territoire. En ce qui concerne les salles de sports, les gymnases on dénombre une augmentation de 3,42% pourvus en salle de sport et 1,27% en gymnase. Nous pouvons citer des slogans tel que « école propre » de la Ministre des Enseignements Secondaires lors de la rentrée 2019-2020. On pourrait encore souligner des mesures gouvernementales qui ont été prises pour riposter contre la Covid-19 en 2020. Ainsi le premier ministre Joseph DION NGUTE déclarait que tous les établissements du public et du privé de formation relevant des différents ordres d'enseignements de la maternelle au supérieur y compris les centres de formations professionnels et les grandes écoles seront fermés. Cette déclaration du Premier Ministre nous permet ainsi de comprendre la place de la santé en milieu scolaire. Et le souci qu'a le gouvernement de s'arrimer aux prescriptions internationales de santé publique et de promotion à la santé. Cette déclaration du premier ministre camerounais était une réponse aux instructions mondiales de confinement. Nous pouvons noter que la lutte contre les grandes pandémies ne date pas d'aujourd'hui. Il s'agit d'une lutte qui s'est intensifiée en particulier dans les milieux scolaires au début des années 2 000 avec la pandémie du VIH/SIDA. De ce fait, les combats contre le VIH/SIDA se sont intensifiés au point où l'étude de la maladie a été introduite dans les programmes scolaires (Ayangma, 2022).

On peut ainsi constater que la promotion de la santé est menée dans l'ESG par les pouvoirs publics. Toutefois l'enseignement secondaire connaît toujours des problèmes d'infrastructures qui plombent sa qualité et qui affectent la santé des élèves au regard du rapport d'analyse du MINESEC 2014. Sur le plan pédagogique des efforts sont fait avec la mise sur pied des instructions institutionnelles fondées sur des programmes scolaires en éducation à la santé. Dans la pratique de l'éducation à la santé en milieu scolaire les institutions scolaires ont fait des programmes scolaires pour répondre aux problèmes de santé des élèves. Toutefois, La teneur de l'actualité nationale en matière d'éducation nous montre que les lycées et collèges au Cameroun connaissent ces dernières années de graves crises de comportement des élèves. Joël Maman pense que l'éducation des jeunes au Cameroun est malade à cause de la société qui elle-même, est malade. Parmi ces maux qui gangrènent l'éducation des élèves, c'est la consommation des stupéfiants devenue une mode dans les institutions scolaires. Pour l'auteur cette consommation de drogue pose un réel problème d'insécurité en milieu scolaire. Dans son discours à la nation le 11 février 2024 le président de

la république du Cameroun Paul Biya faisait mention de la dépravation des mœurs, des comportements inciviques et déviants, la violence, l'indiscipline, la consommation d'alcool et des stupéfiants. L'environnement scolaire semble donc marqué par la prolifération de comportements à risque de la part des élèves ajoute le président Paul Biya. L'éducation à la santé apparaît donc pour les chercheurs comme un moyen efficace pour répondre à ces problèmes. Car son but est d'enraciner l'élève dans sa société (OMS, 1998).

Notre recherche questionne l'inadéquation entre les programmes scolaires sur lesquels sont centrées les pratiques éducatives sensées amener les élèves vers des comportements responsables de santé, et l'ensemble de comportements sociaux à risque que connaissent les établissements d'enseignement secondaire au Cameroun. Autrement dit, il s'agira dans ce mémoire de cerner l'enjeu de la santé de l'élève en milieu scolaire en examinant la façon dont les programmes d'éducation à la santé passent les messages qui y sont liés. L'on se servira de l'approche conceptuelle globale de l'éducation à la santé pour interroger les pratiques et les dispositifs mis en place dans les établissements secondaires au Cameroun.

I.3. Questions de recherche

A Partir des différentes réflexions précédentes nous nous sommes posé la question suivante : comment se déploient les pratiques pédagogiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala ?

Cette question principale de recherche nous a permis de dégager trois questions de recherches secondaires. A savoir :

- Comment décrire les contenus en éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au lycée d'Ahala ?
- Comment le personnel éducatif met-il en œuvre les programmes en éducation à la santé au lycée d'Ahala ?
- Comment le personnel éducatif évalue les pratiques pédagogiques en éducation à la santé par rapport à la santé globale des élèves au lycée d'Ahala ?

I.4. Hypothèses de recherches

Notre hypothèse principale est : les pratiques pédagogiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala se déploient par de prescriptions scolaires définies par les pouvoirs publics du Cameroun.

Notre hypothèse de recherche principale va se diviser en trois hypothèses secondaires. Qui sont :

- Les contenus en éducation au lycée d’Ahala sont des informations sur les connaissances scientifiques sur les maladies qui touchent les organes physiques de l’homme, la prévention de celles-ci et les règles d’hygiène.
- Le personnel éducatif du lycée d’Ahala met en pratique l’éducation à la santé en suivant les programmes scolaires instruit par les institutions publiques du Cameroun.
- Les programmes en éducation à la santé seuls ne permettent pas de répondre efficacement aux problèmes de santé mentale et émotionnelle des élèves au lycée d’Ahala.

I.5. Objectifs de recherche

Notre objectif de recherche principal est : d’analyser les pratiques pédagogiques en éducation à la santé à partir d’une approche éducative ou globale au lycée d’Ahala

Notre objectif de recherche principal sera éclaté en trois objectifs de recherche secondaires. Qui sont :

- Identifier les contenus en éducation à la santé dans les programmes scolaires de l’enseignement secondaire au lycée d’Ahala.
- Expliquer comment se déroulent les pratiques en éducation à la santé dans l’enseignement secondaire au lycée d’Ahala.
- Montrer que les programmes en éducation à la santé seuls ne répondent pas efficacement aux problèmes de santé globale des élèves au lycée d’Ahala.

I.6. Délimitation de l’étude

Notre étude est délimitée sur le plan thématique, théorique et géographique.

Du point de vue thématique et théorique, notre recherche porte sur les pratiques pédagogiques en éducation à la santé dans l’enseignement secondaire au Cameroun. Elle s’inscrit dans le cadre des sciences de l’éducation notamment dans le domaine de la sociologie de l’anthropologie de l’éducation. Elle cherche à analyser les questions d’éducation à la santé des élèves en milieu scolaire à partir d’une approche éducative ou globale, en étudiant les pratiques pédagogiques qui s’y déploient. Notre étude va s’articuler autour de deux théories, qui. La théorie sociale cognitive de (Bandura, 1986) et la théorie écologique de

la promotion à la santé vont nous permettre de mieux analyser les pratiques pédagogiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Sur le plan géographique, notre étude s'est déroulée au lycée d'Ahala qui, est un lycée d'enseignement général situé dans le troisième arrondissement de la ville de Yaoundé. Notre choix s'est porté sur ce lycée à cause son caractère mixte et complet, son accès facile, son personnel issu de différentes régions. Notre population d'étude est constituée du personnel enseignant et non enseignant, des élèves. Nous avons mené cette étude durant l'année scolaire 2023/2024, notamment durant le mois de décembre 2023 au cours du premier trimestre.

CHAPITRE II : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE THEORIQUE

II.1. Revue de littérature

II.1.1. Définition de la santé

La santé est un concept subjectif car elle est intimement liée à l'individu (calas,2013). Elle se conçoit en fonction d'un certains nombres de déterminants. Pour mieux suivre le sens que rend le concept de santé, il est nécessaire que soit mis en évidence son évolution au fil du temps.

Au début du XIX siècle la santé se concevait comme une absence de maladie et infirmité. On parle là d'une conception « négative » mieux réductrice de la santé. (Culture et santé, 2011), (wafo, 2012). Cette perspective anatomique et organiste est encore largement propagée aujourd'hui pour Tubiana, (2004, cité par Calas, 2013). La santé serait « une conquête de la civilisation ». Elle est fortement influencée par le contexte culturel dans lequel elle se développe et évolue avec ce dernier aux cours du temps. *« Le concept de santé est donc à la fois soumis à une double évolution car la santé est à la fois synchronique puisqu'elle évolue au gré des contextes culturels, et diachronique puisque son évolution peut également se concevoir dans le temps, notamment avec l'évolution du savoir médicale »* (Calas, 2013 p18).

En 1946 l'OMS définissait la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental social et non l'absence d'infirmité. » Cette définition de l'OMS vient remettre en question la conception de « santé négative » pour mettre en évidence la conception de santé « Positive ». Ici la santé c'est être bien dans son corps, dans sa tête, avec les autres (Culture et santé, 2011). En 1986, la charte d'Ottawa au Canada qui fonde le concept de promotion de la santé que nous développons plus loin dans notre travail, conçoit la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non une fin en soi. Ici la santé est la source permettant à l'individu ou à la collectivité de « réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins d'une part, et d'évoluer avec le milieu ou de s'adopter à celui-ci, d'autre part ». La santé n'est plus seulement un état (OMS, 1948), elle est perçue comme un fait social dynamique évolutif (OMS, 1986). C'est un

droit fondamental de l'individu. Pour mieux comprendre le sens que les communautés donnent à la santé, il est nécessaire de présenter les modèles de santé selon (Eymard, 2004).

II.1.2 Les modèles de santé

Depuis la fin du XIX^e siècle les modèles en éducation à la santé se sont succédés. On est parti des mouvements hygiénistes, au modèle biomédical de la santé, puis au modèle global de la santé sur lequel la plupart des chercheurs s'accordent aujourd'hui.

II.1.2.1 Le modèle biomédicale de la santé

Selon Bury (1998), le model biomédical de la santé tire son origine de la plus haute antiquité. Ici la santé se comprend comme une absence de maladie et d'infirmité (Lerich, 1937). Cette thèse de la santé est développée par Diderot lorsqu'il affirme que : « *quand on se porte bien aucune partie du corps ne nous instruit de son existence, si quelqu'une nous en avertit par la douleur, c'est à coup sûr, que nous nous portons mal...* » (Diderot, 1751 P 368). C'est ce que (Lerich, 1937) Appellera la « *vie dans le silence des organes* ».

(Eymard 2004) dans le model biomédical qui est encore appelé modèle organiste de la santé négative il parle d'une opposition entre maladie et santé. Cette opposition se manifeste dans la dichotomie des réponses à la question « *êtes-vous en bonne santé ?* ». Ces réponses sont souvent « *non je ne suis pas malade* ». Ce modèle de santé est perçu exclusivement dans une dimension physique et organique mieux encore physiologique et anatomique. On appelle encore le modèle linéaire de la santé (Bury, 1988). La pratique de ce modèle de santé se fait par le traitement des maladies c'est-à-dire qu'on reste centré sur la maladie. (Wafo, 2011 P. 35) affirme à cet effet qu'elle « *met l'accent sur le traitement de maladie physique, sans se préoccuper des problèmes d'ordre psychologique et ou social pouvant affecter la santé de l'individu* ». C'est ce modèle qui est à la base de la santé préventive et de l'apprentissage hygiéniste dans les écoles au début du XIXe siècle en Europe et en Afrique au début du XXe siècle. Eymard (2004) distingue quatre caractéristiques à ce modèle :

- Une concentration sur la maladie. La santé est définie en termes de maladie ;
- Une conception de la mort comme une évolution, une conséquence de la maladie résultant d'un échec thérapeutique ;
- Un niveau d'exigence de santé lié au progrès de la médecine dans chacune de ses spécialités ;

- Une conception de l'être humain morcelé en une somme d'organes.

Pour Wafo (2012) ce modèle paraît injuste et discriminant à l'égard des personnes naturellement ou accidentellement handicapée. Il s'agit ici d'une stigmatisation des comportements individuels et collectifs jugés à risque. (Wafo, 2012) ajoute que ce modèle est susceptible de développer chez les personnes malades un fort sentiment de culpabilité et une forte propension à la médicalisation. De même « *la notion de liberté humaine inhérente à toute personne est menacée, puisque ce modèle laisse peu de place à la capacité d'user d'une pensée critique* » (Wafo, 2012 P. 35).

II.1.2.2. Le modèle global de la santé positive par adaptation et ajustement social

Le modèle de santé globale peut être assimilé au modèle de santé holistique ou biopsychosociale (Wafo, 2012 ; Calas, 2013). Ce modèle de santé est fondé sur l'acte constitutif de (l'OMS, 1946) qui définit la santé comme une « *un état de complet bien-être physique, mental et social de maladie et non l'absence de maladie ou d'infirmité* ». C'est une approche positive et globale qui ne suppose pas l'absence de la maladie mais « *l'amélioration de la qualité de la vie, le fonctionnement efficace, la capacité de fonctionner à des niveaux plus productifs ou plus satisfaisants et la possibilité de vivre toute sa vie avec rigueur et énergie* » (Grew et Krenter, 1991, traduction libre P-27). Ce modèle de la santé fait apparaître un équilibre entre les dimensions physiologiques, psychologiques et sociales. C'est « *un moyen d'atteindre un épanouissement individuel, une bonne adaptation aux conditions de la vie, une insertion satisfaisante dans la société grâce à une contribution active à son propre bien être et à celui des autres* » (Tubiana, 2004 P 7). Ce n'est pas ici une opposition entre maladie et santé. Ce modèle met un accent sur la dimension du bien-être. (Wafo, 2012) explique qu'on peut être malade et ressentir un certain bien-être. Le silence des organes ne justifie pas nécessairement un état de santé effectif. C'est le cas bien souvent des malades ayant souvent une période d'incubation longue et sournoise. Il s'agit ici de tenir compte d'un sentiment de bien-être comme, preuve de son bon état de santé. C'est ce qui conduirait bien des personnes à se passer des solutions préventives comme le test de dépistage (cancer, IST, VIH, hépatite).

La définition de (OMS, 1946) sur la santé comme nous l'avons cité plus haut, n'échappe pas à la critique car, on lui reproche son caractère utopique. La santé ne saurait plus se concevoir uniquement comme un « état » mais bien comme un moyen de se réaliser

(OMS,1986), (Tubiana,2004). Elle devient un concept dynamique et évolutif. (Greener et Kreuter, 1999 P.12 affirme : « *la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leur environnement.* » C'est une mobilisation des ressources personnelles (physiques, mentales et sociales) en vue de répondre aux nécessités de la vie quotidienne (Aymard, 2004). On voit bien que ce modèle prend en compte plusieurs déterminants à savoir : les dimensions personnelles, l'interaction avec les autres, et l'environnement. Ce qui lui confère un caractère holistique, global.

D'autre part, le reproche qu'on peut faire à cette définition de l'OMS de 1946 selon (Bury, 1988) c'est qu'un état complet de bien-être physique mentale et social qui est le même pour tous, est une généralisation abusive. Selon (Bury, 1998) le bien-être est un terme subjectif qui varie en fonction des individus. Selon (Aymard,2004) le modèle de santé globale se caractérise par :

- Une centration de la personne ;
- Une définition en terme non médicaux : santé et maladie sont distinguées et non opposées.
- Une conception de l'être humain comme un être qui s'adapte à son environnement.

Ce modèle met en perspective une approche multifactorielle de la santé. Qui permet de formuler des diagnostics et d'imaginer des réponses globales qui limitent les risques, au niveau du management, ce type d'approche nécessite un changement d'approche, remplaçant ainsi l'évaluation individuelle par une analyse systémique (Four, 2021).

II.1.2.3. Le modèle de santé d'un sujet autonome ouvert sur le monde

Illich considère que, si la santé est un processus d'adaptation du sujet au milieu, elle dépend surtout de la capacité du sujet à s'affirmer dans un milieu donné car l'autonomie du sujet est une condition essentielle à la santé individuelle (Aymard citant Illich 1975) a souligné que Illich réclame un certain nombre de liberté à l'individu :

- ❖ La liberté de juger moi-même si je suis malade ;
- ❖ La liberté de refuser à tout moment un traitement médical ; ❖ La liberté de choisi moi-même un remède ou un traitement ; ❖ La liberté d'être soigné par une personne de mon choix.

Ce modèle de santé vient encore se conforter, par la définition donnée à la santé (L'OMS, 1993) qui est : « *la perception qu'à l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* ». Pour (Wafo, 2012) cette définition fait appel à la capacité de l'individu à s'affirmer comme sujet pensant, capable d'adaptation d'initiatives et des décisions susceptibles de préserver sa santé. L'individu est considéré dans ce modèle comme un sujet à part entière qui participe à la prise de décisions de sa propre santé. Pour (Aymard, 2004) l'individu n'est plus seulement sujet de sa propre mais il est un sujet autonome, un partenaire des soins de santé avec les professionnels de la santé. Ce modèle vient mettre un accent sur les subjectivités individuelles, sur l'importance du point de vue de l'individu et de sa propre santé.

Pour (Descchache et Merements, 2000) il s'agit de donner une place à la subjectivité. C'est d'abord reconnaître la santé comme réalité objective et comme un état subjectif, voire comme social, et accepter qu'elle soit non une tare à corriger mais pour le soignant une partie de sa pratique, et pour le patient l'expression de sa réalité. Ainsi pour (Aymard ,2004) ce modèle se caractérise par :

- ❖ Une politique de santé qui s'engage d'abord comme une politique sociale.
- ❖ La place de l'individu : qui non seulement est un acteur de sa propre santé mais aussi décideur.
- ❖ La reconnaissance des savoirs expérimentaux. Le savoir n'est plus seulement académique mais il tient aussi compte de l'expérience de la personne.

Nous pouvons ainsi dire avec (Calas ,2013) que la santé promeut ici non seulement la liberté individuelle mais aussi un partenariat dans les systèmes de santé.

II.1.3. Les déterminants de la santé

Malgré une diversité de modèles de santé, il est opportun de constater que tous sont déterminés par les mêmes facteurs, ce sont des forces qui influent sur la santé c'est-à-dire des déterminants (Lalonde, 1974), (Evans et Etoddart, 1994) ; (Kaplan et al, 2000) ; (Gebbie al, 2003), (Colas, 2013). Ces déterminants sont liés aux conditions sociales, économiques, culturelles, environnementales de vie et de travail, aux facteurs familiaux, aux réseaux communautaires et aux comportements individuels (Calas, 2013). (Wafo, 2012) parle de facteurs qui influencent la santé. Il affirme que, la santé n'est autre qu'une fonction dont

l'évaluation dépend des facteurs auquel elle est rattachée, ces facteurs pouvant à tout moment le conforter, l'accroître ou l'infléchir.

II.1.4. La promotion de la santé :

Malgré cette multitude de conception, s'il y a une chose qu'aucune approche ne peut mettre en doute c'est le caractère essentiel de la santé (Wafo, 2012). Quelque soit la conception que nous adoptons, la santé est un bien pour tous c'est pourquoi il convient de la préserver et de l'améliorer. C'est ce que va faire l'OMS en 1986, à Ottawa au Canada avec l'impulsion du concept de promotion de la santé.

II.1.4.1 : définition de la promotion à la santé

La charte d'OTTOWA institue en 1986 la promotion de la santé. Elle la définit comme « *Le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986). Elle vise à assurer une bonne santé à tout le monde quel que soit la communauté, la localisation géographique, le niveau de vie. Elle offre ainsi aux populations des ressources les mieux adaptées à leur contexte pour mieux assurer le contrôle sur leur propre santé. « *La promotion de la santé représente un processus social et une politique globale, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes de l'individu mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementales et économiques, de façon à réduire ces effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des autres* » (OMS, 1999 P. 1 cité par WAFO, 2012). C'est un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des communautés sur leur condition de vie et de santé (OMS, 1986). C'est alors une action globale qui prend en compte les approches multifactorielles, elles prouvent ici un travail d'équipe de partenariat, de réciprocité et de respect de la liberté des individus. La charte de Bangkok du 11 août 2005 définit la promotion de la santé en mettant un accent particulier sur les déterminants de santé en parlant de « *meilleure maîtrise sur ce qui détermine la santé* ». Elle dépasse donc largement le cadre préventif informatif injonctif, pour viser l'amélioration des conditions de vie des populations en tenant compte de tous les déterminants qui peuvent influencer la santé (Glossaire culture et santé, 2011). Celui-ci affirme que ce n'est pas une simple « *éducation à la santé* » car, elle ne se limite pas aux prescriptions de mode de vie sain. Pour (Wafo, 2012) elle doit être pensée, élaborée, planifiée en toute collaboration

avec le public cible. Selon la Charte d'Ottawa l'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé dans le but de réduire les écarts actuels dans l'état de santé.

II.1.4.3 La promotion de la santé en Afrique

En Afrique les stratégies privilégiées sont l'information, l'éducation et la communication (IEC), l'éducation pour la santé, la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale, le marketing social. Les choses se disent et sont faites sous le couvert de la promotion de la santé sans pour autant en revêtir les caractéristiques (Houéto et Valentini, 2014). Quand on regarde de près les efforts déployés par les systèmes de santé en Afrique force est de constater que, l'accent est mis sur des stratégies focalisées sur la maladie comme une entité séparée sans lien avec le développement socioéconomique. Les programmes se concentrent sur le diagnostic et le traitement des maladies.

Sur le plan africain La promotion de la santé devrait être un levier méthodologique de combinaison d'éléments d'éducation pour la santé, d'action sur les politiques et les environnements (Houéto et Valentini, 2014). Cette stratégie devra permettre une participation plus accrue des populations au processus de santé et facilitera un impact plus écologique, économique, et structurel dans les programmes. En Afrique, les pays ne s'inscrivent pas dans une politique d'action sur les déterminants de la santé. Pour Houéto et Valentini (2014) la santé a été pendant longtemps l'affaire des seuls professionnels. Ce qui permet de penser que la non implication des autres acteurs de la société fait que la promotion de la santé dans la région demeure sans véritable envergure. En conséquence l'approche globale est très peu prise en compte au niveau de la gestion des systèmes de santé africains.

II.1.4.3 : les axes de la promotion à la santé

Cinq grandes lignes directrices sont définies par la charte d'Ottawa (OMS, 1986). Celle-ci a pour rôle de permettre à l'individu d'assurer un plus grand contrôle sur sa santé. Il s'agit :

➤ Elaborer des politiques publiques de santé :

Il s'agit de mettre la santé au cœur des préoccupations étatiques. Car la santé est un domaine d'action publique. Les politiques de santé viseront à (regrouper des mesures fiscales, financières et changement organisationnel et législative).

➤ **Créer des environnements favorables :**

Les pouvoirs publics ici sont de plus en plus conscients que la santé individuelle et collective est liée à la qualité de l'environnement. C'est pourquoi OMS (1986) insiste sur des environnements favorables (principalement dans le domaine de l'énergie, de l'urbanisation, des technologies, tout en préservant l'environnement.)

➤ **Renforcer l'action communautaire**

Ici il faut renforcer la cohésion sociale dans la communauté en accordant un privilège total à (l'accès à l'information et aux possibilités d'acquisition).

➤ **La réorientation des services de santé :**

Cet axe implique une redistribution du travail et des missions à tous les personnels sanitaires. L'objectif ici est que les services de santé dépassent leur mission traditionnelle focaliser sur l'aspect curatif de la maladie, pour adopter une attitude de soin prenant en compte l'individu dans sa globalité (Wafo, 2012). Il s'agit pour les services de s'adapter à la culture de la promotion à la santé.

➤ **L'acquisition des aptitudes individuelles :**

C'est un axe qui vise le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie quotidienne (OMS, 1986). Ce dernier axe s'envisage dans le cadre familial, communautaire, et scolaire (Calas, 2013).

II.1.4.4 Approche globale et systémique de la promotion de la santé

La promotion de la santé est une approche positive de la santé promue par l'OMS. Elle sert deux objectifs : créer les conditions favorables au développements d'une santé physique, mentale et sociale suffisamment bonne pour les individus et les populations ; renforcer les possibilités des individus et des communautés de contrôler et d'améliorer leur santé en favorisant leur santé (I SAID ,2020).Pour le projet européen I SAID la promotion de la santé part du principe que celle-ci se crée dans les milieux de vie et qu'il y a des liens complexes entre les personnes et leurs milieux de vie. Elle propose d'agir à la fois sur les facteurs environnementaux et individuels pour un développement en santé tout au long de la vie. Dans

cette approche, l'approche biomédicale de la santé doit cohabiter avec l'approche psychosociale. Elle doit faire intervenir l'environnement social de l'individu.

Une action de promotion de santé globale associe dans l'idéal les cinq stratégies, pour agir sur les différents niveaux de déterminants de santé qui sont entre autres : l'élaboration des politiques en faveur de la santé ; la création des environnements favorables ; le renforcement de l'action communautaire ; le développement des aptitudes personnelles (OMS,1986). Il s'agit ici de développer la santé communautaire qui se définit selon l'OMS comme « *le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou social, conscients de leur appartenance à un même groupe réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, exprimant leurs besoins prioritaires et participant activement à la mise en place, au déroulement et l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à leur besoin.* » Ses principes sont : l'équité ; la qualité des services ; la participation communautaire ; la confidentialité ; l'approche multisectorielle ; la pluridisciplinarité et le devoir de rendre compte.

II.1.4.5. Promotion de la santé et école

Selon UIPES, la promotion de la santé en milieu scolaire peut se définir comme toute activité entreprise afin d'améliorer ou de protéger la santé au sens large, et le bien-être, de l'ensemble de la communauté éducative. Il s'agit d'un concept plus large que celui de l'éducation pour la santé et concerne les politiques de santé à l'école, l'environnement physique et social des établissements, les programmes d'enseignement, les liens avec les partenaires (municipalité, associations, services de santé etc.) Pour l'UIPES la promotion de la santé est importante à l'école dans la mesure où :

- Des jeunes en bonne santé sont plus susceptibles de faire preuve d'une meilleure efficacité dans les apprentissages ;
- Réussite scolaire et promotion de la santé sont étroitement liés : la promotion de la santé participe à la santé, à la bonne acquisition des apprentissages, et les jeunes qui fréquentent un établissement scolaire ont de meilleure chance d'être en bonne santé. Il existe donc une corrélation entre le niveau d'éducation et un meilleur état de santé ;
- Les jeunes qui se sentent bien dans leur école et sont en relation avec les adultes compétents sont moins susceptibles d'adopter des comportements à risque et ont des chances d'obtenir de meilleurs résultats scolaires.

L'école apparaît comme un cadre idoine pour promouvoir la santé. Elle permet de développer des aptitudes nécessaires aux acteurs de l'école (élèves et enseignants) et à les rendre responsables de leur propre santé (Jourdan, 2010). (Tanahil, 1985) propose un modèle de promotion à la santé. D'après lui ce modèle comprend : la protection, la prévention, et l'éducation. (Wafo, 2012) appelle ses trois sphères de la santé les composantes de la santé. Celles-ci sont comprises ici comme étant les leviers sans lesquels nous ne pouvons pas parler de la promotion à la santé. Ils se combinent entre eux.

Pour (Samira, 2015) la promotion de la santé en milieu scolaire vise à améliorer l'environnement physique et social, la qualité de vie, ainsi que la communication au sein de l'établissement. Elle vise également à développer chez l'apprenant les capacités à prendre soin de sa santé et à participer activement à la vie de l'école.

II.1.5. L'éducation à la santé en milieu scolaire

L'éducation à la santé est un moyen qui permet aux acteurs d'atteindre plusieurs objectifs de santé (Calas, 2013). L'école apparaît donc comme un milieu de vie qui a pour but de transmettre des savoirs. Il existe plusieurs définitions de l'éducation à la santé à l'école mais nous retenons celle de UIPES qui la définit comme : une activité de communication et repose sur une démarche éducative et enseignement qui intègrent un travail sur les connaissances, les représentations, les comportements, les valeurs, les savoir-faire et les compétences des élèves. Elle concerne souvent des sujets spécifiques comme le tabagisme, l'alcool, la nutrition, ou elle peut impliquer une réflexion sur la santé de manière plus globale (UIPES, 2010).

II.1.5.1. Ecole et santé publique

La santé publique est définie comme la somme des efforts communautaires organisés pour la prévention des maladies et la promotion de la santé (Masse, 2003) cité par (Calas, 2012). Ses priorités sont :

- ❖ Réduire les décès évitables et ainsi augmenté l'expérience de vie ;
- ❖ Réduire les incapacités évitables et ainsi améliorer la qualité de la vie notamment par l'absence des maladies ou incapacité ;
- ❖ Réduire l'inégalité face à la santé.

L'école étant un milieu complexe à travers sa mission éducative, elle apparaît comme le lieu par excellence où se côtoient les enfants et adolescents de même âge (Jourdan, 2010).

IL affirme à cet effet quel que soit la mission qu'on assigne à l'école, la réussite de sa mission est fermement liée à l'état de santé et au bien-être de ses élèves. Jourdan insiste en soulignant qu'enseigner devant une classe ensommeillée parce que le rythme de sommeil n'est pas adopté, vouloir immobiliser l'attention des élèves sur un exercice alors qu'ils sont sous l'effet des substances psycho actifs, qu'ils manquent de motivations, que la classe est bruyante voilà autant de situation où est voué à l'échec, le rôle transmissif de l'école. Pour (Jourdan, 210) la réussite de l'élève à l'école passe par facteurs parmi lesquels, celui de son bien-être mental physique qui, peut être assuré par une éducation à la santé adaptée. La santé apparaît comme une clé dans la réussite des élèves (Jourdan et Simard 2008). Il appartient à l'école, comme espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé (élèves) et de les aider à adopter des comportements qui préservent ceux-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement (Broussouloux et Houzelle-Marchal 2006). Santé et éducation sont donc deux phénomènes sociaux qui cohabitent car ils sont étroitement liés et constitue la dynamique sur laquelle s'appuie la réussite des élèves à l'école.

Ainsi pour les auteurs (Broussouloux et Houzelle- Marchal, 2006), l'éducation contribue au maintien de la santé et, la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages. Les auteurs s'accordent sur le fait que, la santé des élèves n'est pas l'affaire des spécialistes mais c'est une affaire de la communauté éducative entière. Les auteurs ici insistent que, l'école doit assurer une éducation à la santé aux élèves tout au long de la scolarité en articulation avec les enseignements. Il s'agit donc d'un travail d'équipe qui implique tous les acteurs de l'école, mieux encore une responsabilité commune de l'école autour de la santé des élèves.

II.1.5.2. Education à la santé et mission de l'école

Pour (Jourdan, 2007) c'est en référence à la capacité de faire des choix claires et responsable que l'éducation à la santé en milieu scolaire est fondée. L'académie de France la définit à la page 106-107 comme toute action « *qui vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables pour lui comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure* ». Cette définition selon Jourdan Didier s'oppose à toute forme de condition.

Dans le cas de la consommation du tabac (Jourdan, 2007) affirme que celle-ci est légale, qu'elle relève d'une liberté individuelle. S'il est légitime que l'école délivre une éducation dans ce domaine ce n'est pas à titre d'interdit légale (comme c'est le cas pour les drogues illicites tel que le cannabis mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen car la consommation du tabac comme des autres substances psychotropes peut générer la dépendance, l'aliénation. L'école est fondée à mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est-à-dire d'être capable de faire des choix responsables. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même. D'être en situation d'exercer sa part de responsabilité envers sa propre santé. (Jourdan, 2004).

Pour arriver à opérer des choix de responsabilité, des connaissances doivent être acquises. Tel que la connaissance de soi et de ses besoins mais aussi connaissances relatives aux effets des psychotropes (Jourdan, 2007). Il pense que les connaissances ne sont pas suffisantes mais il est important d'être capable de choisir, de mettre à distance des stéréotypes (qui associent tabac statut d'adulte ou bien Cannabis et produit jeune, banal et libérant par exemple) et des faits. C'est donc à l'école le rôle de transmettre des activités visant à rappeler la loi, transmettre des connaissances scientifiques relatives aux produits, développer un regard positif sur soi ou la capacité à résister à l'emploi des médias et des paires.

(Broussouloux et Houzelle-Marchal, 2006) l'école vise à répondre aux enjeux éducatifs, aux enjeux actuels de santé physique et plus largement aux préoccupations sociétales.

L'éducation à la santé en milieu scolaire doit s'adapter aux attentes et aux besoins des élèves. En effet son articulation majeure réside sur la prise en compte de leur préoccupation dans leur responsabilisation à participer à être actif et à s'approprier des règles de vie tel que le respect mutuel. C'est pourquoi (Jourdan, 2007) affirme que C'est une discipline transversale (qui trouve difficilement sa place dans les enseignements). Pour comprendre la mission de l'école au sujet de la santé, il est important pour nous de faire un rappel historique des préoccupations scolaires des problématiques de santé.

II.1.5.3. Perspective historique de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

II.1.5.3.1. En France

L'histoire de l'éducation à la santé à l'école a intéressé de nombreux chercheurs, issus des sciences de l'éducation et de l'histoire (Parayre, 2011) depuis le siècle des lumières jusqu'aujourd'hui. En effet depuis le XVIII^e siècle, les médecins en France s'intéressent aux maladies infantiles. A partir de cette période l'éducation n'est pas isolée des préoccupations de santé (Parayre, 2011). Au cours de ce siècle, notamment des années 1770 les infirmiers commencent à se généraliser dans les lycées, il est question de prendre soins de la santé des élèves dans les établissements scolaires. Cette période est marquée par une épidémie de variole, ainsi parents et pédagogues conscients de ce désagrément, se mettent ensemble pour envisager des solutions et garantir la réussite des élèves (Julia, 1984) ; (Marchard, 1987).

Le XIX^e siècle représente quant à lui le siècle des grands chantiers de l'hygiène à l'école en France. (Simar, berger, Quiet- Sylvain, Parayre et Jourdan, 2011). L'hygiène peut être définie comme l'ensemble des principes permettant de conserver la santé des locaux et la propreté corporelle et la protection contre les épidémies. Pour ces auteurs c'est durant cette période que la médecine scolaire monte en puissance dans les écoles. Durant les années 1930, les médecins vont intervenir dans les lycées en temps d'épidémie et d'indispositions graves.

Toute fois ces médecins vont revendiquer une certaine préservation de la santé des élèves et vont donc parler « l'hygiène scolaire » (Parayre,2010). Ici on assiste à l'enseignement de l'hygiène due à de nouvelles conceptions, de pratiques et des préoccupations de santé. On enseigne l'hygiène à tous les niveaux de l'enseignement (primaire, secondaire...). Ce mouvement hygiéniste a connu deux grandes périodes selon (Parayre, 2010) : d'abord celui des années 1930. Parayre affirme que durant ces années, l'Etat français avait pour objectifs la protection de l'enfant contre les épidémies, à promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique de l'exercice physique. A partir des années 1960, l'hygiène scolaire est marquée par l'influence (biomédicale, et la montée en puissance de la médecine scolaire et les tâches d'enseignement sont confiés aux médecins dans les établissements (scolaire, primaire, secondaire, normal). L'hygiène scolaire est composée aux cours de la formation des instituteurs et institutrices. L'éducation à l'hygiène au cours de cette période a pour but de former des citoyens responsables, résistant et instruit (Parayre, 2010). L'hygiène participe aussi au bien-être de l'individu et du futur citoyen. Toute fois dans cette

hygiène se dégage une forme d'inégalité car les moyens sont repartis de façon inégale entre les établissements scolaires (Guiet-Sylvain, Jourdan, Simar, PIZON et Berger, 2011).

A partir des années 1950, on assiste à une transition de l'hygiène scolaire à l'éducation à la santé (Pizon et Jourdan, 2009), (Michard, 2009). Il ne s'agit plus simplement de correction physique, de protection contre les épidémies, de la lutte contre les fléaux sociaux, il s'agit d'inclure des informations scientifiques dans les programmes de biologie et de la vie familiale, d'informer et d'éduquer à la sexualité d'autre part (Michard, 2009). L'auteur continue en précisant que c'est durant cette année qu'on assiste à l'apparition du concept « *éducation à la responsabilité sexuelle* » qui est promu de façon facultative dans les établissements scolaires.

Cette transition de l'hygiène à l'éducation à la santé est aussi influencée par l'apparition de la promotion à la santé en 1986 par l'OMS. Cette nouvelle conception de la santé viendra permettre de passer la conception biomédicale de la santé à une conception globale de la santé. Il s'agit d'un développement de compétence psychosociales d'une utilisation normale de ses propres ressources par l'élèves (Tones, 2005) ; (Tones et OXFORD, 1994) cité (Quiet Silvain, Jourdan, Simar, Pizon et Berger, 2011).

A partir de l'année 2001, l'école entre dans une politique de santé en faveur des élèves, dont l'objectif est de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite, de les accompagner à la construction de leur vie individuelle et collective (Guiet-Sylvain, Jourdan, Simar, Pizon et Berger, 2011). Ici, c'est toute la communauté éducative qui est concerné par la santé des élèves. Les pratiques en éducation à la santé dans les milieux scolaires ne sont pas une affaire disciplinaire mais, une préoccupation interdisciplinaire qui, regroupe tous chercheurs. Bien plus, c'est, une préoccupation internationale pour répondre aux attitudes de santé des élèves en France.

L'éducation à la santé en France en milieu scolaire a été marquée par de nombreux changement qui sont dus aux épidémies et, aussi aux préoccupations internationales impulsées par l'OMS pour répondre aux besoins de santé des élèves. Les différentes mutations de la santé à l'école ont aussi touché l'Afrique et le Cameroun en particulier.

II.1.5.3.2. En Afrique et au Cameroun

(Nyane, 2017 P. 84) affirme que « *le développement économique d'une région ou d'un pays dépend étroitement de la santé de sa population, raison pour laquelle le bien être des peuples colonisés, retient de plus en plus l'attention de l'administration* ». Cette affirmation nous permet de dire que l'évolution de l'école s'est faite étroitement avec la santé à l'école. L'éducation à la santé dans les écoles africaines est marquée par deux périodes à savoir : la période précoloniale avec les mouvements hygiéniste hérités de la métropole française et des injonctions sanitaires internationales. Et la période post coloniale marquée par les campagnes de vaccination, les orientations internationales de politique de santé publiques liées au pandémies (VIH/SIDA et COVID 19) (AYAMGMA, 2022).

En Afrique équatoriale française l'éducation à la santé et à l'hygiène s'inscrit dans le sillage de « *l'idéologie coloniale* » (AYANGMA, 2022). Dans les territoires coloniaux d'Afrique, les débuts de la scolarisation riment avec l'enseignement de l'hygiène.

L'enseignement de l'hygiène a pour but de favoriser rapidement les colonies économiquement. Cet enseignement a encore pour objectifs d'assurer un essor rapide de l'éducation à l'hygiène outil essentiel de développement de la métropole (Ayangma, 2022). Il fallait donc que les africains soient en bonne santé afin d'être plus fort et de résister au travail.

L'auteur ajoute qu'avec l'arrivée des organisations internationales en Afrique pendant la première moitié du XXe siècle tel que l'OIHP en 1907 et l'OMS en 1945, on assiste à l'internalisation des enseignements d'hygiènes. Avec les organisations internationales, la santé devient un bien tant dans la métropole que dans les colonies. Il s'agit là de la période d'internationalisation de l'éducation à la santé dans les écoles. Les grands organismes de santé vont influencés les politiques de santé nationale des pays africains. Le but étant d'améliorer les conditions de vie de toute la population mondiale. Ici les principaux intervenants étant les médecins qui avaient pour rôle d'assurer les enseignements d'hygiène et des dispensaires scolaires. On assiste alors à l'enseignement des règles d'hygiènes, (du lavage des mains, à la coupe des cheveux et des ongles, à l'hygiène alimentaire). Les cantines scolaires sont même mises en place (Ayangma, 2022). L'enseignement de l'EPS est introduit en 1953.

Dès le lendemain des indépendances, on assiste en Afrique à une continuité relative que (BAYARD et ROMAIN, 2006) appellent « *transaction hégémonique* ». Les autorités commercèrent à introduire dans les classes des cours d'éducation à la sexualité selon les

prescriptions de (l'OMS, 1973). Cette transmission des enseignements en éducation à la sexualité est due à la recrudescence des MST, des grossesses précoces etc.

A partir des années 1970 les grandes campagnes de vaccination sont lancées par l'OMS. Aux cours de ces campagnes l'école joue un rôle majeur pour faire tomber les résistances aux maladies. C'est le cas en 1974 avec les programmes élargis de vaccination (PEV) mises en place par l'OMS, l'école devient un relais pour promouvoir ces campagnes de vaccination auprès des populations afin de faire tomber les réfractaires et de lutter contre les maladies infantiles (Ayangma, 2022).

Au Cameroun en particulier, pendant la période post coloniale, ce sont toujours des personnels de santé (médecins et infirmiers scolaires) qui continuent la diffusion des savoirs et savoir-faire en santé à l'école (Ayangma, 2022). La santé scolaire est marquée à partir de la fin des années 1980 par une grave crise économique qui va impacter les institutions et les populations en générale. On a pendant cette période une multiplication des établissements et un retrait du personnel médical dans le milieu scolaire (Nyane, 2017). Ainsi les enseignements d'hygiène et de santé sont transmis par les enseignants de biologie. Le début des années 2000 sont marqués par la pandémie du VIH/SIDA. A l'école, les contenus des programmes d'éducation à la sexualité sont inclus dans le programme de biologie, elles s'articulent autour des connaissances scientifiques relatives aux IST et VIH/SIDA (Wafo, 2012). La réforme des programmes avec les APC est le fruit de la coopération internationale. Cette réforme a pour but de s'arrimer aux standards internationaux d'éducation à la santé. A cet effet, le Cameroun introduit dans les manuels scolaires de SVT de l'enseignement secondaire une partie consacré ou intitulé « *éducation à la santé* » depuis les années 2010. Donc l'éducation à la santé devient une sous discipline de la SVT recouvrant des thèmes d'enseignement. (Ayangma, 2022)

Cette perspective historique nous permet de comprendre que tant en France qu'en Afrique et au Cameroun en particulier, l'éducation à la santé à évoluer au fil des changements sociaux. Ces changements sont dus pour la plupart aux crises sanitaires (variole, tuberculose, VIH/SIDA, COVID 19), aux politiques internationales de santé et crises sociale et économiques en Afrique et au Cameroun de manière spécifique.

Historiquement l'éducation en milieu scolaire se résumait en approche thématique. Ce qui veut dire qu'on étudiait de façon morcelé et isolée les questions spécifiques de la santé (Tabagisme, alcoolisme...) (St Leger 2010). Cela apparait encore aujourd'hui dans certaines des initiatives adoptées dans les écoles par rapport à des questions comme par la

consommation des produits psychoactifs. Pour St Léger, une telle approche est inefficace dans la mesure où elle repose parfois sur des hypothèses concernant l'adoption des comportements qui sont difficiles à justifier et ne sont pas corroborés par des données probantes. Car les différents comportements interagissent entre eux. Exemple il existe une interaction entre les comportements sexuels à risque et la consommation des produits psychotropes. Pour (St Leger, 2010) l'approche thématique a pour risque de survaloriser le seul niveau individuel et au détriment de l'environnement social, dont le rôle majeur est d'adopter des comportements sains : l'approche thématique repose sur des savoirs entièrement rationnels, qui présuppose que le comportement humain est entièrement rationnel. La dimension émotionnelle est ici ignorée et négligée. Bien que l'approche thématique apparaisse toujours comme importante, il s'agit ici de garantir que lorsqu'un thème est examiné, les relations possibles avec les autres thèmes sont établies, à la fois dans la classe et dans la vie de l'écoles (St Leger, Young, Blanchavel et Perry, 2010). Cela permet aux élèves de faire un lien entre la thématique traitée et les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels ils vivent. A cet effet dans le cadre des « écoles promotions de santé » il existe des thèmes susceptibles de réunir plusieurs sujets à la fois, au niveau théorique et pédagogique. Pour (St Leger, 2010) les savoirs et les compétences personnelles, sociales et civiles que nous voudrions voir développer par les jeunes dans le cadre des écoles promotrices de santé peuvent être communes à tous les thèmes de santé. Il s'agit par exemple, de la confiance en soi ou de la capacité à réfléchir de manière critique sur son propre rôle en tant qu'individu, dans une société complexe qui véhicule des valeurs contradictoires en matière de santé.

II.1.5.4. Perspectives internationales en éducation à la santé :

De plus en plus des recherches s'intéressent à l'éducation à la santé du point de vue des acteurs et s'efforcent d'éclairer les déterminants de leur pratique, tel que le rôle de la formation des enseignants (Pizon et Jourdan, 2009) (Simar, 2010) ou bien celui des dynamiques collectives de travail (Merini et al, 2010). De même aussi, le sens que peut avoir la notion de santé pour chaque individu est questionné, et le sujet qui est remis au centre des préoccupations, ainsi que l'autonomie que peut avoir les élèves qui, peuvent être acteurs de leur projet dans le changement de leur comportement (Bury, 1998) (Guirdon, 1998) (Klein, 2010). Dans le cadre de nouveaux enjeux en éducation à la santé, les chercheurs s'accordent à tenir compte de la complexité de cette problématique dans l'étude des modalités des impacts de ces dispositifs (Pommier et al 2010) (Vandoorne, 2007) et (Vial, 2004). C'est aussi le cas

dans la recherche des interventions en éducation à la santé où on cherche à comprendre le point de vue des acteurs, et les nouvelles modalités de pratiques (Merini et Ponté, 2008) (Jourdan, 2007 P. 55) affirme : « *c'est autant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents pendant plusieurs décennies et comme espace privilégié d'éducation que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé. Il a agi sur plusieurs déterminants à la santé via trois domaines ; l'environnement physique et social de l'école, le lien au système de soin et les apprentissages* ». Aujourd'hui donc il y'a un consensus dans la bibliographie internationale dans la mesure où les programmes thématiques ne sont plus à même de répondre aux problèmes de santé en milieu scolaire (OMS, 2006) ; (Saint Leger et al, 2007). La santé se place dans une perspective d'émancipation de possibilité de réussite de tous les élèves (Simar et Jourdan, 2007). Actuellement dans le plus part des pays, les politiques éducatives font encadrer leur système éducatif par le référentiel de promotion de la santé. Ainsi en France, le cadre de référence des politiques scolaires dans le système éducatif est principalement celui de la promotion à la santé, avec des déclinaisons nationales et locales comme : écoles promotrices de santé (OMS, 1996) ; Young et William, 1989). Dans la plupart des pays anglo-saxons on parle d'éducation à la santé global (Kolbe, 1993) ou école et santé au Québec (Ministère de l'éducation, du loisir et du sport du Québec, 2005)

Ainsi la posture actuelle de l'OMS en matière d'éducation à la santé selon (Stewart Bron, 2008) cité par (Simar et Jourdan, 2010) est que pour être efficace une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine, relatif à la santé et, tendre vers une prise en compte de tous les domaines de la vie de l'élève dans l'établissement. On parle ici d'une démarche globale ou éducative et non plus simplement informative et préventive de l'éducation à la santé.

Il ne s'agit plus simplement d'inculquer à l'école des connaissances scientifiquement rationnelles mais de préparer l'élève à assumer pleinement ses responsabilités de santé. L'approche préconisée par les chercheurs en éducation à la santé est donc une approche éducative de santé qui, se base sur des démarches multifactorielles pour répondre efficacement aux besoins des élèves en milieu scolaire. (Jourdan et Bougeoirs Victor, 1998). L'éducation à la santé en Milieu scolaire repose sur trois caractéristiques fondamentales selon l'OMS.

II.1.5.4.1. Le partenariat

(OMS, 1997) et (OMS 2002) accordent une place importante à l'action partenariale. (Merini, 1999) définit le partenariat comme « *le minimum d'action commune négocié visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnue comme commun* ». Pour (Calas, 2013) la négociation est un véritable enjeu de la relation partenariales. En l'absence du partenariat on fait face à d'autres formes de relation : la commandite, la délégation ou la sous-traitance (Bizzoni- Prévieux, 2011). Dans le cadre d'un partenariat efficace l'impact est plus important auprès de la population cible, les actions sont plus adéquates, plus cohérente, les réponses ou les résultats sont plus adaptées aux besoins de la population (Prat, 2003). Dans une logique de complémentarité l'école doit développer des relais dans d'autres domaines qui ne relèvent pas de sa mission, il doit développer des partenariats avec son environnement locale, régionale et même internationale (Broussouloux et Houzelle- Marchal, 2006). Ces partenaires doivent avoir des compétences, des complémentarités avec le projet (appui méthodique, foncier, animation de certaines interventions). Les parents sont aussi des partenaires avec, les équipes d'encadrement au sein de l'école. Ils jouent un rôle déterminant dans l'analyse des besoins et du suivi des projets.

II.1.5.4.2. Les compétences psychosociales

Les compétences psychosociales peuvent se définir selon l'OMS (1993) comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à se maintenir dans un état de bien être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et avec son environnement* ». Ces compétences psychosociales permettent à l'élève de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable afin d'affronter les conflits qu'il fera face (Jourdan, 2007).

II.1.5.4.3. Le travail par projet

Pour Broussouloux et Houzelle-Marchal (2006), le développement des compétences psychosociales efficaces ne peuvent se faire que par l'élaboration des projets en éducation à la santé. Pour les auteurs « *la mise en œuvre d'un projet d'éducation à la santé dans un établissement scolaire s'intègre et contribue à son niveau à la mise en œuvre de la politique de santé publique* » P30. Il est important alors selon ces auteurs, que le projet s'articule au politique de santé publique (le thème doit cadrer avec les principales questions de santé publique). Mettre le projet en œuvre selon une démarche qui lui garantissent toutes les

chances d'aller jusqu'au bout. Pour (Jourdan et Bourgeois-Victor, 2008) un projet en éducation à la santé doit être globale dans le sens qu'il prend en compte tous les aspects de la vie de l'enfant et transdisciplinaire dans le cadre de l'éducation à la citoyenneté (FAO, 2007).

II.1.6. Les objectifs généraux de l'éducation à la santé à l'école

Selon les déclinaisons dans des programmes nationaux ou locaux et dans les écoles promotrices de santé (OMS, 1996), les objectifs sont sous tendus par une approche globale. Il vise à garantir la réussite scolaire de tous les élèves de la maternelle à la terminale. Les objectifs sont :

- Améliorer les conditions de vie quotidienne au sein d'une école et aux établissements en apportant une attention particulière aux espaces de vie ;
- Porter une attention particulière aux relations interpersonnelles ;
- Contribuer à la réussite et faciliter l'apprentissage ;
- Intégrer la santé dans les activités courantes à l'école, dans le cursus scolaire et dans les critères d'évaluation des projets pédagogiques et des actions éducatives en faveurs de la santé ;
- Promouvoir la participation des élèves ;
- Impliquer l'élève dans les projets et actions de l'école promotrice de santé, le rendre acteur et responsable favorisant sa réflexion face aux enjeux de la santé individuelle, collective et environnementale (Vandoorne, 1998).
- L'éducation à la santé permet à l'individu de faire preuve d'esprit critique face aux problèmes qu'il rencontre ;
- D'acquérir les compétences dont il a besoin pour jouer un rôle dans la société ;
- D'être associé à la définition des problèmes ;
- D'envisager de résoudre des problèmes ensemble ;
- De s'adapter à des situations qui évoluent ;
- De cultiver les ressources individuelles et collectives pour résoudre les problèmes.

II.1.6. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé en milieu scolaire

Les prescriptions institutionnelles sont un déterminant capital en matière d'éducation à la santé. La prescription peut se définir comme tout ce que l'institution scolaire définit et communique au professeur pour l'aider à concevoir, à organiser et à réaliser son travail. Cette prescription joue un rôle capital (Pizon et Jourdan, 2009). Ils affirment cependant que si la

prescription destinée aux enseignants se traduit en premiers lieu sous la forme des programmes scolaires, elles ne se limitent pas pour autant à encadrer le volet didactique de l'activité des enseignants en référence aux disciplines enseignées à l'école, au collège ou au lycée. Elle concerne aussi la dimension éducative du métier notamment. Ils parlent de « *formes scolaires non disciplinaire* » auquel se rattache l'éducation à la santé. Pour

(Goigoux, 2007) l'activité des enseignants est : « *le résultat d'un compromis entre les rationalités multiples : les objectifs didactiques et pédagogique des enseignants, leur propre but subjectif ainsi les contraintes et les ressources de leur milieu de travail* ». Penser l'activité enseignante signifie qu'il faut dépasser le simple cadre de référence de l'implémentation pour aller vers la prise de conscience du professeur comme un acteur à part entière (Pizon Jourdan, 2009). Les prescriptions scolaires se traduisant comme des programmes scolaires qui ne sont pas les seuls déterminants du travail de l'enseignant.

La pratique enseignante peut se définir à trois niveaux selon (Schoin, 1987). A savoir :

- ❖ Un premier sur le plan technique (technical action). Qui portent sur l'attention et l'efficacité des moyens utilisés pour atteindre le but fixé ;
- ❖ Un second qui découle directement du premier (practical action) qui vise à analyser l'activité d'enseignement sous l'angle des présupposés, des intentions éducatives et des conséquences observées. Son but est la compréhension des actions et des intentions éducationnelles ;
- ❖ Le troisième niveau (critical action) situe l'action en fonction d'enjeux socio-politique plus large.

Aujourd'hui la plupart des chercheurs en éducation à la santé s'accordent sur la forme non scolaire de l'éducation à la santé (Martinand, 2003). C'est une matière transversale au même titre que l'éducation à la citoyenneté ; à la sécurité ; à l'environnement... Ici l'approche multifactorielle est préconisée au profit de l'approche thématique de l'éducation à la santé. Des études tel que celle de (UIPES, 2010) ont montré que les approches thématiques ne répondent pas toujours avec efficacité aux problèmes de santé des élèves dans la mesure où les différentes composantes de santé interagissent entre eux. Par exemple chez l'adolescent il existe un lien entre pratique sexuelle à risque et consommation de psychotropes. A cet effet une étude thématique ne permettra pas d'avoir des réponses plus globales qui serait plus efficaces. Bien plus pour UIPES, l'approche présuppose que le comportement humain est entièrement basé sur les savoirs et la rationalité. La dimension émotionnelle étant quand elle largement négligée.

II.1.6.1. Une approche didactique de L'éducation à la santé dans les manuels scolaires

Les manuels scolaires dans la culture professionnelle des enseignants sont très capitaux (Gerard et Boegiers, 1993 ; bruillard, 2005, Lebrun, 2006). Le manuel est perçu comme un outil indispensable pour l'enseignant lors de la préparation de ses cours. Il est vu comme un « *garde-fou* » du programme, un outil de mise en œuvre des programmes, une aide pour la progression une banque d'outil, d'exercice, de devoirs, de définition, une ressource documentaire, (Khzami, 2012). Les manuels scolaires sont des outils de transmission des normes et des valeurs, ils permettent la construction de la personne, le développement de la personnalité par les modèles transmis implicitement ou explicitement. Ce sont des prescriptions institutionnelles éducatives. Elles transmettent des savoirs savants à l'aide des transpositions didactiques.

En France et au Canada

Les programmes scolaires contenus dans les manuels sont souvent le fruit du système éducatif qui est enraciné dans une histoire et appartenant à une culture spécifique. En effet, toute réflexion sur l'éducation à la santé est nécessairement bornée, c'est-à-dire circonscrite par l'histoire, la culture, les programme du pays dans laquelle elle est enseigné (si bien qu'elle diffère d'un pays à l'autre (Bizzoni-Prévieux, 2006).

Dans une étude comparative des pratiques en éducation à la santé au Québec et France, il a été reconnu que l'éducation à la santé en France est fortement marquée par le paradigme de son école républicaine. L'éducation à la santé est greffée sur le rapport à l'autre donc orientée vers la citoyenneté. En France, les prescriptions en matière d'éducation ont changé au fil de l'histoire. Elles sont passées des mouvements hygiéniste du XIXe siècle et XXe siècle qui consiste à éviter les « mauvais » comportements pour adopter des « bons » comportements (Nourison, 2002). Cette approche hygiéniste a progressivement laissé place à l'apprentissage de la liberté et de la responsabilité (Jourdan, 2004). Ainsi en France l'éducation à la santé trouve sa place moins dans les fléaux ou dans les problèmes de santé publiques, mais dans une éducation à la citoyenneté qui intègre la santé (Pizon et Jourdan, 2009). Le (Ministère de l'éducation nationale, 1998) en France a fait de l'éducation à la santé une composante de l'éducation à la citoyenneté. Elle se conçoit actuellement dans la perspective d'apprentissage de la liberté et du vivre ensemble plutôt que d'intégration des concepts normatifs OMS (2002).

Au Canada, l'éducation à la santé à l'école se situe à deux niveaux celui du domaine d'apprentissage du développement personnel par le biais de l'éducation physique et à la santé. Selon une compétence disciplinaire où l'enfant est amené à adopter un mode de vie sain et actif. Et celui du domaine général de formation intitulé santé et bien-être, qui est sous la responsabilité de l'équipe école. L'intention éducative ici est d'amener l'élève à développer des comportements de vie sain sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité (Ministère de l'éducation du Québec, 2001). Au Québec la démarche « *école en santé* » a vu le jour en 2023. Elle s'organise à partir des principaux facteurs individuels et environnementaux favorables à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. Elle est centrée sur la prévention de certaines difficultés pouvant compromettre le développement des enfants, comme le stress, le décrochage scolaire, la détresse, les comportements violents, les dépendances etc. Selon (Broussouloux et Lamoureux ,2007) la démarche s'appuie sur des actions variées, intensives et continues, elle fait appel à des stratégies multiples qui visent non seulement les jeunes eux même mais aussi leurs milieux de vie (l'école, la famille et la communauté) pour obtenir un impact plus optimal.

Au Canada, les écoles, les divisions scolaires, les chercheurs, les gouvernements et les organisations non gouvernementales appuient l'approche globale de la santé en milieu scolaire, s'efforçant tous d'atteindre un but commun visant l'amélioration de l'éducation et le bien – être des enfants canadiens. Selon le Manitoba qui est un membre actif du consortium depuis la création du programme il s'agit de renforcer la collaboration parmi les provinces et territoire du Canada et appuyer l'adoption d'approches de la santé dans tout le pays. Au Canada on utilise plus la terminologie « *école-santé* » ou « *le programme coordonné de promotion de la promotion à la santé en milieu scolaire* ». Le Manitoba affirme qu'importe les concepts utilisés la priorité restent la même. Ils sont tous fondés sur la Charte d'Ottawa et axés sur l'amélioration de la santé et de l'éducation des enfants.

Au Cameroun

Au Cameroun l'éducation à la santé est encore dispensée suivant une approche thématique. Il s'agit ici des problèmes des problèmes émanant de la santé publique, des connaissances des connaissances scientifiques sur les maladies et les appareils du corps humains. AU Cameroun, suivant les récentes réformes engagées au début des années 2000, (Ayangma 2022) fait remarquer que, les nouveaux programmes tiennent compte des standards internationaux des APC. (Ayangma, 2002) après avoir analysés les fiches de progressions

2021- 2022, il ressort que les enseignements de l'éducation à la santé se pratiquent en SVT de la sixième en terminale (les programmes portent ainsi sur les connaissances biologiques de certains appareils du corps humains, les maladies (l'alimentation, les MST/ SIDA, l'hygiène etc.). l'auteur continue en affirmant que les pratiques, la nature des connaissances en éducation à la santé n'a pas changé depuis l'époque coloniale dans les établissements scolaires du Cameroun.

II.1.6.2. Les actions en éducations à la santé

L'éducation à la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences à comprendre l'information et de l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. En ce sens la vulgarisation des connaissances scientifiques ne suffit pas. En matière d'action de proximité l'éducation à la santé utilise des méthodes et des outils validés favorisant l'expression des personnes, en leur permettant d'être associés à toutes les étapes des programmes, du choix des priorités, à l'évaluation. Elle est accessible à tous et a le souci permanent de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé (L'éducation pour la santé, un enjeu de santé publique, 2011). Les actions en éducation à la santé sont des initiatives développées localement dans un cadre précis (écoles par exemple) pour une population donnée (Broussouloux, Houzelle –Marchal 2006). Cette affirmation se justifie par (Wafo, 2012) dans ce sens que l'éducation à la santé est une forme d'éducation transversale, non disciplinaire. Cette forme de discipline favorise une approche sociale et éducative, plutôt qu'une forme de discipline traditionnelle donc les visées sont centrées sur la transmission des connaissances.

Pour (Lebeaume, 2010 P. 186) les éducations à..., comme la santé privilégient la confrontation individuelle ou collective des conduites ou des pratiques familières ainsi que leur mise en discussion et... Sont visées : les expériences personnelles et sociales, individuelles et collective avec les enjeux de prise de conscience, de responsabilité et de développement de leur empowerment ou capacitation. « *Les éducations à* » s'inscrivent alors dans une pédagogie d'action offrant la possibilité de construire des savoirs, des aptitudes et des capacités à développer. Ces éducations à..... font aujourd'hui partir des missions de l'école (éducation à la santé, à l'environnement, au média, à l'environnement) des enseignants. Toutes fois elle peine à trouver leur place dans le champ scolaire (lange et

Victor, 2006). Les actions en éducation à la santé à l'école sont multifactorielles et multisectorielles, comme le veut le concept de santé communautaire (OMS, 1986). D'où la dimension interdisciplinaire de l'ES qui lui confère son caractère transversal.

II.1.7. L'interdisciplinarité en éducation à la santé à l'école

L'interdisciplinarité est l'art de faire travailler ensemble des personnes ou des équipes issues de diverses disciplines scientifiques. Sur une base pluridisciplinaire, l'interdisciplinarité marque le pas dans la mise en interaction de deux ou de plusieurs disciplines. Le préfixe inter signifie bien que c'est « entre, soit la relation de réciprocité entre plusieurs disciplines dans laquelle on se situe pour décrire, analyser et comprendre la complexité d'un objet d'étude commun (Darbellay, 2011). Pour Darbellay, l'interdisciplinarité va au-delà de la juxtaposition de plusieurs points de vue disciplinaires différents et complémentaires. Elle vise la collaboration entre spécialiste d'horizons disciplinaires différents, complémentaires, voire l'intégration entre les disciplines.

Pour (Darbellay, 2011) l'interdisciplinarité désigne une façon particulière d'interroger le savoir pour qu'il ne voile pas la vérité sous l'horizon totalitaire de ses acquisitions. Pour l'auteur, elle ne peut réaliser cette tâche que dans une confrontation de plusieurs disciplines à propos ou à partir d'un même objet d'étude. C'est une façon originale que les spécialistes se proposent pour comprendre un objet donné. C'est donc sous une approche interdisciplinaire que les auteurs apprécient son double aspect qui est la prise de conscience de sa relativité et la découverte de sa radicale spécificité (Schlanger, 1992). (Barrhes, 1984) affirme que la nouveauté de l'interdisciplinarité « *ne provient pas forcément du renouvellement intérieur de chaque discipline prise en elle-même, mais plutôt de leur rencontre au niveau d'un objet qui par tradition ne relève d'aucune d'elle* » pour (Darbelly, 2011) la mise en commun des compétences et des savoirs disciplinaires peut avoir lieu à des niveaux différents d'interactions : il s'agit notamment d'opération de transfert, d'emprunts de concepts ou des méthodes d'un champs scientifique à l'autre. De mécanisme d'hybridation ou de croisement entre les disciplines, voire la création de nouveaux champs de recherche par cryptage de deux ou plusieurs disciplines. Selon (Darbelly 2011) le processus de mise en dialogue des disciplines nécessite que chacune en coprésence mobilise ses compétences et ses outils d'analyse, tout en s'ouvrant aux méthodes des autres. L'objet de connaissance, complexe et émergent, est ainsi Co-contrait dans et par le processus interdisciplinaire sur la base des

compétences existantes, tout en étant inductibles dans l'un ou l'autre points de vue des disciplinaires concernées. Il existe des concepts proches de l'interdisciplinarité telle que la pluridisciplinarité et la transdisciplinarité.

La pluridisciplinarité consiste en l'étude d'un objet par plusieurs disciplines. Pour (Paul, 2003) dans une démarche pluridisciplinaire, il y'a un enrichissement de chaque discipline au contact des autres.

La transdisciplinarité s'appuie sur l'idée de fluctuations de frontière entre les disciplines. Elle s'intéresse à ce qui est entre », à « ce qui traverse » et à ce qui est « au-delà » des disciplines (Nicolescu cité par Groussin et Mack, 2013). Pour (Paul, 2003) elle signifie le passage à un niveau de réalité. Et nécessite l'élaboration des schémas cognitifs qui peuvent traverser les disciplines (Morin, 1994). C'est donc une démarche transversale.

L'interdisciplinarité est reconnue pour résoudre des questions complexes et globales (changement climatique, santé publique, crise globale) (Ledfrod, 2015).

- Genèse de l'interdisciplinarité

Le concept d'interdisciplinarité est articulé sur le concept de discipline qui se définit selon (Morin, 1994) comme une discipline scientifique. Selon Morin (1994) c'est une catégorie d'organisation au sein de la connaissance scientifique, elle y institue la division et la spécialisation du travail et elle répond à la diversité des domaines qui recouvrent les sciences. Bien qu'englobée dans un ensemble scientifique plus vaste, une discipline targue naturellement à l'autonomie, par la délimitation de ses frontières, le langage qu'elle se constitue et éventuellement par les théories qui lui sont propres. Pour Morin la délimitation a permis la phase dite de modernité de la recherche scientifique qui a succédé à la phase classique où « *tout le monde pensait sur tout* » avec une grande dispersion de l'énergie. (Calas, 2013) l'interdisciplinarité serait née dans la seconde moitié du XXe siècle dans le contexte de la multiplication des domaines disciplinaires. Chez les anglophones le mot « *interdisciplinarity* » se repend au début du XXe siècle notamment avec son apparition dans sa première citation dans l'oxford english dictionary en 1937. R Franck par (Ledfrod, 2015) exprime qu'en août 1937 dans un rapport aux Social Science research Council des Etats-Unis, un sociologue de l'université de Chicago pense que l'interdisciplinarité est l'un des concepts bateau ou slogan qui devrait être examiné de manière plus critique. En 1970, le concept d'interdisciplinarité est plébiscité et n'a cessé de croître depuis. Ceci s'explique par Vincent

La Rivière qui estime que les bibliothèques offrent un éventail de choix de lecture qui facilite l'accès d'une discipline aux chercheurs d'autres disciplines. De plus, l'explosion d'internet à la vingt du XXe siècle va encore améliorer l'accès des chercheurs et du publique à des revues de nombreux champs disciplinaire (Ledford, 2015).

Depuis 1990, la recherche s'intéresse de plus en plus à des questions globales et nécessairement interdisciplinaire tel que la nutrition, la protection la gestion de l'environnement, la santé publique qui ne peuvent pas être résolue par une seule discipline. (Ledford, 2015) en 1997 « *sur la nouvelle production du savoir* » parrainé par le conseil suédois pour la planification et de la coordination de la recherche (SAGE) prédit une interdisciplinarité croissante au sein d'une science qui va chercher à résoudre des questions socialement pertinentes. Ce livre selon La Rivière a influencé la rédaction du 5^e PCERD (cinquième programme cadre de financement de l'UE de 1998 en 2002 qui a nettement encouragé la recherche interdisciplinaire (Ledford, 2015). En 2004 les US nationale académies publient un rapport intitulé « *facilité la recherche interdisciplinaire* » qui, invite les institutions à baisser les obstacles qui freinent ces approches (permettant des flexibilités de financement permettant encore des coûts partagés entre plusieurs départements) (Ledford, 2015).

II.1.7.1. L'interdisciplinarité une réponse à l'hyperspécialisation

Pour (Morin, 1990) la vertu de délimitation du champ du savoir de la logique disciplinaire a pour contre point l'hyperspécialisation et une tendance à la classification de l'objet étudié, avec le risque d'oublier qu'il est extrait et construit, Morin (1990) affirme que que la frontière disciplinaire, son langage et ses concepts propres vont isoler la discipline par rapport aux problèmes que cherchent les disciplines. L'esprit hyper disciplinaire va devenir un esprit de propriétaire qui interdit toute incursion étrangère dans sa parcelle de savoir (...) on peut néanmoins dire très rapidement que l'histoire des sciences n'est pas seulement celle de la prolifération des disciplines mais en même temps celle de la rupture des frontières disciplinaire, d'empiétement d'un problème d'une discipline sur une autre, de circulation de concepts, de formation de discipline hybrides qui vont finir par s'autonomiser, enfin c'est aussi l'histoire de la formation de complexes où différentes disciplines vont s'agréger et s'agglutiner.

Ainsi même si l'histoire des sciences est majoritairement disciplinaire, les chercheurs actuellement s'accordent sur l'importance de l'interdisciplinarité avec ses corollaires qui sont la transdisciplinarité, la pluridisciplinarité pour répondre aux problèmes complexes, globaux du monde actuel. C'est le cas de l'organisation des colloques, des séminaires, des symposiums où les chercheurs de différentes disciplines sont conviés.

II.1.7.2. L'interdisciplinarité à l'école

L'interdisciplinarité permet le dialogue des savoirs et des méthodes disciplinaires autour d'un même objet, c'est un dialogue et un échange de connaissance, d'analyses entre deux ou plusieurs disciplines. C'est une interaction disciplinaire entre les spécialistes.

La construction d'une compétence repose entre autres, sur un dialogue constructif entre différentes ressources de nature diverse et appartenant à des domaines différents (Jonnaert, barrette Baufrachi, Masciatra, 2004). Pour ces auteurs la situation espace complexe de développement des compétences, suscite par nature des démarches interdisciplinaires. Ils affirment que « *l'interdisciplinarité est donc au cœur d'une problématique circulaire, conçue selon une logique de compétence* ». Cette dimension interdisciplinaire vient remettre en question le caractère traditionnel d'organisation de l'école dans le classement de quelques domaines disciplinaires.

Selon (Fourez, 2002) les situations nécessitent des réponses interdisciplinaires à travers des constructions intégrant plusieurs savoirs disciplinaires. C'est donc pour (Fourez, 2002) les réponses qui revêtent un caractère interdisciplinaire et non la situation en tant que telle. Pour (Jonnaert, 2004) il n'est plus pertinent d'envisager des catégories étanches dans une logique de construction de compétence. La pédagogie par objectif ne serait plus suffisamment pertinente et est non-sens dans la construction des programmes d'études respectant une logique de compétence. (Jonnaert, 2004) l'interdisciplinarité s'inscrit dans une perspective post modernité car elle permet une prise de conscience de la complexité des objets de savoir. Ainsi « *une logique de compétence s'inscrit dans une orientation de prise en considération de la complexité des situations* » (Jonnaert, 2004, p687).

La pratique interdisciplinaire s'effectue principalement sur le plan scientifique, professionnel, scolaire et pratique (Le noir et sauvé, 1998). Pour (Jonnaert, 2004) citant (Lenoir et sauvé, 1998) l'interdisciplinarité conduite en milieu scolaire a pour but l'établissement de lien de complémentarité ou de coopération, d'interprétation ou d'actions

réciroques, sous divers aspect (finalité, objets d'études, concepts et notions, démarches d'apprentissage et des savoirs chez les élèves). Cela implique une contraction sur l'objet de la part de l'enseignant (interdisciplinarité didactique) et sur le rapport aux processus d'apprentissage (interdisciplinarité pédagogique) (Jonnaert, 2004). Pour (Lenoir et sauvé, 1998) l'interdisciplinarité est un facteur de cohésion entre les différentes ressources convoquées pour le développement des compétences. L'interdisciplinarité aide à mieux construire des compétences, en valorisant des disciplines tout en les transcendant, en les intégrant pour permettre l'émergence d'un nouveau type de savoir.

II.1.7.3. L'interdisciplinarité en éducation à la santé en milieu scolaire

Pour (Broussouloux et Houzelle, 2006), la démarche de projet en éducation à la santé s'intègre et contribue à la mise en œuvre de la politique de santé publique dans un établissement. Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que l'éducation à la santé ne saurait se comprendre sous le prisme uniquement des thématiques morcelées. Mieux encore pour (Calas, 2013) les auteurs s'opposent à une vision disciplinaire de l'éducation à la santé. Ils prônent le renouvellement des pratiques scolaires en éducation à la santé par la place qu'elle donne à l'interdisciplinarité. Pour (Jourdan et Bourgeois-Victor, 1998) un projet peut être pertinent, dans le sens où il prend en compte tous les aspects de la vie de l'enfant, et pluridisciplinaire dans le sens où il est considéré comme éducation à la citoyenneté. En éducation à la santé l'interdisciplinarité est capitale dans le caractère partenarial qui doit avoir entre les différents acteurs du système éducatif. Les experts internationaux de l'OMS, UNICEF, UNESCO, accordent une place importante au partenariat en éducation à la santé, ils ciblent ainsi des partenariats entre professionnels de la santé, de l'éducation qui vont coopérer en intégrant leur démarche, leur analyse pour, mieux répondre à la complexité de la santé des élèves.

La transdisciplinarité permet de construire l'éducation à la santé comme une discipline transversale car permet de transcender les frontières disciplinaires. *Les éducations à...* sont favorisées par l'interdisciplinarité, la transdisciplinarité la pluridisciplinarité. *Les éducations à...* facilitent le changement de comportement, le développement de compétences, d'aptitude que la transmission des connaissances (Wafo, 2012). Et ceci n'est possible que par une pédagogie d'action fondé sur des projets. Cette pédagogie d'action n'est possible que par l'interdisciplinarité. Les éducations à privilégient « *confrontation individuelle ou collective des conduites ou des pratiques familières ainsi que leur mise en question et discussion.* »

(Lebaume, 2010 p186). Elles participent à une pédagogie active dans ce sens qu'elles permettent ou donnent aux individus la possibilité de participer à la construction des savoirs, des aptitudes contrairement aux matières disciplinaires traditionnelles (Wafo, 2012). Les actions en éducation à la santé ne sont pas basées sur un contenu univoque mais elles se construisent autour des disciplines relevant de la biologique, de l'épidémiologie, de la médecine, de la psychologique de la sociologie etc.) D'où son caractère interdisciplinaire. Celui-ci traduit toute la complexité que l'enseignant en éducation à la santé peut avoir dans sa mise en œuvre, car ce dernier est habitué à un corpus disciplinaire bien défini.

L'UNICEF et UNESCO (2008) s'accordent à dire que l'un des moyens de développer des compétences psychosociales est l'interdisciplinarité à travers la coopération, l'entraide, le développement des projets en classe. Ainsi pour (Calas, 2013) l'interdisciplinaire, la transdisciplinarité, la pluridisciplinarité permettent aux organismes internationaux d'envisager l'éducation à la santé dans une approche globale à travers le partenariat, le développement des compétences, la construction des projets dans une approche éducative ou globale.

II.2. Cadre théorique de l'étude

Dans notre travail nous avons mobilisé deux théories qui nous permettent de comprendre comment se déploie l'éducation à la santé en milieu scolaire au lycée d'Ahala. Elles permettent de mieux appréhender les pratiques en éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au lycée d'Ahala. Il s'agit de la théorie de la théorie sociale de Bandura (1974), et la théorie écologique de la promotion du développé par Bronnefenbrenner (1979).

II.2.1. La théorie sociale cognitive

II.2.1.1. Genèse et définition

La théorie sociale cognitive a été fondée par le psychologue canadien Albert Bandoura en 1986. A l'origine Bandoura a appelé cette théorie, la théorie d'apprentissage sociale. Il a modifié le nom d'une part à cause d'autres théories de l'apprentissage social qui, étaient publiées ce qui prêtaient à confusion. Son approche théorique a dépassé le cadre de l'apprentissage pour s'intéresser aux aspects cognitifs influencés par l'environnement : la motivation, la régulation de soi et de ses comportements et la création des systèmes sociaux pour organiser et structurer sa vie (Van Lawge, Kurglanski, Higgi, 2011).

(Bandoura, 1977) cité par (Godin, 2011) reconnaît l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus sur les comportements sociaux. Selon Bandoura, dans cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'explique par deux croyances. Qui sont :

- La croyance en l'efficacité du comportement

Celle-ci consiste à vérifier le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné.

- La croyance en l'efficacité personnelle (Bandoura 1977) : cette seconde croyance tente plutôt de vérifier jusqu'à quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés.

Bandoura pense que, si les individus planifiaient seulement leurs comportements sur la base des informations disponibles sur l'environnement, sans être influencés par les résultats de leurs propres actions, ils ne pourraient survivre.

II.2.1.2. Le renforcement externe et le renforcement vicariant

Dans la théorie sociale cognitive il existe deux formes de renforcement.

- Le renforcement externe

Il réside dans cette théorie des sollicitations extérieures permettant un renversement psychologique de l'attitude, à usage thérapeutique. Le renforcement externe peut lutter contre les comportements déviants. Cette méthode a été expérimentée en 1964 en école primaire de sorte à mener des études sur des enfants ayant tendance à s'exclure à la scolarité (Blanchard, Young, 2018).

- Le renforcement vicariant

Albert Bandoura révèle ici que les individus profitent des erreurs des autres que des leurs erreurs pour améliorer leurs schémas neuronaux, le feedback ici est visuel. L'individu qui constate la réussite régulière de ses semblables augmente la tendance à se comporter de façon analogue, inversement une conduite punie fait décroître la tendance à reproduire ce comportement (Hartup, 2018).

Selon Bandoura le renforcement externe et Vicariant sont liés à de fonctions.

- La fonction informative

Le même comportement peut avoir des conséquences notables en fonction de

L'environnement dans lequel il est effectué, par l'observation d'autrui, l'individu est à mesure de situer son action sur le continuum ayant pour extrémité le mal et le bien.

- **La fonction motivationnelle**

On constate que l'action est valorisée par une figure de référence qui peut servir de motivateur en installant des attentes de renforcements positifs chez les observateurs.

- **Fonction d'apprentissage émotionnel**

Les peurs et les inhibitions peuvent être réduites de même acquises en observant les conséquences et les figures de références.

- **Fonction d'évaluation**

Le comportement est déterminé par les valeurs de l'individu. Les valeurs préexistantes de par la vie passée de l'individu mais peuvent être modifiées. Dans certaines circonstances la punition est valorisée, contribuant à augmenter le statut social de l'individu.

II.2.1.3. L'auto-renforcement

Le comportement est contrôlé par les sources personnelles et extérieures d'influence. L'auto-renforcement intervient souvent en l'absence de renforcement externe immédiat (Buchwald, 1959). Pour (Bandoura, 1971) certaine personne serait de tel censeurs de leurs propres actes qu'ils paralyseraient leurs propres travaux.

II.2.1.4. Domaines d'application

Dans la littérature scientifique, il semble de plus en plus évident que les croyances (à l'efficacité du comportement personnelle) sont associées à l'adoption d'une variété de comportement significatifs, dont certains sont liés à la santé (Diclemente, 1986) (Strecher, 1986). C'est la croyance en l'efficacité personnelle qui a retenu l'attention de plusieurs chercheurs. (Diclemente, 1981) exprime que les gens animés d'une forte croyance en leur efficacité personnel au début d'un programme pour cesser de fumer réussissent dans une grande proportion à éliminer la cigarette de façon définitive.

Dans le cadre de la théorie social cognitive, ces résultats s'expliquent par le fait que la croyance en l'efficacité personnelle détermine la somme des efforts que la personne est décidée à fournir pour maintenir un comportement malgré les difficultés qu'elle rencontre inévitablement (Godin, 1991). Pour (Weinberg, 1979) les gens très confiants en leur efficacité

personnelles persévèrent d'avantage que ceux qui le sont moins. La croyance en l'efficacité personnelle constitue un bon indice de persévérance au moment où un comportement social lié à la santé est emprunté (Desharnais, Bouillon et Godin, 1986)

L'efficacité personnelle a été appliquée (Compeau et Higgins, 1995) dans le cadre de l'auto-efficacité technologique sur l'apprentissage et l'appropriation des outils numériques. (Godin, 1991 P.75) dans le domaine de l'éducation à la santé la théorie sociale cognitive nous suggère dans le domaine de l'intervention d'obtenir au préalable le maximum d'information concernant les perceptions des individus visés par rapport à leur compétence personnelle devant l'adoption d'un comportement préventif et d'ajuster l'intervention en conséquence. Dans le cadre de l'exercice physique, une personne qui a du doute à adopter un programme d'exercice physique en particulier saura en clin à faire l'exercice régulièrement. Il conviendra donc de procéder par étape pour permettre à cette personne d'acquérir graduellement ce comportement. En respectant certaines étapes et en accumulant des réussites. Selon un degré de difficultés croissant qui le mèneront à l'adoption du nouveau comportement.

II.2.2. La théorie écologique de la promotion de la santé

L'écologie se définit comme l'étude des milieux où vivent les êtres vivants ainsi que des rapports de ces êtres avec le milieu selon le dictionnaire Le petit Robert. Pour Wikipédia, l'écologie ou écologie scientifique, est une science qui étudie les interactions des êtres vivants entre eux et avec leur milieu. Selon (Bronfenbrenner, 1979) le paradigme écologique repose en effet sur une idée centrale d'environnement, qui influence le développement de l'enfant. De plus, l'approche écologique considère que le sujet construit son environnement qui, par voie de retour influe sur la construction du sujet lui-même. Pour Bronfenbrenner, la théorie écologique encore appelé la théorie du développement humain est connue par la modélisation des emboitements de milieu qui interagissent entre eux et concourent au développement de l'enfant. En effet, pour l'auteur les enfants sont au centre et tout autour d'eux il y'a leur milieu de vie c'est-à-dire leur parents, leur fratrie, leur pairs...

La théorie écologique du développement humain de Bronfenbrenner implique l'étude scientifique de l'accommodation progressive et mutuelle entre un être humain qui grandit et les changements des propriétés des milieux dans lesquels la personne vit. Etant donné que ce processus est influencé par les relations entre ces milieux et les contextes qui les englobent (Bronfenbrenner, 1984).

II.2.2.1. Taxonomie et dynamique des environnements dans la théorie écologique de Bronnefenbrenner

Pour (Absil et al, 2004), afin de permettre de mesurer les effets des interactions entre les facteurs environnementaux sur le développement de l'enfant, Bronnefenbrenner développe une taxonomie des environnements emboîtés. Pour lui l'environnement de l'enfant est représenté comme une série de milieu emboîtés les uns avec les autres. Ainsi le développement de l'enfant se produit dans l'interaction de quatre types d'environnement : le microsystème, le méso système, l'exo système et le macro système.

Pour Bronnefenbrenner (1979), l'enfant et la mère constituent le premier microsystème du développement humain. L'enfant grandit et participe et se développe dans d'autres milieux (microsystèmes) comme l'école, le club de sport. Ainsi, pour Bronnefenbrenner le nombre de microsystèmes tend à s'accroître avec le développement de l'enfant. Pour lui, le microsystème est un pattern d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières.

Bronnefenbrenner (1979) définit le méso système comme un ensemble de microsystème. Il occupe une part importante dans le développement de la personne. Ces effets sont l'amélioration par des communications face à face. Et si les personnes sont présentes, issues des différents milieux, travaillent ensemble de manière intégrée (Absil et al, 2004). Un exo système se réfère aux milieux qui ont une influence sur le développement de l'enfant, mais où les acteurs du microsystème ne sont pas directement influents. Par exemple les règlements internes du conseil de classe (Bronnefenbrenner, 1979).

Pour (Absil et al, 2004) l'influence des exo systèmes peut augmenter le potentiel de développement de l'enfant s'il existe des liens favorisant la participation des acteurs du microsystème dans l'exo système. Afin, par exemple d'influencer la prise de décision en faveur d'un fonctionnement optimal du microsystème.

La macro système pour (Bronnefenbrenner, 1979) englobe l'ensemble des autres systèmes. Il s'agit des « patterns » qui définissent la vie en société. Par exemple, il existe un macro système politique, économique, moral. Ainsi, pour cet auteur, les exo systèmes et les macro systèmes ne sont pas des sphères de participation « *naturelle* » des personnes. Les microsphères et les méso systèmes sont de nature à impliquer directement les personnes. La

participation et l'implication de l'exo systèmes et les macro systèmes doivent être bien organisées.

II.2.2.2. Les implications de la théorie de l'écologie du développement humain dans la santé publique

(Reifsnider et al, 2005) a développé des adaptations de la théorie en santé publique. Ici les interventions se sont centrées sur les relations au sein du microsystème famille. Elles ont ainsi amélioré la qualité des relations entre la mère et l'enfant, la qualité du milieu familial et la qualité de l'alimentation. Ensuite, pour (Reifsnider et al, 2005) le croisement de la théorie écologique du développement humain avec la santé et l'épidémiologie a pour objet l'attachement entre la mère et le fœtus au cours des grossesses adolescentes. Ce qui mène à des recommandations pour améliorer et soutenir les micros et méso systèmes des adolescentes enceintes. Enfin (Reifsnider et al, 2005) établissent des croisements entre les facteurs et les interactions influençant la santé de l'enfant.

II.2.2.3. Théorie du développement humain et promotion de la santé

(Absil et al, 2004) pensent qu'il existe une proximité étroite entre la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé et les fondements de la théorie écologique du développement humain de (Bronfenbrenner, 1979). En effet, les auteurs pensent qu'à l'instar de la charte d'Ottawa, la perspective bronfenbrennienne est holistique et globale. Les proximités entre les stratégies de la charte et la théorie sont manifestes. Le propos de Bronfenbrenner est focalisé sur les conditions qui favorisent le développement de la personne : ces conditions peuvent être exprimées en termes d'actions pour un milieu favorable à la santé. L'action communautaire souvent soutenue par la création ou le soutien des méso systèmes. La participation politique des acteurs évoque la construction des liens entre les micro systèmes et les exo systèmes.

Ainsi, pour (Absil et al, 2005) si la promotion de la santé vise l'acquisition d'aptitude individuelles, l'écologie du développement humain décrit l'acquisition en interaction, des compétences qui favorisent une meilleure compréhension et maîtrise de la personne dans son milieu de vie.

Pour (Pinault et Daveluy, 1990) la théorie écologique du développement humain est un outil de catégorisation des résultats de projet de promotion à la santé et de prévention. De ce fait, pour réaliser ce classement, les personnes doivent opérer des choix. Ce travail implique

donc une réappropriation du projet par les personnes et la nécessité de prendre en considération les milieux de vie des acteurs ainsi que la position qu'ils occupent.

La théorie est propice à l'évaluation (Absil et al, 2005). En effet, la théorie de Bronnefenbrenner étant de poser des hypothèses sur les facteurs qui influencent le développement d'une personne, la modélisation d'un projet grâce à cette théorie génère une quantité d'indicateur pour réaliser une évaluation des effets où des processus de l'action.

(Absil et al, 2005) donne à titre d'exemple, une première évaluation pour aboutir à la conclusion que le système du projet ne tient pas compte assez des méso système (création d'un réseau alors que des réseaux existent déjà. C'est donc une occasion de réfléchir autrement c'est une définition et une réappropriation donc la nécessité est de prendre en compte le milieu de vie ainsi que la position qu'ils occupent.

II.2.2.4 La perspective écologique dans l'intervention « mapping » en promotion de la santé.

Le protocole de « l'intervention mapping » est une méthode de planification des programmes en promotion de la santé mise en œuvre à la fin des années 1990 (Bartholomev et al, 2011). Il a été développé à la suite du modèle PRECEDE de Green et Krentz (1991). Il a été reproché à ce modèle précédent de considérer uniquement l'évaluation des interventions, ou encore l'évaluation des interventions seulement à posteriori. Aboutissant dans les deux cas à l'absence d'orientation pour élaborer en amont le contenu des informations (Bartholomev et al, 1998). Ce protocole « mapping » permet de réduire les inégalités sociales de santé.

Pour (Bartholomev et al, 2011), le « protocole mapping » se caractérise par une perspective écologique. Il suggère de considérer l'ensemble des comportements humains au sein des différents niveaux d'environnement dans lequel ils interviennent (conjugal, familial, professionnel, sociétal etc.) (Fassier, 2015). Cette perspective correspond ici à une dimension globale de la santé et de ses déterminants. Cette perspective écologique aboutit à une approche participative. Dans cette approche plusieurs parties prenantes sont représentées, ayant des intérêts divergents, et sont impliquées toutes dans les problématiques de la promotion de la santé.

Pour (Fassier et al, 2015), le protocole prévoit la constitution d'un groupe de travail collaboratif permettant de représenter cette diversité d'intérêt et d'accompagner les planifications à chacune des étapes. Ainsi, cette participation permet d'accroître la légitimité

de l'intervention, son acceptation et finalement sa pérennité. (Fassier et al, 2015), affirme que la perspective écologique vise à modifier les différents niveaux d'environnement impliqués. La participation des « populations cibles » ou prioritaires est particulièrement importante.

L'intérêt essentiel de cette approche de « l'intervention mapping » repose sur le fait qu'elle fournit au planificateur un processus détaillé et structuré pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé (Fassier et al, 2015). Il souligne aussi le caractère complexe des enjeux méthodologiques et sociaux de cette entreprise. Elle met en évidence d'une façon exhaustive la théorie écologique. Car l'approche participative associant des représentants de la population cible et, les autres acteurs de l'environnement permet que l'intervention soit plus planifiée plus élaborée et plus aboutit (Pluye et al, 2005). La vision de la santé globale et de ses déterminants est plébiscitée. Enfin, pour (Lang, 2009) ces fondements rigoureux permettent d'explorer les chaînes consoles associant différents déterminants de santé et d'identifier des solutions plus efficaces.

II.2.2.5. La théorie écologique en éducation à la santé en milieu scolaire

L'approche écologique, en éducation à la santé en milieu scolaire montre qu'elle ne peut se limiter à une série d'interdiction et à un conditionnement mais vise plutôt le développement des compétences psychosociales pour la formation d'un citoyen libre bien dans son corps et dans son environnement, loin de toutes pression dogmatique (El Hage et Reynaud, 2013). Il faut dépasser largement le cadre unique de la transmission des connaissances biomédicales pour atteindre le cadre plus éducatif et plus globales. C'est à juste titre que (Barth, 2013) affirme que deux conditions au moins doivent être assurées pour qu'un apprentissage puisse avoir lieu : la liberté intellectuelle et la sécurité affective. Il s'agit de passer du paradigme d'enseigner à éduquer, qui implique un nouveau regard vis-à-vis du sujet apprenant. Pour (El Hage et Reynaud, 2013) il s'agit de faire de l'élève un sujet responsable de ses choix délibérés, de lui donner l'envie d'apprendre et s'éduquer. Pour (Wallon, 1942) et (Gobry, 1999) la rencontre et la communication avec l'élève ne devraient pas nous faire oublier qu'il est avant tout un être social, porteur d'une histoire personnelle et d'une culture. L'enseignement devrait donc à cet effet tenir compte des lieux inter sociaux.

L'écologie de l'éducation s'intéresse à l'être humain et aux interactions entre celui-ci les différents milieux de l'écosystème, donc la résultante est son développement, ses compétences et ses apprentissages. L'écologie prend l'individu dans sa dimension cognitive,

émotionnelle et sociétale (Fortin, 2004). Dans le cadre de la promotion à la santé en milieu scolaire la perspective écologique à travers « l'intervention mapping » joue un rôle déterminant dans la santé en milieu scolaire. Car pour le Manitoba, en incorporant l'approche de la santé en milieu scolaire aux activités quotidiennes, les écoles en santé apprennent à planifier, à coordonner et à offrir des activités et des stratégies scolaires sans augmenter la charge de travail. Le Manitoba continue en affirmant que, l'incorporation du milieu scolaire aux activités quotidiennes permettent de prévoir les mesures qu'elles vont prendre à l'avenir, et améliorer au fil du temps en conformité avec la santé et l'apprentissage des élèves. Ainsi, le cadre de l'approche globale de la santé en milieu scolaire est une façon efficace de tirer avantage des liens entre la santé et l'éducation. Pour le Manitoba, les recherches ont montré que le cadre pouvait aider les écoles à obtenir :

- De meilleurs résultats d'apprentissage pour les élèves ;
- Une meilleure santé et un meilleur bien être pour les élèves, les éducateurs et le personnel ;
- Un apprentissage et un enseignement plus efficaces ; - Un milieu scolaire plus coopératif et mieux lié.

Fort de ces avantages l'approche globale de la santé en milieu scolaire apparaît donc comme un cadre de référence reconnu internationalement. Ce cadre de référence aide les étudiants à améliorer leurs résultats scolaires et aborde ainsi la santé dans l'environnement scolaire non pas seulement comme une discipline, mais comme un programme ou un projet planifié, intégré et holistique. Pour le Manitoba, ce cadre aide ainsi les éducateurs, les professionnels de la santé, le personnel scolaire, les élèves et les autres personnes concernées à créer un milieu qui fasse de leur école le meilleur endroit pour apprendre, travailler et jouer.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Il est question dans ce chapitre de faire un rappel de la question générale et des questions spécifiques, aussi des hypothèses et des objectifs de l'étude. Nous allons au cours de ce chapitre opérationnaliser les variables de notre recherche. Nous présenterons aussi la méthodologie de notre étude. Dans notre méthodologie nous avons analysé les contenus des manuels scolaires à l'aide de la méthode *biohead-citizen* (Carvalho, 2008), et pour notre enquête de terrain nous avons travaillé avec la méthode qualitative. Nous allons présenter le site de l'étude, la population de l'étude, la technique d'échantillonnage, l'échantillon, la technique et l'instrument de collecte des données, enfin la technique d'analyse des données.

III.1. Rappel des questions, des hypothèses, des objectifs de l'étude et des variables

a) La question générale

La question principale de notre étude est la suivante : comment se déploient les pratiques pédagogiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala ?

b) Les questions secondaires de l'étude

Les questions secondaires de notre étude sont les suivantes :

- Comment décrire les contenus en éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au lycée d'Ahala ?
- Comment le personnel éducatif met en œuvre les pratiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala ?
- Comment le personnel éducatif évalue les pratiques pédagogiques en éducation à la santé par rapport à la santé globale des élèves du lycée d'Ahala ?

c) L'hypothèse principale :

L'hypothèse principale est la suivante : les pratiques pédagogiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala se déploient par les prescriptions institutionnelles définies par les pouvoirs publics.

d) Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

- Les contenus en éducation à la santé sont des informations sur les connaissances scientifiques sur les maladies qui touchent aux organes de l'homme, la prévention de celles-ci et les règles d'hygiène au lycée d'Ahala.
- Le personnel éducatif du lycée d'Ahala met en pratique l'éducation à la santé en suivant les programmes scolaires instruits par les pouvoirs publics du Cameroun.
- Les programmes seuls en éducation à la santé ne permettent pas de répondre aux problèmes de santé mentale et émotionnelle des élèves.

e) L'objectif général

Il s'agit dans notre étude d'analyser l'éducation à la santé en milieu scolaire au Cameroun à partir d'une approche éducative ou globale.

f) Les objectifs secondaires de l'étude

- Décrire les contenus d'éducation à la santé dans les programmes scolaires de l'enseignement secondaire au Cameroun.
- Expliquer comment se déroule les pratiques en éducations à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun.
- Montrer que les programmes en éducation à la santé ne suffisent pas à répondre globalement à la santé des élèves.

III.2. Opérationnalisation des variables

A partir de notre hypothèse générale, nous pouvons ressortir deux variables qui sont :

- La variable indépendante (V.I) : l'éducation à la santé.
- La variable dépendante (V.D) : les programmes scolaires.

Pour la combinaison de ces deux variables nous nous sommes servis de deux approches théoriques à savoir : la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), et la théorie écologique développement humain de (Bronfenbrenner, 1979) dans le cadre de la promotion de la santé.

✓ Modalité 1(V. I₁) : contenu en éducation à la santé

(V. D₁) : connaissance scientifique, prévention des maladies ✓ Indicateur (I.

I₁) :

- Programmes officiels en éducation à la santé ○ Manuels scolaires
- ✓ Indicateur (I. D₁) : connaissances scientifiques des organes, prévention des maladies ○ Règles d'hygiène ○ Connaissances scientifiques ○ Maladies mentales et émotionnelles
- ✓ Modalité 2(V. I₂) : les pratiques en éducation à la santé
(V. D₂) : les instructions institutionnelles Indicateur (I. I₂)
 - Respect de l'approche pédagogique (I. D₃) :
 - Style pédagogique informatif ○ Style pédagogique persuasif ○ Style pédagogique participatif
- ✓ Modalité 3(V. I₃) : pratiques pédagogiques en éducation à la santé
(V. D₃) : approche thématique de classe n'est pas toujours efficace en Éducation à la santé. ✓
- Indicateur 3(I. I₃) :
 - Pratique disciplinaire de l'éducation à la santé inefficace.
 - Pratique de projet en éducation à la santé efficace.
 - (I. D₃) : ○ Les style informatique et persuasif peu efficace par les enseignants.
 - La participation des élèves est efficace en éducation à la santé en milieu scolaire
 - L'interdisciplinarité est efficace en éducation à la santé. Faire intervenir tous les acteurs de la communauté éducative autour d'un projet en éducation à la santé est efficace.

Tableau 1: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités et indicateurs.

Hypothèse générale	Hypothèses secondaires des recherche	Modalité	Indicateurs
L'éducation scolaire se déploie dans l'enseignement secondaire par des programmes thématique définis par les pouvoirs publics du Cameroun	HS₁ : Les contenus en éducation à la santé sont relatifs à des informations sur les connaissances scientifiques et la présentation des maladies et sur les règles d'hygiène ;	(V. I ₁) : contenu en éducation à la santé	○ Programmes officiels en éducation à la santé ○ Manuels scolaires
		(V. D ₁) : connaissance scientifique, prévention des maladies	○ Règles d'hygiène ○ Connaissances scientifiques ○ Maladies mentales et émotionnelles
	HS₂ : Le personnel éducatif met en œuvre l'éducation à la santé en suivant les programmes scolaires instruits par les pouvoirs publics ;	(V. I ₂) : les pratiques en éducation à la santé	○ Respect strict des programmes ○ Style pédagogique informatif ○ Style pédagogique persuasif ○ Style pédagogique participatif
		(V. D ₂) : les instructions institutionnelles	
	HS₃ : L'application des curricula en éducation à la santé ne suffit pas à rendre l'élève responsable de sa santé.	(V. I ₃) : pratiques pédagogiques en éducation à la santé	○ Pratique thématique et disciplinaire de l'éducation à la santé inefficace ○ Pratique de projet en éducation à la santé efficace. ○ La participation des élèves est efficace en éducation à la santé en milieu scolaire. ○ L'interdisciplinarité et efficace en éducation à la santé. Faire intervenir tous les acteurs de la communauté éducative autour d'un projet en éducation à la santé est efficace.
		(V. D ₃) : approche thématique de classe peut être efficace en éducation à la santé	

III.3. La méthode biohead-citizen

Notre étude présente une analyse des manuels scolaires. Nous travaillons principalement avec les manuels scolaires de SVT EEHB spécifiquement dans le module consacré à l'éducation à la santé. Notre étude est didactique c'est à dire que nos analyses sont axées sur les contenus des manuels scolaires. Dans cette étude nous avons analysé la nature des images, les styles pédagogiques utilisés et les modèles d'éducation à la santé qui sont mis en évidence dans les manuels scolaires.

Pour l'analyse de contenus des manuels scolaires nous nous sommes basés sur le projet biohead-**citizen** « *biology, health and environmental education for better-citizenship* », développé en Europe pendant l'année 2005-2006. Pour (Carvalho, 2008) la méthode Biohead Citizen permet de définir une méthodologie didactique pour une analyse critique des manuels scolaires. Nous avons travaillé avec les manuels scolaires en vigueur dans l'enseignement secondaire.

III.3.1. Les manuels scolaires

Le manuel scolaire est un outil didactique à travers lequel la société garantit la scientificité didactique pédagogique et la compétence professionnelle des enseignants (Clément et al, 2010). Pour ces mêmes auteurs, l'influence des manuels apparaît plus prépondérante dans les pays en voie de développement où, ils constituent le vecteur essentiel de l'actualisation des réformes et de la réussite éducative (UNESCO, 2002). C'est le lieu ici où les programmes sont développés où un modèle de transmission est mis en évidence.

Notre corpus de manuel scolaire est constitué de trois manuels scolaires de l'enseignement secondaire au Cameroun. A savoir :

- Le manuel scolaire de VVT-EEHB de la sixième ;
- Le manuel scolaire de SVT-EEHB de la troisième ;
- Le manuel scolaire de SVT-EEHB de la première Littéraire.

III.3.2. Les styles pédagogiques

Selon (Clément et al, 2010), l'axe d'analyse relatif au style pédagogique est construit de façon à permettre de répertorier les styles d'approches préconisés par les éditeurs des manuels scolaires. Cet axe présente quatre styles pédagogiques qui visent à catégoriser les contenus textuels (Abrougui et al, 2007).

Nous allons dans notre étude, catégoriser les styles pédagogiques développés par (Clément et al,2010) qui sont les suivants :

- Le style informatif : dans ce style, les phrases apportent uniquement des informations qui sont des données, des faits. Il n'y a pas de problématisation, pas de réflexions et pas de proposition d'action.
- Le style injonctif : dans ce style, les phrases ont un style impératif ou injonctif : « *vous devez faire ceci...faire comme ça, parce que la science, ...* ». Le message ou le style utiliser est de type informatif, avec les consignations des directives à appliquer.

L'information est transmise de façon dogmatique, il ne s'agit en général pas d'une discussion éducative. L'essentiel est de transmettre au maximum des connaissances et de consignes.

- Le style persuasif : les phrases donnent des solutions en les nuancant. Exemple : « *voyez les avantages de prendre cette solution ou le dérangement si vous ne suivez cette solution* ». Ici, la problématisation est très présente. L'accent est mis davantage sur une solution spécifique, une forte suggestion pour les actions qui sont aussi les seules à justifier.
- Le style participatif : les phrases présentent plusieurs points de vue ou plusieurs solutions. Il permet aux les élèves de se questionner, suscitent la réflexion et à apporter leurs propres points de vue. Dans ce style la problématique est systématiquement présente et pousse les élèves à la découvrir par eux même. Ils développent un esprit critique en suscitant une discussion dont l'issue la plus susceptible serait le choix d'une action élaborée par les élèves eux-mêmes. Cette catégorisation permet de repérer dans chaque manuel à travers l'analyse des phrases, l'importance accordée à la participation des élèves. Et ce, pour un thème qui concerne à la fois un apport des connaissances et par un important volet.

III.3.3. L'analyse des images

« *L'analyse des images est une étude plus complexe dans la mesure où elle présente un aspect polysémique rendant parfois leur interprétation subjective* » (Semprini, 1996). Pour l'auteur leur contenu n'est jamais fait au hasard, mais reflète une conception sous-jacente.

Nous allons analyser la nature des images.

III.3.4. Les modèles de santé dans les manuels scolaires

Selon Clément et al, (2010) l'éducation à la santé dans les manuels scolaires est basée sur les modèles biomédicaux de la santé qui, développe l'idée selon laquelle la santé se conçoit comme une absence de maladie. D'autre part un modèle global de la santé ou modèle éducatif qui privilégie une approche heuristique de la santé. Cette dernière approche qui est développée par le pragmatisme de l'éducation à la santé (OMS,1986). Nous allons dans notre étude analyser le modèle de santé qui est présent dans les manuels scolaires que nous avons cités plus haut.

III.3.5. Instrument d'analyse des contenus des manuels scolaires

Comme instrument d'analyse des contenus des manuels scolaires, nous avons utilisé partiellement la grille d'analyse construite dans le cadre du projet européens biohead-citizen. Cette grille d'analyse a été construite pendant l'année 2005-2006. Elle a été évaluée avec les manuels scolaires dans la plupart des pays. La grille originale a été améliorée et la grille modifiée a été appliquée dans la plupart des pays (Carvalho, 2008) cité par (Clément et al, 2010). Nous nous sommes servis de la grille d'analyse partielle ci-dessous élaborée et construite dans le cadre du projet biohead-citizen, dans le cadre de l'analyse comparative des manuels scolaires de dix-huit pays. Cette analyse porte sur le thème de l'éducation à la santé dans les manuels scolaires de biologie.

Tableau 2 : la première partie de la grille (C-0 à C-8)

Numéro	Titre de la sous-partie
C-0	Information générale sur le manuel scolaire
C-1	Nombre de page concernant ES
C-2	Proportion des textes et des images concernant l'ES
C-3	Style pédagogique de l'ES
C-4	Déterminisme causal linéaire simple rétroaction (S) représentation cyclique concernant l'ES
C-5	Question de genre concernant l'ES
C-6	Approche éthique, dimension culturelles, socio-économique et éthique de l'ES
C-7	Approche historique concernant l'ES
C-8	Conformité entre le programme officiel et le manuel en ES

Source :(Carvalho, 2008)

Selon la méthode biohead-citizen ce modèle de grille d'analyse se fait selon les critères repartis de C-O à C-8 qui se définit de façon respective par (Clément et Carvalho, 2005).

- (C-O) relever des informations générales sur le type de manuel scolaire, c'est une présentation générale du manuel et de sa structuration. Il s'agit de présenter le titre du manuel, le titre de l'édition ou de la collection, son année d'édition, le niveau d'enseignement visé et les différents chapitres du manuel.
- (C-1) ce deuxième critère concerne le nombre de page concernant le thème. Nous allons ici chiffrer la place accordée au thème lié à l'ES dans le manuel, noter sa position dans le manuel (début, milieu ou fin).
- (C-2) nous allons apprécier le rapport texte. A savoir quelle est la part occupée par les images, quels sont les types d'image (figuratif ou non). Nous allons analyser la fonction des images si elles sont soit esthétiques ou illustratifs, soit heuristique.
- (C-3) nous allons identifier le style pédagogique utilisé : est-ce que le manuel est basé sur un apport de connaissances des élèves ? En plus de l'information, apporté un style injonctif ou participatif.
- (C-4) repérer un déterminisme causal linéaire ou une approche comportant des régulations.
- (C-5) s'intéresser à la question du genre : les images sont-elles des interactions et différenciation entre les hommes et les femmes produites par la société dans laquelle ils vivent ?
- (C-6) reconnaître différents types ethniques, ainsi que des dimensions culturelles, socioéconomiques et éthiques, à savoir la représentation de la dimension culturelle, religieuse et ethnique abordé dans les manuels scolaires.
- (C-7) on s'intéresse ici à l'histoire d'un concept dans les manuels scolaires. Exemple l'évolution du concept de fécondation. L'intérêt pour le développement et la découverte des théories.
- (C-8) déterminer la conformité entre le programme officiel et le manuel. Il s'agit de savoir s'il y a au départ un rapport de connaissances supposés acquises ? Y'a-t-il en fin de chapitre, un résumé des connaissances les plus importantes ? Le programme est-il indiqué et le contenu du manuel est-il conforme ? Quelles sont les lacunes et le développement par rapport aux instructions officielles.

La méthode qualitative

La présente étude est exploratoire et se base sur un devis de recherche qualitatif.

Notre but étant d'analyser l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun à partir de ces pratiques pédagogiques au Lycée d'Ahala. Notre recherche qualitative est de type analytique, descriptif et explicatif. Il est donc question pour nous ici de d'analyser, de décrire et d'expliquer les pratiques pédagogiques en ES au Lycée d'Ahala.

III.4.1. Présentation du site de l'étude

Nous avons mené notre enquête de terrain au Lycée d'Ahala qui, est un établissement public d'enseignement secondaire général. C'est un lycée d'enseignement général camerounais. Il se situe dans la Région du Centre, dans le Département du Mfoundi et dans l'Arrondissement de Yaoundé III notamment au quartier Ahala. Cet établissement a été créé le 29 Août 2008 suivant le Décret N°2008/2450/PM du 29 Août 2008. Il a été ouvert en Août 2009 d'abord en CES. 2013 marque son année d'érection en Lycée suivant le Décret N°2013/6761/PM du 24

Juillet 2013. Juillet 2013 marque son année d'érection en Lycée selon la Décision N°370/MINESEC/CAB du 31 Juillet 2013. Son régime est celui de l'externat et mixte. Il est constitué de vingt-sept salles de classe, d'une salle d'informatique. Notre lycée a déjà vu défilé à sa tête cinq proviseurs à savoir quatre femmes et un homme. Le personnel administratif enseignant et d'appui est composé de cent cinquante-deux personnes (152) reparti comme suite

Tableau 3 : Répartition du personnel administratif

N°	SERVICES	NOMBRE
01	Proviseur	01
02	Censeur	11
03	Surveillants généraux(es)	08
04	Service d'orientation	01 chef de service
05	Service des sports	01 chef de service
06	Service de l'action sociale	01 chef de service
07	Intendant	01
Total		25

Le total de personnel administratif est de vingt-cinq (25) à savoir quatorze (14) femmes et onze (11) hommes (fichier du personnel du lycée d’Ahala 2023-2024).

Tableau 4: Répartition du personnel enseignant

N°	DEPARTEMENT	NOMBRE
01	Français	12
02	Anglais	14
03	Allemand	05
04	Espagnol	07
05	Mathématiques	06
06	Histoire/Géographie/ECM	20
07	PCT	15
08	EPS	06
09	Informatique	07
10	SVT-EEHB	10
11	Philosophie	02
12	EPS	03
13	LCN	03

Source : fichier du personnel du lycée d’Ahala 2023-2024

- Total de personnel enseignant : cent quatorze (114) à savoir vingt-quatre (24) hommes et quatre-vingt-dix (90) femmes.
- Le personnel d’appui est constitué de neuf femmes (09) et de quatre (04) hommes pour un total de treize (13) personnes (fichier du personnel du lycée d’Ahala 20222023).

Nous avons au Lycée d’Ahala mille neuf cent quatre-vingt-seize (1996) élèves inscrits. Nous allons présenter la répartition des élèves par niveau et selon le sexe, redoublant ou non dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Répartition des élèves par cycle, niveau, sexe, redoublant ou non

Cycle	Niveau	Sexe		Redoublant		Effectif total
		Masculin	Féminin	Oui	Non	
I	6ème	101	108	05	204	209
	5ème	104	120	07	217	224
	4ème	122	150	05	267	272
	3ème	139	195	16	318	334
II	2nde	137	166	34	269	303
	1ère	168	236	93	311	404

	T ^{le}	120	130	205	45	250
--	-----------------	-----	-----	-----	----	-----

Source : effectif des élèves par niveau et classe, année académique 2023-2024.

III.4.2. Population d'étude

Notre objectif étant d'analyser, de décrire, d'expliquer les pratiques éducatives en éducation à la santé, nous avons réalisé une enquête auprès d'une population constituée des élèves, des enseignements et du personnel des services sociaux du lycée d'Ahala. Notre population cible étant les élèves.

III.4.3. Technique d'échantillonnage

Dans le cadre de notre travail, la technique d'échantillonnage utilisée ici s'est fait par choix raisonné cette procédure nous a permis de constituer un échantillon en choisissant toute personne ayant une vision normale et capable de comprendre les instructions, de comprendre la problématique et d'avoir des informations claires sur le sujet de recherche. Il s'agit ici des « *informateurs privilégiés* » (Mimché, 2013), dont le choix s'est fait sur la base des connaissances ou des informations détenues en éducation à la santé. Notre technique d'échantillonnage nous a donc conduit tour à tour vers les enseignants de SVT qui sont chargés d'enseigner l'éducation à la santé inclus dans leurs programmes officiels, les enseignants d'EPS et enfin les enseignants d'histoire-géographie et ECM. Ces deux derniers départements d'enseignement qui ont des traits de contenu d'éducation à la santé dans leur programme respectif. Le choix des élèves s'est aussi fait de façon raisonnée à partir de l'âge et du niveau d'étude. Il nous a aussi semblé important de nous entretenir avec le service social. Dans la mesure où le personnel de ce service travail de façon étroite avec les élèves qui rencontrent des problèmes sociaux liés à leur santé. Durant notre enquête et pour connaître les informateurs les « privilégiés », nous avons travaillé avec des informateurs « *passseurs* », « *des médiateurs* » ou des « *portiers* » (Schwartz et Jacobs, 1979) cité par (Mimché, 2013) qui, nous ont permis d'avoir accès à d'autres informateurs privilégiés.

III.4.4. Echantillon de l'étude

Notre technique d'échantillonnage nous conduit à obtenir un échantillon constitué de quinze personnels, constitué ainsi qu'il suit :

- Cinq enseignants de SVTEEHB ;
- Deux enseignants d'histoire-géographie-ECM ;
- Deux cadres des services sociaux ;

- Un enseignant D'EPS
- Cinq élèves à savoir : deux élèves de la classe de 1^{ère} et trois élèves de la classe de terminale.

Les caractéristiques de notre échantillon d'étude sont les suivants :

- Pour les enseignants et le personnel des services sociaux les caractéristiques sont : faire partir du personnel enseignant ou non du Lycée d'Ahala, être enseignant de SVT, d'histoire-géographie et ECM, d'EPS, travailler au service social, avoir une expérience professionnelle, avoir des ressources pédagogiques en éducation à la santé, avoir déjà été confronté aux problèmes de santé (physique, mentale, émotionnelle...) des élèves acceptés de participer à l'entretien.
- Pour les élèves : être un élève régulièrement inscrit du Lycée d'Ahala, accepter d'être enquêté.

III.4.5. Technique et outil de collecte

Il nous a semblé opportun d'utiliser l'entretien semi-directif comme technique de collecte des données. Selon (Mimché, 2013) l'objectif des entretiens semi-directif ou semi-structuré est d'obtenir les points de vue, les réflexions des personnes qui ont :

- Une connaissance particulière du sujet ;
- Un statut particulier ;
- Qui disposent d'informations auxquelles l'enquêteur ne peut avoir accès par d'autres moyens.

□ Outil de collecte de donnée de l'étude

Le guide d'entretien a été l'instrument ou l'outil de collecte de données qui nous a permis de recueillir ou de récolter les informations sur le terrain. Le guide d'entretien selon (Mimché, 2013) est une liste de questions de recherche ou des thèmes qui devront être couverts au cours de l'entretien. Notre guide d'entretien était structuré en thème et en question ouvertes pour la plupart. Nous avons utilisé deux guides d'entretien (guide d'entretien des personnels enseignants ou non et celui des élèves).

Nous précisons ici que nous avons travaillé sur une étude de cas qui, est un type d'entretien semi-directif qui nous donne la possibilité de faire usage des guides d'entretien. Nous avons récolté des informations systématiques, approfondies qui, nous ont permis de

mieux appréhender les pratiques en éducation à la santé pour le cas du Lycée d’Ahala à l’aide de notre guide d’entretien.

L’entretien semi-directif nous a permis d’utiliser le temps c’est-à-dire de faire une économie de temps au regard du budget de notre recherche. Le guide d’entretien nous a aussi permis de compléter des informations documentaires que nous avions déjà.

III.4.6. Description de la collecte des données

Au cours de notre étude de terrain, nous avons effectué précisément deux vagues de descente sur le terrain pour la collecte des données. Nous étions munis d’une attestation de recherche délivrée par le Chef de Département des Enseignants Fondamentaux en Education de la Faculté des Sciences de l’Education de l’Université de Yaoundé I. Cette attestation nous a permis d’entrer en contact avec le proviseur du lycée qui, à son tour nous a recommandé le censeur responsable des ressources humaines. C’est donc ce dernier qui nous a orienté vers les chefs de département de SVTEEHB, d’histoire-géographie et ECM et du service des affaires sociales.

Après l’autorisation de recherche reçue par le censeur chargé des ressources humaines, nous avons effectivement débuté l’enquête de terrain le mardi 08 novembre 2023 au Lycée d’Ahala. Nous avons eu des entretiens avec les élèves (05) durant la première semaine. Suite à la période des examens qui correspondait avec notre recherche de terrain, nous sommes revenus le 21 novembre 2023 pour pouvoir interviewer les enseignants et les cadres du service social. Nous avons ainsi mené nos entretiens pendant deux semaines.

III.4.7. La préparation de notre phase d’analyse

La préparation de notre phase d’analyse d’étude s’est subdivisée en trois étapes à savoir l’enregistrement des données, la transcription des données, le dépouillement.

III.4.7.1. L’enregistrement des données

Au cours de nos entretiens nous avons utilisé la méthode d’enregistrement constitué d’un magnétophone pour enregistrer les interviews et la prise de notes. Pour avoir une bonne qualité d’enregistrement nous avons travaillé souvent en matinée avec les élèves pour éviter les bruits. Souvent dans la salle de professeurs avec certains professeurs, souvent au bureau des censeurs avec d’autres professeurs. Et même au bureau des services sociaux du Lycée avec les cadres sociaux. Les enregistrements nous ont ainsi permis d’avoir de façon entière l’ensemble des entretiens.

III.4.2. La transcription

Après l'enregistrement, nous avons procédé à la transcription des données. Cette phase est celle qui correspond à la reproduction des écrits de tous les discours issus des entretiens qui ont été enregistrés (Mimché, 2013). Notre transcription est manuelle. Nous avons ainsi reproduit de façon intégrale les discours enregistrés. Ainsi donc notre transcription constitue la base de nos données dans notre étude.

Au cours de la phase de dépouillement comme le pense (Mimché, 2013), nous avons sélectionné dans la masse des données transcrites, les informations importantes, qui sont celle qui ont été utilisées pour la rédaction, en fonction des « *items* », et nous les avons classé sous une forme qui nous a permis de les retrouver facilement. C'est parmi celles sélectionnées que nous avons choisi la petite partie qui figure dans notre travail final. Nous avons utilisé la démarche manuelle pour classer les données transcrites.

Ainsi, nous avons codé les enquêtés en fonction de leur identification au Lycée d'Ahala. Ce qui correspond à :

- Pour ce qui est des enseignants :
 - PR 1, SVT, L.A, PLEG
 - PR 2, SVT, L.A, PLEG
 - PR 3, SVT, L.A, PLEG
 - PR 4, SVT, L.A, PCEG
 - PR 5, SVT, L.A, PCEG
 - PR 6, EPS, L.A, MPEPS
 - PR 7, Histoire-Géographie-ECM, L.A, PLEG
 - PR 8, Histoire-Géographie-ECM, L.A, PLEG
 - C.A 9, SS, L.A, CADRE
 - C.A 10, SS, L.A, ACA
- Pour les cinq élèves nous les avons classés en fonction des codes suivant :
 - (E₁, 18ans, T¹ D, L.A)
 - (E₂, 18ans, T¹ D, L.A)
 - (E₃, 18ans, T¹ D, L.A)
 - (E₄, 14ans, P_{A4} ESP, L.A)
 - (E₅, 16ans, P_{A4} ESP, L.A)

III.5. Technique l'analyse de l'étude

La technique d'analyse que nous avons utilisée dans notre travail est celle de l'analyse de contenu. Comme (wanlin,2007), l'analyse de contenu consiste à une interprétation qui se balance entre la rigueur de l'objectivité et d'autre part la fécondité de la subjectivité. Pour (Minché, 2013 P. 89) c'est une « *possibilité d'exploiter des données et peut être défini comme l'analyse systématique des idées exprimées lors d'une recherche.* »

Parmi les différentes méthodes d'analyse de contenu nous avons privilégiés l'analyse sémantique. Selon (Mimché,2013), la méthode d'analyse sémantique recherche les significations des mots utilisés, les thèmes qui ressortent d'un texte, la description de l'univers individuel et culturel de l'auteur du texte. Pour l'analyse de nos données nous avons établi une grille d'analyse des données. Elle se subdivise en thème ; sous thème, catégorie d'analyse et unité d'analyse.

Tableau 6 : grille d'analyse des données

Thème	Sous thème	Catégorie d'analyse	Unité d'analyse
L'éducation à la santé au Cameroun : analyse des pratiques pédagogiques en Éducation à la sante. Cas du Lycée d'Ahala	1-les contenus en éducation la santé	Maladies et connaissances scientifiques et hygiène	-Présent dans les manuels scolaires -peu suffisant dans les manuels scolaires
		Santé émotionnelle et mentale	-Aborder dans les manuels scolaires -absence des manuels
	2-les pratiques pédagogiques en éducation à la santé	Les instructions institutionnelles	Style informatique et persuasif des programmes scolaire (thématique)
		Discussion éducative à la santé	Spontanée et éducation de masse style persuasif
	3-évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé	Les programmes scolaires ne suffisant pas à rendre l'élève responsable de sa santé	- D'accord - Pas d'accord
		Interdisciplinarité en éducation à la santé	- D'accord - Pas d'accord
		Une pratique pédagogique de projet intégrant toute la communauté éducative	- D'accord - Pas d'accord

CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre nous allons présenter les données, nous allons interpréter et discuter les résultats de notre étude.

IV.1. Présentation des résultats de l'étude

Dans cette partie nous allons présenter la somme des résultats de notre étude. Ces entretiens constituent les résultats de notre étude. Nous présenterons les résultats en fonction des sous-thèmes que nous avons retenus dans notre étude.

IV.1.1. Présentation des participants de l'étude

Nous allons présenter nos participants en fonction du sexe, de l'ethnie, de la situation matrimoniale, du nombre d'enfant, de la religion, de l'établissement, de la discipline enseignée, du nombre d'année d'expérience, du grade et du nombre de classe enseignée (confer annexe sur les guides d'entretien). Ces caractéristiques sont propres dans notre étude ici au personnel enseignant et non enseignant qui, constitue une partie des participants (es) de notre étude.

Tableau 7: Répartition du personnel enseignant et non enseignant participant de l'étude

Participant	Sexe	Nombre d'année d'expérience	Classes enseignée	Discipline	Grade
PR1	F	13	6ème ,2nde, Tle	SVT	PLEG
PR2	F	04	5ème ,2ndeC, 1ère	SVT	PLEG
PR3	F	06	3ème, 1ère, 4ème	SVT	PLEG
PR4	F	13	3ème, 4ème, 2nde,5ème	SVT	PCEG
PR5	F	16	3ème, 1ère A	SVT	PCEG
PR6	F	17	6ème ,4ème, 1ère, 2nde, Tle	EPS	MPEPS
PR7	F	02		Service social	CADRE
PR8	F	15	3ème, 2nde, 1ère	Hist. Géo-ECM	PLEG
PR9	M	15	1ère, Tle	Hist. Géo-ECM	PLEG
PR10	F	19	/	Service social	ACA

Source : Enquête de terrain

La plupart du personnel enseignant et non enseignant était constituée des femmes, à savoir neuf femmes (09) et un homme (01), il faut retenir ici que les participants (es) de notre enquête enseignent dans la plupart des classes du Lycée. Les participant(es) sont regroupés autour de trois disciplines SVT-EEHB, Hist. Géo-ECM, EPS et puis les participants du service social. Les participants de notre étude sont aussi des élèves.

Tableau 8: Répartition des participants élèves de l'étude

Participant	Sexe	Age	Classe	Redoublant oui/non	Nombre d'enfant
E1	M	18	Tl D	Non	00
E2	M	18	Tl D	Non	00
E3	F	18	Tl D	Non	00
E4	F	14	1 ^{ère} esp	Non	00
E5	F	16	1 ^{ère} esp	Non	00

Source : enquête de terrain

Il ressort de notre enquête que nous avons 05 participants élèves. Ces 05 participants sont repartis en fonction du sexe à savoir 02 garçons et 03 filles. Tous sont sans enfants. Trois font la classe de terminale D et 02 font la classe de première A4 Espagnol.

VI.1.2. Présentation des résultats de l'étude par sous-thème

Nous présenterons ici les résultats des différents entretiens que nous avons eus avec les participants de notre étude. Selon les sous-thèmes que nous avons retenus dans notre étude.

VI.1.3. Les contenus en éducation à la santé

Il ressort de notre enquête que les contenus en éducation sont de plusieurs ordres. Les résultats montrent que les contenus en éducation à la santé dans l'enseignement secondaire sont dans un premier temps sont des maladies. Les maladies liées à la malnutrition ; aux infections sexuellement transmissibles, au VIH SIDA, aux maladies héréditaires les maladies cardiovasculaires. Il s'agit ici d'une description systématique des différentes maladies étudiées, à partir de l'étude des microbes qui sont à l'origine de la maladies, des symptômes, du traitement et des modes de prévention. Ce qui fait dire à (PR1, SVT, LA, PLEG) en éducation à la santé

« On retrouve toutes les questions liées aux maladies, préventions, la lutte, la

-

Sensibilisation, la fonction des appareils, le fonctionnement de l'homme. Dans le module, nous présentons tout ce qui est santé à partir des origines, lutte, prévention parce que L'objectif c'est qu'ils restent en bonne santé, le bien-être l'épanouissement ».

Certains des enseignants interrogés ont même spécifié les contenus des enseignements qu'ils ou elles tiennent dans leurs classes respectives. (PR2, SVT, LA, PLEG) affirme :

« Au niveau 5^e les programmes c'est la santé humaine en rapport avec la production végétale. En seconde, c'est l'hérédité, le cancer, les activités physiques et les paramètres qui, varient avec les adaptations de l'organisme, les systèmes cardio-vasculaires. Il y'a même les maladies tropicales. En première, c'est toujours l'organisme on va leur parler du VIH/SIDA, les problématiques de la santé reproductrice, l'impact de la prise des stupéfiants, les mariages précoces, des mutilations génitales ».

Ainsi, l'étude des maladies pour (PR3, SVT, LA, PLEG) que : *« De faire plus attention et de sensibiliser dans le but de leur permettre de faire plus attention ».*

Elle renchérit en affirmant :

« Les contenus en ES en classe de terminal devient plus psychologique. On vous parle par exemple du diabète avec tous les mécanismes de l'hypertension artérielle. Comment la vascularisation est touchée ».

Toujours en SVT il résulte de notre enquête que les contenus en éducation à la santé sont aussi basés sur les règles d'hygiène sur l'alimentation. C'est à ce titre que (PR5, SVT, LA, PLEG) souligne que les contenus en ES reposent sur :

« Comment manger sans s'infecter. C'est dire s'assurer que l'aliment qu'on veut Manger est sain. Comment garder son corps pour éviter que ça ne soit le lieu des microbes, comment faire pour éviter d'être contaminer. Les règles d'hygiène alimentaire et corporelles. L'intervenant (E3,18 ans, le D, LA) ajoutera :

« les contenus en ES porte sur le respect des Règles d'hygiène. »

Nous avons comme résultats des contenus en ES la transmission des connaissances scientifiques sur les organes (PR4, SVT, LA, PLEG) souligne :

« On parle de microbe, du fonctionnement des organes, des accidents liés à certains appareils moteurs. Nous parlons du régime cardiaque ».

Les enseignants des autres disciplines (Hist. Géo et ECM ; EPS) affirme avoir des contenus en éducation à la santé, quoi qu'ils ne soient pas considérés comme tel dans un programme officiel. A cet effet, en Histoire-Géographie-ECM il ressort que les contenus en

-

éducation à la santé portent sur la protection de l'enfant, des problèmes de l'environnement et leur impact sur la santé et de l'effort physique en éducation physique et sportive (EPS). De façon respective les participants (PR7, Hist. Géo et ECM, PLEG, LA) ; (PR8, Hist. Géo et ECM, PLEG, LA) ; (PR6, EPS, MPEPS, LA) affirment : « *En EPS on parle de l'effort physique de l'expression corporelle* ».

Nous retrouvons aussi des contenus qui sont liés à l'aspect social de l'éducation

« *En classe de première, il s'agit des structures des droits c'est-à-dire les institutions vers lesquels les enfants partent lorsque les droits sont bafoués* ». « *En 1^{ère} en géographie on parle des problèmes des villes. J'ai parlé tout à l'heure du cas des bidons-villes et quelles peuvent être les conséquences sur leur santé.* (PR9, SS, LA, Cadre) affirme :

« *Les conseils, les causeries en sensibilisant sur la drogue. Tout ce qui peut toucher à la jeunesse, les maladies sexuellement transmissibles* ».

Il résulte donc des contenus en éducation à la santé qu'elles sont pour la majorité liées à la prévention des maladies, des règles d'hygiène, de la transmission des connaissances scientifiques.

VI.1.4. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé

Dans cette partie nous allons présenter les résultats de notre étude dont l'essentiel porte sur les pratiques pédagogiques. Il s'agit pour nous d'identifier dans un premier temps, le style pédagogique se trouvant dans les manuels scolaires à savoir celui de la 6^e, de la 3^e et de la 1^{ère} A4. Ensuite présenter les résultats issus de l'enquête de terrain.

VI.1.4.1 Présentation des manuels scolaires

a) Présentation du manuel scolaires de la 6^e

TITRE : L'excellence en science 6^e

Auteurs : EBANG EHOLE Charles R.

HESSEL Joseph

ANGO Yves Patrick

ABOUBAKAR OUMAROU B. F.

Edition : NMI Education (A9 2017)

- L'ES est le quatrième module du programme du manuel scolaire. Ce module est constitué de quinze pages (Confer annexe 5 : table de manière p.6 du manuel scolaire).
- Le module consacré à l'ES est constitué de trente (30) images qui sont des illustrations des notions étudiées dans les différentes catégories d'action, exemple d'image (cf. annexe 6 p.121 du manuel scolaire).
- Nous pouvons noter dans le module consacré à l'ES que les textes sont dans la majorité un style informatif c'est-à-dire un apport de connaissances scientifiques sur les maladies, les appareils. Nous retrouvons aussi des activités qui amènent l'élève à participer à la leçon. Ces activités sont constituées pour la plupart des textes dans lesquels l'élève doit découvrir de lui-même. Toutefois nous constatons que chaque fin de séquence didactique on a toujours un résumé. En plus de l'information nous retrouvons pour plupart des résumés à la fin de chaque leçon un résumé qui a quant à lui un style injonctif et persuasif (cf. annexe 7 P.122 du manuel scolaire)

b) Présentation du manuel scolaire de la 3^e

TITRE : L'excellence en SVTEEB 3^e

Sous-titre : Science de la Vie et de la Terre Education à l'Environnement Hygiène et biotechnologie.

Auteurs : EBANG EHOLE Charles R.

ABOUBAKAR OUMAROU BIBI F.

BELLA NDZANA Martin T.

FOMENA TCHOUALA Rodrigue

- L'ES dans ce manuel scolaire constitue le deuxième module sur les trois que compte le livre. Ce module regroupe soixante-deux (62) pages au total (cf. annexe 8 : sommaire du manuel scolaire).

➤ Le module consacré à l'éducation à la santé est constitué de sept (07) séquences subdivisées en vingt et une (21) séances d'apprentissage. Nous pouvons citer parmi les sept (07) séquences :

- Des microorganismes dans notre environnement.
- Des pratiques pour éviter la contamination ;
- La réponse immunitaire ;
- Les perturbations du système immunitaire par le VIH/SIDA ;
- L'aide au système immunitaire ;
- La circulation sanguine ;
- Quelques exemples d'endémie.

Tous ses titres constituent le grand point qui sont développés dans le manuel scolaire. Les séances d'apprentissages sont constituées pour la plupart des contenus tels que :

- Les connaissances scientifiques et biomédicale : nous retrouvons par exemple l'aseptique, l'antiseptique et l'utilisation des préservatifs.
- Des informations sur les maladies : trois titres de leçon (VIH/SIDA ; le paludisme, la fièvre Ebola) ;
- Des séances d'intégration ou d'examinations. Les séances d'apprentissage sont composées de :
 - Tout comme dans le manuel scolaire de la classe de troisième les textes restent pour la majorité avec un style informatif et persuasif ne laissant que très peu de place au style participatif. Les thématiques restent très centrées sur les maladies et les modes de prévention. (Voir annexe 9 P.50 du manuel scolaire)
 - Images : on retrouve parmi les images des appareils de l'organisme, des microorganismes, des résultats statistiques, des graphiques ; de la population ; des aliments... (cf. annexe 10 pages 49 du manuel scolaire)

Ces images constituent des documents que les élèves doivent exploiter pour ensuite répondre à une série de questions qui leur sont posées. Toutefois ces images restent très illustratives et expriment une certaine neutralité.

c) Présentation du manuel scolaires de la 1^{ère} littéraire

TITRE : Science 1^{ère} littéraire

Auteurs : VALINCE J.

FOGHA ZABOUE

Emile SILAS NGOUMBE

Emmanuel WONKAM

Michel POUOJO NGUIAM

Editeur : Clé, Yaoundé, Cameroun

➤ Le module 2 et celui de l'éducation à la santé. Il est constitué de trois catégories d'action.

Qui sont :

- L'amélioration de la santé du système immunitaire ;
- La lutte contre les maladies nutritionnelles ;
- L'amélioration de la santé reproductive ;

Ces catégories d'action contiennent des séquences qui sont respectivement :

- Quelques notions d'immunologie
- Les maladies nutritionnelles
- La santé reproductive

Les séquences didactiques contiennent qu'à elle :

- Des textes : qui sont des textes qui introduisent un problème et qui représente aussi le résumé de fin. (Voir annexe 12 pages 68 du manuel scolaire) ;
- Des images scientifiques (microorganisme) (cf. annexe 13 page 67 du manuel scolaire) ; des graphiques. etc.

IV.1.4.2 Résultats

Les résultats montrent que la santé est présentée dans les trois manuels analysés sous un angle majoritairement porté sur les connaissances scientifiques de l'organisme, des microorganismes, des maladies et des règles d'hygiènes. La vision ici est très biomédicale avec un ancrage sur le style informatif et persuasif. Nous notons une absence des modules portant sur les maladies mentales et émotionnelles.

-

Les résultats d'image des différents manuels scolaires ont montré que la majorité d'image utilisée pour l'éducation à la santé sont illustratives. Ces images présentent des informations scientifiques qui sont des appareils de l'organisme ou micros organiques, des graphiques statistiques, la population. Elles sont informatives c'est-à-dire que chacune d'elle est liée à un thème précis. Elles épousent une conception ou pratique biomédicale de la santé. La majorité sont des images qui apportent des connaissances scientifiques additives, avec une posture empirique ou traditionnelle de la santé.

Les résultats des textes en éducation à la santé dans les manuels scolaires étudiés montrent que, la plupart des textes donnent des informations statistiques avec une connotation biomédicale (Clement,2010). Le style pédagogique mis en avant ici est injonctif et persuasif. L'aspect de la prévention de la thérapie médicale est très accentué dans les résumés. Le déterminisme est causal et linéaire. On a une réelle opposition entre santé et maladie.

Dans les manuels scolaires analysés, nous retrouvons aussi un style pédagogique participatif. Les textes de situation problème font office de style participatif, dans la mesure où on retrouve un problème que l'élève est appelé à résoudre à travers des questions que l'enfant est appelé à répondre, il découvre par lui-même comment il peut comprendre le problème dont il fait face.

IV.1.5. Présentation des pratiques pédagogiques issus de l'enquête de terrain

Notre enquête sur le terrain nous a permis de ressortir plusieurs pratiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala. Nous avons d'abord :

IV.1.5.1. L'application des instructions institutionnelles de l'ES

Les participants affirment appliquer les instructions pédagogiques et les programmes scolaires qui sont instruits par le Ministère des Enseignements Secondaires du Cameroun. A cet égard la participante (PR2, SVT, LA, PLEG) affirme :

« Je suis scrupuleusement le programme, tu ne peux pas enseigner sans traces écrites ce n'est que ce que le programme demande. Lorsque tu es confronté à un problème de ressource tu ne peux faire que ce que le programme demande ».

L'enseignante (PR3, SVT, LA, PLEG) ajoutera à cet effet que :

« Nous suivons les progressions, les programmes sont comme un guide, c'est-à-dire

-

que je sais ce que j'ai à faire ». Nous voyons donc ici les instructions éducatives en ES sont basées sur les programmes scolaires qui doivent être respectés impérativement par les enseignants.

A côté nous avons aussi l'approche pédagogique utilisée pour mettre en pratique le programme. Il s'agit ici des APC. A cet effet, la participante (PR1, SVT, LA, PLEG) pense :

« J'enseigne ces SVT la comme d'habitude. On essaye de respecter l'approche qui est une nouvelle approche. On fait avec, on entre par situation de vie et on essaie d'orienter l'enfant. On essaie d'aborder des solutions par rapport à la situation de vie qui est devant lui. On essaie de l'orienter pour lui dire voilà où on va, voilà de quoi il s'agit ».

La participante (E1,18 ans, TLED, LA) renchérit à cet effet :

« Les cours se passent de la manière suivante : Quand le professeur arrive, il donne une Situation problème avec les activités à traiter puis l'exercice à la fin. Le cas d'une jeune fille qui est tombée enceinte, qu'est-ce qu'elle pouvait faire, et après sa grossesse qu'elles sont les avantages et les inconvénients le cours n'est pas pratique ».

Il ressort donc que, les cours sont le plus souvent théorique pas pratique : les enseignants s'attardent ici à suivre à la ligne l'approche pédagogique et à respecter autant qu'ils peuvent tous les éléments de cette approche qui sont recommandées par les pouvoirs publics éducatives.

IV.1.5.2. Les discussions éducatives avec les élèves en santé

Nous avons catégorisé ces discussions éducatives en deux :

- Les conseils pratiques improvisés en santé par les enseignants

Dans les pratiques pédagogiques en ES les participants, avouent qu'ils ne respectent pas toujours le programme qui leur est donné ceci dans le but de renforcer les compétences des élèves. C'est pourquoi (PR7, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG) affirme :

« En partie au cours des enseignants nous abordons les différentes thématiques qui sont liées à notre programme. Mais également la plupart du temps j'insiste sur le volet lié à la santé mentale. Je peux insister sur la violence conjugale, sur les devoirs des enfants à la maison. Bref, j'ai l'habitude de faire une pause histoire de souffler, c'est en ce moment-là que j'insiste sur la santé mentale ».

(PR5, SVT, LA, PLEG) souligne à ce sujet que :

« Il peut arriver que les conditions ne soient pas les mêmes. On est obligé de prendre des méthodes qui ne sont pas forcément dans le programme on contextualise. On ne travaille pas toujours avec les instructions ».

La description de ces deux affirmations nous permet de souligner que, au cours des leçons dispensées en ES les enseignants font des pauses et, ils ou elles introduisent d'autres notions hors du programme. À travers les conseils pratiques sur la santé qu'ils prodiguent aux élèves. Bien plus nous avons aussi le manque de ressources didactiques qui, pousse les enseignants à ne pas suivre les recommandations éducatives, et à improviser. Nous pouvons dire ici que ces notions souvent introduites par les enseignements ne sont pas souvent planifiées ni préparées elles sont improvisées.

- Les causeries éducatives suivant le cahier de charge en ES

Les causeries éducatives officielles sont des pratiques pédagogiques instruites par les pouvoirs publics. Cette catégorie de pratique est faite par les services sociaux du Lycée d'Ahala. Elles se caractérisent par la sensibilisation, les entretiens avec les parents, les élèves. La participante (PR9, SS, LA, CADRE). Souligne :

« Les causeries éducatives, la sensibilisation en suivant le cahier de charge est le mode pratique pédagogique en éducation à la santé ».

Sa collègue (PR10, SS, LA, ACA) réitère :

« La sensibilisation, les entretiens au niveau du bureau avec les élèves, les parents. On a des programmes selon lesquelles on oriente les enfants ».

En somme, comme résultat les pratiques pédagogiques en éducation à la santé sont orientées par les instructions institutionnelles éducatives. Les enseignants et non enseignants s'efforcent d'appliquer toutes ces recommandations, qu'elles soient des pratiques enseignantes ou des causeries éducatives.

IV.1.6. L'évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé

Il résulte de notre enquête de terrain que l'évaluation faite en éducation obéit à trois caractéristiques.

IV.1.6.1. Les programmes scolaires ne suffisent pas à rendre l'élève responsable de sa santé

Les participants affirment que les programmes en éducation à la santé sont insuffisants à rendre l'élève responsable de santé. Ils invoquent à cet effet d'autres cadres sociaux qui peuvent contribuer à la santé de l'élève. C'est pour cette raison (PR2, SVT, LA, PLEG) affirme :

« Non ça ne peut pas suffire. L'éducation à la santé n'est pas la seule affaire de L'école il y a lui-même, donc ça ne peut pas suffire. Il y a plusieurs aspects qui doivent entrer dans l'éducation de l'individu ». Le participant (E2,18 ans, Tle D, LA) souligne à ce sujet :

« Je pense que les programmes ne suffisent pas. Seule l'école ne suffit pas à nous rendre responsable de notre santé parce que nous apprenons à l'école ce n'est pas ce que nous apprenons à la maison. Il y a une éducation à la santé différente ».

Il en résulte de ces déclarations que la famille, la société, l'élève lui-même sont des acteurs majeurs de l'éducation à la santé. Ce qui rend insuffisant les programmes scolaires à éduquer l'apprenant à la santé.

A ce niveau d'autres participants pensent que les programmes scolaires ne sont pas suffisants à répondre à l'éducation à la santé de l'élève. Dans la mesure où chaque jour on assiste aux lycées aux mêmes problèmes de la jeunesse (grossesses précoces, des écarts de comportement etc.). La participante (PR9, SS, LA, CADRE) souligne :

« Ça ne suffit pas parce qu'au lycée on n'éprouve toujours les mêmes déviations. Les causeries éducatives et les sensibilisations ne sont pas suffisantes, parce qu'on constate toujours que les enfants ont des écarts de comportements. Donc le ministère devrait créer d'autres méthodes ».

(PR10, SS, LA, ACA) ajoute :

« Moi je dirai cache que ça ne suffit pas parce que chaque année on fait des surveillances, on voit des questions comme : comment utiliser un préservatif ? Ils sont tellement précoces que chaque année le nombre de grossesse augmente. Le véritable problème c'est que l'enfant apprend beaucoup avec les autres. »

-

Il résulte de notre enquête que, les participants déclarent que les programmes ne suffisent pas à rendre l'élève responsable de sa santé. Dans la mesure où il existe d'autres cadres sociaux en dehors de l'école où l'élève s'éduque aussi, le caractère répétitif des mêmes comportements à risque chez les élèves, enfin le fait que les adolescents ou enfants apprennent par eux-mêmes.

IV.1.6.2. L'approche interdisciplinaire en éducation à la santé

Les participants affirment qu'une approche interdisciplinaire serait opportune pour répondre favorablement aux problèmes de santé des élèves. Il résulte de l'enquête de terrain que cette approche se caractérise par :

L'harmonisation des programmes dans le domaine de la santé. La participante (PR7, EPS, LA, MPEPS) souligne :

« L'interdisciplinarité oui bien sûr c'est possible dans la mesure de la définition des programmes. Je prends le cas de l'alimentation. Dans presque toutes les disciplines la définition des objectifs doit être la même. On aura gagné à sensibiliser sur la santé lorsque les contenus sont harmonisés ».

Les participants déclarent aussi que le caractère pluridisciplinaire de l'éducation à la santé. Le participant (PR8, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG) pense qu'il :

« Sera intéressant d'aborder l'ES en tenant compte de l'pluridisciplinarité. Parce que chacun a un angle sous lequel il voit la chose. Moi quand je fais ça en géographie, je vois beaucoup l'environnement qu'il faut assainir. Or celui de la SVT peut s'appesantir sur le microbe. L'approche interdisciplinaire sera plus intéressante ».

Les participants affirment aussi que l'approche interdisciplinaire serait plus efficace et plus perceptibles. Cette approche serait plus intéressante dans le suivi des élèves. Elle aidera mieux dans la collaboration entre le personnel. C'est pourquoi (PR7, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG) mentionne :

« Bien sûr l'approche interdisciplinaire sera un atout parce que chaque discipline traite d'un volet précis de la santé en général. S'il y a une approche interdisciplinaire cela va permettre que les mesures prises soient plus perceptibles ». (PR9, SS, LA, Cadre) renchérit :

« Je pense que si on travaille tous ensemble ça va beaucoup aider. Parce que le

-

constat que j'ai fait c'est que les enseignants ne s'occupent pas de l'éducation des enfants comme nous. Si des enseignants faisaient aussi du genre ils voient un élève qui ne travaille pas bien qui a comporté bizarrement, il s'intéresse au lieu de punir. S'il travaille avec nous je pense ça allait beaucoup aider. »

Les participants sont tous d'accords sur le caractère interdisciplinaire de l'éducation à la santé au lycée. Toutefois, il résulte de notre enquête sur le terrain que les déclarations sur la prise en compte de l'opinion des élèves sur ce qu'ils pensent de la santé n'est pas partagé. Mieux encore tous les participants ne sont pas d'accord sur le fait qu'il faut prendre en compte l'opinion des élèves dans le cadre de la participation à l'éducation à la santé.

D'abord, certains enseignants pensent que les enfants n'ont pas grand-chose à dire sur leur santé (PR4, SVT, LA, PLEG) souligne :

« Je pense que l'enfant n'a pas grand-chose à dire sur sa santé. Leur avis ne compte pas trop. Je pense que c'est nous qui devons penser pour eux. Parce que l'enfant attend quelque chose de nous. Qu'on les oriente. C'est à l'enseignant de décider de son orientation ».

D'autres enseignants pensent que prendre en compte l'opinion de l'enfant dépend à la fois de l'âge et du niveau d'étude (classe). C'est pourquoi (PR4, SVT, LA, PLEG) affirme :

« Prendre le point de vue ça dépend de l'âge. Vous allez partir en 6^e demander à un enfant qu'est-ce que la santé. Parler de la santé à une enfant de la classe de seconde qui comprend déjà les choses et qui a intérêt à prendre soin d'elle pour éviter les maladies ».

Enfin d'autres sont d'accord sur le caractère essentiel du point de vue de l'élève sur sa santé. Dans le but d'encadrer son opinion. A cet effet, (PR5, SVT, LA, PLEG) souligne :

« Oui le point de vue de l'enfant est important. Il te dit ce qu'il pense, c'est là qu'on peut corriger, amender pour qu'il retienne ce qui est vrai. Parce que si on ne lui fait pas sortir ce qui est dans la tête, les prérequis pour amender ça ne sert à rien ».

Aussi dans le cadre de l'élaboration des programmes (PR7, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG) mentionne :

« On peut prendre leur avis pour élaborer leur programme. Déjà dans le cadre de ma discipline, j'ai fait une remarque, lorsque nous abordons certaines leçons les apprenants

-

trouvent que celles-ci sont inadaptées au contexte. Leur avis serait plus intéressant, les leçons deviendraient un parfait échange ».

Dans le cadre de l'orientation avoir l'avis de l'élève pour certains participants c'est bien (PR9, SS, LA, Cadre) affirme :

« Oui c'est toujours mieux de chercher à savoir ce que l'enfant lui-même pense. Et c'est avec ça que tu peux mieux l'orienter ».

Enfin dans ce même cadre « Le professeur n'a pas le monopole du savoir l'élève a toujours un plus à apporter » déclare (E2, 18 ans, Tle D, LA).

IV.1.6.3. L'élaboration d'une approche par projet en éducation à la santé

Il résulte en ce qui concerne cette caractéristique que les participants sont d'accord à l'élaboration des projets en éducation à la santé avec la prise en compte de toute la communauté éducative.

Il ressort de leurs différentes interventions que la construction 'un projet est capitale dans la mesure où : pour les participants à l'enquête l'approche par projet en ES est intégrante, (PR2, SVT, LA, PLEG) affirme :

« C'est claire la pédagogie de projet. L'éducation à la santé n'est pas la seule affaire de l'enseignant. Le fameux triangle pédagogique, il y a beaucoup d'intervenants. Faire intervenir la société, les parents, bref tous les pairs éducateurs possibles. C'est toujours un avantage pour avoir une approche holistique de la chose ».

(PR6, EPS, LA, MPEPS) rajoute à ce propos :

« Si on investit la pédagogie de projet permet de converger les énergies pour améliorer la santé des élèves ».

Les interventions des intervenants se caractérise aussi ici par le caractère fructueux, satisfaisant, collaboratif, idéale de l'approche par projet en éducation à la santé au lycée. A ce propos, (PR10, SS, LA, ACA) pense :

« C'est l'idéale que toutes les parties prenantes collaborent ensemble dans le but

-

d'avoir des mesures plus efficaces. Nous faisons la sensibilisation l'entretien, mais tu te rends compte à un moment que ça ne marche pas. Ce n'est pas que la discipline, ce n'est pas que les notes, au niveau social il faut accompagner l'élève ».

(PR7, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG) rajoute :

« Il serait important que toute la communauté éducative en générale et toutes les parties qui interviennent dans l'éducation soit d'un commun accord, pour avoir des résultats plus fructueux. Avec une approche par projet c'est pratique et les objectifs sont plus perceptibles. Ce sera moins théorique ».

Les participants pensent aussi qu'un travail autour d'un projet en ES permet aussi le développement des compétences. Ainsi (PR3, SVT, LA, PLEG) souligne :

« Si tous les acteurs sont réunis c'est une bonne chose. Parce que, si nous en classe on leur parle de prévention contre le VIH/SIDA par exemple. Qu'il y a une campagne qui vient de la mairie avec des docteurs qui, viennent leur parler de ça, les élèves seront impressionnés. Cela va permettre d'asseoir des compétences. Cela va d'avantage leur faire prendre conscience de leur propre santé. »

Enfin, nous avons comme résultat de l'enquête le partenariat dans le cadre de la construction une approche pédagogique par projet. L'élève (E5, 16 ans, 1^{ère} A esp, LA) déclare :

« Une approche de projet basé sur le partenariat est très importante parce qu'il y a certains enseignants qui draguent les élèves et pourtant ils ont leurs femmes. Ils ont des rapports sexuels avec les femmes dehors, leurs femmes à la maison et peuvent transmettre les maladies aux élèves. On doit prendre parents-élèves-enseignants pour tous nous sensibiliser sur les maladies, et sur la santé de notre entourage ».

Il en résulte que les participants sont tous d'accord pour un travail par projet en éducation à la santé qui intégrera toute communauté éducative. Ce travail par projet permettra une meilleure collaboration entre tous les maillons de la communauté et permettra ainsi de mieux écouter les élèves, bien que tous participants ne soient pas d'accord de prendre l'avis de l'élève. Il ressort de l'évaluation des pratiques en éducation à la santé que les seules leçons enseignées en classes ne suffisent pas. Les participants sont d'accord pour un travail en

-

partenariat, interdisciplinaire basé sur un projet en éducation à la santé, pour mieux répondre aux besoins de santé des élèves.

IV.2. Interprétation et discussion des résultats

Dans ce chapitre nous allons interpréter et discuter les résultats obtenus dans le chapitre 4. Ainsi, nous allons interpréter les hypothèses spécifiques qui sont au nombre de trois. Le but étant de voir si les résultats obtenus correspondent à nos hypothèses spécifiques de départ. Il s'agit pour nous de mener une discussion à la lumière de la littérature issue de l'éducation à la santé en milieu scolaire, en particulier des pratiques éducatives. La question principale était de savoir comment se déploie l'éducation à la santé en milieu scolaire ?

Pour ce faire, nous avons emprunté deux théories qui sont : la théorie sociale cognitive (Bandura,1986) et la théorie de l'écologie de la promotion de la santé (Bronfenbrenner,1979). Ces théories nous permettent d'analyser le déploiement de l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun.

IV.2.1. Interprétation et discussion de la première hypothèse

Notre première hypothèse stipule que : *« les contenus en éducation à la santé sont les connaissances scientifiques sur les maladies qui touchent les organes de l'homme , la prévention de celles-ci et les règles d'hygiène»*. Les résultats de notre travail de terrain viennent confirmer cette hypothèse. En effet, les participants de cette étude s'accordent sur le caractère préventif, hygiéniste de l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au lycée d'Ahala. Cette hypothèse est confirmée aussi par l'analyse des manuels scolaires que nous avons faite. Il en ressort que les trois manuels scolaires que nous avons analysés ont plus de contenus liés à l'information sur les connaissances scientifiques des maladies organiques, leur prévention et les règles d'hygiène. Nous retenons cette affirmation lorsque la (PR3, SVT, LA, PLEG) affirme : *« par exemple en quatrième on va parler de l'appareil moteur, les organes de l'appareil moteur visuel, prévention du SIDA, IST, de quelques maladies digestives. En terminale ça devient plus approfondit on vous parle du diabète quand on vous parle par exemple de l'hypertension avec tous les mécanismes, comment la vascularisation est touchée »*, (PR2, SVT, LA, PLEG) viendra réaffirmer que les contenus en ES sont *« au niveau cinquième, les programmes c'est la santé humaine en rapport avec les productions végétales. En classe de 2^{nde} c'est l'hérédité. Les cancers, les activités physiques les paramètres qui varient avec les adaptations de l'organisme, les systèmes cardio-vasculaires*

-

et urinaires il y a même les maladies tropicales. En première c'est toujours l'organisme, on va leur parler comment le VIH/SIDA agit, les problèmes de la santé reproductives ».

Les affirmations que nous venons de mentionner ci-dessus nous permettent d'affirmer que la plupart des contenus sont biomédicales mieux encore organiques dans le programme scolaire officiels de l'ES.

Toutefois, nous pouvons aussi noter qu'il existe très peu de contenus de la santé mentale et émotionnelle. Ces contenus ne sont pas très accentués au regard des résultats que nous avons eu sur le terrain. Il faut ici dire que les enseignants d'histoire-géographie et ECM, le personnel des services sociaux se préoccupent aussi de l'ES en particulier du volet mental et émotionnel, bien qu'un programme en ES n'existe pas à leur niveau. Ceci se confirme par les propos de (PR7, hist. Géo-ECM, LA, PLEG) *« j'insiste sur un volet lié à la santé mentale. Et je peux insister sur les violences conjugales, sur les devoirs des enfants à la maison. Bref, j'ai l'habitude de marquer une pause c'est là que j'insiste sur la santé mentale »*. (PR10, SS, LA, ACA) dira que les contenus en ES sont : *« les grossesses précoces, sexualités précoces, les drogues, MST, les grands malades, handicapés, le regard que les autres ont »*.

Ces affirmations respectives nous permettent de comprendre que malgré la quasi absence du volet mental et émotionnel des programmes officiels en ES, il y a un effort qui est fait pour toucher à ces contenus.

L'analyse des manuels scolaires étudiés dans le cadre de notre étude nous montre que la santé est présentée avec une vision biomédicale, c'est-à-dire que les contenus sont informatifs (connaissances scientifiques des organes et microorganismes), curatifs et préventifs ou le médicament, le vaccin, le sérum sont des solutions à la maladie, le microbe étant le seul agent pathogène. Dans les manuels scolaires étudiés, nous ne retrouvons pas de trace écrite sur la santé mentale et émotionnelle. Cette posture biomédicale de la santé dans les manuels scolaires au Cameroun est semblable à celle de la France. Dans une analyse comparative des manuels de biologie (Clément et al,2010) affirme qu'en France « la santé est présenté avec une vision exclusivement biomédicale, très curative, ou le médicament est la solution à tous les maux, le microbe étant le seul agent infectieux » page 4. L'analyse des manuels scolaires des SVT EEHB dans le module d'ES montre que la vision biomédicale est accentuée avec une insistance sur les pathologies, l'aspect préventif et curatif. C'est-à-dire qu'on présente la maladie et on dit comment la prévenir, comment la soigner et son agent pathogène.

-

Le style pédagogique étant pour la plupart informatif et injonctif. C'est-à-dire que le style le plus privilégié est la persuasion. Pour (Clément et al, 2010) il y a style persuasif dans le cas où « *la problématique est généralement présentée, avec une argumentation ne s'intéressant qu'à une seule solution spécifique et une forte suggestion pour les actions proposées qui sont aussi les seules à justifier* ». Nous pensons que cet aspect organique dans les manuels scolaires du secondaire est influencé par le model organique de la santé de Eymard (2004) qui oppose maladie et santé. Il s'agit ici de faire comprendre aux élèves qu'ils ne peuvent être en santé que s'ils ne sont pas malades physiquement. La connaissance de la maladie, de son agent pathogène, de sa prévention, son traitement sont autant d'information qu'ils doivent intégrer pour se protéger de la maladie qui est étudiée dans les manuels. Nous pensons avec (Rosentock, 1974) que ses modèles de croyance à la santé (HBM) qui est mise en avant dans les manuels scolaires. Dans la mesure où, un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante dans sa vie. Ainsi la connaissance de la maladie dans sa généralité peut être considérée comme le déterminant clé pour lui permettre d'adopter des comportements qui ne favorisent pas la maladie.

Les images que nous retrouvons dans les manuels scolaires analysés sont des images informatives. La plupart des images sont illustratives. Elles présentent une séparation isolée une différenciation entre un état de santé et un état de malade. Elles présentent des conceptualisations scientifiques, ou figuratives résultant d'une observation microscopique (Clément et al, 2010). Les images des personnes malades, mal nourries permettent de développer ce que (Rosentock, 1974) appelle dans le HBM la « *gravité perçue* ». C'est-à-dire que l'observation des images suscitées par les élèves va permettre aux élèves de réaliser la gravité de la maladie. C'est-à-dire qu'elle va pousser l'élève à croire à l'existence de la maladie. Ainsi, les textes et les images combinées contenus dans les manuels scolaires peuvent être analysés comme étant une « *menace perçue* » (Rosentock, 1974). Pour Rosentock la menace perçue dans les manuels scolaires conduit à une plus forte probabilité d'engagement dans les comportements liés à la santé.

La confirmation de cette hypothèse nous permet de comprendre que les contenus en éducation à la santé dans l'enseignement secondaire restent encore très traditionnels dans la mesure où c'est le model biomédical ou hygiéniste du début des années 1900 qui est encore

-

prédominant. La conception des contenus des manuels scolaires utilisés n'est pas actualisée à l'approche de la promotion de la santé. Dans la mesure où selon (Clément, 2010) l'approche de la promotion à la santé insiste sur l'aspect holistiques ou globale de la santé individuelle et sociale ; elle prend en compte tous les aspects de la vie de l'élève en étant centrée sur leur développement personnel et social.

La littérature internationale s'accorde aujourd'hui sur des contenus plus éducatifs en éducation à la santé. Ce modèle de santé simplifié semble problématique ou inefficace, dans la mesure où de telles approches reposent parfois sur des hypothèses concernant l'adoption des comportements qui sont difficiles à justifier, et ne sont pas corroborées par des données probantes (VIPES, 2010). L'approche thématique en vigueur en ce jour dans les programmes de l'éducation à la santé suggère que le comportement humain est entièrement basé sur les savoirs rationnels. La dimension émotionnelle et sociale étant quant à elle largement négligée.

Il faut dire que l'approche thématique reste fondamentale dans le cadre de l'éducation à la santé à l'école. Mais toute fois il paraît important de la dépasser pour parler davantage de l'approche éducative ou globale et écologique de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Dans le cadre des écoles promotrices de la santé en France par exemple il s'agit de garantir une interprétation entre les thèmes. Cela peut permettre aux élèves de faire le lien entre la thématique traitée et les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels ils vivent. Dans le cadre des programmes de SVTEEHB, la partie réservée à l'éducation nutritionnelle (VIPES, 2000) suggère qu'elle doit prendre place dans une approche plus large à l'échelle de l'établissement. Et cela peut comprendre les éléments tels que :

- Garantir qu'une alimentation saine soit disponible au sein de l'école ;
- Fournir pour la restauration un environnement attractif qui prenne en compte les souhaits des élèves ;
- Garantir que l'eau fraîche soit disponible à l'école ;
- Encourager les élèves à développer des compétences pour faire pousser, préparer et acheter les aliments, et ceux en lien avec les parents et la structure locale ;
- Etablir les liens avec des questions associées, comme le bien être à l'école, le rôle culturel de la nourriture et le rôle des médias dans la commercialisation.

Les recherches sur les approches globales à l'école restent prometteuses aujourd'hui. Aujourd'hui l'ES fait partie des disciplines transversales que les chercheurs appellent les

« Éducation à ... » Elles représentent pour (Wafo, 2012) un nouvel ensemble d'enseignement qui prend de façon progressive sa place dans le monde scolaire. Elles visent d'avantage la modification des comportements et le développement des compétences et d'aptitude, que la transmission des savoirs. (Wafo,2012) affirme à la page 52 que « *à côté des disciplines scolaires traditionnelles constituant le champ des enseignements de ... et donc les enjeux éducatifs sont centrés sur la transmission des contenus, les éducations à ...s'intéressent prioritairement à la construction de savoir être et de savoir-faire en se fondant sur les conceptions individuelles et les représentations sociales* ». Elles s'inscrivent donc dans une perspective différente des enseignements disciplinaires. C'est une forme d'éducation non disciplinaire. L'ES ne se conçoit plus seulement en termes de conditionnement, mais elle se veut plus large et plus globale (Jourdan, 2004). (Takino-brot, 2008) affirme qu'une étude menée au Japon a montré que, l'éducation alimentaire a pris la forme d'une nouvelle discipline à part entière. Ainsi cette discipline regroupe le contenu de toutes les matières dans leurs rapports avec l'alimentation : l'histoire, la géographie, l'éducation physique, l'économie...cet enseignement peut donc être donné par les professeurs ou être assuré par des interventions des professeurs nutritionnistes. Pour (Lange et Victor, 2006) les « éducations à ... » donc les enseignements particuliers (santé, environnement, media, développement durable...) se différencient des disciplines par l'absence des référents académiques et des curricula clairement établis.

La discussion de notre première hypothèse nous montre que sur le plan épistémologique que les contenus en ES restent encore très thématiques et peu efficaces à répondre favorablement aux préoccupations de santé de l'élève. Bien que les contenus en ES soient importante, il faut dire que la présentation isolée mieux encore fragmentée des thèmes développés restent encore très traditionnelles. Pour (Ayangma, 2022) c'est une forme continue de l'éducation hygiéniste développé dans les écoles depuis la période précoloniale. Cette éducation hygiéniste se basait sur la transmission des règles d'hygiène. Ce model transmissif et informatif de l'ES nous permet de comprendre qu'au Cameroun il y a des efforts qui sont fait pour un changement de programme et une précision sur les contenus en ES. Il parait opportun de transiter du model transmissif de connaissance neutre à un model plus éducatif en ES où les savoirs faire et les savoirs être sont construits. Ce model éducatif vise la motivation et la participation des individus. C'est dans cette lancée que (l'OMS, 1999, page 5) affirme

-

« L'ES concerne non seulement la communication d'information, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi, tous nécessaires pour agir en vue d'améliorer la santé ». C'est-à-dire qu'en milieu scolaire il ne s'agit plus seulement d'un seul model de connaissance biomédicale mais il faut le dépasser pour développer, promouvoir des compétences tels que l'estime de soi, l'esprit critique, une plus grande responsabilité de sa santé. Ceci permettra à l'élève de comprendre qu'il est responsable de sa santé, celle de ses pairs et de son environnement. Ici, la santé de l'élève ne se conçoit plus uniquement comme absence de maladie, plus seulement comme un état (OMS, 1948) mais comme un moyen de bien être (OMS, 1986). Considéré comme un moyen de bien être, cela permettra davantage d'éviter des stigmatisations, des frustrations, des rejets en milieu, le model éducatif permettra alors de partir des contenus biomédicaux pour des constructions plus sociales de la santé en milieu scolaire au Cameroun.

IV.2.2. Interprétation et discussion de la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse de notre étude stipule quant à elle que : « *le personnel éducatif met en œuvre l'éducation à la santé en suivant les programmes scolaires instruits par les pouvoirs publics* ». Il convient de dire ici que les résultats de notre recherche montrent que la majorité de participants affirment qu'ils ou elles appliquent scrupuleusement les consignes de travail données par la hiérarchie pour dispenser les cours d'éducation à la santé. C'est pourquoi nous pouvons confirmer cette hypothèse.

La transmission des connaissances en éducation à la santé en classe constitue le modèle par excellence dans le système éducatif camerounais, l'éducation à la santé est une sous-discipline de la SVT EEHB. Elle se confine dans des curricula qui doivent être dispensés comme les autres disciplines. Les enseignants affirment alors s'approprier les programmes d'enseignement comme dans les autres disciplines. C'est pourquoi la participante (PR2, SVT, LA, PLEG) affirme : « *je suis scrupuleusement le programme. Tu ne peux pas enseigner sans traces écrites. En ce qui concerne les traces écrites ce n'est que ce que le programme demande* ». Une autre d'ajouter « *nous suivons les programmes. Ils sont comme une sorte de guide, je pars en classe je sais ce que j'ai à faire* » (PR3, SVT, LA, PLEG). C'est dire que les programmes sont déjà aménagés en éducation à la santé et il revient tout simplement aux enseignants de suivre ceux-ci. C'est ce que (Pizon, Jourdan, 2009) appellent les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. Il s'agit ici des prescriptions destinées aux enseignants qui, se traduisent sous la forme des programmes scolaires se

-

limitant à encadrer le volet didactique de l'activité des enseignants. La prescription scolaire selon (Pizon, Jourdan, 2009) peut se définir comme tout ce que l'institution scolaire définit et communique au professeur pour l'aider à concevoir, à organiser et à réaliser son travail. Il s'agit d'un déterminant du travail des enseignants qui joue un rôle capital. Il faut dire que dans l'enseignement secondaire au lycée d'Ahala en éducation à la santé se traduit par l'application mécanique des programmes scolaires. Ceux-ci sont centrés sur des connaissances biologiques qui sont transmissent aux élèves.

Au Cameroun, depuis la fin des années 1980 marquées par la crise économique et les plans d'ajustement structurels, ce sont les enseignants de biologie qui ont commencé à dispenser l'hygiène et l'éducation sexuelle. C'est cette même traduction que nous retrouvons jusqu'à aujourd'hui (Ayangma, 2022). Les programmes restent toujours organiques comme à l'époque précoloniale où se sont les professionnels de santé qui enseignaient la santé scolaire à l'école.

Les enseignants affirment appliquer les APC dans la mise en œuvre des programmes scolaires en éducation à la santé. Les APC sont ainsi une nouvelle approche implémentée dans les lycées et collèges au Cameroun à partir de 2013. Les APC au Cameroun sont une prescription institutionnelle des politiques éducatives. Celles-ci ont vu le jour lors de la conférence des ministres de l'éducation (CONFEMEN) en 1994. Les APC se caractérisent par :

- Les contenus d'enseignement qui vont plus loin que les savoirs et les savoir-faire ;
- L'élève est l'acteur principal de ses apprentissages ;
- Le savoir-agir en situation est valorisé.

Au Cameroun l'ESG, le model adopté dans les APC est l'entrée par les situations de vie (APC/ESV) (Mbock, 2011). Il est question pour l'apprenant d'acquérir des compétences qui lui seront utiles tout au long de la vie et dans ces interactions dans la société. Pour (Mbock, 2011) les domaines de la vie développées ici sont :

- La vie familiale et sociale ;
- La vie économique ;
- Environnement, bien-être, santé ;
- Citoyenneté ;

- Media et communication.

Faut dire que ces prescriptions institutionnelles s'arriment à la politique mondiale de la promotion de la santé en milieu scolaire. L'Etat dans sa prescription veut développer des compétences chez les élèves et non pas une accumulation de connaissances transmissibles.

Selon (l'OMS, 1999, p.5) l'éducation à la santé comprend : « *la création délibérée des possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitude utiles dans la vie qui favorisent la santé des individus et des communautés* ». C'est-à-dire que dans la santé il faut tout prendre en compte pour rendre l'élève responsable.

Nous constatons donc que les APC dans l'ESG valorisent la construction des compétences, mais leur applicabilité ne suit pas. Oui les manuels scolaires prévoient des entrées par les situations de vie, toute fois le style de texte reste encore très injonctif et informatif. Tout est mis en œuvre dans les manuels scolaires pour que l'élève modifie son comportement à travers les textes et les images. L'application des APC ne se traduit pas toujours facilement par les enseignants. Dans la mesure où à cause des moyens insuffisants mis à leur disposition ils ou elles restent toujours très théoriques. Ils valorisent ou privilégient la transmission brute des connaissances (PR6, EPS, LA, MPEPS) affirme : « *les contenus sont là mais l'applicabilité, la matérialisation sur le terrain ne suis pas. On est obligé de parler de manière superficielle. Je dois montrer à l'enfant je ne dois pas parler de manière vague* ».

Une autre participante ajoutera : « *les contenus sont là mais l'applicabilité qui est un problème. La santé on peut même voire les frottis sanguins* ». (PR1, SVT, LA, PLEG). Nous pouvons analyser à travers ces deux affirmations que l'application des APC en éducation à la santé reste encore très théoriques au lycée d'Ahala. Il y a donc une nette différence entre ce qui est fait sur le terrain et l'instruction scolaire en matière des APC. Et même c'est le volet biomédical qui est enseigné au lieu du volet éducatif qui prend en compte la vie scolaire.

Les prescriptions scolaires en matière d'éducation à la santé restent peu efficaces aux regards des dérives sociales que nous rencontrons de plus en plus dans nos lycées et collèges. Les programmes restent encore très en deçà des prescriptions mondiales en matière d'éducation à la santé en milieu scolaire au Cameroun. Pour (Marinant, 1981) les prescriptions scolaires ne doivent pas seulement se limiter aux programmes. Elles doivent aussi être créées sur des pratiques sociales de références comme la liberté, la responsabilité, la citoyenneté. Ainsi, l'activité des enseignants doit être le résultat d'un compromis entre les rationalités multiples :

-

les objectifs didactiques et pédagogiques des enseignants ; leur propre but subjectif ainsi que les contraintes et les ressources de leur milieu de travail (Goigoux, 2007). (Pizon et Jourdan, 2009) expliquent à cet effet que penser le travail enseignant nécessite ainsi de dépasser la simple référence à l'implantation, pour aller vers la prise en compte du professeur comme acteur à part entière. Dans les textes internationaux en matière d'éducation à la santé, on fait appel à la notion de promotion à la santé. Car le concept de promotion à la santé dépasse largement celui de l'individu, pour prendre en compte celui de la communauté, les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain. Ainsi (l'OMS, 1996) affirme que le but de la promotion de la santé est de « *donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyen pour l'améliorer* ». C'est pourquoi il n'agit plus d'une simple énumération de connaissances scientifiques, mais des moyens efficaces qui dépassent le cadre scientifique. Pour (Pizon et Jourdan, 2009) il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé, et d'autre part de créer les conditions de la réussite à tous les élèves. Par exemple améliorer les espaces de vie des élèves, promouvoir l'estime de soi, l'esprit critique et la protection de l'environnement. Afin d'adopter des comportements favorables à leur santé. Il faut permettre aux élèves l'accès à l'autonomie et à la responsabilité. Il n'est plus opportun de prendre l'éducation à la santé sous le prisme seulement des programmes, des transmissions mécaniques scolaires de biologie mais comme un bien social qui permettra à chaque élève d'être responsable de son bien-être.

Ce n'est plus l'affaire des spécialistes seulement mais il s'agit de l'ensemble de la communauté éducative (Pizon et Jourdan, 2009).

Le changement de comportement n'est plus seulement une affaire de transmission des connaissances scientifiques en santé. L'environnement, la croyance en l'efficacité personnelle, la croyance en l'efficacité du comportement sont autant de déterminant qui peuvent aider l'élève à être davantage responsable de sa santé en milieu scolaire (Bandura, 1977). Plusieurs recherches ont démontré que la croyance en l'efficacité personnelles est un déterminant significatif pour ce changement de comportement. (Diclemente, 1981) soutient à cet effet que, les gens qui sont animés d'une forte croyance en leur efficacité personnelle au début d'un programme pour, cesser de fumer par exemple réussissaient dans une grande proportion à éliminer la cigarette de façon définitive. (Godin, 1991) affirme dans le cadre de la théorie sociale cognitive que, ces résultats s'expliquent par le fait que la croyance en l'efficacité personnelle détermine la somme des efforts que la personne est décidée à fournir

-

pour maintenir un comportement, malgré les difficultés qu'elle rencontrera inévitablement. Les gens très confiants en leur efficacité personnelle persévèrent davantage que ceux qui le sont moins. (Désharnais, Bouillon, Godin, 1986) pensent à cet effet que la croyance en l'efficacité personnelle au moment où un comportement social est lié à la santé constitue un bon indice. Il n'est plus seulement questions de rester centré sur les programmes scolaires en éducation à la santé, mais il convient de développer chez l'élève l'estime de soi afin de mieux affronter les difficultés dont il fait face dans sa vie. De faire de lui un acteur à part entière de la vie de l'école. Cela lui permettra de développer un esprit critique, de prendre des décisions fortes favorables à sa santé, à celle de ses pairs et à son environnement. De même aussi dans les pratiques pédagogiques. Il ne s'agit plus seulement d'une prescription de programme scolaire mais il s'agit de rendre les professionnels acteurs et non des agents de transmission. (Bandura, 1997) estime à juste titre que les professionnels s'investissent rarement dans une activité qu'ils estiment ne pas être à mesure de réaliser ; de la même manière s'ils se sentent peu efficaces, ils ne s'y intéressent pas. Au-delà de la transmission des connaissances, il s'agit de rendre l'élève acteur à part entière de sa santé.

IV.2.3. Interprétation et discussion de la troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse stipule que : « *les programmes en éducation à la santé seuls ne permettent pas de répondre aux problèmes de santé mentale et émotionnelle des élèves au lycée d'Ahala* » Les résultats de notre étude nous permettent de confirmer cette hypothèse. Car la majorité des participants s'accordent à affirmer que les programmes prescrits par les institutions scolaires sont peu efficaces pour répondre aux problèmes de santé globale des élèves. La confirmation de cette hypothèse va se décliner en deux grandes parties. D'abord les participants s'accordent sur le fait que les pratiques disciplinaires en éducation à la santé ne favorisent pas toujours des comportements favorables de santé chez les élèves. (PR10, SS, LA, ACA) affirme : « *nous faisons des sensibilisations, entretiens, à un moment tu te rends compte que ça ne va pas. Puisque les mentalités évoluent. Ce n'est pas que la discipline, ce n'est pas que les notes, au niveau social il faut accompagner l'élève* ». Cette affirmation confirme le fait qu'au lycée d'Ahala on assiste toujours à une recrudescence des problèmes de santé scolaire. Il ne s'agit plus seulement du professeur de SVT qui va transposer des leçons de santé, ni de l'infirmier scolaire qui va appliquer des soins mais de l'ensemble de tous les acteurs du système scolaire qui doit œuvrer en faveur de la santé des élèves. Ce travail d'ensemble passe par l'interdisciplinarité en milieu scolaire. La santé étant

-

très complexe, pour les participants il convient de converger ou d'unir les efforts pour pouvoir répondre aux problèmes de santé des élèves. (PR6, EPS, LA, MPEPS) s'agissant de l'interdisciplinarité affirme : « *bien sûr c'est possible dans la mesure où la définition des programmes doit avoir les mêmes objectifs.* »

Je prends le cas de l'alimentation dans presque toutes les disciplines que la définition des objectifs soit la même. On aura gagné à sensibiliser sur la santé si les contenus sont harmonisés ». (PR3, SVT, LA, PLEG) dira que : « *parlant de maladie cardio-vasculaire en Terminale, on va dire qu'on a besoin d'exercice physique. Si pendant qu'on dit ça et que la même semaine ils ont cours d'EPS on leur parle de la même chose vous voyez à quel point ça entre ».* Alors nous voyons qu'à travers ces deux points d'avis qu'il est important d'harmoniser les connaissances en santé autour des mêmes objectifs. L'insistance d'un objectif de santé peut permettre de développer ce que Bandura (1977) appelle « *la croyance en la capacité du comportement* ». Cette insistance va permettre de vérifier le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné.

L'échange d'expérience dans le cadre de l'interdisciplinarité est fondamental pour répondre avec efficacité aux problèmes de santé. Ceci dit travailler de manière isolé, fragmentée mieux fractionnaire ne constitue pas une façon efficace. (PR10, SS, LA, ACA) dit dans le cadre de l'interdisciplinarité que « *certaines surveillants ont l'habitude de faire notre travail, mais ils n'ont pas la méthode. Les enseignants n'ont pas la même méthode que nous. Quand tu es enceinte on te le dit devant les gens, c'est insultant. Il y a ce volet de signalisation là qu'eux ils ne maîtrisent pas, c'est la difficulté que nous rencontrons on voudrait que la collaboration marche dans le sens de l'interdisciplinarité, mais ça ne marche pas toujours comme ça* » une autre participante ajoutera à cet effet que : « *si les enseignants faisaient aussi du genre ils voient un élève qui ne travaille pas bien, qui se comporte bizarrement ils s'y intéressent au lieu de punir. S'ils travaillent en collaborant avec nous je pense que ça allait beaucoup aider* » (PR10, SS, LA, CADRE). Ces deux points de vue soulignent l'importance de l'harmonisation des méthodes. Nous voyons ici que les enseignants s'intéressent davantage à l'aspect didactique de l'éducation à la santé, tandis que le personnel des services sociaux accentue leur travail autour de la dimension sociale de la santé. Cette différence de méthode des questions de santé ne favorise pas l'efficacité des interventions. Cette façon de travail est propice au développement des fragmentations des méthodes à l'école et s'identifie à la taylorisation en entreprise. Nous constatons que le travail

-

est morcelé, les objectifs sont différents. C'est dans cette lancée que (Jonnaert et al, 2004) affirme : « *les programmes scolaires ont découpé leur contenu en de multiples micro objectifs, permettant ainsi à l'école de préparer les élèves à une forme mêlée du travail, dont le modèle exacerbé était sans nul doute le travail en chaine* » page 669. Cette méthodologie du travail en milieu scolaire rend compte de la perspective comportementaliste. Selon (Jonnaert, 2004) cette méthode comportementaliste est issue du taylorisme qui est le travail en chaine en entreprise. Ce choix a été fait sous la contrainte des contextes économiques et sociaux de l'époque. Ce travail en objectif différent dans le domaine de la santé ne répond pas de façon favorable en milieu scolaire car il ne permet pas toujours des compétences chez les jeunes en milieux scolaire.

Pour (Bloom, 1979) il est opportun de se dégager d'une orientation taylorienne des activités à l'école. Mieux encore de dépasser l'approche par objectifs, comme de sa philosophie traduite dans les prescrits de la pédagogie de la maîtrise. Il convient donc pour (Perrenoud, 2002) d'amender le concept d'objectif pour parler de compétence, comme organisateur de programme d'étude. Pour les chercheurs en éducation, il est important au regard de la complexité des situations d'éducation d'aborder une approche par compétences. Cette approche semble même apporter un ensemble de réponses intéressantes aux attentes sociales actuelles. (Jonnaert, 2004) affirme : « *une logique de compétence bien orchestrée, laisse aux personnes une marche de manœuvre pour qu'elles mobilisent un empan de ressources appropriées et variées et traitant les situations complexes auxquelles elles sont confrontées* ». Page 670.

Ainsi nous pouvons dire que dans le domaine des sciences de l'éducation en particulier l'ES c'est la notion de compétences qui est privilégiée. Ce concept se construit dans le cadre de l'interdisciplinarité et non sur une base disciplinaire comme c'est le cas au lycée d'Ahala dans la pratique en ES. Une compétence peut se développer en situation sur la base des actions réaliser par une personne en fonction de différente ressource (Vermersh, 2003). Pour (Jonnaert, 2003) la définition développementale de la compétence, retenue pose les ressources mobilisées par la personne comme pouvant être d'origine interne ou externe. Les sources d'origines interne sont de plusieurs ordres mais ne se situent pas aux uniques connaissances. En ES en particulier, la construction des compétences repose entre autres, sur le dialogue constructif entre des ressources de nature diverse et appartenant à des domaines différents. Ce dialogue est facilité par l'interdisciplinarité (Jonnaert et al, 2004). La situation, espace

-

complexe, suscitent par nature des démarches interdisciplinaires. Cette dimension interdisciplinaire d'une logique de compétence vient mettre radicalement en cause la tradition « contienne » d'organisation de l'école dans le classement de quelques domaines d'apprentissage. ((Jonnaert et al, 2004).

Nous comprenons que l'ES étant une discipline complexe on ne peut plus l'appréhender uniquement dans le cadre d'une discipline particulière (biologie). Mais à partir de l'interdisciplinarité, il est possible d'explorer son caractère global, écologique pour avoir des résultats plus favorables à la santé des élèves. L'interdisciplinarité permettra à cet effet de construire des compétences psycho sociales qui permettront mieux aux élèves d'affronter de façon efficace les situations de la vie dont ils font face. L'interdisciplinarité avec ses corollaires comme la pluridisciplinarité, la transdisciplinarité sont des moyens nécessaires pour construire des compétences psycho sociales chez les apprenants. Pour (Unesco, 2008) l'un des moyens pour le développement des compétences psycho sociales c'est la coopération et le développement du travail par projet.

Notre dernière hypothèse est confirmée car les participants de notre étude sont d'accord sur l'importance d'un travail partenarial entre tous les acteurs de la communauté éducative au sujet de l'ES au lycée d'Ahala. Les programmes thématiques d'éducation ne répondant pas avec efficacité aux problèmes de santé des élèves. L'un des moyens les plus évident est le travail collectif au sujet de la santé des élèves. Il est question que toute la communauté éducative travaille autour des projets, des actions communes pour avoir des réponses plus adaptées à la santé des élèves. La participante (PR10, SS, L.A, CADRE) affirme au sujet d'un travail de projet en ES que : « *Ce serait un grand avantage de travailler autour d'un projet. Je pense que si on travaille en synergie je pense que ça va apporter plus de résultats satisfaisants. Il est idéal qu'on s'associe* ». Ce travail de collaboration passe ainsi par une prise en compte de tous les acteurs de la vie de l'école y compris les élèves. A cet effet la participante (PR10, SS,

L.A, ACA) affirme « *C'est nécessaire de prendre le point de vue de l'enfant parce que les enfants pensent par eux-mêmes. Ils sont beaucoup plus développés avec les technologies de l'information et de la communication, ils savent beaucoup de choses, ils se disent beaucoup de choses entre eux. Et généralement ce sont les enfants qui viennent nous dire par exemple si vous voyez un enfant qui « suce le cube ». Ils ont les codes. C'est par eux qu'on apprend aussi beaucoup de choses* ». Un travail de collaboration en éducation apparaît

-

comme fondamental. Une participante élève affirme à cet effet : « *pour une collaboration enseignant élève parent que, Oui les parents participent aussi beaucoup à la vie des élèves. Par exemple, les élèves qui ont des troubles mentaux. Il y a certains enseignants qui agissent souvent de manière brutale vis-à-vis de certains élèves qui ne peuvent pas et qui n'arrivent pas à donner leur capacité totale. S'il y a déjà cette entente là avec les parents, ils pourront se mettre à la place des parents qui vivent déjà ça depuis et comprendre le problème* » (E1,18ans, Tle D, L.A). Cette affirmation nous permet de comprendre la nécessité de procéder au travail en partenariat au sein du lycée d'Ahala.

Le travail de partenariat dans le domaine de l'éducation reste très préconisé par les politiques publiques internationales en matière d'ES. (UNESCO, UNICEF, OMS, 2002) accordent une grande importance au partenariat en ES. Les partenaires peuvent être au sein de la communauté, et également les partenariats entre professionnel de la santé et de l'éducation. La (FAO,2017) rappellent à juste titre que la participation des familles dans les projets nutritionnels en milieu scolaire est très importante. Le partenariat pour (Calas,2013) permet d'avoir un impact plus significatif. Pour (Broussouloux et Houzel-Marchal,2006) les partenaires sont des ressources externes à l'établissement scolaire. Ce sont des choix qui se font en fonction de leur complémentarité par rapport au projet. Ils peuvent apporter un appui sur le plan méthodologique, sur le plan technique, financier ou animant certaines interventions. Selon (Broussouloux et Houzel-Marchal,2006) les parents sont parties prenantes de la communauté éducative. Leur rôle est prépondérant et leur intégration est incontournable dans l'équipe projet. Parce que la famille est le premier cadre éducatif de l'enfant, elle est un partenaire privilégié qui est indispensable à toute action d'ES. Les représentations et les comportements de santé des enfants sont en premier lieu influencés par les habitudes familiales.

Cette équipe de partenaire doit se réunir autour d'un projet en ES. C'est-à-dire que la forme transmissive des connaissances n'est plus le seul déterminant en ES. Il faut la dépasser largement. Les politiques internationales s'accordent à cet effet sur le caractère transversal de l'ES. Elle n'est plus simplement comprise comme une discipline traditionnelle avec les contenus curriculaires. Mais elle se comprend comme une forme de discipline non curriculaire.

-

Le travail de partenariat doit s'articuler autour d'un projet en ES. Ainsi pour les participants de notre étude la pédagogie de projet un est moyen idéal pour répondre efficacement aux problèmes de santé des élèves. C'est pourquoi le participant (PR8, Hist. Géo-ECM, L.A, PLEG) dit sur la question d'un travail de projet que c'est sur ça qu'il faut même enseigner. On doit faire la pédagogie de projet. C'est-à-dire qu'il y ait une certaine communion entre les enseignants, les parents et la communauté éducative. Très souvent on va se rendre compte que les parents abandonnent les enfants aux enseignants. Or ça ne devait pas être ça. Donc ça devient compliquer. En réalité ça devait être un projet. Une autre participante dira « *il serait important que toute la communauté éducative en générale et toutes les parties qui interviennent dans l'éducation à la santé soient d'un commun accord pour pouvoir avoir des résultats fructueux* ». Avec une approche par projet c'est plus pratique et les objectifs seront plus perceptibles. Ce sera moins théorique (PR7, Hist. Géo-ECM, LA, PLEG). Ces affirmations nous permettent de comprendre qu'il est judicieux de moins cloisonner les pratiques d'éducation à la santé et de les inscrire dans une approche de projet avec la participation de tous.

En effet, selon (Broussouroux et Houzelle-Marchal, 2006) chaque établissement scolaire, sous la responsabilité d'un chef d'établissement, définit le cadre de son projet les modalités particulières de sa mise en œuvre, des objectifs en matière d'éducation à la santé. Dans une logique de complémentarité ; l'école doit développer ou rechercher des appuis et des relais dans les domaines qui ne relèvent pas de sa mission. Elle doit développer des partenariats privilégiés autour de ses projets de santé scolaire. Les projets de santé scolaire doivent s'articuler entre les services de santé scolaire et ceux des plans régionaux de santé. Elles doivent s'arrimer autour des politiques de santé publique, avec une ouverture sur le volet éducatif de la santé des jeunes. En France par exemple, un partenariat a été concrétisé par un contrat-cadre de santé publique. En France par exemple le 17 Juillet 2003 entre le Ministère chargé de l'Education Nationale et le Ministère chargé de la Santé Publique a été un contrat-cadre. Ce contrat-cadre définit un programme annuel d'action dans des domaines jugés prioritaires. Un projet en santé permet ainsi de passer de l'idée à l'action. Pour (Lange et Patricia, 2006) il met ces acquis en œuvre, et ceux-ci fonctionnent tel un filtre sélectionnant à priori tout ce qui peut être conservé, de façon consciente ou inconsciente par la mémoire du sujet en formation, et orientant son rapport au monde. Il s'agit tout simplement d'une prise en compte du sujet ou de l'apprenant dans le processus d'enseignement-apprentissage.

-

D'après (Lebaume, 2000) dans le cadre de l'éducation à la santé, il existe trois pôles de la situation d'éducation : les tâches visées, les visées éducatives et les références. Ces pôles sont interdépendants. Ici, le référent n'est plus seulement constitué des savoirs scientifiques, mais aussi des pratiques sociales ayant une forte influence sur le contenu et la valeur de ces savoirs (Wafo, 2012). Il émerge ainsi que de nouvelles activités (débat, jeux de rôle...). Ces activités permettent ainsi de placer l'enseignant au centre de l'activité pédagogique. D'après (Lange et Victor, 2006), les visées éducatives sont plurielles en éducation à la santé. Elles sont construites autour d'une opinion raisonnée relative à un thème.

Cette construction de l'opinion raisonnée vient rompre avec la simple croyance de l'éducation à la santé et vient donc mettre en évidence le caractère transversal de l'éducation à la santé. De ce fait il ne s'agit plus seulement d'une transposition de savoirs scientifiques neutres ne souffrant d'aucune contestation venant de l'élève. (Wafo, 2012 P. 57) affirme : « *les connaissances transmises sont construites avec l'élève et pour l'élève dans l'objectif de développer ses compétences, de lui donner les moyens de faire des choix éclairés et de se comporter de façon raisonnable. D'une posture passive dans laquelle se trouve l'élève dans l'enseignement traditionnel, il devient actif dans le domaine des éducations à ... du degré de son implication, dépend de l'atteinte ou non des objectifs de l'enseignement* ».

L'interprétation et la discussion de nos hypothèses nous donne de comprendre que les pratiques pédagogiques en éducation à la santé sont encore tributaires du modèle organique de la transmission des savoirs au lycée d'Ahala au Cameroun. Malgré les APC, les pratiques pédagogiques restent encore très théoriques, les contenus sont enracinés sur une approche hygiéniste. Le style pédagogique reste encore très informatif et persuasif. Les pratiques pédagogiques restent encore très en deçà des recommandations internationales qui, privilégient une approche éducative ou globale en éducation à la santé. Les nombreuses recherches dans ce cadre, montrent que les chercheurs s'accordent sur le caractère transversal de l'éducation à la santé. C'est à travers le paradigme de santé globale que la communauté éducative saura mieux répondre à la santé de l'élève.

CONCLUSION GENERALE

L'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun : analyse des pratiques pédagogiques en éducation à la santé. Cas du Lycée d'Ahala. Tel était l'intitulé de notre sujet de recherche. Nous sommes partis du constat que depuis près d'une décennie l'environnement scolaire de l'ESG est marqué par de nombreux scandales dû aux comportements à risque que développent les élèves au sein des établissements scolaires. L'on pourrait citer la consommation des stupéfiants, les grossesses précoces, la violence, les IST, la consommation de psychotropes qui vient altérer la santé mentale des élèves etc. Ce si malgré, des programmes en éducation à la santé qui sont censés conduire les élèves à développer des comportements responsables au sujet de leur santé. Notre question de recherche principale est de savoir comment se déploie les pratiques pédagogiques en éducation dans l'enseignement secondaire au Cameroun cas du lycée d'Ahala. Ainsi, L'objectif de notre étude était d'analyser les pratiques d'éducation au lycée d'Ahala. Notre hypothèse générale nous a permis de dégager trois hypothèses secondaires à savoir :

- Les contenus en éducation à la santé au lycée d'Ahala sont des informations sur les connaissances scientifiques qui touchent les organes, la prévention de celle-ci, les règles d'hygiène.
- Le personnel éducatif du lycée d'Ahala met en œuvre les pratiques pédagogiques en suivant les programmes scolaires instruits par les pouvoirs publics du Cameroun
- Les programmes en éducation à la santé seuls ne permettent pas de répondre aux problèmes de santé mentale et émotionnelles des élèves.

Pour comprendre ou analyser notre sujet de recherche, nous avons choisis deux théories qui nous ont permis de structurer notre travail. Il s'agit : de la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) ; de la théorie écologique de la promotion à la santé (Bronfenbrenner, 1979).

Il ressort de notre étude que : « *les contenus en éducation à la santé sont relatifs à l'information et la prévention des maladies* » ; ainsi que le préconisait l'hypothèse 1. Ces contenus sont consignés comme traces écrites dans les manuels scolaires et sont affirmés par les participants de l'étude. L'interprétation que nous faisons est que les contenus restent très

-

biomédicaux, très organiques. Les connaissances scientifiques sont véhiculées et restent très privilégiées. Les maladies mentales et émotionnelles restent ignorées dans le contenu des manuels. L'aspect social de la santé n'est pas développé.

La deuxième hypothèse était formulée ci-dessus a été confirmé. Les résultats nous montrent que les programmes en éducation à la santé sont le fruit des instructions institutionnelles éducatives. Mais toutefois il ressort quelques moments durant lesquels les enseignants improvisent pour aborder des questions de santé aux élèves. L'APC est l'approche que les enseignants utilisent pour transmettre les connaissances. Tous les critères de l'approche ne sont pas respectés à cause de l'insuffisance du matériel pédagogique. L'éducation à la santé se transmet comme le reste des disciplines au programme, avec l'application stricte des directives des institutions scolaires. L'éducation à la santé est encore très conditionnée dans le carcan disciplinaire et les connaissances disciplinaires ne souffrent d'aucune contestation de la part des élèves. Les élèves jouent très peu le rôle d'acteur, ils restent davantage des sujets à qui il faut transmettre les connaissances scientifiques. Les contenus enseignés restent encore très thématiques et l'approche globale ou éducative très peu connue par les participants.

Notre troisième hypothèse mentionnée plus haut a été confirmé par l'étude. Les résultats qui en découlent sont les suivants : d'abord il est important de pratiquer l'interdisciplinarité en éducation à la santé à l'école. Car c'est un domaine complexe. Mettre en œuvre une forme de pluridisciplinarité en éducation à la santé où les compétences psychosociales seront construites. Cette approche interdisciplinaire ou pluridisciplinaire permet d'aborder la santé des élèves dans sa globalité. Mieux encore, elle permet de dépasser le simple cadre biomédical de prévention des maladies pour s'inscrire dans une dimension plus large et plus éducative, holistique de la santé. Elle favorise ainsi l'approche multifactorielle de la santé.

Les résultats nous montrent que la recherche des partenaires externes à l'établissement est fondamentale pour avoir des résultats plus efficaces. Ensuite le travail en partenariat passe par un projet qui est articulé autour des actions en éducatons à la santé. Les actions doivent s'inscrire dans le processus de l'enseignement –apprentissage, non pas selon les méthodes traditionnelles d'enseignements, mais selon des méthodes nouvelles (débats, aménagements des espaces etc.). La participation des élèves comme acteurs à part entier va leur permettre d'être plus responsable leur de leur santé et va leur permettre de développer l'autonomie, le sens de la responsabilité et l'esprit critique. Ainsi à mieux affronter les situations de la vie quotidienne.

-

Ces actions en éducation à la santé se situent dans une approche transversale en santé. Et se veulent plus efficaces et plus pratiques.

Enfin, notre mémoire de fin d'étude s'est inscrit dans une posture globale en éducation à la santé en milieu scolaire. Celle-ci veut que la santé ne soit pas comprise uniquement comme des connaissances à retenir, mais comme un moyen de bien-être. Il en ressort que les pratiques pédagogiques en éducation à la santé au lycée d'Ahala en éducation à la santé sont encore très en deca des prescriptions internationales en matière de santé scolaire. Ainsi, pour répondre de façon efficace et adaptée aux défis de la promotion de la santé au lycée d'Ahala au Cameroun, il est nécessaire que les pratiques d'éducation à la santé s'élargissent pour embrasser la posture éducative qui est plus sociale qui, vise la construction des compétences, afin que les élèves puissent répondre aux problèmes de la vie quotidienne. Il faut favoriser les visées éducatives avec une pédagogie d'action qui garantit la participation de l'élève afin qu'il soit responsable de sa santé, de celle de ses pairs et celle de son environnement. Sur le plan paradigmatique, il importerait de s'arrimer au paradigme de santé globale qui vise à promouvoir la santé en milieu scolaire. Pour les institutions scolaires, il serait opportun de mettre un accent particulier sur le paradigme écologique en éducation à la santé qui est plus holistique, plus large, plus environnementale qui, dépasse le cadre biomédical et individuel pour mieux répondre à la question de la santé d'élève au lycée d'Ahala.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Absil G. Vandoorne C. ; Démarteau M. (2004). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et actions pour la promotion de la santé. Université de Liège, Ecole de Santé Publique*
- Altet M. (1997). *Les pédagogies de l'apprentissage. Paris : presse universitaire de France.*
- Astolfij Darote. Y ; Quinsburger, Vogel, Toussaint J. (2008). *Modèle pédagogique, dans*
- Arcand JL., D'Hombre B., Gyselinck P. (2005). Rendement de l'éducation et choix des instruments : Application sur données vietnamien. *Revue économique*, volume 56, pages 563-572.
- Andrew Baum, p113-117, « the health belief model ».
- Ayangma S. (2022). L'éducation à la santé dans les écoles coloniales et postcoloniales d'Afrique. *Revue internationale d'éducation de Sèvres.*
- Bandura A. (1976). *Observational learning: theoretical and empirical consideration. Psycextra dataset*
- Bandura A. (1997). *Social learning theory. Englewood cliff, N.J prentica-Hall*
- Bandura A. (1977). *Self-efficacy toward and action a social cognitive theory, Englewood cliff, N.J prentica-Hall*
- Barrhes R. (1984). Le bruissement de la langue. *Essais critique IV, Paris, Seuil P.69-67*
- Barth B-M. (1993). *Le savoir en Construction Former à une Pédagogie de la Compréhension. Paris : Retz*
- Bartholomew K., Parcel G, Kok G, Goltlieb N., Fernandez M. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach 3rd Edition, Sage*
- Bartholomewk,Paralg, kok G (1998). *Intervention mapping: a progress for developing theory and evidence-based health education programs. Health Educ Behav. 25 :545-63*
- Bernard, Clément, Carvalho G. (2008). *Méthodologie pour une analyse didactique des manuels scolaires et sa mise en œuvre sur exemple 1.*

-
- Bizzoni-Prévieux C., Merini, Otis J, Jourdan D, Grenier J. (2011). Les Partenaires en Education à la Santé au Primaire : Analyse comparée. *Nouveau Cahier de la Recherche en Education*, 2 (14) : 43-60.
- Bloom B. S. (1979). Caractéristiques individuelles et apprentissage scolaire. Bruxelles : Labor.
- Bury J-A., (1998). Education pour la Santé, concepts, enjeux, planifications. Savoirs et Santé. Bruxelles : De Boeck.
- Bonnir F., Policot AM. (2001). L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé. *Santé publique (vol 13) pages 287 à 294.*
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachussets and London : Harvard University Press. P.348*
- Broussouloux S., Lamoureux P. (2007). *Le développement de l'éducation à la santé à l'école. Situation de la France et du Quebec. Dans les tribunes de la santé p.61 à 68*
- Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. (2006). Education à la santé en milieu scolaire. Edition : inpes.
- Bull E. (2005). *Les model formel et l'explication en science sociales. Dans l'année*
- CALAS F. (2013). Education à la santé et complexité : proposition de formation aux stratégies nutritionnelles en milieu scolaire : le cas de la prévention globale de l'obésité dans une étude comparative franco-indienne. *Thèse de doctorat, Université de Montpellier II, Sciences et Technique du Languedoc.*
- Carpenter J. (2010). A Meta-analysis of the affectiveness of health belief model variable in predicting behavior. *Health communication*, vol.25, p 661-669
- Carton (2015). *Forum sur l'éducation permanente : intervention de Luc Carton, in ; santé conjugué no 32, p.6.*
- Charney R. et Mante. (2007). *Préparation CRPE mathématique Vol 1. Paris : Hatier.*
- Charte des nations unies (1945). San Francisco.
- Condor TN, (1972). *Rapport et projet de décret sur l'organisation générale de l'instruction publique, présenté à l'assemblée nationale Française.*
- Crahay M. (1999). *Psychologie de l'éducation. Paris : PUF.*

-

- Darbellay F., Paulsen T (dir) (2011). *Au miroir des Disciplines : Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche interdisciplinaire. Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Land.*
- Derbally F. (2011). *Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? entre unité et diversité, volume7, numero1*
- Diclemente C.C. (1981). *Self-efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary report, cognitive theory and research J. P175-187* Diclemente C. C. (1986). *Self-efficacy and additive behavior. Journal of social and clinical psychology p302-315.*
- Didérot D. *Lettre sur ? Sourds et muets*. Présentation par Marian Hobson et Simon Harvey, Paris, Flammarion ,2000.
- Dzoumesse Tayim B. (2014). *L'approche par compétences (APC) : un levier de changement des pratiques dans la formation des enseignants au Cameroun*. Colloque 2014, approche par compétence, approche pédagogique, curriculum dispositif de formation, pratique pédagogique.
- *Durkheim E. (1938). Education et sociologie. Paris, Alcan, 4^e édition P 119.*
- *Ecole en Santé Manitoba. Une association de Santé : Education de la Petite Enfance/Enfant en Santé Manitoba.*
- El Hage F., Reynaud C. (2013). *La perspective écologique dans la théorie de l'apprentissage : une perspective de recherche concernant le « sujet-apprenant ».*
- Eymard C. (2004). *Essaie de modélisation des liens entre éducation et santé. Questions vives.2(5), 13*
- *FAO (2007). Guide de Planification pour l'Education Nutritionnelle à l'Ecole Primaire. Rome*
- Fassier J-B, Lamort-Bourché M., Sarnin P. , Durf-Bruckertc, Peron J. , Lettrilliart L. , Durand M.J (2015). *Le protocole de « l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des Programmes en Promotion de la Santé : Institut de Psychologie, Université de Lyon »*
- Feuzeu F. (2020). *La violence en milieu scolaire au Cameroun. Regard Croisé Sur Un Fléau aux conséquences Dramatiques*. Faculté des sciences de l'Education, Université de Yaoundé I-Cameroun.
- Fourez G., Maingain A., Dufour B. (2002). *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*. Bruxelles, De Boeck, 288,119.

-
- Fortin J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèle et valeurs dans la formation en éducation à la santé, in Jourdan D. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Toulouse : Edition Universitaire du Sud.*
- Flondjet A. Halsey (1958). *The sociology of education, current sociology.*
- Foulin J.N et Mouchon S. (2005). *Psychologie de l'éducation. Paris : Nathan*
- Four P. (2021). Dysfonctionnement et accidents pour une approche multifactorielle de l'analyse des risques. La prospective de la métropole de Lyon.
- Glawz K. Barbara K. et Viswanath K. (2008). Health behavior and health educational: theory, research and practice. *San Francisco, CA, Jossey-Bass, 4^e ed, p45-51*
- Guerrin B. (2017). Albert Bandura et son œuvre, Recherche en soins infirmier. N°18, p.106-116
- Guide rapide des indicateurs de l'éducation pour l'ODD4. Institut de statistique pour l'UNESCO. Objectifs de développement DURABLE.
- Guet-Sylvain J., Jourdan D., Parayre S., Simar C., Pizon F., Berger D. (2011). Education à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. Carrefour de l'éducation, numéro 32, pages 105-125.
- Goignoux R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. Dans Education et didactique, Volume 1, pages 47-69.
- Gobry D. (1999). *Eduquer à la Confiance en soi, en l'autre, aux autres. Lyon : Chronique Sociale*
- Godin G. (1991). L'éducation pour la santé : Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociale et santé, vol IX, N°1*
- Grenn J., Howes F., Waters E., Maher E. (2005). Promoting the Social and Emotional Health of Primary School-Age Children: Reviewing the Evidence Base for School-Base for SCHOOL-Base interventions. *International Journal of MENTAL Health, Promoting* 7(3) :30-36.
- Grenier J. (2009). L'éducation à la santé dans les programmes scolaires québécois. *Bulletin du Centre de recherche interdisciplinaire sur la formation et la profession enseignante* 16(2), 15-18.
- Hartup W. (1964). Patterns of initiative behavior in young children. *Child development, vol.35 N°1*

-
- ICARD (2020). *Approche globale et systématique de la promotion de la santé : enjeux pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.*
- Jourdan D. (2007). L'éducation à la santé : apprendre à faire des choix libres et responsable. *Sève no16. Automne*
- Jourdan D et Bourgeois-Victor P. (1998) : la Formation des Enseignants du Primaire en Education à la santé des IUFM. Enjeux et Obstacle. *Recherche et Formation*, 28
- Jourdan D. et Simar C. (2008). Réussite et Promotion de la Santé, *Ville-Ecole-Intégration diversité*, 152 (3), 179-183
- Jourdan D. (2004). Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire ? In D. Jourdan, La formation des acteurs à l'éducation à la santé en milieu scolaire (33-50). Toulouse : Edition Universitaire du Sud.
- Jourdan D. (2010). Education à la santé : quelle formation pour les enseignements ? *Saint-Denis : INPES.*
- Jonnaert R, Barrette J, Boufrahi S, Mascistra D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'étude : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation.*
- Klein A. (2010). Quel sujet pour l'éducation en santé. Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publiques. *Recherche et éducation*, 3, p 47-75
- Khennoussi A., Chahlaoui A. (2018). L'éducation à la santé, Facteurs De Promotion De L'action pédagogique des Etablissements Scolaires.
- Khzami S-E., Razouki A., Agorram B., Selmaoui S., Berger D. (2012). Les valeurs transmises par les manuels marocains et par les enseignants à travers l'éducation à la santé et à la sexualité. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles.
- Khzami S., Agorram B., Selmani S., Clément P., Alhage F., Bernd S., Berger (2010). L'éducation à la santé : analyse comparative des manuels scolaires de pédagogie de 3 jours méditerranéen. *Education en formation.*
- Lange T., Kelly-Irving M., Delpierre C. (2009). *Inégalité sociale de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention enchaînements et accumulation au cours de la vie. Rev. Epidemiol Santé Publique.*
- Lange J-M., Victor P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, repères ? *Didaskalia*, 28,85-100.

-

- Lebaume J. (2000). L'éducation technologique : histoire et méthode. Paris : ESF.
- Ledford E (2015). How to solve the world's biggest problems nature, N°525, p 308-311
- Legendre (2005): *current dictionary of education 3rd. Ed, Montreal: Guerin.*

Legendre M.F (2005). La pédagogie : théories et pratiques de l'éducation de nos jours. Montréal, Gaetan Morin.

- Lethankoi (1965). Dimension historique de l'éducation. *Revue tiers monde* P 335-356.
- M. Crahay (2008). Psychologie de l'éducation, Paris, PUF.

Maman J. Quelle éducation aujourd'hui ? Problématique de la consommation des drogues en milieu scolaire au Cameroun.

-

- Martinand J. L. (1981). Pratiques sociales de référence et compétences techniques. A propos d'un projet d'initiation aux techniques de fabrication mécanique en classe de quatrième. Dans A. Giordan, *Diffusion et approches du savoir scientifique : enseignement et vulgarisation*. Actes des troisièmes internationales sur l'éducation scientifique. Paris : Université Paris 7 : 149-154.
- Maurel C. (2011). Education populaire et puissance d'agir : les processus de l'émancipation, Paris, Harmatan.
- Mbock D. (2011). L'approche par compétence dans l'enseignement de l'informatique au Cameroun
- Merini C et Ponté P. (2008). La recherche intervention comme d'intervention des pratiques. *P*. 77-95

Merini C, Victor P et Jourdan D. (2010). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositifs, TFE travail et formation en éducation

6. Michard J-L (2009). Les éducations à ... de la logique des savoirs à la pédagogie des compétences (socle commun), les journées de santé (INPES). *Session*

1-compétence partenariales en éducation pour la santé en milieu scolaire, Paris

- Mimche O. (2013). Approche qualitative des faits de populations (collection et analyse des données qualitatives. *Iford-Université de Yaoundé II*.
- Mogue V. (2011). Recherche des sensation et consommation du tabac à l'adolescence en milieu scolaire au Cameroun : Le cas du lycée classique de Bafoussam. *Mémoire de master, Université de Yaoundé I, Faculté de psychologie*.
- Morin E. (1990). Articuler les disciplines, communication au colloque

« interdisciplinarité ». *CNPS*

-

- Morin E. (1994). « Sur l'interdisciplinarité », *Bulletin interactif du centre international de recherche et Etude transdisciplinaire*, numéro 2, 1994.
- *Mots-clés de la didactique des sciences pages 101 à 108.*
- Nancy K. Janz, Marshall, Becker H. (1984) « The Health Belief Model: A Secade Later » *Health Education Behavior*, vol.11, N°1, P1-47
- Nossent JP. (2007). *Revenir aux sources de l'éducation*, in : *populaire no51*, p.11.
- Nyane G N. (2017). *Fonctionnement de la médecine scolaire au Cameroun : cas des établissements de Maroua de 1958 à 2008. Afrique et développement Volume XLII, Numéro 1*, pp 79-99.

Organisation des Nations Unies (2015). Objectifs du développement durable

- OMS. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the health effectiveness of the health promoting school approach?
- OMS (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New, 1922, signé le 22 Juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 (Actes Officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, N°2 P.100) et en entrée en vigueur le 07 Avril 1948.
- OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la Santé (disponible en ligne : <http://www.euro.who.int>)
- OMS (1997). L'Ecole et son rôle dans l'éducation sanitaire et la Promotion de la Santé en Général. *Genève : OMS*
- OMS (2002). *Stratégie pour la Médecine Traditionnelle 2002-2005.*
- OMS (1999). « Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health promoting schools », WHO Editor Geneva.
- Ongolo P., NSangou M. (2018). *Promouvoir la Santé génésique en milieu scolaire et universitaire au Cameroun. Rapport de conférence.*
- *Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé XIX^e S. Extrait le 20 mars 2012*
- Paul P. (2003). *Formation du sujet et transdisciplinarité. Paris, l'Harmattan.*
- Parayre S. (2010). L'entrée à l'éducation à la santé par la prévention (XVIII^e-XIX^e S) : protéger, renforcer et redresser le corps. *Recherche et éducation*, 3-p25-46.

-

- Parayre S. (2011). L'hygiène à l'école. Histoire des pratiques de santé XVIII^e-XIX^e Siècle. *Saint Etienne : Presse Universitaire de Saint-Etienne*.
- Perrenou P. (2002). Les cycles de d'apprentissages. Une autre organisation du travail pour combattre l'échec scolaire. Québec : Presse universitaire du Québec.
- Pluye P., Potvin L., Denis J-L, Pelletier J. , Mannonie C. (2005) *Program Instainability begins with the first events. Eval Program Plann.*
- Pinault R., Daveluy C. (1990). La planification de la santé : Concepts, Méthodes et Stratégies. 5^{ème} éd. Montréal : les Editions Agence d'Arc Inc, P.480
- Pommier J. et Jourd S. (2008). La santé à l'école dans les pays européens. *Vol no48 : Sudel les cahiers du centre fédéral, centre Henri Algues perse.*

Pommier J., Guevel M.R., Jourdan D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: A realistics evaluation approach using mixed method. *BMC public health. 10 (43) online.*

- Prat M. (2013). Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé. *CRES de Bretagne*
- Reifsnider E et al (2005) *Using écological model in research on health disparities. Journal of professional nursing ; 21(4) :216-222*
- Resweber (1984). La méthode interdisciplinaire. *Paris, PUF, p19*
- Rivard M-C, Beaudoin (2009). Les visages multiples de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Bulletin du centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante, 16 (2) p.29-32.*
- Rosentock I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educational Behavior, vol.2, N°4, p.328-335*
- Rosentock I., Stretcher V. (1997). Cambridge of psychology, health and medicine. Cambridge, UK.
- Saint Leger L. et al (2006). School health promotion, promoting achievement challenge and priority. In : global perspective on health promotion effectiveness, spinger.
- Samira N. (2015). *L'approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire. Revue marocaine de santé publique*
- Semprini A. (1996). Analyser la communication comment analyser les images, les médias, la publicité. Harmattan
- Simar C., Jourdan D. (2010). Education et santé à l'école ; étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. Recherche et éducation

-

- Skinner B.F (1953). Science and human behavior. New, Mac millan.
- St Leger L., young I. (2009). Promoting health in school: from evidence to action. *Global health prouotion*, 16 (4), p.69-71.
- St Leger l., Blanchard C., Perry M. (2010). Promouvoir la santé à l'école. *Des preuves à l'action* UIPES.
- Strecher V.J., McEroy de vellis B, Becker M.H, Rosentock I.M. (1986). the role oolfefficacy in echieving health behavior change. *Health educational quartely* 13, p73-91
- Takinot-Brot A. (2008). Eduquer aujourd'hui et ailleurs, l'éducation alimentaire au Japon. Colloque de l'IFN : Eduquer les mangeurs ? *De l'éducation nutritionnelle à l'éducation alimentaire*.

Tones B-K et Tifford. (2004). Health education, effectiveness, efficiency and equalit. London, England.

- Tones B-K (2005). Health promotion in schools: the radical imperative. In.S clift and B.B Jensen (Eds). The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practics. P.23-40 *Copenhagen : Danish University of Education press*.
- UNESCO (2013). Ce qu'il faut savoir de l'éducation à la santé et au bien-être.
- UNESCO (2023). *Stratégie de l'UNESCO pour l'éducation à la santé et au bien-être*.ackturer/shutterstock.com
- Vademecum. L'école promotrice de santé. *EduSanté*.
- Vandoome C. (1998), Evaluation Formative des Matériaux d'Education pour la Santé des adultes. Barcelone : Socrate Adult Programme Education
- Van Lange P., Kuglanski A., Higgins E. (2011). Handbook of théories of social psychology. *Collection : Volume 1 et 2*
- Vial M. (2007). L'éducation pour la santé, un spécifique de formation et de recherche ? Etude chronologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire. Revue questions vive-éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? 2(5). P49-82

-

- Vincent G (1994). L'éducation prisonnière de forme scolaire ? scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles. *Lyon : Presse Universitaire de Lyon. Doi : 10 400 (books.pub.9522)*
- Wafo F. (2012). Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans l'Afrique subsaharienne : L'exemple du Cameroun. *Thèse de doctorat, Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II*
- Wallon H. (1942). *De l'acte à la pensée. Paris : Réédition Flammarion (1970)*
- Wanlin P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretien : une comparaison entre les traitements manuel et l'usage de logiciel recherche qualitative. *Hors-série, 3*
- Weinberg R S., Hughes H.H. Critelli J.W, England R, Jackson A. (1984). Effects of preexisting and manipulated self-efficacy or Weight loss in self-control program journal of research in personality. 18, p352-358.

ANNEXES

Annexe 1 :**GUIDE D'ENTRETIEN DES ENSEIGNANTS**

Bonjour et merci de m'avoir accordé de votre temps, en effet, je suis ETOUNDI ATANGANA SIMEON HERVE VICKY étudiant à la Faculté des Sciences de l'Education (FSE) de l'Université de Yaoundé 1 au Département des Enseignements fondamentaux, Option Sociologie Anthropologie de l'Education.

Mon objectif dans cet entretien est d'avoir des informations sur mon thème de mémoire en sciences de l'éducation qui porte sur **l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun : analyse des pratiques pédagogiques en éducation à la santé. Cas du lycée d'Ahala**. Toutes les informations que vous allez nous donner seront maintenues sous l'anonymat. Elles serviront tout simplement de données pour l'analyse de notre travail. Toutes les informations que vous allez nous donner seront maintenues sous anonymat. Elles serviront uniquement de données pour l'analyse de notre travail. Comme il est parfois difficile de tout noter par écrit, je souhaite vous enregistrer. Etes- vous d'accord que nous utilisions le magnétophone ? Avez- vous d'autres questions avant de commencer ?

I- IDENTIFICATION - Nom ou pseudonyme :

- Sexe :
- Ethnie :
- Situation matrimoniale :
- Nombre d'enfants : - Religion :
- Etablissement :
- Discipline enseignée
- Combien d'année d'expérience : - Grade :
- Classes enseignées :

II- Les contenus en éducation à la santé :

1. *Que savez-vous de l'éducation à la santé ?*
2. *Dans quelles mesures vous parlez des questions de santé à vos élèves ?*
3. *Quels sont les contenus en éducation à la santé dans les manuels scolaires*

III- Pratiques pédagogiques en éducation à la santé

:

4. *Quels regards portez-vous sur les contenus de l'éducation à la santé ?*
5. *Comment mettez-vous en pratique l'éducation à la santé dans vos salles de*

Classes ?

IV. Évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé

6. *A votre avis, les programmes scolaires en éducation à la santé sont-ils les seuls instruments pédagogique pour rendre l'élève responsable de sa santé ?*
7. *A votre avis, une approche interdisciplinaire serait-elle un atout de plus pour mieux comprendre la santé des élèves en milieu scolaire ?*
8. *Soit-on ! prendre compte les points de vue des élèves au sujet de leur propre santé ? Pourquoi ? Justifiez*
9. *Au regard de votre expérience dans quelle mesure peut-on penser à une pédagogie action avec tous les acteurs de la communauté éducative pour répondre globalement à la santé des élèves en milieu scolaire ?*

Avez-vous quelque chose à ajouter.

Nous vous remercions pour entière disponibilité et pour votre attention.

Annexe 2 :**GUIDE D'ENTRETIEN DES ELEVES**

Bonjour et merci de m'avoir accordé de votre temps, en effet, je suis ETOUNDI ATANGANA SIMEON HERVE VICKY étudiant à la Faculté des Sciences de l'Education (FSE) de l'Université de Yaoundé 1 au Département des Enseignements fondamentaux, Option Sociologie Anthropologie de l'Education.

Mon objectif dans cet entretien est d'avoir des informations sur mon thème de mémoire en sciences de l'éducation qui porte sur **l'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire au Cameroun : analyse des pratiques pédagogiques en éducation à la santé. Cas du lycée d'Ahala**. Toutes les informations que vous allez nous donner seront maintenues sous l'anonymat. Elles serviront tout simplement de données pour l'analyse de notre travail. Toutes les informations que vous allez nous serons maintenues sous anonymat

.Elles serviront uniquement de données pour l'analyse de notre travail. Comme il est parfois difficile de tout noter par écrit, je souhaite vous enregistrer. Êtes- vous d'accord que nous utilisions le magnétophone ? Avez- vous d'autres questions avant de commencer ?

I. IDENTIFICATION

- Nom :
- Sexe :
- Age :
- Lieu de résidence:
- Classe :
- Religion:
- Nombre d'enfant :
- Redoublant : Oui ou Non :

II. Les contenus en éducation à la santé

1. Que savez-vous de la santé ?
2. Que savez-vous de l'éducation à la santé ?
3. Pouvez-vous nous parler des contenus de vos programmes en éducation à la santé depuis que vous la faites au secondaire ?

III. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé

4. *Pouvez-vous nous dire comment se déroulent les séances de cours en éducation à la santé ?*
5. *Y a-t-il souvent des échanges au cours d'éducation à la santé avec vos enseignants expliquez*

IV. Évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé

6. *De votre expérience entend qu'élève au lycée d'Ahala les connaissances acquises en Es vous rendent-il réellement responsable de votre santé ? Si non comment ?*
7. *Pour vous dans quelle mesure doit-on prendre en compte votre point de vue des questions de santé auxquels font face les élèves ?*
8. *Dans quel mesure pouvez-vous pensez qu'un projet réunissant parents, Enseignants, élèves est une belle opportunité pour aider à mieux comprendre la Santé des élèves ?*

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Nous vous remercions pour votre entière disponibilité.

Annexe 3

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALES EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
DE L'EDUCATION ET INGENIERIE
EDUCATIVE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
EDUCATION SCIENCES AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTEMENT DES ENSEIGNEMENTS FONDAMENTAUX EN
EDUCATION

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur EYENGA ONANA Pierre-Suzanne, chef du Département des Enseignements Fondamentaux en Education de la Faculté des sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant, ETOUNDI ATANGANA Simon Herve Vicky, matricule 20V3668, inscrit en Master II dans ledit département, effectue actuellement un travail de recherche sur le thème : « **Éducation à la Santé et Environnement Scolaire au Cameroun : cas du lycée d'Ahala et du collège Bilingue les Bambis dans l'arrondissement de Yaoundé III.** », sous la direction du Docteur AWONDO AWONDO Simon Pierre chargé de cours.

Aussi vous saurais-je gré des dispositions qu'il vous plairait de prendre aux fins de lui faciliter l'accès à toute information non confidentielle susceptible de l'aider dans la rédaction de son travail de recherche.

En foi de quoi la présente attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

07 SEPT 2022



Le Chef du Département

[Signature]
Visiter le site : www.univ-yaounde1.cm

Annexe 4



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
EDUCATION SCIENCES AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

Arvis favorable
Reçu Ce 06 NOV 2023
[Signature]
DEPARTEMENT DES ENSEIGNEMENTS FONDAMENTAUX EN
EDUCATION
ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur EYENGA ONANA Pierre-Suzanne, chef du Département des Enseignements Fondamentaux en Education de la Faculté des sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant, ETOUNDI ATANGANA Simon Herve Vicky, matricule 20V3668, inscrit en Master II dans ledit département, effectue actuellement un travail de recherche sur le thème : « **Éducation à la Santé et Environnement Scolaire au Cameroun : cas du lycée d'Ahala et du collège Bilingue les Bambis dans l'arrondissement de Yaoundé III.** », sous la direction du Docteur AWONDO AWONDO Simon Pierre chargé de cours.

Aussi vous saurais-je gré des dispositions qu'il vous plairait de prendre aux fins de lui faciliter l'accès à toute information non confidentielle susceptible de l'aider dans la rédaction de son travail de recherche.

En foi de quoi la présente attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

07 SEPT 2022



[Signature]
Le Chef du Département

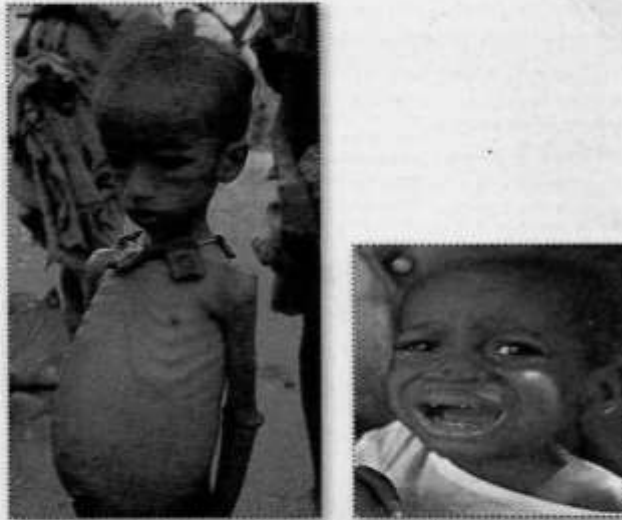
Annexe 5

Table des matières

Modules	Séquences	Séances D'E/A	Pages
LE MONDE VIVANT	IMPORTANCE DES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU SUR LA PRODUCTION VÉGÉTALE ET ANIMALE	INFLUENCE DU CLIMAT SUR LA PRODUCTION VÉGÉTALE	11
		COMPÉTITION DES ANIMAUX POUR LES RESSOURCES ALIMENTAIRES, LA REPRODUCTION ET L'ESPACE VITAL	16
	NÉCESSITÉ DE LA REPRODUCTION	LA MULTIPLICATION DES PLANTES PAR VOIE SEXUÉE : LES ORGANES MÂLES ET FEMELLES D'UNE PLANTE À FLEURS	17
		LES QUALITÉS D'UNE BONNE GRAINE ET LA GERMINATION	19
		LA REPRODUCTION PAR VOIE ASEXUÉE : LA MULTIPLICATION VÉGÉTATIVE	23
	LA CHASSE, LA PÊCHE ET LA CUEILLETTE	RECENSEMENT DES ESPÈCES CONSOMMABLES DE SON ENVIRONNEMENT	27
		RECENSEMENT DES ESPÈCES EN VOIE DE DISPARITION DANS SON ENVIRONNEMENT ET CLASSIFICATION DES ESPÈCES IDENTIFIÉES DANS LE MONDE VIVANT	29
	LES PLANTES MÉDICINALES	APPRENTISSAGE DE L'INTÉGRATION	33
		RÔLES DE QUELQUES PLANTES MÉDICINALES ET MÉTHODES DE CULTURE ET D'UTILISATION	35
	TRANSFORMATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES	RÔLES DES MICRO-ORGANISMES DANS LES TRANSFORMATIONS DES PRODUITS ALIMENTAIRES : LES FERMENTATIONS PRINCIPES D'EXTRACTION D'UNE HUILE VÉGÉTALE	39
LA MATIÈRE : SES PROPRIÉTÉS ET SES TRANSFORMATIONS	LES PROPRIÉTÉS ET LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MATIÈRE	APPRENTISSAGE DE L'INTÉGRATION	43
		LA MATIÈRE, SES ÉTATS ET SES PROPRIÉTÉS	52
		NOTION DE TEMPÉRATURE	56
L'ÉNERGIE, SES SOURCES ET SA GESTION	L'ÉNERGIE : SES FORMES ET SES SOURCES	MASSE ET VOLUME D'UN CORPS	58
		LES FORMES D'ÉNERGIE	72
		LES SOURCES D'ÉNERGIE	73
		ÉNERGIE ET ENVIRONNEMENT : CAS DES COMBUSTIONS	74
	LES ÉCHANGES D'ÉNERGIE	MODES DE TRANSFERT DE LA CHALEUR	76
		L'ÉLECTRICITÉ	77
		LA LUMIÈRE	82
	UTILISATION ET GESTION DE L'ÉNERGIE	ÉNERGIE CHIMIQUE	84
		L'ÉNERGIE SOLAIRE	87
		L'ÉNERGIE MÉCANIQUE	89
ÉDUCATION À LA SANTÉ	LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION	LA PUBERTÉ	101
		CONSÉQUENCES DES GROSSESSES PRÉCOCES ET MOYENS DE LUTTE	105
		LES PRATIQUES NÉFASTES À LA SANTÉ DE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS	109
		LES IST, LE VIH ET LE SIDA	113
		APPRENTISSAGE DE L'INTÉGRATION	117
	ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE	LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ALIMENTS ET LEURS ORIGINES	119
		MALADIES NUTRITIONNELLES PAR CARENCE ET PAR EXCÈS	125

L'ÉDUCATION À L'ENVIRONNEMENT ET AU DÉVELOPPEMENT DURABLE	La pollution de l'eau et ses conséquences	L'eau dans l'environnement et les qualités d'une eau potable	135
		Pollution des eaux et effets sur la santé de l'homme	136
		Effets de la pollution des eaux sur la faune aquatique et lutte contre la pollution des eaux	139
		Différents usages de l'eau et sa gestion	143
	La pollution de l'air et ses conséquences	Les constituants de l'air, ses usages naturels et artificiels	147
		La pollution de l'air et ses conséquences	149
		APPRENTISSAGE DE L'INTÉGRATION	153
		RÉALISATION D'UN PROJET SIMPLE	162
TECHNOLOGIE	RÉALISATION D'UN PROJET ÉCONOMIQUE ET/OU TECHNIQUE	EXEMPLES DE PROJETS COMMUNAUTAIRES	163
		ANNEXES	168

Annexe 6



*Figure 3 : Deux enfants atteints de kwashiorkor
Est-ce une maladie mystique ?*



Figure 4 : Un enfant atteint de rachitisme

E- Les maladies par carence constituent un problème majeur de santé publique. On en distingue plusieurs ainsi que le montre le tableau ci-après.

Maladies	Causes	Manifestations	Moyens de lutte
Kwashiorkor	- Sevrage brusque ; - Alimentation pauvre en protides	Manque d'appétit, cheveux roux, raides et cassants, diarrhées persistantes, retard de croissance, œdèmes, troubles de comportement (enfant triste et pleurnichard).	Composer et consommer des menus équilibrés et variés (alimentation riches en glucides, protides, lipides, vitamines, eau et sels minéraux)
Rachitisme	Carence en vitamine D et en sels de calcium	Déformations osseuses (surtout ceux du bassin et des membres inférieurs), tremblements des muscles, fragilité osseuse, convulsions.	
Marasme	Carence en aliments énergétiques (lipides et glucides)	Retard de croissance, perte du poids très sensible, atrophie des os et des muscles, yeux enfoncés dans les orbites, troubles de comportement.	
Goitre	Carence en iode	Gonflement de la glande thyroïde, Nanisme, retard mental, intolérance au froid, retard ou arrêt de croissance	
Scorbut	Carence en vitamine C	Saignement des gencives, fatigue Mauvaise résistance aux infections	
Béribéri	Carence en vitamine B1	Paralysie (béribéri) Troubles cardiaques	
Caries dentaires	Carence en phosphore	Dents poreuses	

Guide d'exploitation

À l'aide des documents ci-dessus, répondre aux questions suivantes :

1. Définir maladie par carence.
2. Relever les différentes maladies par carence présentées.
3. Donner la cause et les manifestations de chacune de ces maladies.
4. Proposer des solutions pour lutter contre ces différentes maladies.



JE RETIENS LA NOTION CONSTRUITE

Une maladie par carence est une maladie causée par le manque de certains aliments simples dans l'alimentation. On en distingue plusieurs types :

- le **kwashiorkor** causé par la carence en protides dans l'alimentation ;
- le **rachitisme** causé par la carence en vitamine d et en calcium ;
- le **marasme** causé par la carence en aliments énergétiques (glucides et en lipides) ;
- la **carie dentaire** due à la carence en phosphore ;
- le **goitre** dû à la carence en iode.

Pour lutter contre ces maladies, il faut avoir une alimentation équilibrée, suffisante et variée.

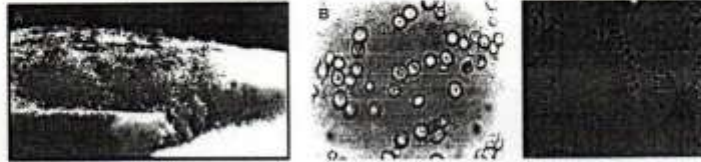
Annexe 8 :

Sommaire

Modules	Séquences	Séances D'E/A	Pages
I LE MONDE VIVANT	1. Ressemblance et différences au sein de l'espèce humaine	Ressemblance et différences au sein de l'espèce humaine	13
	2. Localisation et nature de l'information génétique déterminant les caractères héréditaires	Localisation et nature de l'information génétique et notion de chromosome	14
	3. Expression de l'information génétique	Notion d'ADN et de chromosomes de l'espèce humaine	16
		Les gènes humains	20
		Gènes et diversité humaine: étude d'un caractère, le groupe sanguin et/ou le facteur rhésus)	23
II EDUCATION A LA SANTE	4. Des microorganismes dans notre environnement	Apprentissage de l'intégration	27
		Différents groupes de microorganismes	46
		Mode de vie des microorganismes	51
	5. Des pratiques pour éviter la contamination	Contamination par les microorganismes	58
		L'asepsie, l'antisepsie et l'utilisation des préservatifs	58
	6. La réponse immunitaire	La réponse immunitaire non spécifique	62
		La réponse immunitaire spécifique	65
	7. Les perturbations du système immunitaire par le VIH/SIDA	Contamination et mécanisme d'action du VIH	71
		Les différentes phases de la maladie, prévention et traitement	75
		Apprentissage de l'intégration	79
	8. L'aide au système immunitaire	L'antibiothérapie	80
		La sérothérapie	82
		La vaccinothérapie	84
		La séro-vaccinothérapie	85
		Apprentissage de l'intégration	86
	9. La circulation sanguine	Siège de la circulation sanguine: les vaisseaux sanguins	89
		Siège de la circulation sanguine: le cœur	91
		Les accidents de la circulation sanguine	96
		Les accidents de l'appareil circulatoire: les maladies cardiovasculaires	97
		Apprentissage de l'intégration	102
	10. Quelques exemples d'endémies	Le paludisme	104
		La fièvre Ebola	109
		Apprentissage de l'intégration	112

► Activité 5

Les documents ci-dessous présentent quelques champignons microscopiques.



► Pistes d'exploitation

Observer ces documents et répondre aux questions.

- 1- Identifier le champignon microscopique du document A.
- 2- Les documents B et C montrent respectivement une vue microscopique des champignons utilisés pour la fabrication du pain et ceux observés sur le pain du document A.
 - a- Déterminer le nom des champignons microscopiques du document B.
 - b- Comparer en termes du nombre de cellules les champignons observés en B et en C.

L'essentiel à retenir

Les «microbes» ou microorganismes sont des êtres vivants microscopiques invisibles à l'œil nu (dont la taille est inférieure à 0,1 mm). Ils sont présents en permanence dans notre environnement. On peut distinguer différents types de «microbes»: les bactéries, les virus, les protozoaires, les algues unicellulaires et les champignons.

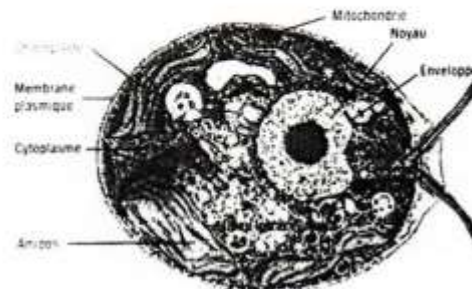
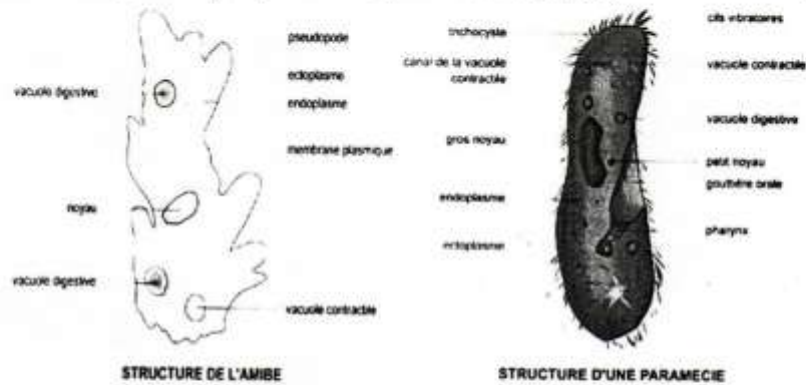
Les bactéries (procaryotes) sont des organismes vivants unicellulaires; elles présentent une structure cellulaire particulière: la structure procaryote, qui est caractérisée par une absence de noyau et la présence d'un ADN chromosomique circulaire situé dans le cytoplasme. En fonction de leurs formes, on distingue:

- les coques ou cocci qui sont des bactéries sphériques ou sphéroïdales (gonocoques, méningocoques);
- les bacilles qui ont une forme de bâtonnets (bacille de koch, bacille tétanique);
- les fusiformes qui sont des bactéries en forme de fuseau (bacille responsable de l'angine ou *Fusobacterium necrophorum*);
- les vibrions qui sont des bactéries en forme de virgule (*Vibrio cholérique*);
- les spirilles sont des bactéries en forme de tire-bouchon (*Treponème pale* pour la syphilis).

Les virus sont les plus petits des microorganismes qui ne peuvent se reproduire qu'en parasitant une cellule; on dit que ce sont des parasites intracellulaires obligatoires. Un virus ne contient qu'un seul type d'acide nucléique, soit l'ADN (bactériophage), soit l'ARN (VIH). Le virion est l'unité structurale du virus.

Activité 4

Le document suivant présente quelques microorganismes unicellulaires.



Structure d'une algue unicellulaire (colorée artificiellement)
Chlamydomonas sp. observée au M.E.L. (x 7 000).

► Pistes d'exploitation

Observer ce document et répondre aux questions.

- 1- Justifier pourquoi les microorganismes ci-dessus sont dits unicellulaires.
- 2- Sachant que le chloroplaste est une structure caractéristique du monde végétal, identifiez parmi les microorganismes présentés :
 - a- ceux qui appartiennent au règne animal;
 - b- celui qui appartient au règne végétal.
- 3- Donner un nom aux microorganismes unicellulaires appartenant au règne animal.

Module II

L'éducation à la santé

Ce module traite des problèmes de santé liés aux perturbations du système immunitaire, à la santé de reproduction et à la mauvaise alimentation. Ces perturbations sont à l'origine des maladies qui influencent la qualité de vie de l'individu et de la famille.

Quelles sont les actions à mener pour juguler ces problèmes de santé ?

Sommaire

Familles de Situations	Catégories d'actions	Pages
Réurrence des problèmes liés aux perturbations du système immunitaire	Amélioration de la santé du système immunitaire	58
Réurrence des problèmes de santé liés à la nutrition	Lutte contre les maladies nutritionnelles	88
Réurrence des problèmes liés à la santé reproductive	Amélioration de la santé reproductive	108

Je retiens

L'allergie se manifeste en deux étapes :

- la sensibilisation des mastocytes par les immunoglobulines (IgE) produites par les lymphocytes B fait augmenter le nombre de granulations à histamine dans le mastocyte ;
- la libération de l'histamine provoquant des réactions diverses suivant la nature de l'allergène et des individus (vasodilatation des capillaires, attraction locale des leucocytes, contraction des muscles lisses, etc.).

III.3- Causes, symptômes et complications des allergies



Détermination des causes, symptômes et complications des allergies

Le doc. 3 ci-dessous présente les principaux allergènes et leurs effets sur l'organisme.

Les acariens

Ils sont présents essentiellement au niveau des literies, tapis, fauteuils, poussières... où ils se nourrissent des débris de peau et de poils. Il en existe plus de 50 000 espèces qui provoquent de l'asthme mais aussi de l'urticaire, de l'eczéma ou des rhinites.



Nos animaux de compagnie

Ils sont à l'origine de nombreuses allergies : rhinite, asthme, conjonctivites. Les allergènes d'animaux sont des protéines retrouvées dans la peau (squames), les phanères (poils), la salive, l'urine ou encore les fèces. Le chat reste l'animal domestique le plus allergisant.



Les produits chimiques

Ils sont présents dans les cosmétiques, savons, shampooings, sprays désodorisants, produits ménagers, les gants médicaux etc. Les réactions qu'ils induisent se traduisent essentiellement par de l'eczéma et les dermatoses.



Les moisissures

D'intérieur et d'extérieur, elles sont souvent associées à l'insalubrité. Elles sont responsables de nombreuses allergies respiratoires, et sont notamment en cause dans la survenue d'asthmes et de rhinites.



Les venins

Guêpe, frelon, abeille mais aussi fourmis ou autres insectes, peuvent entraîner des réactions très variées ; allant d'une simple urticaire à l'anaphylaxie parfois mortelles.



Les pollens

Les pollens anémophiles (dispersés par le vent) sont les plus allergisants ; notamment ceux des arbres, de graminées et ceux de certaines plantes herbacées. Ils provoquent également de l'asthme, le rhume des foins, la rhinite et la conjonctivite. Car ils vont pouvoir facilement atteindre les muqueuses respiratoires.



Les aliments

Arachide, lait de vache, fruits à coque, soja, farine de blé, crustacés, fruits frais... sont autant d'aliments pouvant provoquer des réactions allergiques. Celles-ci peuvent être respiratoires, cutanées ou générales, mettant alors la vie en danger.



Les médicaments

Les allergies médicamenteuses sont très fréquentes. Elles peuvent être bénignes ou très graves. L'allergie aux dérivés de la pénicilline est responsable de la mort de plus de 5000 personnes par an aux États-Unis (3/4 des décès par choc anaphylactique).

Doc. 3 : Les allergènes et leurs effets sur l'organisme

Une réaction allergique aiguë peut causer un choc anaphylactique, c'est-à-dire une réaction de tout l'organisme, qui survient en quelques secondes après l'exposition à des allergènes et qui est susceptible de provoquer la mort. Le choc anaphylactique se produit lorsque la libération massive du contenu des mastocytes provoque une dilatation démesurée des vaisseaux sanguins périphériques, ce qui produit une chute subite de la pression sanguine ainsi qu'une constriction des bronchioles. La mort peut survenir en quelques minutes. Des réactions allergiques au venin d'abeille ou à la pénicilline peuvent provoquer un choc anaphylactique chez les personnes qui sont extrêmement allergiques à ces substances. De même, certains individus très allergiques aux arachides, au poisson et à d'autres aliments peuvent mourir après avoir consommé de toutes petites quantités de ces allergènes.

Doc. 4 : Le choc anaphylactique : une réaction allergique grave

Je retiens

Une allergie est réaction exagérée de l'organisme face à une substance avec laquelle il a déjà été en contact et appelée allergènes.

III.2- Mécanisme d'une réaction allergique**Explication du mécanisme d'une réaction allergique**

Le schéma du doc. 2 illustre de façon simplifiée les différentes cellules immunitaires impliquées dans la réaction allergique, ainsi que les réactions dans lesquels ces cellules interviennent. Ce schéma présente également les manifestations les plus courantes des allergies.



Doc. 2 : Mécanisme cellulaire à l'origine des allergies

Guide d'exploitation

Analyser attentivement le doc. 2 et réaliser les tâches suivantes :

- 1) identifier et nommer les différentes phases d'une réaction allergique ;
- 2) décrire chacune des phases ;
- 3) identifier dans l'allergie ce qui fait partie d'un processus normal de réaction immunitaire et ce qui l'en distingue.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
RESUME	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	4
I.1. Contexte et problème de l'étude	4
I.2 Les contextes africains de l'éducation à la santé	6
I.3. Questions de recherche	8
I.4. Hypothèses de recherches	8
I.5. Objectifs de recherche	9
I.6. Délimitation de l'étude.....	9
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE ET CADRE THEORIQUE.....	11
II.1. Revue de littérature	11
II.1.1. Définition de la santé	11
II.1.2 Les modèles de santé	12
II.1.2.1 Le modèle biomédicale de la santé.....	12
II.1.2.2. Le modèle global de la santé positive par adaptation et ajustement social.....	13
II.1.2.3. Le modèle de santé d'un sujet autonome ouvert sur le monde.....	14
II.1.3. Les déterminants de la santé	15
II.1.4. La promotion de la santé :.....	16
II.1.4.1 : définition de la promotion à la santé	16
II.1.4.3 La promotion de la santé en Afrique.....	17
II.1.4.3 : les axes de la promotion à la santé	17
➤ Renforcer l'action communautaire.....	18
II.1.4.4 Approche globale et systémique de la promotion de la santé	18
II.1.4.5. Promotion de la santé et école	19
II.1.5. L'éducation à la santé en milieu scolaire	20
II.1.5.1. Ecole et santé publique	20

II.1.5.2. Education à la santé et mission de l'école	21
II.1.5.3. Perspective historique de l'éducation à la santé en milieu scolaire.	23
II.1.5.3.1. En France	23
II.1.5.3.2. En Afrique et au Cameroun	25
II.1.5.4. Perspectives internationales en éducation à la santé :	27
II.1.5.4.1. Le partenariat	29
II.1.5.4.2. Les compétences psychosociales	29
II.1.5.4.3. Le travail par projet	29
II.1.6. Les objectifs généraux de l'éducation à la santé à l'école	30
II.1.6. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé en milieu scolaire	30
II.1.6.1. Une approche didactique de L'éducation à la santé dans les manuels scolaires	32
En France et au Canada	32
Au Cameroun	33
II.1.6.2. Les actions en éducations à la santé	34
II.1.7. L'interdisciplinarité en éducation à la santé à l'école	35
II.1.7.1. L'interdisciplinarité une réponse à l'hyperspécialisation.....	37
II.1.7.2. L'interdisciplinarité à l'école	38
II.1.7.3. L'interdisciplinarité en éducation à la santé en milieu scolaire	39
II.2. Cadre théorique de l'étude	40
II.2.1. La théorie sociale cognitive	40
II.2.1.1. Genèse et définition	40
II.2.1.2. Le renforcement externe et le renforcement vicariant	41
- Le renforcement externe	41
- Le renforcement vicariant	41
- La fonction informative	41
- La fonction motivationnelle	42
- Fonction d'apprentissage émotionnel	42
- Fonction d'évaluation	42
II.2.1.3. L'auto-renforcement	42
II.2.1.4. Domaines d'application.....	42
II.2.2. La théorie écologique de la promotion de la santé.....	43
II.2.2.1. Taxonomie et dynamique des environnements dans la théorie écologique de Bronnefenbrenner.....	44
II.2.2.2. Les implications de la théorie de l'écologie du développement humain dans la santé publique.....	45

II.2.2.3. Théorie du développement humain et promotion de la santé	45
II.2.2.4 La perspective écologique dans l'intervention « mapping » en promotion de la santé.	46
II.2.2.5. La théorie écologique en éducation à la santé en milieu scolaire	47
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	49
III.1. Rappel des questions, des hypothèses, des objectifs de l'étude et des variables	49
a) La question générale	49
b) Les questions secondaires de l'étude	49
c) L'hypothèse principale :	49
d) Les hypothèses secondaires sont les suivantes :	50
e) L'objectif général.....	50
f) Les objectifs secondaires de l'étude	50
III.2. Opérationnalisation des variables.....	50
Tableau 1: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités et indicateurs.	52
III.3. La méthode biohead-citizen.....	53
III.3.1. Les manuels scolaires	53
III.3.2. Les styles pédagogiques	53
III.3.3. L'analyse des images	54
III.3.4. Les modèles de santé dans les manuels scolaires.....	55
III.3.5. Instrument d'analyse des contenus des manuels scolaires	55
Tableau 2 : la première partie de la grille (C-0 à C-8).....	55
La méthode qualitative	57
III.4.1. Présentation du site de l'étude	57
Tableau 3 : Répartition du personnel administratif	57
Tableau 4: Répartition du personnel enseignant	58
Tableau 5 : Répartition des élèves par cycle, niveau, sexe, redoublant ou non	58
III.4.2. Population d'étude.....	59
III.4.3. Technique d'échantillonnage	59
III.4.4. Echantillon de l'étude	59
III.4.5. Technique et outil de collecte	60
□ Outil de collecte de donnée de l'étude	60
III.4.6. Description de la collecte des données.....	61
III.4.7. La préparation de notre phase d'analyse.....	61
III.4.7.1. L'enregistrement des données.....	61
III.4.2. La transcription.....	62
III.5. Technique l'analyse de l'étude.....	63
Tableau 6 : grille d'analyse des données	64

CHAPITRE IV : PRESENTATION, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .	65
IV.1. Présentation des résultats de l'étude	65
IV.1.1. Présentation des participants de l'étude	65
Tableau 7: Répartition du personnel enseignant et non enseignant participant de l'étude	65
Tableau 8: Répartition des participants élèves de l'étude.....	66
VI.1.2. Présentation des résultats de l'étude par sous-thème	66
VI.1.3. Les contenus en éducation à la santé	66
VI.1.4. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé	68
VI.1.4.1 Présentation des manuels scolaires.....	68
a) Présentation du manuel scolaires de la 6 ^e	68
b) Présentation du manuel scolaire de la 3 ^e	69
c) Présentation du manuel scolaires de la 1 ^{ère} littéraire	71
IV.1.4.2 Résultats.....	71
IV.1.5. Présentation des pratiques pédagogiques issus de l'enquête de terrain.....	72
IV.1.5.1. L'application des instructions institutionnelles de l'ES.....	72
IV.1.5.2. Les discussions éducatives avec les élèves en santé.....	73
- Les conseils pratiques improvisés en santé par les enseignants	73
- Les causeries éducatives suivant le cahier de charge en ES	74
IV.1.6. L'évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé	74
IV.1.6.1. Les programmes scolaires ne suffisent pas à rendre l'élève responsable de sa santé	75
IV.1.6.2. L'approche interdisciplinaire en éducation à la santé	76
IV.1.6.3. L'élaboration d'une approche par projet en éducation à la santé	78
IV.2. Interprétation et discussion des résultats.....	80
IV.2.1. Interprétation et discussion de la première hypothèse.....	80
IV.2.2. Interprétation et discussion de la deuxième hypothèse	85
IV.2.3. Interprétation et discussion de la troisième hypothèse	89
CONCLUSION GENERALE	96
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	99
ANNEXES	109
GUIDE D'ENTRETIEN DES ENSEIGNANTS	cx
GUIDE D'ENTRETIEN DES ELEVES	cxii
III. Les pratiques pédagogiques en éducation à la santé.....	cxiii
IV. Évaluation des pratiques pédagogiques en éducation à la santé.....	cxiii
Annexe 3	cxiv
Annexe 4	cxv
Annexe 5	cxvi

Annexe 6	cxviii
10	cxxii
11	cxxiii
13	cxxv
TABLE DES MATIERES	126