

**LA CONTRIBUTION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ AU DÉVELOPPEMENT
SOCIOCOGNITIF ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ : ÉTUDE DES
CONCEPTIONS DES ÉLÈVES LIBANAIS**

Odile Saab*, Dominique Berger et Fadi El Hage***

**Université Saint-Joseph,
Faculté des sciences de l'éducation,
Campus des sciences humaines, rue de Damas
B.P. 17-5208 Mar Mikhaël, Beyrouth, 1104 2020
Laboratoire PAEDI, EA 4281, Groupe de recherche Education et santé, UCBL-IUFM- Lyon1 -
Université de Lyon
odilesaab05@yahoo.fr
fadi.el-hage@usj.edu.lb*

*** Université Claude Bernard Lyon 1
IUFM de l'Académie de Lyon
Site de Saint-Etienne
90, rue de la Richelandière
42023 Saint-Étienne Cedex 02
Laboratoire PAEDI, EA 4281, Groupe de recherche Education et santé
dominique.berger@iufm.univ-lyon1.fr*

Mots-clés : Education à la santé- complexité- compétences psychosociales

Résumé. Cette recherche étudie la contribution de l'éducation à la santé au Liban à la promotion de la santé et au développement sociocognitif des élèves. Nous avons procédé par une enquête par questionnaire auprès de 1366 élèves dans 24 écoles de Beyrouth. Des Analyses Factorielles de Correspondantes Multiples (AFCM), et des Classifications Ascendantes Hiérarchiques (CAH) effectuées sur les données recueillies par le questionnaire ont abouti à l'analyse des conceptions des élèves libanais en classes de sixième, de troisième et de Terminales (options : Sciences de la Vie, Lettres et Humanités, Sociologie et Economie) relatives à l'éducation à la santé. Cette étude révèle le besoin de promouvoir la santé des élèves libanais selon une approche écologique et globale permettant le développement des compétences cognitives, méthodologiques et psychosociales.

1. Introduction

L'augmentation de la fréquence des maladies liées à des styles de vie sédentaires ou à des comportements nuisibles à la santé a accru l'intérêt du système éducatif, notamment en France, au Québec et en Belgique, à assurer une formation en éducation à la santé aux jeunes scolarisés (Bantuelle, Demeulemeester, 2008). Au Liban, et depuis 1997, les thèmes relatifs à l'éducation à la santé ont été intégrés dans le curriculum des sciences de la vie, ce qui contribue à la promotion de la santé des élèves et répond aux recommandations internationales (CNRDP, 1997, OMS, 1997, UNESCO, 2004)¹. Cependant, l'analyse des conceptions qui sous-tendent les images et les textes relatifs à l'éducation à la santé, présents dans les manuels scolaires des Sciences de la Vie, révèle que cette partie du programme est conçue selon l'approche traditionnelle biomédicale positiviste, centrée sur la maladie et limitée à la transmission des informations sur la santé au dépend de

¹Health across the Curriculum http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=36933&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (consulte le 14-07-2010)

l'approche actuelle écologique, complexe, qui vise le développement global de la personne (El Hage, Saab, 2007). En parallèle, une analyse des conceptions des enseignants libanais des sciences de la Vie en ce qui concerne l'éducation à la santé et leurs pratiques enseignantes a révélé le besoin de formation des enseignants en éducation à la santé et sur les principes de la complexité (Saab, Berger, El Hage, 2010). Les résultats de ces deux études nous poussent à chercher à évaluer la contribution de l'éducation à la santé à la promotion de la santé et au développement sociocognitif des élèves libanais.

2. Méthodologie de la recherche

L'étude est basée sur une enquête par questionnaire administré auprès de 1366 élèves en classes de sixième (EB6), de troisième (EB9) et de Terminales (options : Sciences de la Vie (Ter SV), Lettres et Humanité (Ter H), Sociologie et Economie (Ter Eco)). L'enquête a été réalisée au cours de l'année scolaire 2007-2008.

2.1 Echantillonnage

La base de données sur laquelle a été effectué le tirage au sort correspondait à la liste des 69 établissements scolaires repartis dans Beyrouth. Le pourcentage d'écoles tirées au sort s'élevait à 35 % du nombre total des écoles privées et publiques de Beyrouth.

2.2 Caractéristiques de la population

Notre échantillon peut être divisé en trois groupes: le groupe des élèves en EB6 formant 31% de l'échantillon, âgés moins que 13 ans, le groupe d'élèves en EB9 formant 34.8% de l'échantillon, âgés entre 13 et 16 ans, et le groupe d'élèves en terminales formant 34.2% de l'échantillon, âgés de 16 ans et plus. L'échantillon comprend 56.9% d'élèves du genre masculin et 43.1% d'élèves du genre féminin, 53.3% d'élèves chrétiens et 47.2% d'élèves musulmans. La majorité de ces élèves sont très croyants (73.5% de l'échantillon).

2.3 Le questionnaire

Le questionnaire que nous avons construit est divisé en six parties : la première concerne les informations scientifiques présentes dans les manuels scolaires des sciences de la Vie à tous les niveaux scolaires ; la deuxième partie s'intéresse aux habitudes sanitaires et aux aptitudes relationnelles ; la troisième partie est consacrée à l'éducation à la sexualité ; la quatrième présente des situations problèmes concernant la santé de la vie quotidienne ; la cinquième partie comporte deux situations problèmes conçues selon une approche interdisciplinaire ; et, la sixième partie exprime le besoin d'être éduqué à la santé et à la sexualité. Ce questionnaire comprend aussi une partie pour la collecte des informations personnelles (variables descriptives), telles que l'âge, le sexe, la classe, le type d'établissement scolaire fréquenté, la religion et le degré de croyance.

2.4 Analyse des réponses

D'abord, les données ont été étudiées de manière univariée, à l'aide du test du Khi2. Ensuite, des analyses statistiques multivariées, particulièrement des Analyses Factorielles de Correspondantes Multiples (AFCM), et des Classifications Ascendantes Hiérarchiques (CAH) (analyses typologiques) ont été réalisées en 2 étapes:

- 1- une première analyse factorielle et l'analyse typologique correspondante effectuées sur toutes les variables actives du questionnaire,
- 2- trois sous AFCM et des CAH correspondantes effectuées à partir de trois groupes de variables sélectionnées de la première AFCM.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SAS, avec programmation de certaines fonctions du logiciel SPAD v7 (système pour l'analyse des données). Pour chaque analyse multivariée, le

test de Kaiser-Myer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett ont été effectués afin d'évaluer la qualité des données et de vérifier qu'elles sont factorisables.

3. Résultats

Nous présentons, dans ce qui suit, les résultats de la première analyse typologique effectuée sur toutes les variables du questionnaire. Nous analysons ensuite les trois sous analyses typologiques.

3.1 L'éducation à la santé, le développement cognitif, psychosocial et comportemental de l'élève libanais

La première analyse typologique regroupe les élèves enquêtés en cinq classes :

Classe 1 : Elèves possédant des connaissances scientifiques peu conformes aux paradigmes actuels, une conception biomédicale de la santé, des compétences psychosociales développées, et qui sont contre l'éducation à la sexualité à l'école. Cette classe regroupe 27% de l'échantillon.

Classe 2 : Elèves possédant des connaissances scientifiques conformes aux paradigmes actuels, une conception globale de la santé, un raisonnement systémique complexe, des compétences psychosociales développées, de mauvaises habitudes sanitaires et qui sont peu ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école. Cette classe comprend 17.57% de l'échantillon.

Classe 3 : Elèves possédant de mauvaises habitudes sanitaires, de mauvaises aptitudes relationnelles, des réactions agressives, un raisonnement intuitif face à un problème de santé, et très ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école. Cette classe regroupe 20.64% de l'échantillon.

Classe 4 : Elèves possédant des connaissances scientifiques peu conformes aux paradigmes actuels, de mauvaises habitudes sanitaires, des compétences psychosociales peu développées, un raisonnement linéaire face à un problème et ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école. La classe 4 comprend 11.42% de l'échantillon.

Classe 5 : Elèves possédant des connaissances scientifiques plutôt conformes aux paradigmes actuels, une conception biomédicale de la santé, un raisonnement linéaire face à un problème de santé, de bonnes habitudes sanitaires, de bonnes aptitudes relationnelles et qui sont contre l'éducation à la sexualité à l'école. Cette classe regroupe 23.35% de l'échantillon.

Nous présentons dans ce qui suit les résultats des trois sous analyses typologiques.

3.2 L'éducation à la santé, le niveau de connaissances en matière de santé et le mode de raisonnement face à un problème relatif à la santé

L'analyse typologique effectuée à partir des variables relatives aux connaissances en matière de santé et au mode de raisonnement face à un problème relatif à la santé, fournit une répartition des élèves enquêtés en 4 classes en fonction de leur mode de pensée :

Classe A : Elèves dotés d'une pensée complexe, de réactions raisonnées face à un problème relatif à la santé, une conception globale de la santé, de bonnes habitudes sanitaires et de bonnes aptitudes relationnelles. Cette classe regroupe 27.23% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB9, âgés entre 13 et 16ans.

Classe B : Elèves dotés d'une pensée linéaire, des connaissances en matière de santé plutôt conformes aux paradigmes actuels, de mauvaises habitudes sanitaires et de mauvaises aptitudes relationnelles. La classe 2 comprend 21.30% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB9, âgés entre 13-16ans.

Classe C : Elèves dotés d'une pensée complexe mais possédant de mauvaises habitudes sanitaires, et une mauvaise communication avec l'environnement familial et social. Cette classe

regroupe 25.40% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en classe de Ter SV, Ter H, et de Ter Eco, âgés de 16 ans et plus.

Classe D: Elèves dotés d'une pensée linéaire, d'une conception biomédicale de la santé, et des connaissances sur la santé peu conformes aux paradigmes actuels, de très bonnes habitudes sanitaires et de compétences sociales très développées. La classe 4 regroupe 26% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB6, âgés moins de 13 ans.

3.3 L'éducation à la santé, les compétences psychosociales et les comportements sanitaires

L'analyse typologique effectuée à partir des variables concernant les compétences psychosociales et les comportements sanitaires regroupe les élèves enquêtés en 5 classes selon l'intégration sociale des élèves et l'adoption d'un mode de vie sain :

Classe A': Elèves altruistes, contre les normes et les interdits, de mauvaises habitudes sanitaires. Cette classe regroupe 21.45% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en classe de Ter SV, des élèves chrétiens et les élèves du genre masculin.

Classe B': Elèves individualistes, contre la consommation d'alcool, de mauvaises habitudes sanitaires et de mauvaises aptitudes relationnelles. La classe 2 regroupe 9.81% de l'échantillon et comporte des élèves en EB9, des élèves musulmans et des élèves du genre masculin.

Classe C': Elèves individualistes, contre les normes et les interdits, de mauvaises habitudes sanitaires. La classe 3 regroupe 9.81% de l'échantillon et comporte des élèves du genre masculin, des élèves en classe de Ter ES et en Ter H.

Classe D': Elèves conservateurs respectant les normes et les règles, contre la consommation d'alcool et de tabac. Cette classe regroupe 33.38% de l'échantillon et comporte surtout des élèves du genre féminin, des élèves musulmans, et des élèves en classes de Ter SV, Ter H, et de Ter Eco, âgés en général de 16 ans et plus, aussi des élèves en EB9, âgés entre 13 et 16 ans.

Classe E': Elèves ayant de très bonnes habitudes sanitaires, de compétences psychosociales très développées, respectant les normes et les règles, contre la consommation d'alcool et de tabac. La classe 5 regroupe 25.55% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB6, âgés en général de moins que 13 ans et des élèves musulmans.

3.4 L'éducation à la santé et l'ouverture aux sujets tabous

L'analyse typologique effectuée à partir des variables relatives à l'ouverture aux sujets tabous regroupe les élèves enquêtés en 5 classes selon l'ouverture à l'éducation à la sexualité à l'école et la tolérance envers les autres:

Classe A'': Elèves contre l'éducation à la sexualité, possédant des connaissances scientifiques conformes aux paradigmes actuels, et tolérants envers les faibles. Cette classe regroupe 18% de l'échantillon et comporte surtout des élèves des écoles publiques, et des élèves du genre masculin.

Classe B'': Elèves ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école, et intolérants envers les autres. La classe 2 regroupe 19% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB6, âgés moins que 13 ans, des élèves musulmans et des élèves du genre masculin.

Classe C'': Elèves contre l'éducation à la sexualité à l'école. La classe 3 regroupe 13% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB6 et des élèves musulmans.

Classe D'': Elèves ouverts à l'éducation à la sexualité et tolérants envers les faibles. Cette classe regroupe 23% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en EB9 et des élèves chrétiens.

Classe E'': Elèves ouverts à l'éducation à la sexualité et tolérants envers les autres. La classe 5 regroupe 27% de l'échantillon et comporte surtout des élèves en Ter SV, Ter Eco, et Ter H, âgés de 16 ans et plus, des élèves du genre féminin, et des élèves des écoles privées.

4. Discussion

Dans l'objectif d'étudier dans quelle mesure l'éducation à la santé au Liban contribue-t-elle à la promotion de la santé et au développement sociocognitif de l'élève, nous avons cherché à étudier le rapport qu'entretiennent les élèves libanais avec leur santé, à travers l'analyse de leurs conceptions relatives à l'éducation à la santé. L'analyse des données a abouti à une première typologie en 5 classes qui regroupe les élèves enquêtés en fonction des connaissances en matière de santé, du niveau de développement des compétences psychosociales, des comportements sanitaires et du mode de raisonnement face à un problème relatif à la santé. La comparaison entre les profils d'élèves appartenant à ces classes nous informe sur les approches pédagogiques qui sous-tendent les pratiques en éducation à la santé au Liban.

L'éducation à la santé ne se limite pas à l'information et aux changements des comportements nuisibles, elle vise le développement des compétences cognitives et méthodologiques nécessaires pour vivre et pour se réaliser dans une société en perpétuelles mutations (OMS, 1997, Jourdan (dir.), 2004). Le décret français n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif aux connaissances et aux compétences visées par l'éducation à la santé, précise qu'un élève ayant suivi une éducation à la santé selon le paradigme actuel écologique, possède *des connaissances en matière de santé; des compétences personnelles sociales et civiques; et un regard critique vis-à-vis de l'environnement* (CNDP, 2006, Jourdan, 2010). Or, la première typologie des conceptions des élèves libanais relatives à l'éducation à la santé révèle que seulement 17.57% de ces élèves possèdent des connaissances en matière de santé conformes aux paradigmes actuels, des compétences psychosociales développées, une conception globale de la santé et un raisonnement interdisciplinaire (classe 2). Cette analyse montre encore que 32.06% des élèves enquêtés possèdent des compétences personnelles, sociales, et civiques peu développées (classes 3 et 4) et que seulement 23.35% de notre échantillon adoptent un mode de vie sain (classe 5).

L'analyse des profils des élèves appartenant à chaque classe de la première typologie permet de former une idée sur les approches pédagogiques qui sous-tendent l'éducation à la santé au Liban. En effet, les élèves de la classe 1, regroupant 27 % de l'échantillon, possèdent des connaissances scientifiques peu conformes aux paradigmes actuels, une conception biomédicale de la santé et des compétences psychosociales développées. Il paraît donc que ces élèves sont éduqués à la santé selon un modèle axé sur le développement des compétences psychosociales aux dépens du savoir et du savoir faire. En parallèle, les élèves de la classe 5, regroupant 23.35 % de l'échantillon, ont aussi des lacunes aux niveaux de leurs connaissances scientifiques, une conception biomédicale de la santé et possèdent encore de bonnes habitudes sanitaires et de bonnes aptitudes relationnelles. Ces élèves ont un raisonnement analytique, centré sur le déterminisme linéaire. Il paraît donc, que les élèves de la classe 5 sont aussi éduqués à la santé selon un modèle qui néglige le développement des compétences cognitives. La comparaison entre les profils des élèves appartenant aux classes 1 et 5 permet d'avancer qu'environ 50% des élèves libanais sont éduqués à la santé selon une approche réductrice axée sur le modèle déterministe de causalité linéaire (un tel comportement $\xrightarrow{\text{assure}}$ la bonne santé). Ce modèle d'intervention en éducation à la santé paraît être très efficace pour l'adoption d'un mode de vie sain et pour le développement des compétences favorisant l'intégration dans la société libanaise. Mais, il est basé sur le conditionnement des élèves. Par suite, la moitié des élèves libanais enquêtés ont besoin d'être plus informés en matière de santé et de développer les compétences nécessaires pour la construction des opinions raisonnées sur les problèmes actuels relatifs à la santé.

La classe 2 obtenue par la première analyse typologique regroupe 17.57% des élèves enquêtés. Ces élèves possèdent des connaissances scientifiques conformes aux paradigmes actuels, des compétences psychosociales développées et une conception globale de la santé. Les élèves de cette

classe sont aussi dotés d'un raisonnement interdisciplinaire. Devant une situation problème, ils ont des réactions raisonnées et adaptées et n'hésitent pas à solliciter l'aide d'un adulte. Cependant, ces élèves possèdent de mauvaises habitudes sanitaires. Ils sont peu résistants à la pression des pairs et peu ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école. Il paraît donc que ces élèves sont éduqués à la santé selon une approche globale centrée sur le savoir et sur le savoir faire aux dépens du savoir agir. Le profil des élèves de la classe 2 montre qu'une éducation à la santé conçue et pratiquée selon cette approche contribue au développement sociocognitif de l'élève libanais mais ne permet pas le transfert des acquis dans la vie quotidienne, ainsi que le développement de l'ouverture d'esprit et celui de la résistance aux pressions. L'approche adoptée dans la transposition des thèmes relatifs à la santé dans le programme des sciences de la Vie libanais explique ces résultats. En effet, l'évaluation du curriculum et des manuels scolaires nationaux libanais des sciences de la Vie, effectuée par l'association libanaise des sciences de l'éducation sous l'égide de l'UNESCO (LAES – 2007), ainsi que l'analyse des thèmes relatifs à l'éducation à la santé dans ces manuels, effectuée dans le cadre du projet BioHead (El Hage et Saab, 2007), montrent que la transposition didactique des thèmes relatifs à la santé et à l'éducation à la santé est assujettie au paradigme de la simplification conçu selon une logique linéaire de cause à effet. Or, l'expérience a montré l'inefficacité des programmes ayant d'une telle approche et la tendance actuelle en éducation à la santé consiste à élaborer des programmes ayant une approche interdisciplinaire et globale reliant l'individu à sa société et à son environnement (Roberge et Choinière, 2009).

Par ailleurs, les élèves de la classe 3 et 4 semblent être *non éduqués* à la santé. Ils forment le tiers de notre échantillon (32.06%, classes 3 et 4). Ces élèves possèdent de mauvaises habitudes sanitaires et de mauvaises aptitudes relationnelles. Devant un problème, ils ont un raisonnement intuitif et une réaction agressive. Ces élèves ont tendance à ne pas respecter les règles et les lois et sont très ouverts à l'éducation à la sexualité. Or, l'éducation à la santé à l'école vise à aider chaque jeune à apprendre à respecter son propre corps et celui des autres, à maîtriser ses instincts, à résister à ses pulsions, à raisonner, et à avoir un esprit critique (Tubiana et Legrain, 2002). Cette éducation cherche également à guider les apprenants à s'approprier des moyens d'opérer des choix, et d'adopter des comportements responsables pour eux-mêmes comme vis à vis d'autrui et pour l'environnement (MEN, 1998)². De plus, les élèves de la classe 4 possèdent des connaissances sur la santé peu conformes aux paradigmes actuels et sont individualistes. Tout ceci montre que les objectifs notionnels et pédagogiques de l'éducation à la santé préconisés dans le programme des sciences de la Vie ne sont pas atteints chez le tiers des élèves libanais enquêtés.

En parallèle, la première analyse typologique effectuée sur toutes les variables du questionnaire révèle un problème au niveau de l'éducation à la sexualité au Liban. En effet, seulement 32.06% des élèves enquêtés sont ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école (Classes 3 et 4). De plus, ces élèves ne semblent pas être éduqués à la santé. Ce résultat ne nous surprend pas, il reflète une des idéologies de la société libanaise. En effet, la sexualité au Liban est toujours une question taboue et son enseignement constitue un sujet polémique (Ishak, 2008). A noter que le chapitre de la reproduction humaine a été allégé du programme de la classe de quatrième (EB8) (MEN, 1999), et que seulement 43.18% des enseignants libanais des Sciences de la Vie de Beyrouth sont ouverts à l'éducation à la sexualité et à l'enseignement des sujets tabous relatifs à la sexualité (Saab, Berger, El Hage, 2010). Il est donc important d'introduire l'éducation à la sexualité dans le programme libanais et de monter des sessions de formation destinées aux enseignants pour assurer sa réussite.

Dans ce qui suit, nous discutons les résultats des trois sous analyses typologique en les reliant aux facteurs personnels et sociaux selon les 3 axes suivants :

- La contribution de l'éducation à la santé au développement de la pensée de l'élève libanais ;
- La contribution de l'éducation à la santé à l'adoption d'un mode de vie sain et à l'intégration sociale ;
- Les relations entre l'éducation à la santé, l'ouverture à l'éducation à la sexualité et la tolérance envers les autres.

² Circulaire n 98-237 du 24 novembre 1998.

4.1 Contribution de l'éducation à la santé au développement de la pensée de l'élève libanais

L'éducation à la santé convoite la construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables et une mise à distance des critiques des stéréotypes et des pressions sociales (CNDP, 2006, Jourdan (dir.), 2004, Lange, Trouvé et Victor, 2007). Les résultats de l'analyse typologique, effectuée à partir des variables relatives aux connaissances en matière de santé et au mode de raisonnement face à un problème relatif à la santé, repartit les élèves enquêtés en deux grandes catégories renfermant presque le même nombre d'effectifs: les élèves dotés d'une pensée complexe et les élèves dotés d'une pensée analytique linéaire.

La première catégorie d'élèves renferme 52.63% de notre échantillon. Elle comporte les élèves de la classe A regroupant des élèves en EB9, formant 27.23% de notre échantillon et les élèves de la classe C regroupant des élèves de terminales (Ter H, Ter Eco et Ter SV), formant 25.4% de notre échantillon. Ces deux classes d'élèves se caractérisent par l'adoption des réactions et des comportements réfléchis et adaptés face à une situation-problème donnée. Ainsi, les profils de ces deux classes montrent que l'éducation à la santé à l'école contribue au développement cognitif de l'élève libanais. Cependant, presque la moitié des élèves dotés d'une pensée complexe présentent des problèmes de communication et de gestion de santé (classe C). La majorité de ces élèves est en classe de terminales. En effet, les élèves de la classe C, contrairement aux élèves de la classe A, possèdent de mauvaises habitudes sanitaires et une mauvaise communication avec l'environnement familial et social. Ceci prouve que ces élèves sont éduqués à la santé, par le biais des cours des sciences de la Vie, selon un modèle limité à la transmission des savoirs et au développement du raisonnement scientifique aux dépens du développement des compétences psychosociales.

La deuxième catégorie d'élèves renferme 47.36% de notre échantillon. Elle comporte les élèves de la classe B regroupant des élèves en EB9, formant 21.3% de notre échantillon et les élèves de la classe D regroupant des élèves en EB6 et formant 26% de notre échantillon. Ces deux classes d'élèves se caractérisent par l'adoption d'un raisonnement linéaire analytique face à une situation-problème relative à la santé. Les élèves en EB9 appartenant à cette catégorie, possèdent des connaissances en matière de santé conformes aux paradigmes actuels mais sont dotés de mauvaises habitudes sanitaires et de mauvaises aptitudes relationnelles (classe B). Alors que les élèves en EB6 (classe D) possèdent de bonnes habitudes sanitaires et de bonnes aptitudes relationnelles mais de connaissances peu conformes aux paradigmes actuels. Il paraît donc que le fait d'avoir de bonnes habitudes sanitaires et de bonnes aptitudes relationnelles est indépendant du niveau de connaissance en matière de santé et du mode de raisonnement face à un problème de santé. Nous pensons que l'adoption d'un mode de vie sain est surtout le fruit de l'éducation familiale puisqu'il est connu que la famille joue un rôle essentiel en éducation à la santé (Jourdan, 2010). Ceci prouve encore une fois, que l'éducation à la santé au Liban est limitée à la transmission des informations sur la santé préconisées par le curriculum, et à l'énumération des interdits ce qui ne favorise pas le transfert des connaissances dans la vie quotidienne.

Par ailleurs, les résultats de cette analyse typologique montrent que le facteur « *âge* » influence la pensée des élèves et leur mode de vie. En effet, les élèves en EB6 (classe D), et la moitié des élèves en EB9 enquêtés (classe B) sont dotés d'un raisonnement linéaire analytique. Alors que l'autre moitié des élèves en EB9 (classe A) ainsi que les élèves de terminales (classe C) sont dotés d'un raisonnement interdisciplinaire et d'un esprit critique plus développé. Ces résultats correspondent aux étapes de développement cognitif des élèves ainsi que les principes du socioconstructivisme (Jonnaert, 2002). En contrepartie, ils révèlent que l'élève libanais se désintéresse progressivement pendant son parcours scolaire à l'adoption d'un mode de vie sain et communique moins avec son environnement familial et social, ce qui est caractéristique de la crise d'adolescence. En effet, les élèves en EB6 (classe D), et la moitié des élèves en EB9 enquêtés (classe A) possèdent de bonnes habitudes sanitaires et de bonnes compétences sociales. Alors que l'autre moitié des élèves en EB9 (classe B) ainsi que les élèves de terminales (classe C) possèdent de mauvaises habitudes sanitaires et de compétences sociales peu développées.

4.2 La contribution de l'éducation à la santé à l'adoption d'un mode de vie sain et à l'intégration sociale

L'éducation à la santé devrait promouvoir la santé des jeunes écoliers, leur apprendre comment maintenir et préserver leur santé physique, et comment communiquer, s'adapter et s'évoluer dans leur environnement social. L'analyse typologique effectuée sur les variables relatives aux compétences psychosociales et aux comportements sanitaires montre que 41% des élèves enquêtés possèdent de mauvaises habitudes sanitaires (classes A', B' et C') et que seulement 25.55% de ces élèves adoptent un mode de vie sain (classe E'). Ces résultats révèlent que l'éducation à la santé au Liban contribue faiblement à la promotion de la santé de l'élève libanais.

L'éducation à la santé ne peut pas se limiter à un apport de connaissances sur les bonnes façons de vivre, d'avoir une bonne santé et de penser une question sur la santé. Elle devrait permettre aux élèves à se préparer à prendre leur place dans la société, comme citoyen libre et responsable (Jourdan 2010). Les résultats de l'analyse typologique effectuée sur les variables relatives aux compétences psychosociales et aux comportements sanitaires montrent que 41% des élèves enquêtés ne sont pas intégrés dans la société libanaise (classes A', B' et C'). Il est donc primordial de développer, lors des interventions en éducation à la santé, des compétences citoyennes et des valeurs démocratiques, dans le but d'accéder à l'intégration sociale de l'apprenant libanais, d'inciter et de favoriser sa participation active à l'évolution de sa société.

Par ailleurs, l'analyse des facteurs personnels et sociaux révèle que les facteurs « *genre* », « *religion* » et « *âge* » influencent certains comportements sanitaires et sociaux. Il semble que le facteur « *genre féminin* » favorise l'adoption de bons comportements sanitaires et l'intégration sociale. En effet, les élèves du genre féminin (classe D') sont conservatrices, elles respectent les normes et les interdits, et sont contre la consommation de tabac et d'alcool alors que la majorité des élèves du genre masculin possèdent de mauvaises habitudes sanitaires (classes A', B' et C'), sont individualistes (classes B' et C') et sont contre les règles et les normes (classes A' et C'). Concernant le facteur « *religion* », il paraît que les élèves chrétiens se caractérisent par leur altruisme (classe A'). En parallèle, les élèves musulmans sont contre la consommation de tabac et d'alcool (classes B', D', E'). Le dernier résultat, ne nous surprend pas surtout que 73.5% de notre échantillon est très croyant. Pour le facteur « *âge* », l'analyse typologique montre que la plupart des élèves âgés moins que 13 ans (classe E'), contrairement à la majorité des élèves plus âgés (Classes A', B', C'), adoptent un mode de vie sain et possèdent des compétences psychosociales développées. Ce résultat confirme notre hypothèse que l'élève libanais se désintéresse progressivement pendant son parcours scolaire à l'adoption d'un mode de vie sain et communique moins avec son environnement.

4.3 Les relations entre l'éducation à la santé, l'ouverture à l'éducation à la sexualité et la tolérance envers les autres

L'éducation à la sexualité est une composante de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. Elle vise à permettre aux jeunes d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale (CNDP, 2005). Au Liban, 59% des pratiques relatives à l'éducation à la sexualité sont réduites à la transmission du contenu du curriculum des sciences de la vie libanais (Ishaak, 2008). De plus, l'éducation à la sexualité dans ce curriculum est uniquement exigée au niveau du cycle secondaire. En effet, cette partie du programme n'est pas préconisée au niveau du cycle primaire et elle a été allégée du programme de la classe de quatrième (EB8) (MEN, 1999). Or, pour être efficace, l'éducation à la sexualité à l'école devrait commencer avant la puberté pour préparer l'apprenant aux modifications psychiques et psychologiques caractéristiques de la période de l'adolescence (MEN, 2008). D'ailleurs, le besoin d'être éduqué à la sexualité a été bien exprimé dans l'analyse typologique effectuée sur les variables relatives à l'ouverture aux sujets tabous. Cette analyse a révélé que 70% des élèves enquêtés sont d'accord pour l'enseignement des thèmes relatifs à la reproduction humaine et à la sexualité dans les cours des sciences de la Vie (classes B'', D'' et E''). D'où la nécessité d'introduire l'éducation sexuelle dans les classes

primaires et complémentaires d'une façon qui correspond aux recommandations internationales (UNESCO, ONUSIDA, OMS, 2009, MEN 2008).

Par ailleurs, les résultats de l'analyse typologique effectuée sur les variables relatives à l'ouverture aux sujets tabous révèlent que 68% des élèves libanais sont tolérants envers les autres (classes A'', D'' et E''). Nous pensons que cette empathie envers les personnes faibles et en difficultés est en relation avec les valeurs religieuses (chrétienne et musulmane) et en relation avec le degré de croyance des élèves enquêtés puisque 75.3% de notre échantillon est *très croyant*. Il semble encore le facteur « *niveau scolaire* » influence la tolérance envers les autres et que l'ouverture aux différences des autres, le refus de l'injustice et de l'inégalité sociale s'acquiert progressivement à l'école. En effet, les élèves en EB9 (classe D''), en Ter SV, en Ter H et en Ter Eco (classe E'') sont indulgents envers les pauvres, les toxicomanes, les malades, contrairement aux élèves en EB6 (classe B''). Ceci pourrait être dû au fait que la plupart des thèmes en rapport avec les valeurs humaines et la solidarité entre les hommes sont enseignés dans les cycles complémentaire et secondaire par le biais de plusieurs matières telles que la littérature arabe, la littérature française, l'Histoire, la géographie, l'éducation civique, et la philosophie (CNRDP, 1997)³.

L'analyse des facteurs personnels et sociaux qui déterminent l'ouverture aux sujets tabous révèle aussi que le facteur « *type de l'école* » influence l'ouverture à l'éducation à la sexualité. En effet, les élèves enquêtés qui sont contre l'éducation à la santé à l'école fréquentent des écoles publiques (classe A''). Ils possèdent des connaissances sur la santé conformes aux paradigmes actuels et sont tolérants envers les autres. Ces élèves s'opposent aux élèves fréquentant les écoles privées qui sont aussi tolérants envers les autres mais ouverts à l'éducation à la sexualité à l'école (classe E''). Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les établissements scolaire privés possèdent une politique éducative et un projet d'établissement qui complètent les orientations du système éducatif libanais. Comme il peut résulter de la différence de niveau social entre les élèves fréquentant les deux types d'écoles. En effet, au Liban, les écoles publiques sont fréquentées par les enfants des familles de statut socioéconomique faible. Il paraît aussi que l'ouverture à l'éducation sexuelle à l'école est indépendante des facteurs « *âge* » et « *religion* ». En effet, les élèves en sixième, âgés moins que 13 ans et les élèves musulmans de la classe B'' sont ouverts à l'éducation à la sexualité dans les cours des sciences de la Vie contrairement aux élèves de la classe C'', en sixième et les élèves musulmans. Ce résultat est très intéressant par le fait que 75.3% de notre échantillon est *très croyant* et parce qu'au Liban les autorités religieuses empêchent la pratique de l'éducation sexuelle dans les écoles (Ishaak, 2008). Les deux derniers résultats sont à approfondir dans une recherche ultérieure.

5. Conclusion

Dans le but d'analyser le rôle de l'éducation à la santé dans le développement de la citoyenneté libanaise, nous avons étudié les conceptions sur la santé des élèves en classes de sixième, de troisième et de terminales dans 24 écoles de Beyrouth. Cette recherche souligne le besoin urgent d'éduquer les apprenants libanais à la sexualité. Elle révèle aussi l'existence d'un problème au niveau du transfert des connaissances apprises à l'école dans la vie quotidienne. La première typologie des conceptions sur l'éducation à la santé dévoile que la moitié des apprenants libanais sont éduqués à la santé selon un modèle basé sur le conditionnement. Elle montre encore l'inefficacité des interventions en éducation à la santé, par le biais des cours des sciences de la Vie, chez le tiers des élèves enquêtés. La deuxième étape du traitement des données, réalisée sous forme de trois sous analyses typologiques confirme ces résultats. Il est donc urgent et primordial de concevoir l'éducation à la santé, dans le système éducatif libanais, selon une approche écologique et globale visant le développement des compétences cognitives, méthodologiques et psychosociales, considérant le contexte libanais et les besoins des apprenants.

³ <http://www.crdp.org/CRDP/French/curriculum/curriculum.asp#obj3> (consulté le 14-08-2010)

6. Références

- Bantuelle, M. Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Ineps.
- Centre national de documentation pédagogique (CNDP). (2006). *Prévention des conduites addictives: Guide d'intervention en milieu scolaire*. MILDT, Paris : CNDP.
- Centre national de documentation pédagogique (CNDP).(2005). *L'éducation à la sexualité : Guide d'intervention pour les collèges et les lycées*. eduscol.education.fr/educsex (consulté le 7-7-2010)
- Centre National de recherche et de Développement (CNRDP). (1997). *Objectifs généraux du curriculum de sciences de la Vie libanais*, CNRDP.
- El Hage, F. Saab, O. L'éducation à la santé au Liban entre simplification et complexité : L'intégration du paradigme de la complexité dans l'éducation à la santé, à travers l'analyse des manuels scolaires libanais des sciences de la vie. *Actes de l'IOST, Analyse critique des manuels de sciences*, Tunisie, 7-10 Fév., 2007.
- Ishak, H. (2008). *Education et culture sexuelles de l'élève adolescent libanais : état des lieux et perspectives*. Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation inédite, Université Saint-Joseph, Liban.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles: Boeck Université.
- Jourdan, D. (2010). *Education à la sante : Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis: Ineps.
- Jourdan, D. (dir). (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse, France: Edition universitaires du sud, collection école et santé.
- Lange, J.M. Trouvé, A. & Victor, P. (2007). Expression d'une opinion raisonnée dans les éducations à... : quels indicateurs? Actes du congrès Aref 2007. Strasbourg: Actualité de la Recherche en Education et en Formation
- Beyrouth : Lebanese Association for Educational Studies (LAES). "The Textbook: Its Role, Content, and Quality", F. Ayoub (Dir.), 2007.
- Ministère de l'Education Nationale. (1999). Allègement du programme des Sciences de la Vie – 8^{ème} Année Education de Base. Circulaire n : 35/m/99 du 5 aout 1999.
- Ministère de l'Education Nationale. (2008). *L'éducation à la sexualité au collège et au Lycée*. Guide du formateur. Belgique: Desmet-Laire.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *L'école et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général*. Genève: OMS
- UNESCO, ONUSIDA, OMS, 2009. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. v.1. The rationale for sexuality education. v.2. Topics and learning objectives). Paris: UNESCO.
- Roberge, M.-C. et Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois au regard de leur cohérence et de leur contribution à l'approche École en santé*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Saab, O. Berger, D. El Hage, F. (2010). *Importance de l'introduction de la complexité dans la formation des enseignants des sciences de la Vie pour le développement des futurs citoyens informés et autonomes en matière de santé*. Actes du colloque «Complexité 2010» La pensée complexe : défis et opportunités pour l'éducation, la recherche et les organisations – Lille (France) le 31 mars et 1er avril 2010.
- Tubiana, M. Legrain, M. (2002). Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français? *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 186 : 67.