

L'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien : vers une approche intégrée et transversale

ROMDHANE ZID, SAMEH HRAIRI

*Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation Continue
Université Virtuelle de Tunis
Tunisie
romdhanezid@gmail.com
sameh_hrairi@yahoo.fr*

ABSTRACT

In light of contemporary transformations in education systems, health education in Tunisian higher education appears as a strategic yet still underdeveloped issue. This article explores the modes of integration and transversal dynamics of health education within Tunisian universities, through an approach that combines conceptual analysis, national contextualization, and empirical data. Based on a qualitative study conducted across several institutions (interviews with faculty, curriculum analysis, and observation of pedagogical initiatives), the research highlights the contradictions between public health policy orientations and the institutional realities of the university setting. The author proposes an analytical framework that draws on research in health education, critical pedagogy, and community health. By mobilizing international comparisons (Maghreb, Europe, Sub-Saharan Africa), the article emphasizes the value of a situated, integrated, and transdisciplinary approach, capable of strengthening students' competencies and fostering their civic engagement in health matters. This work thus paves the way for a reconfiguration of university practices in response to current social and health challenges.

KEYWORDS

Health education, Higher education, Tunisia, critical approach, international comparison

RÉSUMÉ

Face aux transformations contemporaines des systèmes éducatifs, l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien apparaît comme un enjeu stratégique, mais encore peu structuré. Cet article interroge les formes d'intégration et les dynamiques transversales de cette éducation dans les universités tunisiennes, à travers une approche articulant analyse conceptuelle, contextualisation nationale et données empiriques. À partir d'une enquête qualitative menée dans plusieurs établissements (entretiens avec des enseignants, analyse de programmes, observation de dispositifs pédagogiques), l'étude met en lumière les contradictions entre les orientations politiques en matière de santé publique et les réalités institutionnelles de l'université. L'auteur propose un cadre d'analyse qui croise les apports des recherches en éducation à la santé, en pédagogie critique et en santé communautaire. En mobilisant des comparaisons internationales (Maghreb, Europe, Afrique subsaharienne), l'article souligne l'intérêt d'une approche située, intégrée et transdisciplinaire, capable de renforcer les compétences des étudiants et de favoriser leur engagement citoyen en matière de santé. Ce travail ouvre ainsi la voie à une reconfiguration des pratiques universitaires en lien avec les enjeux sociaux et sanitaires actuels.

MOTS-CLÉS

Éducation à la santé, enseignement supérieur, Tunisie, approche critique, comparaison internationale

INTRODUCTION

Les systèmes éducatifs contemporains font face à des défis liés à la santé, à la durabilité et à l'équité sociale. Dans ce cadre, l'éducation à la santé doit devenir un axe structurant de la formation tout au long de la vie, y compris dans l'enseignement supérieur (WHO & UNESCO, 2021). En Tunisie, malgré des politiques affirmant son importance, son intégration universitaire reste fragmentaire et dépend souvent d'initiatives isolées (Ben Abdelaziz et al., 2020). Pourtant, l'université a un rôle central dans la formation de futurs professionnels capables d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, en développant des compétences critiques, interdisciplinaires et citoyennes (Jourdan et al., 2021; O'Neill et al., 2020; Simar, 2022). À l'international, des démarches comme l'initiative Health Promoting Universities plaident pour une approche institutionnelle intégrée, reliant enseignement, recherche et action, et impliquant les étudiants dans la gouvernance (Kickbusch & Gleicher, 2012; Simar, 2023). Mais en Afrique du Nord, et particulièrement en Tunisie, peu de travaux analysent la contextualisation de ces modèles. C'est l'objet de cet article, qui s'appuie sur une enquête qualitative multi-sites et un cadre théorique croisant pédagogie critique (Freire, 2013), santé communautaire (O'Neill et al., 2020) et justice cognitive (Fricker, 2007).

Penser une éducation à la santé intégrée suppose de dépasser les approches descendantes au profit de démarches participatives et situées. L'université devrait ainsi reconnaître les savoirs expérientiels des étudiants et devenir un espace de dialogue et d'émancipation face aux inégalités (Barry & Battel-Kirk, 2021). Promouvoir cette transversalité ne relève pas d'un simple ajustement curriculaire, mais d'un changement de paradigme pédagogique et institutionnel, appuyé sur la formation des enseignants et la reconnaissance politique de ces enjeux. Une telle orientation renforcerait la résilience des étudiants et ouvrirait la voie à une université inclusive, attentive au bien-être global de ses communautés.

CADRE THÉORIQUE

L'étude s'appuie sur un cadre théorique pluriel, mobilisant plusieurs courants complémentaires pour analyser l'éducation à la santé dans le contexte universitaire tunisien. Cette approche permet d'articuler les dimensions pédagogiques, sociales et épistémiques à l'œuvre dans les dispositifs observés, en mettant l'accent sur les rapports de pouvoir, les inégalités d'accès au savoir et les dynamiques d'appropriation. Les quatre sous-sections suivantes présentent les ancrages conceptuels qui orientent l'analyse.

La pédagogie critique : éduquer à la santé par la conscientisation

Inspirée par Paulo Freire, la pédagogie critique considère l'éducation comme un acte politique visant la conscientisation des apprenants, c'est-à-dire leur capacité à comprendre et transformer leur réalité (Freire, 2013). Dans le champ de la santé, elle invite à dépasser les approches biomédicales descendantes pour intégrer les savoirs d'expérience, les contextes locaux et les rapports sociaux qui produisent les inégalités (Jourdan & O'Neill, 2021). Cette approche permet de penser une éducation à la santé émancipatrice, participative et contextualisée, où enseignants et étudiants co-construisent le savoir à partir des expériences

vécues précarité, stress académique, inégalités d'accès aux soins (Barry & Battel-Kirk, 2021; Wiggins, 2012). Elle suppose également une transformation des rapports de pouvoir universitaires. En plaçant le dialogue critique au cœur de la pédagogie, les étudiants développent une posture réflexive vis-à-vis des normes de santé et acquièrent une subjectivité politique qui dépasse la responsabilisation individuelle. Des recherches montrent que ce processus renforce leurs compétences critiques et collaboratives, et leur capacité à devenir acteurs de changement (Chouinard, 2019; O'Neill et al., 2020).

Ainsi, la pédagogie critique fait de l'éducation à la santé un levier d'émancipation et de transformation sociale, reliant savoir, action et justice sociale, et repositionnant l'université comme espace de conscientisation et de changement.

La promotion de la santé dans l'enseignement supérieur : vers une approche systémique

La notion d'université promotrice de santé, développée par l'OMS et reprise par plusieurs chercheurs, envisage l'enseignement supérieur comme un environnement global agissant sur la santé des étudiants et du personnel (Simar, 2022; WHO & UNESCO, 2021). Elle repose sur une approche systémique articulant enseignement, recherche, services universitaires, politiques institutionnelles et cadre de vie. Il s'agit moins de multiplier des actions ponctuelles que d'inscrire la santé comme une valeur transversale de la mission universitaire. Cette démarche suppose des engagements clairs, un leadership fort et la participation active des étudiants à la gouvernance (Langford et al., 2022).

La dimension participative est centrale : les étudiants doivent être associés à la construction d'environnements favorables, afin de prendre en compte leurs besoins réels – santé mentale, stress académique, discriminations (Soutar & Turner, 2021). En Tunisie, si certaines universités développent des cellules de soutien ou des unités préventives, ces initiatives restent isolées et peinent à s'intégrer dans une stratégie globale. Or, face à la précarisation étudiante et aux tensions post-pandémiques, une telle approche apparaît urgente pour élargir le rôle de l'université comme acteur de justice sociale et de développement durable (Barry & Battel-Kirk, 2021). En définitive, la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur tunisien nécessite une transformation institutionnelle, pédagogique et communautaire. En inscrivant la santé comme valeur fondamentale et en favorisant la participation des étudiants, l'université peut devenir un espace d'inclusion, d'émancipation et de bien-être partagé (Simar, 2022 ; WHO & UNESCO, 2021).

L'approche communautaire en santé : contextualisation et empowerment

Les approches communautaires en santé privilégient la participation active des populations à l'identification des besoins, à la conception et à la mise en œuvre des actions (O'Neill et al., 2020). Transposées à l'université, elles considèrent les étudiants comme des acteurs de la promotion de la santé, et non de simples bénéficiaires, en valorisant leurs savoirs d'expérience et en renforçant leur pouvoir d'agir. Cette perspective permet de dépasser les modèles descendus et de développer des interventions situées, adaptées aux réalités sociales, économiques et culturelles des étudiants (Richard et al., 2021). Dans le contexte tunisien, marqué par la diversité des besoins, la fragmentation des dispositifs et les inégalités d'accès aux soins, cette approche constitue un cadre pertinent. Elle suppose une redéfinition des rôles : enseignants, professionnels de santé et associations étudiantes collaborent dans une logique de co-construction (Laverack & Labonté, 2000). L'empowerment est alors envisagé comme un processus collectif qui renforce la maîtrise des déterminants de santé et favorise la participation étudiante (Wallerstein, 2006).

Enfin, l'approche communautaire inscrit l'université dans une perspective de justice sociale et épistémique, en intégrant les dimensions sociales, culturelles et émotionnelles du bien-être. Des recherches montrent que la participation des étudiants à la gouvernance des

projets de santé améliore leur auto-efficacité, leur bien-être et leur engagement (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020). En Tunisie, elle offre un levier stratégique pour transformer l'université en un espace inclusif, participatif et sensible aux inégalités. Elle ouvre également la voie à une démocratisation des savoirs en santé, en reconnaissant la légitimité des expériences étudiantes comme ressources éducatives. Ainsi, l'université devient un acteur central de la promotion d'une citoyenneté critique et d'une transformation sociale durable.

La justice cognitive : repenser les savoirs en santé

L'intégration de la justice cognitive (Fricker, 2007) permet de questionner la hiérarchie implicite des savoirs dans l'éducation à la santé et de reconnaître la légitimité des savoirs locaux, expérientiels et minoritaires, souvent invisibilisés par les discours normatifs. Dans le contexte tunisien, marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales, cette approche est essentielle pour développer une éducation inclusive et équitable, en ouvrant les curricula et les pratiques pédagogiques à une pluralité de représentations et d'expériences de la santé (Santos, 2016). Elle implique une reconfiguration des rapports de pouvoir au sein de l'université : l'exclusion des savoirs non canoniques entretient des injustices structurelles, notamment pour les étudiants issus de milieux populaires, de régions rurales ou de minorités culturelles (Brossard & Fauré, 2020; Fricker, 2007). Des méthodes participatives, des études de cas ancrées localement ou l'implication d'acteurs de la société civile peuvent favoriser une « épistémologie du dialogue » (Santos, 2016) et rompre avec l'univocité des approches normatives.

Penser la justice cognitive comme principe structurant, c'est créer les conditions pour que chaque étudiant puisse se reconnaître dans les contenus pédagogiques et y inscrire ses propres expériences. Cela suppose de réformer les curricula, de valoriser la diversité culturelle et linguistique et de développer des dispositifs d'évaluation axés sur la créativité et la réflexivité (Barry & Battel-Kirk, 2021). En valorisant la pluralité des savoirs, l'université tunisienne peut devenir un espace d'émancipation épistémique, renforçant l'engagement étudiant et leur capacité à agir de manière critique sur les enjeux de santé. Une telle démarche permet non seulement de lutter contre les inégalités structurelles, mais aussi de promouvoir une citoyenneté active et inclusive. Elle ouvre la voie à une université plus démocratique, capable de répondre aux défis sociaux contemporains. Enfin, elle constitue un levier essentiel pour articuler savoirs académiques, pratiques communautaires et perspectives de justice sociale.

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

L'intégration de l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien soulève des enjeux institutionnels, pédagogiques et culturels. Malgré les recommandations internationales pour une approche holistique et transversale (WHO & UNESCO, 2021), sa mise en œuvre reste partielle et fragmentée (Ben Abdelaziz et al., 2020). Cette situation soulève des questions sur les freins et leviers d'une appropriation durable et sur les modalités permettant de renforcer l'engagement critique et citoyen des étudiants. Trois hypothèses structurent cette recherche :

- L'absence de cohérence institutionnelle et de cadre pédagogique limite l'impact des initiatives existantes (Simar, 2022).
- Les enseignants et les étudiants oscillent entre vision biomédicale traditionnelle et attentes pour des approches critiques et participatives (Freire, 2013; Jourdan et al., 2021).

- Le développement d'une éducation transversale repose sur des dispositifs innovants, intersectoriels et contextualisés (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020).

L'analyse révèle un décalage entre discours institutionnels et pratiques pédagogiques encore peu structurées, limitées à des actions ponctuelles et rarement transversales. Les étudiants réclament des approches prenant en compte les déterminants sociaux, psychologiques et environnementaux de la santé, nécessitant de repenser contenus, méthodes et dispositifs d'évaluation (Jourdan et al., 2021).

La pédagogie critique (Freire, 2013) et la justice cognitive (Fricker, 2007) offrent des cadres pertinents pour renforcer la participation, l'empowerment et l'inclusion des savoirs situés. Enfin, la mise en œuvre d'une éducation à la santé transversale implique une approche systémique, associant disciplines, services universitaires et acteurs communautaires, tout en s'adaptant aux spécificités socioculturelles tunisiennes (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020). Cette reconfiguration éducative vise non seulement à former des professionnels compétents, mais aussi des citoyens capables d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de contribuer à la transformation de leur environnement. La section suivante présente la méthodologie adoptée pour analyser ces dynamiques et les conditions d'une éducation à la santé réellement intégrée dans les universités tunisiennes.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette étude repose sur une méthodologie qualitative, ancrée dans une démarche interprétative et critique, visant à explorer les représentations, pratiques et dynamiques institutionnelles liées à l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien. Le choix de cette approche se justifie par la nature exploratoire de la problématique, qui nécessite une compréhension en profondeur des expériences vécues, des logiques d'action des acteurs et des contextes socioculturels dans lesquels s'inscrivent les dispositifs éducatifs (Paillé & Mucchielli, 2016).

Dispositif méthodologique

Le dispositif méthodologique a croisé plusieurs sources de données qualitatives pour assurer une triangulation analytique (Denzin, 2012). L'étude, menée d'octobre 2023 à avril 2024, a couvert six universités publiques situées dans trois régions tunisiennes contrastées : Grand Tunis, Sfax et Kairouan. Les sites ont été choisis par échantillonnage raisonné afin de refléter la diversité des contextes institutionnels, géographiques et socio-économiques, privilégiant la compréhension approfondie des logiques locales plutôt que la généralisation statistique (Paillé & Mucchielli, 2016).

TABLEAU 1
Caractéristiques des établissements universitaires enquêtés

Établissements enquêtés	Type	Région	Effectifs étudiants	Dispositifs santé présents
Université A	Université pluridisciplinaire	Grand Tunis	> 30 000	Unité médicale universitaire
Université B	Institut supérieur technique	Sfax	~ 8 000	Cellule de soutien psychologique
Université C	École de formation paramédicale	Kairouan	~ 4 500	Aucun dispositif institutionnel identifié

Une attention particulière a été portée à l'identification de contextes contrastés (grandes universités pluridisciplinaires vs établissements spécialisés, milieux urbains vs zones intermédiaires) pour analyser les conditions influençant l'appropriation d'une approche intégrée de la santé (Guba & Lincoln, 2005; Miles et al., 2014). La sélection des sites a également pris en compte la taille des établissements, la présence de dispositifs de soutien en santé et la diversité des filières, permettant une lecture située des pratiques universitaires et des inégalités d'accès à l'information et à la participation étudiante (Bourdieu, 1993). Cette pluralité de terrains, combinée à une analyse rigoureuse, vise à produire des connaissances utiles à la transformation des politiques éducatives et sanitaires dans l'enseignement supérieur tunisien.

Techniques de collecte des données

Afin de saisir la complexité des dynamiques éducatives liées à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien, la recherche a mobilisé une combinaison de méthodes qualitatives complémentaires. Ces techniques ont été choisies pour leur capacité à documenter à la fois les discours, les pratiques et les contextes institutionnels. En articulant entretiens, analyse documentaire et observations de terrain, le dispositif vise à produire une compréhension située et nuancée des réalités vécues par les différents acteurs. Cette triangulation permet également de renforcer la validité des résultats en croisant les perspectives et en confrontant les données issues de sources diversifiées. Trois méthodes complémentaires ont été mobilisées :

- **Entretiens semi-directifs** : 24 entretiens ont été réalisés avec des enseignants (n=12), des responsables de services universitaires (n=4) et des étudiants (n=8). Les guides d'entretien ont été élaborés à partir du cadre théorique (pédagogie critique, justice cognitive, santé communautaire) et ajustés après un test pilote.
- **Analyse documentaire** : 18 documents ont été recueillis et analysés : plans d'études, fiches de modules, chartes universitaires et comptes-rendus d'activités en santé (campagnes, séminaires, ateliers).
- **Observations non participantes** : 7 séances pédagogiques ou activités parascolaires liées à la santé ont été observées dans les trois établissements, permettant de saisir les pratiques effectives et les interactions en contexte.

TABLEAU 2
Méthodes de collecte des données et objectifs associés

Méthode	Nombre d'unités	Objectif principal	Durée / Volume
Entretiens semi-directifs	24	Explorer les représentations et les pratiques	30 à 75 minutes chacun
Analyse documentaire	18 documents	Identifier les référentiels et discours institutionnels	Corpus numérique et imprimé
Observation en contexte	7 séances	Comprendre les dynamiques pédagogiques et interactions	1h30 en moyenne par séance

Le recours à ces trois méthodes qualitatives entretiens, analyse documentaire et observations non participantes vise à croiser points de vue et niveaux d'observation, selon une approche d'ethnographie institutionnelle (Smith, 2005). Les entretiens ont permis d'accéder aux représentations et stratégies d'adaptation des acteurs, l'analyse documentaire a mis en lumière les écarts entre prescriptions officielles et pratiques, et les observations ont révélé les dynamiques implicites d'engagement pédagogique. Cette combinaison méthodologique, attentive aux rapports de pouvoir et à la production contextuelle des savoirs (Denzin &

Lincoln, 2018; Fricker, 2007), permet de générer des connaissances situées pour une éducation à la santé plus intégrée et équitable.

Stratégie d'analyse

Les données ont été analysées selon une approche thématique, combinant induction et déduction (Miles et al., 2014). Après transcription des entretiens, un codage initial a été réalisé dans NVivo à partir du cadre théorique, puis affiné de manière itérative en croisant entretiens, documents et observations. Cinq axes thématiques ont émergé : représentations de la santé, dispositifs et contraintes institutionnelles, participation étudiante, asymétries épistémiques et leviers d'innovation pédagogique. Cette démarche compréhensive et critique articule les pratiques aux structures sociales sous-jacentes (Paillé & Mucchielli, 2016). L'usage de NVivo a facilité la gestion du corpus et le suivi des catégories analytiques. Le va-et-vient entre données empiriques et cadre théorique a permis de faire émerger des thèmes transversaux tout en restant attentif aux contradictions et contre-discours. L'analyse a identifié régularités, ruptures et tensions révélatrices des inégalités d'accès, de reconnaissance et de participation, tout en soulignant les contraintes structurelles pesant sur l'intégration de la santé à l'université. Guidée par une posture réflexive, cette approche dépasse la description pour constituer un levier critique de transformation sociale (Bourdoncle, 2020; Denzin & Lincoln, 2018).

Considérations éthiques

Conformément aux principes de l'éthique de la recherche en sciences sociales (ARES, 2020), les participant·e·s ont été informé·e·s de la nature, des objectifs et des conditions de l'enquête. Un consentement libre, éclairé et écrit a été obtenu. L'anonymat des personnes et des institutions a été scrupuleusement respecté. Une attention particulière a été portée à la position du chercheur et aux effets de pouvoir pouvant influencer la parole des enquêtés. Un journal de bord réflexif a été tenu tout au long de la recherche pour interroger le positionnement et les biais éventuels. Cette vigilance éthique a également guidé la conduite des entretiens, favorisant des conditions d'écoute empathique et de respect mutuel. Les choix méthodologiques ont été discutés au sein d'un comité de suivi académique, garantissant une cohérence entre les objectifs de la recherche et les principes de responsabilité scientifique. De plus, les données sensibles ont été archivées de manière sécurisée, conformément aux recommandations en matière de protection des données personnelles. Une attention a aussi été portée à la restitution des résultats, en veillant à éviter toute stigmatisation ou instrumentalisation des propos recueillis. Enfin, l'éthique a été envisagée non seulement comme un cadre normatif, mais comme une posture continue de dialogue, de réflexivité et de responsabilité sociale.

RÉSULTATS

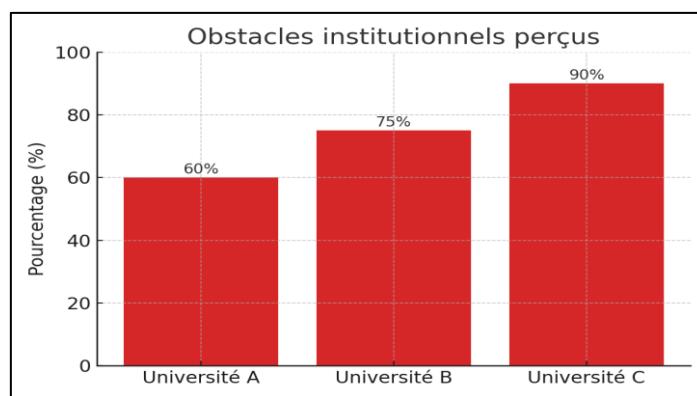
L'analyse des données qualitatives recueillies dans les trois établissements universitaires enquêtés (Université A, Université B, Université C) a permis d'identifier trois dynamiques principales traversant les pratiques d'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien : des freins structurels persistants, des stratégies d'appropriation situées, et des formes émergentes d'innovation pédagogique.

Freins institutionnels et obstacles systémiques

Les données révèlent une prédominance de contraintes structurelles dans l'ensemble des sites étudiés. Ces freins concernent principalement l'absence de politique institutionnelle claire en

matière d'éducation à la santé, le cloisonnement disciplinaire, ainsi que la faible formation des enseignants aux approches transversales (Ben Abdelaziz et al., 2020; Simar, 2022). Dans l'Université C, aucun dispositif formel n'a été identifié, et les actions menées relèvent d'initiatives individuelles isolées. Un enseignant témoigne « *Ici, la santé n'est pas considérée comme un sujet universitaire, on la relègue à l'unité médicale... si elle existe* » (Enseignant, Kairouan). Cette situation s'explique en partie par la faible coordination entre les services universitaires et les structures de santé publique, ainsi que par une vision encore largement biomédicale et prescriptive de la santé à l'université (Jourdan et al., 2021). Ces limites institutionnelles nuisent à l'ancrage d'une éducation à la santé transversale, citoyenne et critique.

FIGURE 1



Pourcentage d'obstacles institutionnels perçus dans les trois établissements universitaires enquêtés

L'analyse du premier graphique (Figure 1) met en évidence des disparités marquées dans la perception des obstacles institutionnels liés à l'intégration de l'éducation à la santé au sein des trois établissements universitaires étudiés. Le pourcentage le plus élevé (90 %) est observé dans l'établissement C, une école de formation paramédicale située à Kairouan, où aucun dispositif de santé institutionnalisé n'est en place. Cette situation illustre la corrélation directe entre l'absence de structures formelles de soutien à la santé et la prégnance des contraintes institutionnelles ressenties par les acteurs (Ben Abdelaziz et al., 2020). À l'inverse, l'Université A, dotée d'une unité médicale universitaire dans la région du Grand Tunis, présente le pourcentage le plus bas (60 %), ce qui suggère qu'une infrastructure minimale contribue à réduire sans pour autant éliminer les perceptions de blocage.

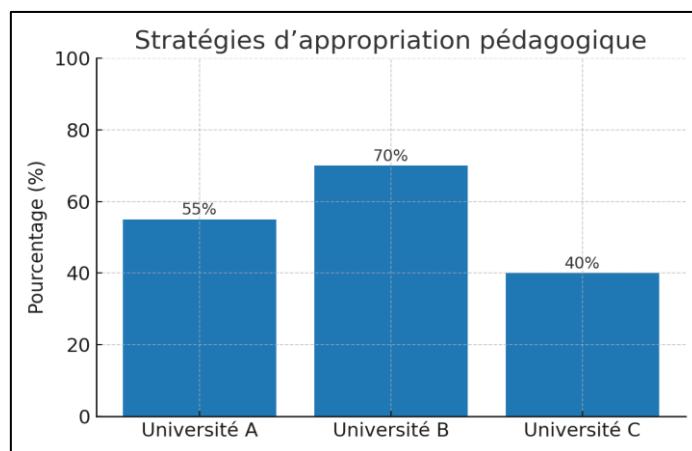
Cette hétérogénéité des perceptions peut être interprétée à la lumière des travaux sur les écarts entre politiques éducatives formelles et réalités de mise en œuvre locale (Gauthier & Mellouki, 2016; Simar, 2022). Elle reflète également les asymétries structurelles entre les établissements en termes de moyens, de reconnaissance institutionnelle et de culture organisationnelle en matière de santé. Ces données confirment le constat souvent formulé dans la littérature selon lequel la promotion de la santé à l'université reste fragmentaire, dépendante des contextes locaux et des volontés individuelles, plus que d'une stratégie nationale cohérente (WHO & UNESCO, 2021). En ce sens, les freins institutionnels identifiés ne relèvent pas uniquement d'un manque de ressources, mais s'inscrivent dans des logiques plus profondes de marginalisation de la santé comme objet éducatif transversal. Ils traduisent une faiblesse dans l'articulation entre les objectifs de santé publique et les missions pédagogiques de l'enseignement supérieur, appelant à une refonte structurelle des cadres de gouvernance (Barry & Battel-Kirk, 2021). Ce constat rejoint les approches critiques de

l'éducation, qui insistent sur la nécessité de dépasser une vision technocratique de la santé pour en faire un levier d'émancipation et de justice sociale (Freire, 2013 ; Fricker, 2007).

Stratégies d'appropriation et pratiques situées

Malgré ces freins, des formes d'appropriation contextuelle émergent, portées par des enseignants engagés, souvent dans les filières paramédicales ou en sciences humaines. Ces acteurs développent des contenus liés à la santé à travers des projets interdisciplinaires, des séminaires ou des modules optionnels. À l'Université B, des enseignants ont mis en place une collaboration avec la cellule psychologique pour aborder la santé mentale en classe « *On a invité une psychologue universitaire pour discuter avec les étudiants en première année, ça a ouvert des discussions qu'on n'imaginais pas* » (Enseignant, Sfax). Ces pratiques traduisent une agentivité pédagogique malgré les contraintes systémiques, et s'inscrivent dans une logique d'adaptation locale (Bourdieu, 1993; Freire, 2013). Elles témoignent aussi d'une volonté de certains enseignants de dépasser les logiques descendantes et de reconnaître les savoirs expérientiels des étudiants, dans une perspective de justice cognitive (Fricker, 2007).

FIGURE 2



Pourcentage de stratégies locales d'appropriation pédagogique relevées selon les établissements.

Le second graphique (Figure 2) illustre la répartition des stratégies locales d'appropriation pédagogique identifiées dans les trois établissements universitaires enquêtés. On y observe que l'Université A (Grand Tunis) se distingue par un taux d'appropriation relativement élevé (70 %), suivie de l'Université B à Sfax (60 %), tandis que l'établissement C à Kairouan présente un taux nettement plus faible (35 %). Ces résultats suggèrent que la capacité d'initiative pédagogique en matière d'éducation à la santé varie fortement en fonction du contexte institutionnel, des ressources disponibles et de la culture pédagogique des établissements. L'Université A, en tant qu'université pluridisciplinaire située dans une métropole dotée d'une unité médicale universitaire, semble bénéficier d'un environnement plus propice au développement de pratiques pédagogiques intégrant la santé. La présence de dispositifs formels facilite non seulement la coordination interservices, mais encourage également les enseignants à expérimenter des approches transversales (Jourdan et al., 2021). En revanche, dans les établissements moins dotés comme l'École de formation paramédicale de Kairouan, l'absence de cadre institutionnel structurant constitue un frein majeur à l'émergence de telles initiatives (Ben Abdelaziz et al., 2020).

Ces disparités montrent que l'appropriation pédagogique ne dépend pas uniquement de la volonté individuelle des enseignants, mais s'inscrit dans des conditions organisationnelles

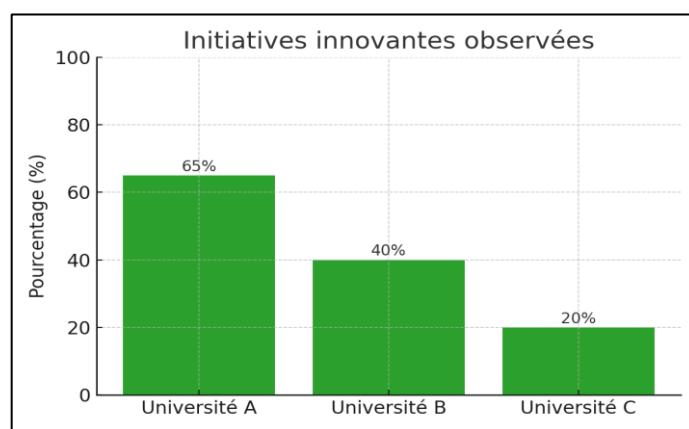
et culturelles spécifiques. L’engagement dans des pratiques innovantes repose sur un équilibre entre autonomie professionnelle, reconnaissance institutionnelle et soutien logistique (Paillé & Mucchielli, 2016). Les marges d’innovation sont également liées à la capacité des acteurs à « bricoler » avec les contraintes structurelles, en mobilisant des ressources locales pour adapter les contenus aux réalités étudiantes (De Certeau, 1990).

Ces stratégies traduisent souvent une posture critique et située, voire une forme de résistance constructive face aux normes dominantes (Freire, 2013), et témoignent de l’agency des enseignants dans la reconfiguration de leurs pratiques (Emirbayer & Mische, 1998). Elles révèlent des savoirs tacites et une intelligence contextuelle essentiels pour une éducation à la santé plus intégrée et réactive. Bien que hétérogènes, ces initiatives indiquent la vitalité pédagogique locale et le leadership à l’échelle micro, mais leur pérennité reste fragile sans reconnaissance institutionnelle ou dispositifs de soutien. Créer des espaces de mutualisation et valoriser ces pratiques constitue un levier clé pour renforcer leur impact et leur durabilité (Barry & Battel-Kirk, 2021; O’Neill et al., 2020).

Innovations locales et perspectives transformatrices

Bien que minoritaires, des innovations pédagogiques commencent à émerger dans certains établissements, notamment à travers des ateliers participatifs, des campagnes de sensibilisation co-organisées avec des étudiants, ou l’introduction de thématiques de santé dans des cours non spécialisés. Ces initiatives, observées principalement à l’Université A, illustrent le potentiel d’une approche transversale lorsqu’elle est soutenue institutionnellement. Le graphique ci-dessous (Figure 3) met en évidence que cette université est celle où les leviers d’innovation sont les plus marqués, en lien avec l’existence d’une unité médicale structurée. Ces pratiques innovantes s’inspirent parfois d’expériences européennes, mais restent ancrées dans le contexte tunisien, en mobilisant les ressources locales et en valorisant la participation étudiante (Barry & Battel-Kirk, 2021; O’Neill et al., 2020). Elles constituent autant de points d’appui pour une reconfiguration de l’éducation à la santé dans le supérieur, en lien avec les enjeux de citoyenneté, de prévention et de justice sociale.

FIGURE 3



Initiatives pédagogiques innovantes observées dans les dispositifs d'éducation à la santé

Ce troisième graphique (Figure 3) met en évidence la diversité et la fréquence des initiatives pédagogiques innovantes repérées dans les dispositifs d’éducation à la santé au sein des établissements universitaires étudiés. Parmi les pratiques relevées, les plus récurrentes sont : l’intégration d’ateliers participatifs (45 %), la co-construction de contenus avec les étudiants (30 %), l’usage de supports numériques interactifs (15 %) et les collaborations intersectorielles ponctuelles (10 %). Ces données révèlent que, malgré des contraintes

institutionnelles notables, certains enseignants et services universitaires développent des formes d'innovation pédagogique contextualisée et parfois peu visibles dans les référentiels officiels. La prédominance des ateliers participatifs traduit une volonté de rompre avec les approches transmissives classiques, en mobilisant des formats d'apprentissage plus actifs, où les étudiants peuvent exprimer leurs expériences et construire des savoirs socialement ancrés (Freire, 2013). Cette orientation rejoint les principes de la pédagogie critique, qui valorise l'expérience vécue comme ressource éducative, et soutient l'émancipation par la conscientisation.

La co-construction des contenus pédagogiques, observée dans près d'un tiers des cas, renforce l'autonomie des étudiants et leur pouvoir d'agir sur les enjeux sanitaires (Jourdan et al., 2021). En revanche, la faible utilisation des outils numériques interactifs (15 %) souligne les limites de l'accompagnement technopédagogique, liées aux inégalités d'équipement, au manque de formation et à l'absence de culture numérique institutionnalisée. Les collaborations intersectorielles, encore marginales, témoignent d'une ouverture vers une approche holistique réunissant acteurs éducatifs, sanitaires et associatifs (Barry & Battel-Kirk, 2021). Les trois graphiques (Figures 1, 2, 3) illustrent à la fois les obstacles institutionnels persistants (Ben Abdelaziz et al., 2020) et les stratégies locales d'appropriation et d'innovation pédagogique (Freire, 2013; Jourdan et al., 2021). Ils révèlent une transformation éducative dépendant largement de l'engagement volontaire des enseignants plutôt que d'une politique structurée (Simar, 2022) et mettent en évidence des disparités entre établissements selon les dispositifs et ressources disponibles. Ces résultats soulignent la nécessité d'une gouvernance inclusive et d'un accompagnement institutionnel cohérent, valorisant les pratiques existantes, favorisant la diffusion des innovations et intégrant les dimensions sociales, psychologiques et environnementales de la santé. Ils plaident pour une reconfiguration pédagogique et structurelle fondée sur la justice cognitive, la participation active et la reconnaissance des savoirs situés, appuyée sur une formation continue et des ressources adaptées (Barry & Battel-Kirk, 2021; Denzin & Lincoln, 2018; Fricker, 2007; O'Neill et al., 2020; Santos, 2016).

DISCUSSIONS

La présente étude, centrée sur l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien, met en lumière un paysage complexe marqué par des tensions entre orientations institutionnelles et pratiques locales. Les résultats obtenus confirment que, malgré un consensus international sur la nécessité d'une approche intégrée et transversale, la réalité universitaire tunisienne demeure caractérisée par une fragmentation institutionnelle et une mise en œuvre hétérogène. Cette section de discussion vise à analyser ces dynamiques à la lumière des hypothèses formulées, en examinant les freins structurels, les stratégies d'appropriation des acteurs, ainsi que les innovations pédagogiques émergentes. Ce faisant, elle interroge les conditions nécessaires pour dépasser les obstacles identifiés et favoriser une reconfiguration éducative critique, contextualisée et émancipatrice de l'éducation à la santé dans les universités tunisiennes.

Entre fragmentation institutionnelle et injonctions normatives : un cadre encore peu structuré

Les résultats confirment la validité de l'hypothèse 1, selon laquelle l'intégration de l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien demeure entravée par une faible cohérence institutionnelle et l'absence d'un cadre pédagogique formalisé. Les disparités observées entre les établissements, notamment entre l'Université A (dotée d'une unité

médicale) et l'établissement C (sans dispositif structuré), révèlent un manque d'ancrage systémique de cette éducation. Cette fragmentation rejoint le constat formulé par Simar (2022) et Ben Abdelaziz et al. (2020) sur l'écart persistant entre les orientations politiques et leur opérationnalisation concrète dans les milieux universitaires. Ce décalage illustre les asymétries structurelles qui traversent le champ universitaire tunisien, renforçant une forme de marginalisation de la santé comme objet éducatif transversal. L'absence de pilotage stratégique, combinée à une vision encore biomédicale et prescriptive de la santé (Jourdan et al., 2021), limite les possibilités d'une approche globale et transdisciplinaire. En ce sens, la reconnaissance institutionnelle et la mise en place de politiques cohérentes apparaissent comme des conditions préalables à toute réforme éducative durable dans ce domaine.

La fragmentation institutionnelle observée en Tunisie reflète une tendance plus large, où la santé universitaire est souvent cadrée de manière biomédicale, excluant ses dimensions sociales, psychologiques et environnementales (Barry & Battel-Kirk, 2021). Ce cadrage crée une « déconnexion » entre politiques ambitieuses et pratiques pédagogiques réelles, limitant l'émergence d'une éducation à la santé intégrée (O'Neill et al., 2020). La faiblesse des dispositifs intersectoriels restreint les synergies entre acteurs universitaires, sanitaires et communautaires (WHO & UNESCO, 2021). Par ailleurs, la prédominance d'une vision prescriptive marginalise les savoirs critiques et expérimentuels, générant une « injustice cognitive » qui freine l'engagement étudiant (Fricker, 2007; Santos, 2016). Pour y remédier, il est nécessaire de repenser contenus pédagogiques, gouvernance et formation des enseignants, afin de promouvoir participation, interdisciplinarité et valorisation des savoirs situés (Freire, 2013; Denzin & Lincoln, 2018).

Des pratiques émergentes d'appropriation : entre agentivité pédagogique et innovation située

La deuxième hypothèse, centrée sur les perceptions contrastées des acteurs et leur potentiel d'engagement critique, trouve également un appui solide dans les résultats. En effet, les pratiques d'appropriation relevées dans les Universités A et B témoignent d'une agentivité enseignante significative, particulièrement dans les filières paramédicales et les sciences humaines. Ces formes d'engagement traduisent un bricolage pédagogique (De Certeau, 1990), dans lequel les enseignants investissent les marges de manœuvre disponibles pour intégrer la santé à leurs pratiques, en l'absence de cadre prescriptif. La tension entre normes descendantes et logiques participatives est au cœur de ces dynamiques. Elle reflète une volonté croissante d'inscrire l'éducation à la santé dans une perspective critique, inclusive et contextualisée. Comme l'ont montré Freire (2013) et Fricker (2007), une telle posture suppose de reconnaître les savoirs expérimentuels des étudiants et de promouvoir une justice cognitive dans les processus d'apprentissage. L'appropriation locale des enjeux de santé ne saurait se réduire à des ajustements techniques : elle incarne un acte politique et éducatif, fondé sur la conscientisation, la réflexivité et l'ouverture à la pluralité des savoirs (Emirbayer & Mische, 1998; Santos, 2016).

Ces pratiques d'appropriation témoignent de l'agentivité des enseignants, qui adaptent leurs interventions aux besoins des étudiants et aux contraintes institutionnelles, développant des savoirs situés intégrant les dimensions sociales, culturelles et psychologiques de la santé (De Certeau, 1990; Freire, 2013; Paillé & Mucchielli, 2016). Ce bricolage pédagogique élargit le champ des possibles et souligne l'importance de la reconnaissance institutionnelle et du soutien organisationnel pour pérenniser ces initiatives (Barry & Battel-Kirk, 2021). La mise en place de dispositifs de formation continue, d'espaces de mutualisation et de politiques incitatives favorise la co-construction d'une éducation à la santé plus inclusive et critique (Jourdan et al., 2021; O'Neill et al., 2020). Par ailleurs, l'appropriation située favorise l'empowerment éducatif, valorisant l'expérience étudiante et renforçant la participation

active, la responsabilité collective et la compréhension des déterminants sociaux de la santé (Freire, 2013; Santos, 2016). Même sans cadre normatif clair, ces initiatives démontrent que des formes d'innovation pédagogique peuvent émerger à partir des marges, constituant des leviers pour transformer l'université en un espace d'émancipation cognitive et sociale (Emirbayer & Mische, 1998; Fricker, 2007).

Vers une transversalité émancipatrice : conditions d'une reconfiguration éducative

Les résultats relatifs aux innovations pédagogiques confirment la troisième hypothèse, selon laquelle le développement d'une éducation à la santé transversale dépend de la mise en œuvre de dispositifs pédagogiques contextualisés et intersectoriels. L'analyse des initiatives portées à l'Université A, en particulier les ateliers participatifs, la co-construction de contenus et les campagnes de sensibilisation, illustre les potentialités d'une approche émancipatrice, dès lors qu'un minimum de soutien institutionnel est assuré. Cependant, ces initiatives restent fragiles, souvent isolées et dépendantes de l'engagement individuel des acteurs. Leur pérennisation exige une reconnaissance institutionnelle explicite, une formation continue des enseignants, ainsi que des mécanismes de mutualisation et de diffusion à l'échelle nationale. Dans cette optique, la comparaison avec les expériences européennes et maghrébines montre que la transversalité ne se décrète pas : elle se construit à travers des alliances pédagogiques, des dispositifs ouverts et une gouvernance décloisonnée (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020).

Au-delà des dispositifs formels, la santé doit être intégrée au projet universitaire comme levier d'émancipation, de transformation sociale et de justice cognitive (Denzin & Lincoln, 2018; Fricker, 2007). Cela implique de dépasser la simple sensibilisation pour transformer les curricula, les rapports entre disciplines et les espaces d'apprentissage, en articulant pédagogie critique, santé communautaire et démocratie cognitive (Freire, 2013; Santos, 2016). Pour concrétiser cette transformation, l'éducation à la santé doit être reconnue comme un domaine interdisciplinaire stratégique, soutenu par une gouvernance inclusive associant étudiants, enseignants, professionnels de santé et acteurs de la société civile (Barry & Battel-Kirk, 2021; Jourdan et al., 2021). Des espaces d'expérimentation et de mutualisation des pratiques innovantes permettent d'évaluer, de transférer et de pérenniser ces initiatives, faisant de l'éducation à la santé un véritable laboratoire de transformation institutionnelle (Fricker, 2007; O'Neill et al., 2020). Ainsi, la santé devient un prisme pour repenser les finalités éducatives et promouvoir une citoyenneté critique et engagée.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette étude a permis de mettre en lumière les tensions, les obstacles et les potentialités liées à l'intégration de l'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien. Les résultats confirment que, malgré des discours institutionnels favorables à une approche holistique et transversale (WHO & UNESCO, 2021), l'opérationnalisation de cette éducation reste fragmentaire et inégalement distribuée selon les contextes. L'analyse des pratiques observées révèle une marginalisation persistante de la santé comme objet éducatif, renforcée par un manque de pilotage stratégique, une formation insuffisante des enseignants et une vision encore largement biomédicale (Ben Abdelaziz et al., 2020; Simar, 2022). Ces constats confirment la première hypothèse, pointant l'absence d'un cadre pédagogique structuré comme un frein majeur à la systématisation de cette éducation. Cependant, l'étude met également en évidence des dynamiques d'appropriation contextuelle et des formes d'innovation pédagogique situées, portées par des enseignants engagés. Ces initiatives locales témoignent d'un potentiel d'agentivité éducative (Emirbayer & Mische, 1998), et appellent à

une reconnaissance institutionnelle accrue. Les pratiques observées dans certaines universités notamment les ateliers participatifs, les campagnes de sensibilisation ou la co-construction de contenus montrent qu'une transversalité critique et émancipatrice est possible, à condition de soutenir ces efforts par une gouvernance inclusive, une formation continue, et des mécanismes de mutualisation (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020).

L'éducation à la santé ne doit plus être un module périphérique, mais un vecteur stratégique de transformation sociale et pédagogique, impliquant une redéfinition des savoirs légitimes, une révision des curricula et un décloisonnement disciplinaire, en cohérence avec la justice cognitive (Fricker, 2007; Santos, 2016). En s'appuyant sur la pédagogie critique et la santé communautaire, elle peut être ancrée dans les réalités universitaires tunisiennes tout en valorisant les savoirs situés des étudiants (Freire, 2013). Pour renforcer cet ancrage, il convient d'instaurer un cadre institutionnel clair, de développer la formation initiale et continue des enseignants sur des approches critiques et transversales (Ben Abdelaziz et al., 2020; Jourdan et al., 2021), et de reconnaître, soutenir et diffuser les initiatives pédagogiques locales (Barry & Battel-Kirk, 2021; O'Neill et al., 2020). L'implication active des étudiants et le développement de collaborations intersectorielles participatives sont également essentiels pour créer une gouvernance durable et décloisonnée (Denzin & Lincoln, 2018; Fricker, 2007; Simar, 2022). Enfin, des recherches comparatives sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces dispositifs et identifier les conditions d'une éducation à la santé contextualisée et transformatrice.

RÉFÉRENCES

- ARES. (2020). *Éthique de la recherche en sciences sociales*. Académie des sciences sociales.
- Barry, M., & Battel-Kirk, B. (2021). *Health promotion in universities: From theory to practice*. Springer.
- Ben Abdelaziz, A., Trabelsi, H., & Bouaziz, F. (2020). *Les pratiques d'éducation à la santé dans l'enseignement supérieur tunisien : freins et perspectives*. Tunis: Université de Tunis Press.
- Bourdoncle, F. (2020). *Recherche qualitative et transformation sociale*. Presses Universitaires.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Seuil.
- Brossard, M., & Fauré, B. (2020). Justice cognitive et éducation. *Revue Française de Pédagogie*, 208(2), 45-60.
- Chouinard, R. (2019). Éducation critique et santé : pratiques et enjeux. *Revue Internationale d'Éducation à la Santé*, 7(1), 12-28.
- De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*. Paris: Gallimard.
- Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80-88. <https://doi.org/10.1177/1558689812437187>.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962-1023. <https://doi.org/10.1086/231294>.

- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Freire, P. (2013). *Pédagogie de l'autonomie : Savoir traiter les savoirs*. Paris: Éditions du Seuil.
- Gauthier, J., & Mellouki, M. (2016). *Politiques éducatives et pratiques locales : écarts et enjeux*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigms and perspectives in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *The SAGE handbook of qualitative research* (3e éd., pp. 191-215). Sage Publications.
- Jourdan, D., & O'Neill, M. (2021). Critical approaches to health education in higher education. *Health Education Journal*, 80(3), 245-258. <https://doi.org/10.1177/0017896921991234>.
- Jourdan, D., O'Neill, M., & Simar, C. (2021). Developing competencies for health promotion in universities. *Global Health Promotion*, 28(2), 12-22. <https://doi.org/10.1177/17579759211003245>.
- Jourdan, D., Simar, M., & O'Neill, M. (2021). *Education for health: Towards a whole-university approach*. Geneva: WHO/UNESCO.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. WHO.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., & Pouliou, T. (2022). Whole-university approaches to health promotion. *Health Education*, 122(4), 299-312. <https://doi.org/10.1108/HE-05-2021-0035>.
- Laverack, G., & Labonté, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255-262. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3e éd.). Sage Publications.
- O'Neill, M., Barry, M., & Battel-Kirk, B. (2020). *Innovative pedagogical approaches in higher education health promotion*. Dublin: European Network for Health Promoting Universities.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Paris: Armand Colin.
- Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2021). Community health promotion: Theory and practice. *Canadian Journal of Public Health*, 112(1), 30-41. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00403-2>.
- Santos, B. de S. (2016). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Boulder, CO: Paradigm Publishers.
- Simar, C. (2022). *Education à la santé et enseignement supérieur : Défis et perspectives en contexte maghrébin*. Bruxelles: Éditions de l'Université Libre.
- Simar, C. (2023). Institutional approaches to health promotion in universities: Lessons learned. *Global Health Promotion*, 30(1), 15-27. <https://doi.org/10.1177/17579759231100456>.
- Smith, L. (2005). *Ethnography in educational research: Approaches and methods*. Sage Publications.

- Soutar, G., & Turner, R. (2021). Student engagement and wellbeing in higher education. *Journal of Further and Higher Education*, 45(6), 781-796. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2020.1803425>
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe.
- Wiggins, N. (2012). Empowering students for health promotion: A participatory approach. *Health Education Research*, 27(5), 805-815. <https://doi.org/10.1093/her/cys071>.
- WHO & UNESCO. (2021). *Global standards for health promoting universities and colleges*. World Health Organization.