Eduquer à la santé au-delà des savoirs scolaires

Une approche critique des pratiques dans les collèges et lycées tunisiens

Romdhane ZID(1), Sameh HRAIRI(2)

(1) Doctorant en didactique des sciences et de pédagogie, Institut Supérieur d'Education et de Formation Continue de Tunis, Université virtuelle de Tunis, (2) Maîtresse de conférences, HDR, Institut Supérieur d'Education et de Formation Continue de Tunis, Université virtuelle de Tunis

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.10080

Résumé : Résumé Cet article propose une analyse critique des pratiques d'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire en Tunisie, à partir d'un travail de terrain réalisé dans divers établissements publics. L'étude met en lumière un écart notable entre les orientations officielles des programmes scolaires et les modalités concrètes de leur mise en œuvre. Les interventions observées privilégient souvent une transmission descendante de savoirs biomédicaux, au détriment d'une approche globale intégrant les dimensions psychosociales, culturelles et relationnelles de la santé. À travers l'analyse croisée des discours d'enseignants et d'élèves, l'article identifie des tensions récurrentes entre exigences institutionnelles, cadre disciplinaire et préoccupations adolescentes. Il souligne la nécessité de repenser les dispositifs éducatifs afin de mieux répondre aux besoins réels des jeunes. En conclusion, l'auteur plaide pour une éducation à la santé plus ouverte, transversale et participative, capable de renforcer l'engagement des élèves et leur pouvoir d'agir dans leur quotidien.

Mots-clés : Santé scolaire, enseignement secondaire, adolescents, pratiques éducatives, Tunisie.

Abstract : Abstract This article offers a critical analysis of health education practices in Tunisian secondary schools, based on fieldwork conducted in a range of public institutions. The study highlights a significant gap between official curricular guidelines and the actual teaching practices observed in classrooms. These practices tend to focus on biomedical knowledge transmission, often neglecting the psychosocial, cultural, and relational dimensions of health. Through a cross-analysis of teachers' and students' perspectives, the article reveals persistent tensions between institutional expectations, disciplinary frameworks, and adolescent concerns. The findings call for a rethinking of educational approaches to better meet the real needs of young people. The article advocates for a more open, transversal, and participatory model of health education that fosters student engagement and empowerment in their everyday lives.

Keywords : School health, secondary education, adolescents, teaching practices, Tunisia.

1 Introduction

Face à la montée des inégalités sociales de santé, aux transformations des modes de vie et aux vulnérabilités accrues des adolescents, l'école est aujourd'hui investie d'une mission éducative élargie, qui dépasse la seule transmission des savoirs académiques. L'éducation à la santé s'y affirme comme un champ d'intervention prioritaire, visant à développer des compétences individuelles et collectives en matière de bien-être, de prévention, et de citoyenneté sanitaire (Jourdan, 2021 ; Kickbusch *et al.*, 2022). Cette orientation est portée par des instances internationales comme l'OMS et l'UNESCO, qui appellent à renforcer les synergies entre les politiques éducatives et sanitaires, en particulier dans les contextes marqués par des défis économiques, sociaux et culturels (UNESCO, 2021 ; WHO, 2023).

En Tunisie, cette dynamique est présente dans les discours institutionnels, les programmes scolaires et certaines actions partenariales. Depuis les réformes curriculaires amorcées après 2011, des efforts ont été faits pour intégrer la santé dans plusieurs disciplines, en particulier dans l'enseignement des sciences de la vie et de la Terre (SVT). Toutefois, de nombreux travaux soulignent le caractère encore périphérique, fragmenté et prescriptif de ces démarches, souvent réduites à la transmission de savoirs biomédicaux, déconnectés des réalités sociales et affectives des jeunes (Oueslati et Lamloum, 2022 ; Ben Miled, 2023). Par ailleurs, les enseignants, bien que souvent convaincus de l'intérêt de traiter des questions de santé, se trouvent confrontés à des injonctions parfois contradictoires entre logique disciplinaire, injonctions morales et attentes des familles. Leur marge de manœuvre reste étroite, en raison du poids des examens, du manque de formation spécifique et de l'absence d'un cadre institutionnel clair pour une éducation à la santé transversale et interdisciplinaire (Zerai et Kriaa, 2022). Dans ce contexte, les adolescents sont rarement reconnus comme des sujets actifs de leur propre santé : leur parole est peu sollicitée, leurs expériences quotidiennes peu prises en compte, et les approches participatives marginales. Pourtant, de nombreux travaux issus des sciences sociales plaident pour une reconnaissance de la jeunesse comme acteur social, capable de réflexion critique, d'engagement et de co-construction des savoirs (Hart, 2020 ; Danic et Quentin, 2021).

Cet article propose d'interroger les pratiques d'éducation à la santé en milieu scolaire tunisien à partir d'une enquête qualitative conduite dans plusieurs collèges et lycées publics. Il s'agit de croiser les regards d'enseignants et d'élèves pour comprendre comment la santé est abordée, vécue et appropriée au sein des classes, et quelles formes de socialisation, de tensions ou de résistances en découlent. L'analyse vise à éclairer les écarts entre curriculum prescrit et curriculum réel, tout en explorant les conditions d'émergence d'une éducation à la santé plus intégrée, sensible aux contextes, et mobilisatrice pour les adolescents. Dans le contexte tunisien contemporain, marqué par des mutations sociales profondes, l'école occupe une place essentielle dans la transmission des savoirs et des pratiques liés à la santé. Ces transformations sociales, englobant des dynamiques telles que la démocratisation, les disparités socio-économiques croissantes et la redéfinition des normes culturelles autour du genre et de la santé, influencent fortement les modalités d'éducation à la santé en milieu scolaire (Ben Rejeb *et al.*, 2022 ; Chikhaoui, 2023).

L'éducation à la santé ne se limite pas à la simple diffusion d'informations médicales, mais participe à la construction identitaire et sociale des adolescents, tout en reflétant des tensions entre prescriptions institutionnelles, représentations sociales et attentes des jeunes (Zidi et Saadi, 2021). Dans ce cadre, les enseignants sont confrontés à des défis complexes. Ils doivent à la fois respecter les programmes officiels et répondre aux besoins spécifiques de leurs élèves, dans un environnement parfois marqué par des résistances culturelles ou un manque de ressources (Jemai et Trabelsi, 2023). Ces conditions favorisent le développement de pratiques pédagogiques adaptatives, parfois qualifiées de « bricolage professionnel », qui témoignent d'une certaine créativité et d'une volonté d'ajuster l'enseignement aux réalités du terrain (Hébert, 2014). Par ailleurs, les adolescents eux-mêmes revendiquent une éducation à la santé plus interactive, ancrée dans leurs expériences quotidiennes et favorisant le dialogue plutôt que la simple transmission verticale (Masmoudi et Amri, 2022).

L'objectif de cet article est d'analyser ces dynamiques en s'appuyant sur une étude qualitative menée dans plusieurs établissements secondaires tunisiens. Il s'agit d'explorer les pratiques effectives des enseignants ainsi que les perceptions des élèves, afin d'évaluer dans quelle mesure l'éducation à la santé favorise ou entrave la socialisation des jeunes à ces enjeux cruciaux. La réflexion s'appuie sur un cadre théorique qui croise les approches sociologiques de la socialisation et les théories critiques de l'éducation à la santé, afin de proposer des pistes pour une démarche plus participative et contextualisée. L'article est organisé en quatre parties : une revue de la littérature récente ; la présentation de la méthodologie qualitative adoptée ; l'analyse des résultats empiriques ; et enfin une discussion portant sur les implications pédagogiques et politiques.

2 Problématique de recherche

L'éducation à la santé joue un rôle fondamental dans le développement global des adolescents, en leur fournissant des connaissances et compétences essentielles pour adopter des comportements favorables à leur bien-être physique et psychique. En Tunisie, la volonté d'intégrer cette thématique dans le curriculum scolaire secondaire traduit un engagement institutionnel fort pour la promotion et la prévention en santé. Cependant, la mise en œuvre concrète de cette politique éducative rencontre de nombreux obstacles. Les enseignants sont souvent confrontés à des ressources pédagogiques limitées, une formation initiale et continue parfois insuffisante, ainsi qu'à des contraintes institutionnelles rigides qui complexifient la transmission des savoirs (Ben Ayed et Gharbi, 2022 ; Triki et Mhiri, 2023a).

Dans ce cadre, nous formulons l'hypothèse que les enseignants déploient des pratiques adaptatives, cherchant à ajuster les contenus prescrits en fonction des réalités du terrain et des besoins spécifiques de leurs élèves. Ces pratiques témoignent d'une négociation constante entre la prescription curriculaire et les conditions effectives d'enseignement. Par ailleurs, la réception des contenus d'éducation à la santé par les élèves n'est pas homogène. Les jeunes manifestent des postures diverses, allant de l'appropriation active et critique à la résistance ou à la désaffection, ces attitudes

étant souvent liées à leur contexte socioculturel, à leur vécu personnel et à leurs représentations de la santé (Mahjoub *et al.*, 2024).

Cette diversité pose la question des effets réels de ces enseignements sur la socialisation des adolescents et sur le développement de leur autonomie dans la gestion de leur santé. Partant de ces constats, cette recherche se propose de comprendre les dynamiques complexes entre pratiques enseignantes et expériences étudiantes dans le cadre de l'éducation à la santé en milieu scolaire tunisien. Nous supposons que l'efficacité de cette éducation dépend étroitement de la capacité des enseignants à adapter leurs pratiques tout en disposant d'un soutien institutionnel adéquat, et de la manière dont les élèves reçoivent, interprètent et réinvestissent les savoirs transmis. Nous avançons enfin que pour améliorer la portée et l'impact de l'éducation à la santé, il est indispensable de penser une approche intégrée et contextualisée, conciliant formation des enseignants, ressources pédagogiques adaptées et prise en compte des besoins et attentes des adolescents (Ben Ayed et Gharbi, 2022 ; Mahjoub *et al.*, 2024 ; Triki et Mhiri, 2023b).

Par ailleurs, il est essentiel d'envisager l'éducation à la santé non seulement comme une transmission unilatérale de savoirs, mais comme un processus dynamique et participatif qui engage élèves et enseignants dans une co-construction des connaissances. Une pédagogie réflexive, qui invite les adolescents à questionner leurs représentations, à partager leurs expériences et à s'impliquer activement dans leur parcours d'apprentissage, apparaît comme une condition clé pour développer chez eux une réelle compétence en santé. Ce type d'approche favorise non seulement l'appropriation des contenus, mais aussi l'autonomisation des jeunes dans la gestion de leur bien-être. Par conséquent, la capacité des enseignants à instaurer un climat de confiance et à mobiliser des méthodes interactives constitue un levier important pour surmonter les résistances et rendre l'éducation à la santé plus efficiente (Dewitte et Van Petegem, 2021 ; Roudaut, 2023a).

Enfin, cette recherche s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre les conditions concrètes qui facilitent ou entravent la mise en œuvre d'une éducation à la santé efficace en milieu scolaire tunisien. Elle vise à éclairer les pratiques pédagogiques actuelles tout en proposant des pistes d'amélioration adaptées au contexte local, marqué par des défis sociaux, culturels et institutionnels spécifiques. En articulant théorie et terrain, cette étude cherche à contribuer à la réflexion plus large sur les modalités d'une éducation à la santé intégrée, inclusive et durable, capable de répondre aux besoins des adolescents d'aujourd'hui tout en anticipant ceux de demain. Elle entend ainsi nourrir le débat autour des politiques éducatives en santé et encourager une collaboration renforcée entre acteurs scolaires, familles et collectivités territoriales. Ainsi, cette étude vise à répondre aux questions suivantes : comment les enseignants de l'enseignement secondaire tunisien adaptent-ils les contenus d'éducation à la santé prescrits face aux contraintes institutionnelles et aux spécificités de leur public scolaire ? Quelles sont les représentations et les postures des élèves vis-à-vis des enseignements en éducation à la santé, et comment influencent-elles leur engagement et leur socialisation ? Dans quelle mesure les pratiques enseignantes et les expériences étudiantes convergent-elles ou divergent-elles dans la construction des savoirs et compétences liés à la santé ?

Enfin, quelles conditions pédagogiques et institutionnelles pourraient favoriser une éducation à la santé plus efficace, contextualisée et adaptée aux réalités tunisiennes ?

3 Cadre théorique

L'analyse des pratiques d'éducation à la santé en milieu scolaire ne peut se limiter à une lecture instrumentale des programmes ou à une évaluation des contenus transmis. Elle nécessite une approche théorique plurielle, capable d'éclairer les dynamiques complexes à l'œuvre entre prescriptions institutionnelles, pratiques enseignantes et expériences adolescentes. Dans cette perspective, le cadre théorique de cette étude mobilise plusieurs apports issus de la sociologie de l'éducation, des sciences de la santé publique et des pédagogies critiques. Il s'agit d'interroger l'éducation à la santé à la fois comme un processus de socialisation, un espace de négociation curriculaire, un outil potentiellement normatif et un levier d'émancipation. Cette approche permet de mieux comprendre comment les enseignants adaptent leurs pratiques dans des contextes contraints, comment les élèves s'approprient ou non les savoirs transmis, et quelles conditions favorisent une éducation à la santé réellement participative, inclusive et contextualisée.

3.1 L'éducation à la santé comme processus de socialisation

Loin de se limiter à une fonction cognitive de transmission de savoirs, l'éducation à la santé participe à un processus plus large de socialisation secondaire (Darmon, 2020). À travers les contenus enseignés, les modalités pédagogiques, mais aussi les interactions avec les adultes et les pairs, les élèves construisent des représentations normatives du corps, des risques, de la prévention et du bien-être. Dans le contexte tunisien, ces représentations sont souvent en tension avec les normes culturelles, religieuses ou familiales, ce qui rend la réception des messages éducatifs hétérogène et parfois conflictuelle (Mahjoub *et al.*, 2024). Cette dimension socialisatrice de l'école appelle à interroger les finalités de l'éducation à la santé : s'agit-il de former des individus conformes à un modèle normatif de santé, ou de soutenir le développement d'une capacité réflexive et critique face aux enjeux de santé ?

Au-delà des apprentissages cognitifs, l'éducation à la santé contribue activement à la formation identitaire des adolescents, en façonnant leur rapport au corps, aux normes sociales et à la gestion du risque. Elle constitue un espace où se construisent des habitus sanitaires, souvent en décalage avec les pratiques et discours familiers des élèves (Jourdan *et al.*, 2022). Ce processus de socialisation est d'autant plus déterminant qu'il s'inscrit dans une période charnière de la vie, marquée par des transformations biologiques, relationnelles et symboliques. Dans ce cadre, les messages de prévention véhiculés à l'école peuvent renforcer ou au contraire entrer en tension avec les représentations issues de la famille, des pairs ou des médias. Ces dissonances invitent à penser l'éducation à la santé non pas comme une transmission univoque, mais comme un espace d'interaction et de négociation des normes (Simar et Nicodème, 2022). Pour être efficace, elle doit donc reconnaître la diversité des trajectoires sociales et culturelles des élèves, et s'inscrire dans une logique de dialogue plutôt que de prescription. Ainsi, les pratiques éducatives en santé influencent non seulement les

comportements, mais aussi les manières dont les jeunes se perçoivent comme sujets de leur santé, ce qui renforce la nécessité d'une approche sensible aux contextes de vie et aux expériences individuelles.

3.2 Tensions entre curriculum prescrit, curriculum réel et curriculum vécu

Les travaux de Perrenoud (2001) et ceux en didactique critique montrent que le curriculum prescrit (ce qui est prévu dans les textes officiels) diverge souvent du curriculum réel (ce qui est effectivement enseigné), et plus encore du curriculum vécu (ce que les élèves perçoivent, comprennent et retiennent). En Tunisie, bien que les textes officiels affirment l'importance de la santé dans les apprentissages transversaux, les pratiques restent majoritairement centrées sur des savoirs biomédicaux, disciplinaires, et faiblement contextualisés (Ben Ayed et Gharbi, 2022 ; Triki et Mhiri, 2023b). Les enseignants, souvent peu formés à cette dimension éducative, bricolent des dispositifs à partir de leurs ressources disponibles et de leurs sensibilités personnelles, dans un contexte marqué par des injonctions institutionnelles rigides. Ce bricolage professionnel (Hébert, 2014) témoigne d'une adaptation constante aux réalités du terrain.

Les tensions entre le curriculum prescrit et les pratiques effectives des enseignants s'expriment de manière particulièrement visible dans le champ de l'éducation à la santé, où les contenus officiels apparaissent souvent déconnectés des réalités du terrain. En Tunisie, les programmes abordent la santé sous un angle principalement biomédical et disciplinaire, sans toujours prendre en compte les dimensions psychosociales, culturelles ou émotionnelles propres aux adolescents. Cette distance entre prescription et contexte pousse les enseignants à opérer des ajustements, à sélectionner certains contenus et à en écarter d'autres, selon leur degré de faisabilité et leur propre aisance professionnelle (Ben Romdhane, 2024). Ces pratiques d'adaptation révèlent un curriculum réel façonné par les contraintes institutionnelles, les ressources disponibles, et les dynamiques de classe. Par ailleurs, le curriculum vécu par les élèves dépend étroitement de leur interprétation subjective des situations d'apprentissage, de leur motivation, et de leur capacité à établir un lien entre les savoirs scolaires et leurs expériences personnelles (Jorro, 2022). Ainsi, ce décalage curriculaire multiple complexifie la mise en œuvre d'une éducation à la santé efficace, soulignant la nécessité de concevoir des programmes plus souples, contextualisés et co-construits avec les acteurs de terrain.

3.3 L'approche critique de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé, comme tout enseignement, n'est pas neutre. Elle transmet implicitement des normes, des valeurs, voire des rapports de pouvoir. Une lecture inspirée des travaux de Foucault (1976) permet de penser cette éducation comme un instrument de gouvernementalité : elle organise les conduites, définit ce qui est "normal" ou "déviant", et participe à la régulation sociale. Dans ce sens, il est crucial d'adopter une approche critique, en interrogeant les modèles de santé proposés, les injonctions comportementales transmises, et leur adéquation avec les réalités vécues par les jeunes (Basilien-Gainche, 2023). Cette approche rejoint également les pédagogies critiques et émancipatrices (Freire, 2021), qui considèrent les apprenants comme

des sujets actifs, capables de questionner les savoirs, d'exprimer leurs expériences, et de construire collectivement des connaissances ancrées dans leur réalité.

Adopter une approche critique de l'éducation à la santé, c'est aussi interroger les logiques implicites de normalisation qui sous-tendent les discours pédagogiques et institutionnels. Bien souvent, les messages transmis aux élèves s'inscrivent dans une vision prescriptive du « bon comportement », valorisant l'autodiscipline, la maîtrise de soi et la responsabilisation individuelle, tout en négligeant les déterminants sociaux et contextuels de la santé (Rigal et Brossais, 2021). Cette focalisation sur l'individu risque de renforcer les inégalités, en culpabilisant les jeunes qui n'adhèrent pas aux normes dominantes ou qui n'ont pas les ressources pour les suivre. Une approche critique implique au contraire de considérer les élèves comme des sujets sociaux situés, porteurs de savoirs et de vécus légitimes, souvent invisibilisés par les approches traditionnelles (Gillet et Maestracci, 2023). Elle invite à créer des espaces de parole et de débat, où les représentations de la santé peuvent être déconstruites collectivement. Cette posture pédagogique ouvre la voie à une véritable éducation à la citoyenneté sanitaire, où la santé devient un enjeu partagé, discuté, et compris dans ses multiples dimensions corporelles, sociales, émotionnelles et politiques.

3.4 Les compétences psychosociales et l'approche participative

L'OMS promeut depuis plusieurs années une éducation à la santé fondée sur le développement des compétences psychosociales, aussi appelées *life skills*. Il s'agit notamment de la pensée critique, de la gestion du stress, de la communication, de la prise de décision ou de l'empathie (WHO, 2023). Ces compétences visent à renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*) des jeunes, en leur permettant de faire des choix éclairés et responsables dans leur vie quotidienne. Cette approche suppose une transformation profonde des pratiques pédagogiques. Plutôt que des cours descendants et normatifs, elle appelle à des méthodes interactives, participatives et réflexives, favorisant l'engagement des élèves dans leur propre parcours d'apprentissage (Dewitte et Van Petegem, 2021 ; Roudaut, 2023b). En ce sens, le climat de classe, la qualité des relations pédagogiques et la reconnaissance de la parole des élèves deviennent des facteurs clés de réussite.

3.5 Contextualisation et approche située

Enfin, toute analyse de l'éducation à la santé en contexte tunisien doit être contextualisée. L'approche de Lave et Wenger (1991), dite *situated learning*, invite à penser les apprentissages comme socialement et culturellement situés. Les normes de santé, les pratiques corporelles, les relations aux adultes ou aux institutions varient fortement selon les milieux sociaux, les territoires ou les genres. Ainsi, l'éducation à la santé ne peut être pensée de manière uniforme ni transposable. Elle doit être contextualisée, inclusive et adaptée aux spécificités locales. Cela suppose non seulement de former les enseignants à la diversité des publics, mais aussi d'intégrer les familles, les collectivités territoriales et les jeunes eux-mêmes dans les projets éducatifs.

Dans un pays comme la Tunisie, marqué par une diversité culturelle, sociale et territoriale importante, la contextualisation des dispositifs éducatifs en santé apparaît

comme un impératif pédagogique. Les représentations de la santé, les tabous autour du corps, les normes de genre ou encore les inégalités d'accès aux soins varient fortement selon les régions, les milieux sociaux et les appartenances culturelles des élèves (Feki et Kacem, 2023). Dès lors, une approche située permet de dépasser les modèles universalisants de l'éducation à la santé pour construire des interventions sensibles aux réalités locales. Cette perspective rejoint les travaux de Lave et Wenger (1991) sur l'apprentissage situé, selon lesquels les savoirs prennent sens lorsqu'ils sont enracinés dans les pratiques sociales quotidiennes des apprenants. En ce sens, impliquer les élèves dans des projets ancrés dans leur environnement comme des enquêtes de terrain, des diagnostics participatifs ou des collaborations avec des acteurs de santé locaux favorise une appropriation plus profonde des enjeux sanitaires. Cette pédagogie du contexte permet non seulement de rendre les apprentissages plus pertinents, mais aussi de valoriser les savoirs d'expérience et de renforcer le sentiment d'appartenance des jeunes à leur communauté.

4 Approche méthodologique

Afin de répondre aux objectifs de cette recherche, qui vise à analyser de manière approfondie les pratiques d'éducation à la santé et les expériences des acteurs scolaires en contexte tunisien, une approche méthodologique qualitative a été privilégiée. Cette démarche permet de saisir la complexité des dynamiques pédagogiques, en explorant les points de vue des enseignants et des élèves, tout en tenant compte des contextes institutionnels et socioculturels dans lesquels s'inscrivent leurs interactions. L'étude repose ainsi sur un protocole rigoureux combinant plusieurs techniques de collecte de données, dans une perspective compréhensive et réflexive.

4.1 Choix d'une approche qualitative compréhensive

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative interprétative, visant à comprendre en profondeur les pratiques d'enseignement de la santé et les expériences adolescentes en milieu scolaire tunisien. Une approche compréhensive permet de saisir les logiques d'action des acteurs, leurs représentations, ainsi que les significations qu'ils attribuent à leurs pratiques (Paillé et Mucchielli, 2021). Ce positionnement méthodologique repose sur l'idée que les phénomènes éducatifs doivent être analysés dans leur complexité, à travers les discours, les interactions et les contextes sociaux où ils se manifestent.

4.2 Stratégie d'échantillonnage et terrain d'enquête

L'enquête a été conduite dans six établissements publics tunisiens (trois collèges et trois lycées), choisis selon une stratégie de variation maximale (Miles et Huberman, 2020). Cette stratégie vise à couvrir des contextes scolaires contrastés selon trois critères principaux : la localisation géographique (urbain, périurbain, rural), le niveau socioéconomique des élèves et la diversité des profils d'enseignants. Ce choix permet de mieux cerner les facteurs contextuels influençant la mise en œuvre de l'éducation à la santé et de mettre en évidence les éventuelles régularités ou disparités dans les pratiques et les perceptions.

Tab. 1 : Échantillon de l'étude (enseignants et élèves)

Catégorie	Effectif	Caractéristiques principales
Établissements scolaires	6	3 collèges (9^{e} année) et 3 lycées (2^{e} année secondaire – section sport)
Localisation	—	2 zones urbaines, 2 zones périurbaines, 2 zones rurales
Enseignants	18	6 en SVT, 6 en éducation physique, 6 en sciences humaines
Critères enseignants	—	Expérience $\geq$ 5 ans, diversité d'âge et de formation initiale
Élèves	72	12 focus groups (6 en collège, 6 en lycée), répartis équitablement par niveau
Répartition élèves	—	Mixité filles/garçons, diversité sociale et géographique
Observations de classe	10 séances	5 en 9^{e} année (collège), 5 en 2^{e} année secondaire (lycée – section sport)

4.3 Méthodes de collecte des données

Afin de croiser les regards et d'approfondir la compréhension du phénomène étudié, la recherche s'appuie sur une triangulation méthodologique combinant trois techniques complémentaires de recueil de données. Cette approche vise à renforcer la validité interne de l'étude et à saisir la complexité des pratiques éducatives dans leurs dimensions déclarées, vécues et observées, tout en tenant compte des spécificités du système scolaire tunisien et des contextes locaux d'enseignement.

- **Entretiens semi-directifs**

Dix-huit enseignants, issus de disciplines variées (sciences de la vie et de la Terre, éducation physique et sportive, sciences humaines), ont été sélectionnés selon deux critères principaux : leur engagement effectif dans l'enseignement des contenus d'éducation à la santé et leur disponibilité pour participer à l'étude. La sélection a également pris en compte la diversité des établissements et des niveaux d'enseignement afin de garantir une représentativité des contextes pédagogiques et des pratiques professionnelles. Les entretiens ont été conçus pour explorer de manière approfondie les pratiques pédagogiques, les conceptions des enjeux sanitaires et éducatifs, ainsi que les contraintes institutionnelles, matérielles et pédagogiques rencontrées dans l'exercice du métier. Une grille d'entretien structurée (voir annexe 1) a été élaborée, comportant des axes thématiques précis et des questions types, afin d'assurer la cohérence des échanges et de faciliter la comparaison des discours.

Les entretiens ont été réalisés avant ou après certaines séances observées, selon la disponibilité des enseignants, permettant ainsi de croiser les discours avec les pratiques effectives et d'identifier les ajustements opérés en situation réelle. Chaque entretien a été enregistré et intégralement transcrit. Des mesures strictes ont été mises en place pour garantir l'anonymat et la confidentialité des participants : les informations personnelles ont été codées, le consentement éclairé a été recueilli au préalable, et les enseignants pouvaient se retirer à tout moment.Cette approche a permis de recueillir des données riches et contextualisées, reflétant la diversité des pratiques et des points de vue des enseignants, tout en assurant une rigueur méthodologique et éthique conforme aux standards de la recherche qualitative. Elle a également favorisé

l'émergence de thèmes inattendus, révélant des dimensions souvent invisibles de l'enseignement de l'éducation à la santé. Enfin, cette démarche a renforcé la crédibilité et la transférabilité des résultats en les ancrant dans les réalités concrètes des pratiques professionnelles.

- **Focus groups avec les élèves**

Douze groupes de discussion ont été constitués, totalisant 72 élèves de 9 année de l'enseignement de base et de 2 année secondaire (section sport). Chaque groupe comprenait environ six élèves, sélectionnés selon des critères précis visant à assurer une représentativité en termes de classes, d'expériences pédagogiques et de diversité des enseignants. La composition des groupes a été pensée pour éviter que tous les participants aient le même enseignant, ce qui a favorisé des échanges comparables et riches entre élèves ayant suivi différents dispositifs pédagogiques. Les discussions ont été animées de manière semi-structurée, avec un guide thématique garantissant la cohérence des questions abordées tout en laissant émerger des thèmes spontanés. Ces échanges ont permis d'explorer en profondeur les perceptions des contenus d'éducation à la santé, les réactions aux dispositifs pédagogiques, les stratégies d'appropriation des connaissances, ainsi que les significations que les élèves attribuent aux apprentissages réalisés en classe et dans leur vie quotidienne. Des mesures strictes ont été mises en place pour protéger l'anonymat et la confidentialité des participants : les informations personnelles ont été codées, le consentement éclairé a été obtenu, et les élèves pouvaient se retirer à tout moment. Cette approche a permis de recueillir des données contextualisées et nuancées, révélant les divergences et convergences des points de vue des élèves tout en renforçant la validité et la rigueur méthodologique de l'étude (voir annexe 2).

- **Observations non participantes**

Dix séances pédagogiques ont été observées dans différents établissements et disciplines. Elles ont été sélectionnées pour leur représentativité des contextes d'enseignement étudiés et ont été, pour la majorité, conduites par les enseignants ayant participé aux entretiens individuels. La temporalité a été pensée de manière complémentaire : certaines séances ont été observées avant les entretiens afin de documenter les pratiques effectives sans influence déclarative, tandis que d'autres l'ont été après, dans une perspective de mise en relation entre discours professionnels et pratiques réelles, et d'identification d'éventuelles évolutions ou ajustements pédagogiques. Plusieurs séances concernaient des classes dont les élèves avaient également pris part aux focus groups, permettant ainsi de croiser directement les perceptions des élèves avec les pratiques observées en situation. Dans d'autres cas, les observations ont été réalisées auprès de classes différentes du même enseignant, afin de diversifier les contextes tout en conservant une cohérence analytique.

Les observations ont porté sur plusieurs dimensions : modalités didactiques mobilisées, interactions enseignant-élèves, formes et dynamiques de participation, posture enseignante, nature des contenus de santé abordés, ainsi que les ajustements opérés face aux contraintes matérielles, institutionnelles ou pédagogiques. Une grille d'observation systématique a été utilisée et jointe en annexe (voir annexe 3), permettant

d'expliciter les dimensions analysées et d'assurer la traçabilité du dispositif d'observation. Elle a également servi de support à l'harmonisation du recueil des données entre les différentes séances observées et à la comparabilité des situations pédagogiques analysées. Enfin, son utilisation a contribué à renforcer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'analyse qualitative.

Des notes de terrain détaillées et systématiques ont été prises pour chaque séance, puis codées et intégrées dans le logiciel NVivo afin de faciliter le traitement analytique et la triangulation avec les données issues des entretiens et des focus groups. Toutes les observations ont été réalisées dans le respect des principes éthiques de la recherche : confidentialité, anonymisation des participants et absence de toute identification des élèves ou des enseignants dans les notes et les enregistrements. Ce dispositif a permis de produire des données empiriques riches, situées et comparables, contribuant à renforcer la validité interne et la profondeur interprétative de l'analyse qualitative.

- **Confidentialité et éthique**

Toutes les données ont été recueillies en garantissant l'anonymat et la confidentialité des participants. Les informations personnelles ont été codées, le consentement éclairé a été obtenu préalablement, et les participants pouvaient se retirer à tout moment. Les enregistrements et transcriptions ont été stockés sur des supports sécurisés, accessibles uniquement aux membres de l'équipe de recherche. Cette triangulation méthodologique, combinant entretiens, focus groups et observations, a permis d'appréhender de manière complète et nuancée les pratiques enseignantes et les expériences des élèves. La confrontation des différentes sources de données a renforcé la validité des résultats et a permis de produire une compréhension fine, contextualisée et critique des dynamiques pédagogiques en éducation à la santé.

4.4 Analyse des données

L'ensemble des données recueillies (entretiens, focus groups et observations) a été intégralement transcrit puis soumis à une analyse thématique inductive, conformément aux principes méthodologiques proposés par Braun et Clarke (2021). Cette approche permet de faire émerger des catégories et des thèmes directement à partir du matériau empirique, sans imposer de schéma interprétatif prédéfini, tout en restant attentif aux cadres théoriques mobilisés et à la dimension contextualisée des pratiques pédagogiques observées (Creswell & Poth, 2018). Elle s'inscrit dans une logique compréhensive visant à restituer la signification que les acteurs attribuent à leurs pratiques et à leurs expériences, en tenant compte des contextes institutionnels, matériels et socioculturels dans lesquels elles prennent forme.

Le processus d'analyse de contenu ayant conduit à la construction des catégories thématiques s'est déroulé en plusieurs étapes successives, rigoureusement documentées et articulées entre elles. Dans un premier temps, une phase de familiarisation approfondie avec le corpus a été réalisée à travers des lectures répétées des transcriptions et des notes d'observation, accompagnées de la rédaction de mémos analytiques permettant de consigner les premières impressions, interrogations et pistes interprétatives.

Cette étape a permis d'entrer progressivement dans la logique interne des données et d'identifier des éléments saillants relatifs aux pratiques d'éducation à la santé.

Dans un second temps, un codage ouvert a été effectué de manière systématique sur l'ensemble des données, consistant à attribuer des unités de sens aux segments de discours et aux situations observées. Ce codage a été mené de façon inductive, en restant au plus près du langage des participants et des situations décrites, afin de limiter les effets de sur-interprétation. Les codes initiaux ont ensuite été regroupés par proximité sémantique et fonctionnelle pour faire émerger des catégories intermédiaires. Une étape de comparaison constante entre les données issues des entretiens, des focus groups et des observations a permis d'identifier des régularités, mais aussi des divergences significatives, contribuant à affiner et à stabiliser ces catégories.

Ces catégories ont été progressivement organisées en thèmes plus larges et structurants, en fonction de leur fréquence d'apparition, de leur densité empirique, de leur pertinence au regard des questions de recherche et de leur capacité à rendre compte des dynamiques éducatives observées. La construction des catégories thématiques a reposé sur un processus itératif de révision et d'ajustement : certains codes ont été fusionnés, d'autres redéfinis, hiérarchisés ou déplacés, jusqu'à l'obtention d'un système catégoriel cohérent, articulé et analytiquement opératoire. Chaque thème a été défini à partir de critères explicites, illustré par des extraits significatifs et mis en relation avec les questions de recherche et le cadre conceptuel de l'étude (Nowell *et al.*, 2017).

Le logiciel NVivo a été mobilisé pour organiser le corpus, assurer la traçabilité du codage et faciliter l'analyse comparative entre sources. Il a notamment permis de visualiser les cooccurrences de codes, de repérer les configurations récurrentes, de structurer les catégories émergentes et de documenter le processus de construction thématique (Gibbs, 2007). Cette utilisation a favorisé l'identification systématique des convergences et des divergences entre les différentes sources de données, ainsi que la mise en évidence de logiques d'action différenciées selon les contextes scolaires et disciplinaires. L'analyse a été conduite dans une posture itérative, réflexive et critique, caractérisée par des allers-retours constants entre les données, les catégories en construction et les apports théoriques. Ce travail de va-et-vient a permis de consolider progressivement les interprétations et d'éviter les lectures univoques. Il a contribué à mettre en évidence les tensions entre discours et pratiques, les ajustements professionnels opérés en contexte réel ainsi que les stratégies d'appropriation pédagogique mises en œuvre par les enseignants face aux contraintes institutionnelles et matérielles.

Cette démarche a également permis de rendre visibles des savoirs situés, des compétences tacites et des formes d'innovation pédagogique souvent peu formalisées mais révélatrices des logiques professionnelles à l'œuvre dans l'enseignement de l'éducation à la santé (Hébert, 2014). Elle a mis en lumière les processus de médiation pédagogique, les dynamiques d'interaction en classe et les formes de négociation entre prescriptions institutionnelles et réalités du terrain. Afin de renforcer la fiabilité et la validité des résultats, plusieurs dispositifs de contrôle de la qualité scientifique ont été mis en place : double vérification et discussion des codages entre chercheurs, recours à des mémos analytiques pour expliciter les choix interprétatifs, retour partiel aux participants pour validation des interprétations (« member checking ») et triangulation

systématique des sources de données (entretiens, focus groups, observations) (Patton, 2015). Ces procédures ont permis de consolider la crédibilité des analyses et de limiter les biais liés à l'interprétation individuelle.

Des procédures éthiques strictes ont également été respectées tout au long du processus d'analyse, incluant le consentement éclairé des participants, l'anonymisation des données, la protection de la confidentialité et la possibilité de retrait à tout moment sans conséquence. L'ensemble du dispositif analytique a ainsi été conçu dans une perspective de responsabilité scientifique et de respect des personnes impliquées dans la recherche. Enfin, cette démarche analytique, en articulant rigueur méthodologique, explicitation des étapes de catégorisation, réflexivité du chercheur et triangulation des données, a permis de produire une analyse fine, nuancée et profondément contextualisée des pratiques d'éducation à la santé observées. Elle offre un éclairage sur les dynamiques de médiation pédagogique, les interactions enseignant-élèves et les tensions entre objectifs institutionnels et réalités locales, contribuant à la compréhension des logiques professionnelles et des potentialités d'innovation dans l'enseignement. Elle constitue ainsi une base solide pour l'interprétation des résultats et pour la formulation de recommandations pédagogiques contextualisées, réalistes et ancrées dans les pratiques effectives du terrain.

5 Analyse des résultats

L'analyse des données issues des entretiens, des focus groups et des observations de classe met en évidence plusieurs tensions structurantes qui traversent les pratiques d'éducation à la santé dans l'enseignement secondaire tunisien. Trois grands axes d'analyse ont été dégagés : la logique transmissive dominante, les ajustements pédagogiques opérés par les enseignants, et les postures différenciées des élèves face aux contenus abordés. L'analyse met également en évidence, de manière transversale à ces trois dimensions, un écart persistant entre curriculum prescrit, curriculum réel et curriculum vécu, qui sera discuté en fin de section comme clé de lecture intégrative des résultats.

5.1 Une prédominance du modèle biomédical et transmissif

Bien que le référentiel biomédical et la pédagogie transmissive relèvent de registres analytiques distincts : le premier renvoyant aux conceptions de la santé et aux savoirs jugés légitimes, le second aux modalités d'enseignement et aux formes de médiation pédagogique, les données empiriques recueillies montrent qu'ils apparaissent étroitement articulés dans les pratiques observées. Cette co-occurrence ne relève pas d'une simple juxtaposition, mais d'une configuration socio-pédagogique structurante dans laquelle la référence à des savoirs biomédicaux normatifs tend à s'accompagner de modalités transmissives, magistrales et descendantes. L'ensemble contribue à façonner une forme dominante d'éducation à la santé au secondaire, marquée par la primauté de l'expertise scientifique, la faible prise en compte des expériences vécues des élèves et une participation limitée de ces derniers à la construction des savoirs.

Les observations de classe, comme les entretiens avec les enseignants, révèlent que l'éducation à la santé demeure largement fondée sur un paradigme biomédical centré

sur la transmission de connaissances normatives (alimentation équilibrée, hygiène, sexualité, drogues, etc.). Les enseignants interrogés, notamment en sciences de la vie et de la terre (SVT), affirment suivre les instructions officielles en mobilisant des supports didactiques standards, souvent focalisés sur la prévention des risques. Comme l'exprime un enseignant de SVT : « On doit d'abord transmettre les bases scientifiques. Les élèves doivent connaître ce qui est bon ou mauvais pour la santé, c'est notre rôle principal. ». Un autre précise : « On suit le programme et les documents officiels. Il y a beaucoup de contenu, donc on n'a pas toujours le temps de débattre avec les élèves. ».

Ce modèle privilégie une posture magistrale et descendante, où l'élève reste principalement récepteur de savoirs considérés comme « scientifiques » et « neutres » (Ben Ayed et Gharbi, 2022). Ce type de transmission s'inscrit dans une pédagogie de conformité (Audigier, 2012), qui tend à ignorer les expériences vécues, les émotions et les représentations des jeunes, pourtant essentielles à une réelle appropriation des savoirs en santé. Les enseignants expliquent rarement les finalités éducatives au-delà de la réussite aux examens, ce qui limite le potentiel émancipateur de ces enseignements. Comme le souligne un enseignant : « Au final, ce qui compte pour les élèves, c'est la note. On est aussi pris dans cette logique d'examen. ».

Cette prédominance du modèle biomédical se manifeste également dans la manière dont les enseignants conçoivent leurs rôles éducatifs : ils se perçoivent avant tout comme des pourvoyeurs de savoirs scientifiques, garants d'une « vérité » objectivée sur le corps, la nutrition ou la sexualité. Ce positionnement limite la prise en compte de la subjectivité des élèves et freine l'intégration de dimensions psychosociales ou culturelles pourtant essentielles à une compréhension globale de la santé (Darmon et Gelly, 2022). Comme l'indique une enseignante : « On parle surtout du corps et des risques, mais pas toujours de ce que les élèves vivent réellement. Ce n'est pas facile d'entrer dans ces dimensions. ».

En outre, l'usage de supports didactiques uniformes, souvent issus des manuels scolaires ou de documents ministériels standardisés, laisse peu de place à l'adaptation contextuelle ou à l'expression des expériences adolescentes. Dans plusieurs situations observées, les élèves ont exprimé un sentiment de déconnexion entre les contenus enseignés et leur quotidien, notamment lorsqu'il s'agissait de normes de comportement éloignées de leur réalité familiale ou communautaire. Ce décalage souligne l'urgence de renouveler les approches éducatives en santé à l'école, en intégrant des pratiques plus dialogiques et ancrées dans les réalités vécues des jeunes (Flaisier et Leclercq, 2023 ; WHO, 2021).

La réduction de l'éducation à la santé à une logique préventive fondée sur l'injonction « il faut bien manger », « il ne faut pas fumer » compromet son efficacité en tant que processus d'émancipation et de construction de compétences de vie (Jourdan *et al.*, 2022). Cette orientation biomédicale est également renforcée par la manière dont les évaluations scolaires privilégient la restitution de connaissances factuelles, au détriment des compétences réflexives ou critiques. Peu d'activités pédagogiques permettent aux élèves d'exprimer leurs représentations ou de confronter différents

points de vue sur la santé. En conséquence, l'éducation à la santé tend à reproduire un modèle vertical, peu adapté aux aspirations participatives des adolescents.

5.2 Des pratiques enseignantes marquées par le bricolage et l'adaptation

Face à l'insuffisance des ressources pédagogiques spécifiques et au manque de formation continue en éducation à la santé, les enseignants développent des stratégies d'ajustement pragmatiques. Plusieurs enseignants rapportent avoir recours à des exemples concrets, à des témoignages ou à l'actualité pour contextualiser les savoirs prescrits et susciter l'intérêt des élèves. Comme l'explique un enseignant d'éducation physique : « Je pars souvent de situations vécues par les élèves, sinon ils décrochent. Il faut rendre les choses concrètes. ». Une enseignante de sciences humaines souligne également : « Quand on discute de sujets de société liés à la santé, les élèves participent beaucoup plus. Ils ont besoin de se sentir concernés. ». Ce « bricolage professionnel » (Perrenoud, 2001) leur permet de contourner les rigidités du curriculum et de mieux répondre aux préoccupations exprimées en classe. Des différences significatives apparaissent selon les disciplines : les enseignants d'éducation physique, en lien plus direct avec les pratiques corporelles et la gestion de l'effort, mobilisent davantage des approches interactives et expérientielles. À l'inverse, les enseignants en SVT restent souvent contraints par un programme dense, tandis que les enseignants de sciences humaines mobilisent davantage les discussions, les analyses de cas et les projets collaboratifs, leur offrant plus de marges pour un dialogue critique sur les enjeux de santé.

Comme le résume un enseignant de SVT : « Le programme est chargé, on doit avancer. Même si on veut faire participer les élèves, ce n'est pas toujours possible. ». Cette différenciation disciplinaire illustre la manière dont la structure des programmes influence la liberté pédagogique et la participation des élèves. Ce constat rejoint les travaux de Roudaut (2023b), qui soulignent que les enseignants, pour exercer une éducation à la santé plus engageante, doivent bénéficier d'une autonomie curriculaire plus grande, accompagnée d'un soutien institutionnel cohérent. Ce bricolage pédagogique s'accompagne souvent d'un sentiment d'isolement professionnel, exprimé par plusieurs enseignants lors des entretiens. Faute de coordination interdisciplinaire ou de dispositifs de soutien institutionnel, les initiatives restent fragmentées, personnelles et difficilement transférables. Comme le confie une enseignante : « On fait chacun à notre manière. Il n'y a pas vraiment d'espace pour échanger entre collègues sur ces questions. ». Certains enseignants déclarent ne pas savoir comment aborder certains sujets sensibles, par crainte de transgresser des normes sociales ou d'être mal perçus par les parents ou la hiérarchie : « Parler de sexualité ou de santé mentale peut être délicat. On ne sait pas toujours jusqu'où on peut aller. ». D'autres s'efforcent de contourner ces blocages en s'appuyant sur les intérêts des élèves ou en construisant des projets ponctuels autour de la santé, souvent en dehors du cadre horaire prévu : « On organise parfois des activités en dehors du cours, sinon on n'a pas la liberté nécessaire. ». Ces initiatives montrent une volonté d'agir malgré les contraintes, mais révèlent aussi un déficit de reconnaissance de la dimension éducative de la santé dans les politiques scolaires (UNESCO, 2023). En l'absence de cadre collectif de référence, chaque enseignant développe sa propre manière de faire, parfois en cohérence avec

les besoins du terrain, mais souvent au prix d'une surcharge cognitive et d'une forte incertitude pédagogique (Cros, 2021).

Dans certains cas, le bricolage prend la forme d'une hybridation entre plusieurs disciplines, notamment lorsque les enseignants collaborent de manière informelle pour aborder la santé de manière transversale : « Quand on travaille avec le collègue de sport ou d'histoire, on arrive à aborder la santé autrement. Les élèves comprennent mieux. ». Ce type de transversalité didactique ouvre des perspectives intéressantes pour dépasser les cloisonnements disciplinaires et mieux répondre à la complexité des enjeux de santé, en articulant savoirs biologiques, pratiques corporelles et dimensions éthiques ou sociales (Langlois et Peretti, 2022). Toutefois, l'absence de temps institutionnalisé pour la concertation entre enseignants, ainsi que le manque de reconnaissance de ces démarches dans les critères d'évaluation professionnelle, constituent des freins importants à leur généralisation. Ces limites rappellent la nécessité d'un cadre pédagogique plus souple et d'une gouvernance scolaire qui valorise l'expérimentation collective au service d'une éducation à la santé contextualisée et pertinente (Bouchamma et Giguère, 2023).

5.3 Des élèves en quête de sens, entre intérêt, résistance et réappropriation

Les focus groups révèlent une diversité marquée dans les perceptions et les réactions des élèves. Certains manifestent une réelle curiosité pour les sujets abordés, notamment ceux liés à la sexualité, à la santé mentale ou à l'alimentation, qu'ils considèrent comme directement liés à leur quotidien. Ces élèves valorisent les moments où les enseignants leur donnent la parole, les invitent à réfléchir ou à débattre, ce qui correspond à une logique de participation active et de réflexivité (Dewitte et Van Petegem, 2021). Comme l'exprime une élève scolarisée en milieu urbain : « Quand on discute vraiment, on comprend mieux et on ose poser des questions » (élève, urbain, focus group).

En revanche, d'autres élèves expriment un sentiment de distance, voire de rejet, face à des discours jugés moralisateurs, déconnectés de leur réalité ou trop techniques. Cette dissonance est particulièrement forte dans les contextes ruraux ou défavorisés, où les représentations de la santé sont influencées par des contraintes sociales fortes (Mahjoub *et al.*, 2024). Un élève d'un établissement rural résume cette distance : « On nous parle de choses qui ne correspondent pas à ce qu'on vit ici » (élève, rural, focus group). Ces postures de résistance s'expriment par le désintérêt, l'absentéisme ou le rejet verbal des contenus. Certains élèves semblent développer des formes de réappropriation partielle des messages éducatifs, en les reliant à leurs propres questionnements ou à des sources d'information extra-scolaires (réseaux sociaux, pairs, médias). Cela illustre le rôle central de la médiation scolaire dans la circulation des savoirs sur la santé, et la nécessité de mieux articuler les contenus formels avec les expériences informelles (Triki et Mhiri, 2023b). Ainsi, une élève urbaine explique : « Parfois je vérifie sur internet après le cours pour comprendre mieux » (élève, urbain, focus group), tandis qu'un élève rural souligne : « On en parle surtout entre amis, c'est plus facile qu'en classe » (élève, rural, focus group).

Une donnée récurrente issue des focus groups concerne la manière dont les élèves investissent ou rejettent les contenus en fonction de la posture pédagogique adoptée par l'enseignant. Lorsque les cours sont vécus comme moralisateurs, infantilisants ou déconnectés de leurs préoccupations réelles, les jeunes manifestent de la passivité, voire une forme d'ennui stratégique : « On écoute, mais sans vraiment s'intéresser » (élève, urbain, focus group). À l'inverse, lorsque les enseignants instaurent un espace de dialogue, favorisent l'écoute active et reconnaissent la légitimité des vécus adolescents, l'engagement tend à se renforcer : « Quand le professeur nous laisse parler, on se sent concernés » (élève, rural, focus group). Ce rapport différencié au savoir souligne que l'éducation à la santé ne peut réussir sans prendre en compte les représentations sociales des élèves, leurs émotions, et leur besoin de reconnaissance en tant que sujets pensants (Flavier et Trémolière, 2022).

De plus, plusieurs élèves ont souligné l'importance d'activités concrètes : débats, jeux de rôle, projets collectifs qui permettent de sortir du registre purement scolaire pour réinvestir les apprentissages dans leur quotidien. Cette aspiration à un savoir « utile » et « vécu » rejoint les travaux sur la pédagogie critique et la littératie en santé, qui plaident pour une éducation fondée sur l'autonomie, le sens et l'expérience (Nutbeam *et al.*, 2021 ; Jourdan, 2023). Comme le formule un élève urbain : « Les projets nous aident à voir à quoi ça sert vraiment » (élève, urbain, focus group), tandis qu'un élève rural ajoute : « Quand on fait des activités, ça reste plus que les leçons » (élève, rural, focus group).

Par ailleurs, les élèves interrogés ont souligné l'importance de la confiance relationnelle instaurée avec l'enseignant comme condition essentielle à leur implication. Lorsqu'ils se sentent écoutés, respectés et non jugés, ils osent poser des questions, partager des expériences personnelles ou confronter les discours scolaires à leurs réalités. À l'inverse, en contexte de forte distance relationnelle ou lorsque les sujets sont abordés de manière autoritaire, ils préfèrent adopter une attitude de retrait : « Si on a peur d'être jugé, on ne parle pas » (élève, urbain, focus group) ; « Quand le prof impose, on se ferme » (élève, rural, focus group). Cette dimension relationnelle apparaît comme un levier central de motivation et d'appropriation, confirmant les apports de la psychologie sociocognitive sur le rôle du climat socio-affectif dans les apprentissages (Bandura, 2018 ; Hattie, 2022).

5.4 Un écart persistant entre curriculum prescrit, curriculum réel et curriculum vécu

Cet écart apparaît de manière transversale à l'ensemble des résultats présentés précédemment et ne constitue pas un axe empirique autonome. Il s'inscrit plutôt comme une grille d'interprétation permettant d'articuler les trois dimensions analysées : la prédominance d'un modèle transmissif, les ajustements pédagogiques des enseignants et les postures différenciées des élèves. À ce titre, il offre une lecture intégrative des dynamiques observées et permet de mettre en relation les prescriptions institutionnelles, les pratiques effectives et les expériences scolaires vécues par les acteurs (Perrenoud, 2021 ; Dewitte et Van Petegem, 2021). L'analyse croisée des données met ainsi en évidence un décalage structurel entre le curriculum prescrit par les programmes officiels, le curriculum réel mis en œuvre dans les classes et le curriculum vécu tel qu'il

est perçu, interprété et intégré par les élèves. Ce décalage ne renvoie pas seulement à des difficultés d'application ou à des contraintes organisationnelles ; il révèle aussi des tensions plus profondes entre les finalités éducatives affichées, les marges de manœuvre pédagogiques disponibles et les logiques d'appropriation des savoirs par les apprenants.

Il se manifeste notamment par une transformation progressive des intentions curriculaires au fil de leur traduction en pratiques situées : les prescriptions initiales, souvent formulées de manière générale et normative, se trouvent reconfigurées par les contraintes temporelles, les logiques disciplinaires, les ressources disponibles et les représentations professionnelles des enseignants. Parallèlement, les élèves ne vivent pas toujours ces enseignements comme des expériences signifiantes, ce qui accentue la distance entre les savoirs transmis et leur appropriation effective. En ce sens, la prise en compte conjointe des trois niveaux du curriculum permet de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les contenus d'éducation à la santé se transforment, se négocient et parfois se déconnectent des réalités vécues. Elle met en lumière le caractère situé et relationnel de l'acte éducatif et prépare la discussion en fournissant un cadre analytique pour interpréter les tensions observées entre prescriptions institutionnelles, pratiques enseignantes et expériences des élèves.

Cet écart structurel entre les différents niveaux du curriculum prescrit, réel et vécu se manifeste d'abord par une inadéquation entre les intentions des programmes officiels et les conditions concrètes de leur mise en œuvre. Alors que plusieurs cadres normatifs encadrant l'éducation à la santé notamment les programmes officiels tunisiens en sciences de la vie et de la Terre, les orientations du ministère de l'Éducation relatives à la promotion de la santé en milieu scolaire, ainsi que les recommandations internationales de l'OMS et de l'UNESCO plaident pour une approche globale intégrant des dimensions biologiques, psychologiques et sociales, les enseignants disposent rarement de marges de manœuvre suffisantes pour traduire ces orientations dans leurs pratiques quotidiennes. La surcharge horaire, les logiques évaluatives centrées sur les connaissances factuelles, ainsi que l'absence de formation spécialisée en santé limitent les possibilités d'adaptation pédagogique. Ce décalage révèle une tension profonde entre la logique de prescription descendante du curriculum tunisien et la nécessité d'un ajustement aux réalités des classes, rejoignant ainsi les travaux de Perrenoud (2021) sur la « distance curriculaire » dans les systèmes éducatifs centralisés.

En parallèle, les élèves ne vivent pas toujours les séquences d'éducation à la santé comme des moments d'apprentissage significatifs. Leur vécu est souvent marqué par une dissonance entre les contenus proposés, les modalités pédagogiques employées, et leurs attentes personnelles. Certains expriment une incompréhension face à des messages normatifs qui ne tiennent pas compte de leur contexte familial, de leurs pratiques culturelles ou de leurs représentations sociales de la santé. Cette fracture entre le sens des savoirs transmis et l'univers de référence des apprenants affaiblit la portée transformative de l'enseignement. Comme le soulignent Schneuwly et Dolz (2022), c'est dans la capacité de l'école à articuler des savoirs de référence avec les expériences vécues des élèves que réside la véritable efficacité du curriculum. Ainsi, pour réduire cet écart, il apparaît indispensable de favoriser une approche plus souple,

située et co-construite de l'éducation à la santé, en impliquant activement les acteurs de terrain dans l'élaboration et l'adaptation des contenus. Cet écart curriculaire n'est pas simplement technique ou organisationnel ; il reflète aussi un désajustement entre les finalités éducatives affichées par l'institution et les pratiques quotidiennes des acteurs. Il traduit une forme de dissonance professionnelle chez les enseignants, qui oscillent entre l'obligation de suivre les directives officielles et la volonté de répondre aux besoins concrets de leurs élèves.

6 Discussions

Les résultats de cette étude mettent en évidence les tensions structurelles et pédagogiques qui traversent l'éducation à la santé dans les collèges et lycées tunisiens, marquée par la coexistence de prescriptions institutionnelles, de contraintes curriculaires et de pratiques professionnelles situées. La prédominance d'un modèle biomédical transmissif, centré sur la diffusion de savoirs normatifs, témoigne d'une conception encore largement descendante de l'éducation à la santé. Si cette approche permet d'assurer un socle informationnel minimal, elle apparaît insuffisante face à la complexité des enjeux sanitaires contemporains, étroitement liés aux dimensions sociales, culturelles et identitaires de l'expérience adolescente (Levin-Zamir *et al.*, 2022 ; Pinzon-Rondon *et al.*, 2021).

Les pratiques observées révèlent que les enseignants développent des stratégies d'adaptation et de médiation pour rendre les contenus plus pertinents et accessibles aux élèves. Ce travail d'ajustement, souvent informel, met en lumière leur rôle d'acteurs réflexifs capables de composer avec les prescriptions et les réalités du terrain. Comme l'exprime un enseignant : « On adapte toujours, sinon les élèves ne suivent pas » (enseignant, entretien). Il souligne également l'écart persistant entre curriculum prescrit et curriculum réel, ainsi que l'importance de reconnaître ces compétences professionnelles dans les dispositifs de formation et d'accompagnement (Tardif et Lessard, 2023). Toutefois, ce « bricolage » pédagogique, bien qu'il témoigne d'une créativité professionnelle, révèle aussi des fragilités liées au manque de ressources, de formation spécifique et de soutien institutionnel.

Du côté des élèves, les postures observées entre intérêt, distance critique et réappropriation confirment que l'éducation à la santé ne se réduit pas à un processus de transmission, mais relève d'une construction située, façonnée par les expériences sociales, familiales et culturelles. Certains expriment clairement leurs résistances face aux discours normatifs : « On nous dit ce qu'il faut faire, mais ça ne correspond pas toujours à notre réalité » (élève, focus group). Leur demande d'une éducation plus participative rejoint les approches pédagogiques contemporaines qui valorisent l'engagement actif, la co-construction des savoirs et le développement de compétences psychosociales (Schnohr *et al.*, 2022). La reconnaissance de ces dynamiques invite à dépasser les modèles pédagogiques unilatéraux pour instaurer des espaces de dialogue, de réflexion et d'expression favorisant l'appropriation des contenus.

L'écart entre curriculum prescrit, réel et vécu met en évidence des contraintes structurelles persistantes : rigidité des programmes, faible interdisciplinarité et articulation encore limitée entre acteurs éducatifs et partenaires externes (Ben Ayed et Gharbi,

2022 ; Mahjoub *et al.*, 2024). Comme le souligne un enseignant : « Le programme est chargé, il reste peu de place pour discuter avec les élèves » (enseignant, entretien). Ces limites freinent l'émergence d'une éducation à la santé pleinement intégrée et adaptée aux besoins des adolescents, dans un contexte social marqué par des transformations rapides. Elles appellent à repenser les politiques éducatives selon une approche systémique, articulant formation des enseignants, diversification des ressources pédagogiques et dispositifs d'évaluation réflexifs (Dewitte et Van Petegem, 2021 ; WHO, 2023).

Par ailleurs, la réception des messages de santé par les élèves apparaît étroitement liée aux référents culturels et sociaux qui structurent leurs représentations. Les décalages entre discours scolaires et réalités vécues soulignent la nécessité d'une approche contextualisée, attentive aux identités et aux dynamiques locales, afin de favoriser un dialogue éducatif plus authentique. Comme l'indique un élève : « À la maison, on nous apprend parfois autre chose que ce qu'on voit à l'école » (élève, focus group) (Garnier et Régnier, 2022). Dans cette perspective, la posture des enseignants comme médiateurs sociaux devient centrale, notamment pour établir des passerelles entre savoirs scolaires, expériences des élèves et enjeux de santé publique (Tardif et Lessard, 2023).

La participation active des élèves constitue un levier majeur pour renforcer la pertinence et l'efficacité des actions éducatives. Les dispositifs pédagogiques interactifs débats, projets collectifs, enquêtes favorisent le développement de compétences psychosociales, l'esprit critique et l'autonomie dans la gestion de la santé (Schnohr *et al.*, 2022). Ces orientations rejoignent les analyses soulignant l'importance d'une pédagogie dialogique, ancrée dans les réalités sociales des jeunes et orientée vers leur pouvoir d'agir (Ben Ayed et Mhiri, 2023). L'efficacité de l'éducation à la santé dépend également de l'articulation entre les différents acteurs impliqués : enseignants, élèves, familles, professionnels de santé et collectivités locales. Une approche collaborative et multisectorielle apparaît essentielle pour assurer la cohérence des messages et la continuité des actions éducatives (Khazri et Salah, 2024). Elle permettrait de dépasser l'isolement des pratiques scolaires et de promouvoir une culture de santé partagée au sein des établissements.

Enfin, cette étude confirme que l'éducation à la santé ne peut être pensée comme une discipline périphérique ou ponctuelle, mais comme un projet éducatif transversal. Son efficacité repose sur une approche participative, contextualisée et émancipatrice, capable de favoriser l'appropriation des savoirs et le développement de compétences critiques et réflexives chez les adolescents. Une telle transformation suppose un engagement institutionnel fort, reposant sur des politiques éducatives cohérentes, des formations adaptées et des ressources pédagogiques contextualisées. À ces conditions, l'éducation à la santé peut devenir un levier structurant pour le bien-être, la citoyenneté et l'autonomie des jeunes.

7 Conclusions et perspectives

Cette recherche met en évidence la complexité de la mise en œuvre de l'éducation à la santé dans les collèges et lycées tunisiens, caractérisée par des tensions entre prescriptions curriculaires, contraintes institutionnelles et pratiques professionnelles situées.

Elle révèle un écart persistant entre les intentions éducatives et les pratiques effectives, ainsi qu'une diversité de postures chez les élèves, oscillant entre engagement, distance critique et réappropriation des contenus. Malgré les limites structurelles, les enseignants développent des stratégies d'adaptation qui témoignent de leur agentivité professionnelle et de leur volonté de répondre aux besoins des élèves. Ces constats soulignent la nécessité de repenser les fondements de l'éducation à la santé en milieu scolaire, en privilégiant une approche transversale, contextualisée et participative. Une telle évolution suppose de renforcer la formation initiale et continue des enseignants, en y intégrant des dimensions relationnelles, psychosociales et interculturelles, afin de soutenir la conception de dispositifs pédagogiques sensibles aux réalités locales et propices à l'expression des élèves (Leclercq et Vienneau, 2022 ; Jourdan *et al.*, 2023). L'enjeu dépasse la transmission de connaissances : il s'agit de favoriser le développement de compétences critiques, réflexives et d'une autonomie durable en santé.

Sur le plan opérationnel, plusieurs perspectives se dégagent. Le développement de dispositifs de co-construction entre enseignants, élèves et partenaires éducatifs constitue un levier essentiel pour renforcer la pertinence des actions éducatives. La conception d'outils pédagogiques flexibles et contextualisés permettrait également de mieux prendre en compte la diversité des réalités sociales et culturelles. Par ailleurs, la mise en place d'évaluations continues et participatives contribuerait à enrichir les politiques éducatives et à soutenir l'amélioration des pratiques (WHO et UNESCO, 2023). Dans un contexte tunisien en mutation, l'école apparaît comme un espace stratégique pour promouvoir une culture de santé adaptée aux jeunes générations. Elle peut contribuer à développer leur pouvoir d'agir en les rendant capables d'interpréter, de questionner et d'agir sur les déterminants de leur santé (Jourdan *et al.*, 2023 ; Levin-Zamir *et al.*, 2022).

Cette perspective rejoint les principes de la littératie en santé et d'une éducation critique à la citoyenneté sanitaire. La reconnaissance du rôle des enseignants comme médiateurs et acteurs de transformation apparaît, à cet égard, fondamentale. Leur engagement doit être soutenu par des formations spécifiques, des espaces de concertation interdisciplinaire et des ressources pédagogiques adaptées, afin d'éviter que les pratiques ne reposent uniquement sur des initiatives individuelles (Leclercq et Vienneau, 2022 ; Tardif, 2023 ; Ben Ayed et Gharbi, 2022). Cette recherche ouvre également des pistes pour de futurs travaux, notamment l'analyse des effets des interventions en éducation à la santé sur les trajectoires scolaires et sociales des élèves, ainsi que l'étude des formes de collaboration entre acteurs éducatifs et sanitaires dans les territoires. Une telle approche permettrait d'enrichir les dispositifs existants et d'imaginer des modèles d'intervention mieux adaptés aux réalités tunisiennes (WHO et UNESCO, 2023 ; Schnohr *et al.*, 2022 ; Mahjoub *et al.*, 2024).

Enfin, penser l'éducation à la santé comme une composante transversale du projet éducatif de l'établissement, inscrite dans le temps long et articulée aux différentes disciplines, apparaît essentiel. Cette orientation rejoint les principes de l'école promotrice de santé, qui vise à articuler apprentissages, climat scolaire et environnement social favorable au bien-être (WHO, 2023). En renforçant cette cohérence systémique, l'école peut devenir un espace d'émancipation où les adolescents développent des

compétences critiques, relationnelles et citoyennes indispensables à leur santé et à leur autonomie (Jourdan *et al.*, 2023 ; Dewitte et Van Petegem, 2021). En définitive, l'éducation à la santé, lorsqu'elle est pensée comme un processus participatif, contextualisé et soutenu institutionnellement, constitue un levier majeur pour accompagner les adolescents dans la construction de leur autonomie et de leur pouvoir d'agir. Elle invite à articuler savoirs scolaires, réalités sociales et aspirations des jeunes afin de promouvoir une santé durable, équitable et inclusive.

Références bibliographiques

Audigier, F. (2012). Les éducations à… et la formation du citoyen : enjeux et tensions. *Revue française de pédagogie*, 180, 47-58.

Bandura, A. (2018). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Basilien-Gainche, M.-L. (2023). Normes de santé et régulations sociales : une lecture critique des politiques éducatives contemporaines. *Revue de Droit et de Santé Publique, 25*(2), 41–59.

Ben Ahmed, I., et Trabelsi, M. (2024). L'innovation pédagogique face aux défis sanitaires en milieu scolaire. *Revue Tunisienne d'Éducation Comparée, 6*(1), 55–70.

Ben Ayed, N., et Gharbi, A. (2022). Entre prescriptions et pratiques : l'éducation à la santé dans le secondaire tunisien. *Revue Tunisienne des Sciences de l'Éducation, 11*(1), 71–86.

Ben Ayed, N., et Mhiri, R. (2023). Santé, école et société : pour une éducation à la santé contextualisée. *Éducation & Société, 52*(2), 123–138.

Ben Miled, S. (2023). Les limites curriculaires de l'éducation à la santé dans l'enseignement des sciences en Tunisie. *Revue Tunisienne des Sciences de l'Éducation, 12*(1), 45–60.

Ben Rejeb, H., Karray, M., et Dhifallah, W. (2022). Jeunesse et reconfigurations sociales en Tunisie : regards croisés sur les transformations culturelles et sanitaires. *Cahiers de la Méditerranée, 104*(3), 112–129.

Ben Romdhane, Z. (2024). L'enseignement de la santé à l'épreuve du terrain : entre contraintes et ajustements. *Revue Maghrébine de Recherche en Éducation, 9*(1), 43–61.

Bouchamma, Y., et Giguère, M. (2023). *Leadership scolaire et collaboration interprofessionnelle pour la réussite éducative*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Braun, V., et Clarke, V. (2021). *Thematic analysis : A practical guide*. Sage.

Chikhaoui, S. (2023). Les enjeux sociaux de la santé en milieu scolaire tunisien. *Revue Internationale d'Éducation et de Santé, 4*(1), 21–38.

Creswell, J. W., et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

Cros, F. (2021). *L'innovation pédagogique, une réponse aux défis de l'école*. Paris : ESF Sciences Humaines.

Danic, I., et Quentin, P. (2021). La jeunesse comme acteur social : apports et limites des recherches participatives. *SociologieS*. https://doi.org/10.4000/sociologies.17874

Darmon, M. (2020). *La socialisation : retours sur une notion sociologique centrale*. Paris : La Découverte.

Darmon, M., et Gelly, M. (2022). Corps et socialisation : représentations de la santé chez les adolescents. *Revue Sociologie de l'Enfance, 6*(1), 39–56.

Dewitte, S., et Van Petegem, P. (2021). Engager les élèves dans leur éducation à la santé : vers une pédagogie participative et réflexive. *Revue Française de Pédagogie, 210*(3), 65–84. [En ligne] : https://www.cairn.info/revue-francaise-de-pedagogie-2021-3-page-65.htm

Feki, S., et Kacem, M. (2023). La diversité des normes sanitaires dans le système éducatif tunisien : une analyse contextuelle. *Éducation et Société, 41*(2), 97–113.

Flavier, E., et Trémolière, B. (2022). *Motivation, émotion et apprentissage en contexte scolaire*. Paris : Armand Colin.

Flaisier, C., et Leclercq, M. (2023). Santé et éducation : pour une approche critique et contextualisée. *Revue Éducation & Société, 45*(1), 78–95.

Foucault, M. (1976). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris : Gallimard.

Freire, P. (2021). *Pédagogie des opprimés* (rééd.). Paris : Éditions Libertalia.

Garnier, P., et Régnier, F. (2022). Santé et représentations sociales : entre normes médicales et cultures juvéniles. *Sciences Sociales et Santé, 40*(4), 57–74.

Gibbs, G. R. (2007). *Analyzing qualitative data*. Sage.

Gillet, J.-C., et Maestracci, N. (2023). L'invisibilisation des savoirs d'expérience dans l'éducation à la santé. *Revue Éducation & Société Inclusives, 8*(1), 34–52.

Hattie, J. (2022). *Visible Learning : leçons des recherches sur l'impact des pratiques pédagogiques*. Bruxelles : De Boeck.

Hart, R. A. (2020). *Children's participation : From tokenism to citizenship*. Florence, Italy : UNICEF Innocenti Research Centre.

Hébert, F. (2014). *Le bricolage éducatif : le comment et le pourquoi*. In Chemins de l'éducatif (pp. 65–78). Dunod. https://shs.cairn.info/chemins-de-l-educatif-\/-9782100709908-page-65?lang=fr

Jemai, M., et Trabelsi, L. (2023). Contraintes pédagogiques et marges d'action dans l'enseignement de la santé : étude de cas en milieu secondaire tunisien. *Éducation & Santé, 7*(2), 88–104.

Joubert, M., et Kacem, H. (2023). Enseigner la santé dans un monde pluraliste : entre savoirs prescrits et réalités adolescentes. *Revue Éducation et Santé, 18*(1), 44–62.

Jourdan, D. (2021). *L'éducation à la santé : des intentions aux pratiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jourdan, D. (2023). *Littératie en santé et éducation : vers une pédagogie émancipatrice*. Paris : Éditions ENS.

Jourdan, D., Simar, C., et Nicodème, F. (2022). *Construire une éducation à la santé inclusive*. Paris : INSPÉ de l'Académie de Paris.

Jourdan, D., Usherwood, T., et Nutbeam, D. (2023). Health education in schools : Challenges and perspectives. *Health Education Journal, 82*(1), 21–35. https://doi.org/10.1177/00178969221100000

Jorro, A. (2022). Curriculum vécu et reconnaissance des apprentissages. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur, 38*(2), 112–126.

Khazri, A., et Salah, L. (2024). Les partenariats école-communauté pour une éducation à la santé durable. *Revue Maghrébine de l'Éducation, 5*(1), 102–120.

Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., et Tsouros, A. (2022). *Health literacy : The solid facts*. Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe.

Langlois, L., et Peretti, M. (2022). Transversalité pédagogique et éducation à la santé : de la théorie à la pratique. *Revue Pédagogie et Société, 58*(3), 91–107.

Lave, J., et Wenger, E. (1991). *Situated learning : Legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Leclercq, D., et Vienneau, R. (2022). Former à l'éducation à la santé : entre enjeux professionnels et finalités éducatives. *Éducation et Formation, 69*(1), 88–104.

Levin-Zamir, D., Bertschi, I., et Sørensen, K. (2022). Health literacy and education : theory, research, and practice. *Health Education Journal, 81*(2), 128–139. https://doi.org/10.1177/00178969211000000

Mahjoub, H., Messaoudi, R., et Friaa, Y. (2024). Adolescents et éducation à la santé : entre réception et résistances. *Revue Nord-Africaine d'Éducation, 10*(1), 33–52.

Masmoudi, A., et Amri, F. (2022). Quand les adolescents demandent la parole : pour une éducation à la santé interactive et contextualisée. *Revue des Sciences de l'Éducation, 48*(2), 101–118.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2020). *Analyse des données qualitatives* (3 éd.). Bruxelles : De Boeck.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., et Moules, N. J. (2017). Thematic analysis : Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16*, 1–13.

Nutbeam, D., Lloyd, J. E. M., et Usherwood, T. (2021). Health promotion and health literacy : Advancing the policy and practice agenda. *Health Education & Behavior, 48*(3), 251–255.

Oueslati, A., et Lamloum, M. (2022). *L'éducation à la santé dans les établissements scolaires tunisiens : Enjeux et pratiques* [Rapport non publié]. Tunis, Tunisie.

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5 éd.). Paris : Armand Colin.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.

Perrenoud, P. (2001). Le curriculum entre le prescrit, le réel et le vécu : quelle régulation ? *Revue des Sciences de l'Éducation, 27*(2), 345–365.

Perrenoud, P. (2021). Le curriculum prescrit, réel, vécu : une articulation à repenser. Dans M. Altet (dir.), *Pratiques enseignantes et processus d'apprentissage* (pp. 45–64). Paris : PUF.

Pinzon-Rondon, A. M., Uribe, A. F., et Cespedes, L. (2021). Educational interventions for adolescent health promotion : a socioecological perspective. *International Journal of Adolescence and Youth, 26*(1), 34–49. https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1877765

Rigal, L., et Brossais, É. (2021). Injonctions sanitaires et inégalités éducatives : une lecture critique des politiques de prévention. *Revue Santé & Éducation, 19*(2), 59–75.

Roudaut, J. (2023a). La pédagogie réflexive dans l'éducation à la santé : entre engagement critique et autonomie des élèves. *Éducation et Société, 52*(1), 47–66.

Roudaut, J. (2023b). Pédagogie critique et autonomie des élèves en matière de santé. *Revue Éducation et Citoyenneté, 17*(1), 22–39.

Schneuwly, B., et Dolz, J. (2022). Le curriculum entre normes et pratiques : une perspective didactique. *Revue Suisse des Sciences de l'Éducation, 44*(2), 143–160.

Schnohr, C., Rasmussen, M., et Inchley, J. (2022). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) : lessons from 40 years of international research. *Health Education, 122*(6), 530–546. https://doi.org/10.1177/00178969211000000

Simar, C., et Nicodème, F. (2022). Les tensions éducatives autour des normes de santé : quels enjeux pour les enseignants ? *Revue des Sciences de l'Éducation, 48*(2), 91–109.

Tardif, M., et Lessard, C. (2023). *Le travail enseignant au quotidien : contribution à l'étude du travail dans les métiers et professions d'interaction humaine*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M. (2023). Le travail enseignant : entre prescription et autonomie professionnelle. *Revue Internationale d'Éducation de Sèvres, 92*(3), 23–37.

Triki, S., et Mhiri, A. (2023a). Curriculum tunisien et santé scolaire : un alignement encore à construire. *Revue Africaine des Sciences de l'Éducation, 11*(2), 75–91.

Triki, S., et Mhiri, A. (2023b). L'intégration de la santé dans les curricula tunisiens : entre politique éducative et réalité du terrain. *Revue Africaine des Sciences de l'Éducation, 11*(2), 75–91.

UNESCO. (2021). *Promoting health through schools : Global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Paris : UNESCO Publishing.

UNESCO. (2023). *L'éducation à la santé à l'école : vers une approche globale et inclusive*. Paris : UNESCO Publishing.

WHO. (2021). *Promoting health through schools : Global standards and indicators for health-promoting schools*. Genève : World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Making every school a health-promoting school : Implementation guidance*. Geneva, Switzerland : World Health Organization.

World Health Organization et UNESCO. (2023). *Strengthening health education systems through intersectoral collaboration : Global report*. Paris, France & Geneva, Switzerland : UNESCO/WHO.

Zerai, S., et Kriaa, M. (2022). Les enseignants face à l'éducation à la santé : entre convictions personnelles et contraintes professionnelles. *Revue Pédagogique Tunisienne, 17*(1), 25–44.

Zidi, N., et Saadi, H. (2021). L'éducation à la santé à l'épreuve des représentations sociales : étude de cas en milieu scolaire. *Cahiers de Recherche en Éducation et Formation, 62*, 55–70.

Annexe 1 :
Guide d'entretien semi-directif : Enseignants du secondaire (SVT, EPS, SH)

Objectif :

Comprendre les pratiques pédagogiques en matière d'éducation à la santé, les conceptions associées et les contraintes rencontrées dans le cadre scolaire tunisien.

Introduction (à adapter à l'oral)

Merci de participer à cette recherche portant sur l'éducation à la santé à l'école. Votre point de vue en tant qu'enseignant est essentiel pour mieux comprendre les pratiques actuelles et les enjeux rencontrés. L'entretien est confidentiel, vos réponses resteront anonymes, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

Partie A : Parcours professionnel et contexte d'enseignement

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement (matière enseignée, ancienneté, formation initiale) ?
2. Depuis combien de temps enseignez-vous dans cet établissement ?
3. Comment décririez-vous le public scolaire avec lequel vous travaillez (niveau scolaire, profil socioéconomique, rapport aux apprentissages) ?

Partie B : Représentations et conception de la santé

4. À votre avis, que signifie « éduquer à la santé » en milieu scolaire ?
5. Quelles dimensions de la santé vous paraissent prioritaires à transmettre aux élèves (physique, mentale, sociale, environnementale, autres) ? Pourquoi ?
6. Pensez-vous que l'école est un lieu pertinent pour traiter ces questions ? Si oui, dans quelles conditions ?

Partie C : Pratiques pédagogiques

7. Intégrez-vous des contenus relatifs à la santé dans vos cours ? Si oui, à quelle fréquence et sous quelle forme ?
8. Quels types de supports ou d'activités mobilisez-vous pour aborder ces thèmes (documents, discussions, projets, jeux de rôle, autres) ?
9. Travaillez-vous seul sur ces thématiques ou en collaboration avec d'autres enseignants ou intervenants ?
10. Avez-vous bénéficié d'une formation initiale ou continue liée à l'éducation à la santé ? Si oui, comment cela a-t-il influencé vos pratiques ?

Partie D : Contraintes et leviers

11. Quelles sont, selon vous, les principales difficultés ou obstacles à l'enseignement de la santé dans votre contexte ?
12. Existe-t-il des attentes particulières de la part des élèves, des parents ou de l'administration sur ces questions ?
13. Quels types de soutiens institutionnels ou pédagogiques seraient nécessaires pour mieux intégrer l'éducation à la santé dans votre enseignement ?

Partie E : Réflexivité et perspectives

14. Avez-vous perçu un changement dans les besoins ou comportements des élèves liés à la santé au fil des années ?
15. Quelles évolutions souhaiteriez-vous voir dans la manière dont l'école aborde les questions de santé ?
16. Selon vous, comment l'éducation à la santé pourrait-elle contribuer à la formation globale des élèves ?

Clôture de l'entretien

Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé mais qui vous semble important à mentionner ? Je vous remercie pour votre temps et votre contribution à cette étude.

Annexe 2 : Guide d'entretien : Focus groups élèves

Objectif : Explorer les perceptions, les expériences et les attentes des élèves concernant les contenus et pratiques d'éducation à la santé vécus à l'école.

Introduction (à lire au début de la séance)

Bonjour et merci de participer à cette discussion. Nous allons parler ensemble de ce que vous apprenez à l'école en lien avec la santé, de ce que vous en pensez, et de ce que vous vivez au quotidien à ce sujet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : ce qui nous intéresse, c'est ce que vous pensez et ressentez. Tout ce que vous direz restera anonyme. Vous êtes libres de ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

Partie A : Représentations et perceptions de la santé

1. Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire « être en bonne santé » ?
2. Quels sont les sujets liés à la santé que vous trouvez importants à connaître aujourd'hui ?
3. Est-ce que la santé, c'est seulement le corps, ou est-ce que ça concerne aussi d'autres choses ?

Partie B : Expériences scolaires

4. Est-ce que vous parlez de santé dans vos cours ? Dans quelles matières ? À quel moment ?
5. Quels thèmes liés à la santé avez-vous déjà abordés à l'école (alimentation, sport, sexualité, stress, addictions, autres) ?
6. Est-ce que vous trouvez que ces sujets sont bien expliqués ? Est-ce que vous arrivez à comprendre et à en parler facilement ?
7. Est-ce que vous avez déjà participé à des projets, des sorties, ou des activités spéciales autour de la santé dans votre établissement ? Si oui, lesquels ? Qu'en avez-vous pensé ?

Partie C : Intérêt, engagement et réactions

8. Est-ce que vous trouvez ces thèmes intéressants ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

9. Est-ce que vous pensez que ce que vous apprenez à l'école vous aide à prendre soin de votre santé au quotidien ?
10. Est-ce que vous parlez de ces sujets en dehors de l'école (avec vos amis, en famille, sur les réseaux sociaux) ? Est-ce que ça rejoint ce que vous voyez en classe ?

Partie D : Suggestions et attentes

11. Selon vous, qu'est-ce qui manque dans l'enseignement de la santé à l'école ?
12. Comment aimeriez-vous qu'on parle de la santé en classe ? (ex. : plus d'activités, discussions, vidéos, intervenants, etc.)
13. Si vous deviez donner un conseil à un enseignant pour mieux parler de santé avec les élèves, que lui diriez-vous ?

Clôture

14. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter, quelque chose que vous avez pensé pendant la discussion et qu'on n'a pas encore dit ?

Annexe 3 : Grille d'observation des séances pédagogiques

Dimensions observées	Indicateurs	Éléments à relever	Notes de terrain
Modalités didactiques mobilisées	Types d'activités proposées (exposé, travail de groupe, étude de cas, débat, etc.)	Organisation de la séance, supports utilisés, articulation théorie/pratique	
Interactions enseignant-élèves	Nature des échanges (questions ouvertes/fermées, feedback, reformulation)	Fréquence et qualité des interactions, place donnée à la parole des élèves	
Posture enseignante	Posture directive, accompagnatrice, médiatrice, réflexive	Gestion de la classe, encouragement, régulation des apprentissages	
Participation des élèves	Participation orale, engagement dans les activités, initiatives	Répartition de la parole, implication individuelle et collective	
Nature des contenus de santé abordés	Types de savoirs mobilisés (scientifiques, pratiques, expérientiels)	Pertinence, contextualisation, liens avec le vécu des élèves	
Ajustements pédagogiques	Adaptations face aux contraintes (temps, matériel, niveau des élèves)	Stratégies de régulation, différenciation pédagogique	
Climat de classe	Relations, respect, coopération, gestion des tensions	Atmosphère générale, motivation, attention des élèves	
Contraintes contextuelles	Contraintes matérielles, institutionnelles ou organisationnelles	Effets sur le déroulement de la séance	
Observations générales	Points saillants, situations significatives	Éléments imprévus, réactions notables	

Annexe 4 : Extraits des entretiens avec les enseignants

Thème	Enseignant	Verbatim
Bricolage pédagogique / adaptation	Enseignant SVT, Lycée urbain	« Pour certains sujets, je dois chercher des exemples concrets à côté des manuels… sinon les élèves décrochent totalement. ».
	Enseignant EPS, Lycée rural	« Je construis souvent des petites activités sur le terrain pour que ça ait du sens pour eux, mais ça prend du temps et ce n'est pas prévu dans le programme. ».
Isolement professionnel / manque de ressources	Enseignant Sciences humaines	Parfois, je me sens seul… je ne sais pas comment aborder certains sujets sensibles sans guide ou soutien. ».
Collaboration informelle / transversalité	Enseignant SVT & EPS	« On essaie de coordonner nos cours pour parler d'alimentation ou de sport ensemble, mais c'est rare et toujours dépendant de la motivation personnelle. ».
Contraintes disciplinaires	Enseignant SVT	« Le programme est tellement chargé que je n'ai pas de marge pour dialoguer avec les élèves sur ce qu'ils vivent vraiment. ».

Annexe 5 : Extraits d'observations en classe

Thème	Classe / Matière	Extrait d'observation
Décalage curriculum / réalité des élèves	Lycée urbain, SVT	Les élèves montrent peu d'intérêt lorsque l'enseignant explique les besoins nutritionnels avec des graphiques standardisés. Certains chuchotent entre eux ou consultent leurs téléphones.
Réactions des élèves	Lycée rural, EPS	Lors de la séance sur l'activité physique, plusieurs élèves se sont amusés à tester des exercices plus ludiques, montrant plus d'engagement que lors de l'explication théorique des bénéfices pour la santé.
Participation active / médiation	Lycée urbain, Sciences humaines	Les élèves ont été invités à partager des expériences personnelles sur le stress et la gestion des émotions. Les réponses ont été nombreuses et variées, illustrant la richesse des savoirs informels.
Résistances élèves	Lycée rural, SVT	Certains élèves ont ouvertement contesté l'idée que fumer est systématiquement dangereux, citant l'expérience de proches ou des médias sociaux.