Education, santé et territoires

Un dispositif participatif visant la professionnalisation des acteurs

Frank Pizon, Cédric Kempf, Matthieu Jourdan, Philippe Cury
Laboratoire ACTé EA4281 - Université Clermont-Auvergne (ESPE),
frank.pizon@univ-bpclermont.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.2 | pp. 231-242

Reçu le : 25/06/2014 | Accepté le : 19/12/2014

Résumé : Le dispositif « Education, santé et territoires » est un dispositif dont la conception et l'usage se veulent au plus près des problématiques professionnelles des acteurs de terrain. Il a comme objectif la professionnalisation des acteurs des secteurs éducatif, social et sanitaire en promotion de la santé par la formation et l'accompagnement « in-situ » sur une durée de trois années. L'intervention s'appuie sur une entrée écosystémique de la promotion de la santé à l'échelle territoriale autour de quatre axes : le leadership et le soutien institutionnel, la collaboration intersectorielle visant la participation multi-niveaux (enseignants et non-enseignants, parents, enfants et adolescents), la professionnalisation des acteurs par la formation et l'accompagnement, une planification ouverte.

Mots-clés : promotion de la santé, territoires, partenariat, professionnalité.

1 Introduction

Face aux grandes problématiques de santé publique, les interventions préventives précoces en éducation à la santé ont une pertinence régulièrement décrite dans les écrits scientifiques internationaux (O'Neill, 2004 ; Richard & *al.* 1999 ; MacDonald, 1998). Ces démarches d'intervention tendent à se structurer autour d'un consensus les positionnant dans une perspective globale de promotion de la santé (St Leger & *al.*, 2007). L'accroissement des inégalités sociales de santé (Haut Conseil de la Santé Publique, 2009) implique alors du fait même de la variété des déterminants de santé (Martin & Arcand, 2005) de mobiliser tant le pôle sanitaire, que le pôle éducatif ou social. Cette action conjointe se situe à l'interstice de champs professionnels multiples (Mérini & *al.*, 2010). Elle constitue potentiellement les fondements d'une démarche d'intervention valorisant des interactions

professionnelles (Simard & *al.*, 2011, p.39) que les enseignants, éducateurs, personnels de santé, acteurs sociaux expriment de manière pragmatique comme relevant d'un « besoin de culture commune » ou de « synergies » d'intervention. Sur le plan politique, soutenu par les résultats de la recherche, une volonté d'actions inter-sectorielles tend ces dernières années à être positionnée dans un sens écologique voire écosystémique afin de prendre en compte une variété suffisante de déterminants de santé (Green & Kreuter, 1999).

Nous allons décrire dans cet article les principaux éléments structurants d'une forme d'intervention relevant de ce type de démarche globale : le dispositif « Education, Santé et Territoires » implanté dans le département de l'Allier [1] (EST 03), autour des principes qui le structurent et des orientations qui ont prévalu à sa conception. Nous en définirons dans un premier temps les principales caractéristiques. Nous présenterons ensuite les cadres conceptuels fondateurs de cette intervention afin de décrire ses finalités, sa stratégie et ses modalités.

2 Les quatre spécificités principales d'intervention du dispositif EST

La première spécificité du dispositif « Education, santé et territoires » est de s'adresser à des professionnels volontaires au contact de jeunes de 3 à 16 ans et travaillant dans les secteurs social, éducatif, sportif ou culturel, au sein de structures d'État, de collectivités territoriales ou d'associations. Il est positionné en Auvergne [2] sur trois secteurs de l'Allier (Vichy, Montluçon et Moulins).

Sa seconde spécificité est de viser la professionnalisation des acteurs afin de développer leur appétence et leur expérience en promotion de la santé. Il s'appuie pour cela sur le *couple formation et accompagnement* sur une durée de trois années.

La troisième spécificité est d'être un dispositif, pas un programme au sens restrictif d'un terme qui voudrait positionner les formations dispensées dans le but de mettre en place des actions identifiées comme prioritaires par un collège d'experts et planifiées de manière chronologique. La démarche privilégie la participation des professionnels de terrain tout autant que des formateurs à l'identification et à la prise en compte de thématiques prioritaires d'intervention.

La quatrième spécificité de ce dispositif est d'être financé par une collectivité territoriale [3], auquel viennent s'adjoindre des financements de communautés d'agglomération [4]. Le portage global du dispositif est assuré par l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation - Clermont-Auvergne, site de Moulins dans l'Allier.

1. Nous utiliserons l'acronyme EST 03.

2. Les spécificités des territoires de santé auvergnats témoignent d'une ruralité forte qui offre ainsi un contexte intéressant. Les caractéristiques de sa population montrent une densité faible (52 hab./km2 vs 115 hab./km2 en France métropolitaine), un indice de vieillissement important (93 en Auvergne vs 69) avec un taux de pauvreté légèrement supérieur à la moyenne du territoire métropolitain (14,3% vs 14,1%). Le taux de surmortalité auvergnat (TSM) est de +5% pour le TSM général et de +6% pour le TSM prématuré et 6 décès sur 10 sont liés à une tumeur ou une maladie cardio-vasculaire.

3. Le Conseil général de l'Allier est le principal financeur à hauteur de 15000 euros sur trois ans.

4. Les Communautés d'agglomération « Moulins Communauté » et « Vichy Val d'Allier » participent dans le cadre du Projet de Réussite Educative et du Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

3 Principes éthiques d'accompagnement et de pilotage

Nous insisterons à ce stade sur les principes éthiques en arrière-plan de ce dispositif « Education, santé et territoires ». Nous nous appuierons pour cela sur le rapport Belmont (National Commission for the protection subjects in biomedical and behavioral research, 1979), analysé et interprété par Lechopier (2010), lui-même faisant référence aux travaux de Shore (2006). Les trois principes éthiques fondamentaux du rapport Belmont sont la bienfaisance, le respect des sujets et la justice.

En ce qui concerne ces principes, l'engagement a donc été pris auprès des acteurs, mais aussi de la collectivité qui finance le projet, que le dispositif apporte une plus-value au travail des participants, et par conséquent un bénéfice aux habitants des territoires.

Les acteurs de terrain comme les formateurs sont volontaires. La qualité de la relation entre formateurs-accompagnants et professionnels de terrain est primordiale et la confiance mutuelle une priorité.

4 Cadres théoriques du dispositif EST

On observe que bien souvent les dispositifs de promotion de la santé sont peu explicites sur les cadres théoriques qu'ils mobilisent du point de vue de l'intervention. Le dispositif EST se situe dans cet effort de clarification conceptuelle, ancrée dans les données probantes internationales en matière d'efficacité d'intervention.

Le concept d'écosystème est fondateur de l'approche d'EST. Il permet de considérer un ensemble « d'unités hétérogènes, dont les interactions sont difficilement prévisibles et qui peuvent englober de nombreuses échelles spatiales et temporelles » (Forget & Lebel, 2003). La définition d'un écosystème est nécessairement arbitraire : comment circonscrire un système qui est lui-même en mouvement et en adaptation permanente avec d'autres systèmes ? La participation des acteurs, principaux opérateurs du changement et de la compréhension des situations problématiques, est ici essentielle (*in* Forget & Lebel, 2003 en référence à Richard & *al.*, 1999).

Dans cette perspective écosystémique, les principes qui ont prévalu à EST se structurent selon quatre axes issus de la littérature internationale :

- Leadership et soutien institutionnel

Il est à présent clairement admis à l'échelle internationale la nécessité d'obtenir l'adhésion et le soutien des institutions (Han & Weiss, 2005 ; Pizon & Jourdan, 2009). Le soutien recherché est de faire adhérer les leaderships au sein de chaque structure (d'État, collectivité ou association) en amont de toute proposition aux acteurs de terrain puis au cours des différentes phases de développement du dispositif. À ce titre, on observe que le portage institutionnel progressif d'EST constitue un révélateur intéressant de l'adhésion de responsables des acteurs de terrain à ses objectifs, que ce soit au niveau des inspecteurs de l'Éducation nationale, des responsables de centres sociaux, des principaux de collège, ou des responsables d'assistantes sociales de secteur par exemple.

- Collaboration intersectorielle

La pertinence d'interventions mobilisant des professionnels variés pour une prise en compte de l'ensemble des dimensions de vie a été soulignée par les travaux de Stewart-Brown (2006). L'entrée territoriale de la promotion de la santé du dispositif EST 03 permet de nous décentrer du milieu scolaire afin de prendre en compte d'autres milieux de vie fréquentés par les jeunes. Si l'École est maintenant largement identifiée dans les travaux de recherche nationaux et internationaux comme ayant une position stratégique en matière de prévention et d'éducation à la santé (St Leger & *al.*, 2007), il n'en demeure donc pas moins que les structures scolaires s'inscrivent dans un territoire aux visages multiples (Dahlgren & Whitehead, 1992) où le milieu scolaire n'en constitue qu'une des composantes.

- Planification ouverte

Les logiques descendantes « top-down » n'engagent peu ou pas les acteurs d'un territoire à collaborer et donc à finaliser des actions en partenariat. Il s'agit de prendre appui sur leurs capacités à trouver des réponses à des problèmes déterminés par eux-mêmes (Bourque, 2008 ; Société Française de Santé Publique, 2000 ; Goudet, 2009). La conception et la mise en œuvre des actions visent donc à impliquer les acteurs au plus près de leurs possibilités d'intervention.

5 Préparation et mise en place du dispositif

Le dispositif EST a fait l'objet entre juillet 2011 et février 2012 d'une phase de conception et de présentation aux élus, personnels d'encadrement et acteurs de terrain. Nous nous intéresserons ici uniquement à cette phase de conception. La phase opératoire (mars 2012 à juin 2015) fera l'objet d'autres communications. L'étape de conception a donné lieu à un travail exploratoire de recherche qui a fait l'objet d'une communication (Kempf & *al.*, 2013).

Cette étude exploratoire a permis un état des lieux sous la forme d'entretiens semi-directifs qui visaient à inventorier les actions déjà engagées et à identifier les représentations en matière de santé et d'intervention en promotion de la santé. Une restitution systématique auprès des acteurs a été faite en plénière.

Il apparaît que les acteurs, indépendamment de leurs fonctions (professionnels, élus, bénévoles), donnent sens à leur activité en promotion de la santé autour d'un double ancrage. Ils ont à appréhender une première définition de leur activité plutôt de type technico-administrative définie dans quelque chose d'un « en-dehors » de leur territoire (« ça vient d'en haut », « c'est écrit sur le papier ») ainsi qu'une deuxième plus incarnée, singulière, avec un impératif de devoir s'adapter « au terrain ». Le public d'enfants et d'adolescents qu'ils rencontrent les placent dans un interstice entre sphère publique et sphère privée qui laisse apparaître tantôt une gêne à intervenir, en particulier sur les questions d'hygiène fortement évoquées, tantôt un sentiment d'impuissance, ainsi qu'une tension permanente entre les enjeux institutionnels et les préoccupations de leur public. De cette situation, les acteurs, à différents niveaux, émettent le besoin de travailler à plusieurs pour tenter de gérer au mieux ces tensions. Ici l'approche territoriale, au sens où les acteurs peuvent physiquement se connaître et se reconnaître, répond autant à une pratique déjà à l'œuvre ni formalisée ni valorisée, qu'à un besoin.

Nous retrouvons ici un élément qui préfigure une dynamique d'accompagnement au développement des communautés comme défini par Bourque (2008), soutien qui est visé dans ce dispositif "Education, santé et territoires".

6 Accompagnement des acteurs de terrain

Le vecteur puissant que constitue la formation et l'accompagnement des professionnels a été largement décrit dans la littérature en éducation à la santé. La formation des acteurs en promotion de la santé apparaît comme un élément déterminant d'évolution des pratiques (Kealey & *al.*, 2010 ; Jourdan, 2010 ; Denman, 1994 ; St Leger, 1998). Cette ambition transformative s'appuie sur l'approche écologique du développement (Bronfenbrenner, 2005), appliquée à la promotion de la santé (Absil & *al.*, 2012). Les individus sont placés au centre des préoccupations en prenant en compte leurs conditions environnementales et interactionnelles. Le paradigme interventionnel de Bronfenbrenner permet ainsi de penser les territoires de vie et de travail sur plusieurs niveaux. Il place les interactions entre les individus et leurs environnements sociaux et physiques au cœur d'un processus afin d'agir sur les facteurs d'un niveau à l'autre.

La posture de formation et d'accompagnement au sein d'EST est donc axée sur les spécificités d'une formation continue : (1) elle s'adresse à des adultes, (2) elle porte sur une pratique professionnelle et l'exercice d'un métier, (3) elle considère que cette pratique professionnelle trouve des points de stabilité par un ancrage sur l'expérience dans un processus relevant de multiples « bricolages », (4) elle aborde des questions de santé en lien avec des objets particuliers, socialement partagés, vifs et sensibles, impactant la nature de la formation et de l'accompagnement, et (5) elle conduit à adopter une posture réflexive de la part du sujet (Perrenoud, 2001).

Les objectifs des formations et de l'accompagnement sont (1) de développer l'expertise des professionnels afin de leur permettre d'intervenir en promotion de la santé auprès des jeunes en améliorant leurs compétences psychosociales [5] favorables à leur développement personnel, (2) de découvrir, analyser et utiliser des outils et des supports d'intervention qui vont permettre d'aborder l'éducation à la santé et la promotion de la santé auprès des jeunes et (3) d'identifier les partenariats mobilisables aux échelles locale, départementale et régionale.

Ces objectifs se déploient suivant cinq domaines. Chaque domaine est porté par un groupe de 5 à 10 formateurs issus de différents secteurs (tableau 1), qui sont amenés à intervenir au sein même des structures impliquées dans EST 03.

Le descriptif de chacun des domaines est repris ici tel qu'il a été négocié au sein de chaque groupe de formateurs autour des intentions formatives portées collectivement.

5. Ces compétences psychosociales, décrites par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont au nombre de 10, parmi lesquelles : développer l'esprit critique, se donner les moyens de résoudre des problèmes et apprendre à faire des choix afin de résister aux contraintes de situations environnementales physiquement, affectivement et/ou socialement oppressantes pour le jeune.

Tableau 1 – Positionnement institutionnel des 40 formateurs accompagnateurs du dispositif EST 03 auprès des acteurs de terrain.
Légende : Les groupes de chaque domaine s'appuient sur la même diversité professionnelle que celle des acteurs de terrain qui sont accompagnés dans le dispositif « Education, santé et territoires » : 22 personnes des services de l'État (55%), 2 personnes des collectivités (5%), 14 associatifs (35%) et 2 formateurs autres (5%).

Services de l'État	Collectivités	Associations	Autres
14 Formateurs ESPE (9 PESPE [6], 5 PEMF [7])	1 Conseil général	3 Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)	1 Consultant en prévention
5 Conseillers pédagogiques	1 Communauté d'agglomérations	1 Centre Permanent d'Initiatives pour l'Environnement (CPIE)	1 Délégué Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)
1 Médecin conseillère technique (DASEN) [8]		1 Office Central de la Coopération à l'Ecole (OCCE)	
1 Infirmière conseillère technique (DASEN)		1 Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA)	
1 Assistante sociale conseillère technique (DASEN)		1 Atelier santé ville	
		1 Association Départementale de Pupilles de l'Enseignement Public (ADPEP)	
		1 Association Générale des Enseignants des Écoles et classes Maternelles publiques (AGEEM)	
		2 Institut Régional de Formation Sanitaire et Social Auvergne (IRFSSA)	
		2 Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré (USEP)	
		1 Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS)	

– Domaine n° 1 : intervenir en promotion de la santé

Le domaine d'intervention en promotion de la santé apporte des éléments théoriques et pratiques de conception et de mise en œuvre d'actions en promotion de la santé. En travaillant avec les acteurs au plus près de leurs réalités, ce groupe de formateurs [9] s'appuie sur la mise en évidence des répercussions d'une démarche promotrice de santé.

6. Professeur d'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education
7. Professeur des Ecoles Maître Formateur
8. Direction Académique des Services de l'Éducation nationale
9. Ce groupe de formateurs est également amené à intervenir en formation de formateurs auprès des membres des quatre autres domaines.

– Domaine n° 2 : environnement et qualité de vie

Ce domaine se base sur le principe qu'un enfant ou un adolescent est en mesure de se construire de manière davantage responsable et autonome, d'éprouver et d'améliorer son sentiment de bien-être, s'il se développe dans un cadre de vie adapté, accompagné mais non assisté, offrant des garanties de respect de la personne. Ce domaine accompagne les acteurs professionnels dans le développement de la capacité à prendre part à l'amélioration de son environnement et de son cadre de vie social par des stratégies participatives.

– Domaine n° 3 : relations structures / familles

L'objectif d'une collaboration, voire d'un partenariat effectif entre les structures d'accueil des jeunes et les familles peut s'élaborer en tenant compte des visées et des référents de chacun. Une approche d'anthropologie de la santé permet de mieux comprendre les dimensions sociales et culturelles en matière de santé dans le cercle familial (sphère privée) et dans les lieux d'accueil des jeunes (sphère publique). Ce domaine recherche la cohérence des interventions dans les différents espaces en veillant à établir une relation de confiance et d'échange entre parents et professionnels.

– Domaine n° 4 : arts, culture et littérature

Qu'il s'agisse des activités artistiques et culturelles ou encore de la littérature, ce domaine permet de concevoir des activités propices au développement de l'esprit critique des jeunes, et d'aborder l'expression des sentiments et des émotions, l'image du corps, ou encore l'entraide, la solidarité, le respect, etc., par le développement de la conscience de soi et de son rapport aux autres et au monde.

– Domaine n° 5 : activités physiques et sportives

Dans la pratique d'activités physiques et sportives, les pratiquants sont confrontés à des situations-problèmes qui impliquent de savoir prendre des décisions. Ce domaine permet également de considérer l'activité physique de la vie quotidienne (les trajets actifs entre domicile et école, club, etc.), les activités physiques de loisirs encadrées (clubs ou associations partenaires de l'École), les activités de loisirs libres. Une attention toute particulière est portée au plaisir d'agir.

Au niveau départemental, ce ne sont pas moins de 69 acteurs de terrain (tableau 2) qui participent à EST 03.

7 Evaluation des processus de professionnalisation

Nous cherchons ici à décrire les fondements d'une recherche s'intéressant à comprendre les processus de professionnalisation qui sont à l'œuvre dans le travail collectif (Darses, 2009 ; Grangeat & *al.*, 2009 ; Wittorski, 2007) dans le cadre des formations et de l'accompagnement au sein du dispositif EST 03.

Selon De Terssac et Friedberg (1996), la conception est une activité collective centrée sur une « prescription réciproque » et également une suite décisionnelle permettant de structurer l'action. Nous considérons la décision comme un élément de régularité du processus collectif, avec des espaces et moments de négociation reliant l'appréhension de la porosité

au champ social et le lien unissant santé et intimité du sujet (Pizon & Jourdan, 2010), l'existence d'un contexte entre les formateurs, entre les institutions (Leplat, 2001).

Tableau 2 – Répartition des 69 acteurs de terrain impliqués dans le dispositif EST.
Légende : Le dispositif « Éducation, santé et territoires » concerne une diversité d'acteurs se répartissant entre les services de l'État (59,4% dont 97,6% sont de l'Éducation nationale), les collectivités (24,6%), les associations (10,3%) et le secteur libéral (5,7%).

Services de l'État	Collectivités	Associations	Autres
25 enseignants du premier et du second degré	5 membres de centres sociaux municipaux	1 éducateur Association Départementale de Sauvegarde l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA)	3 professionnels libéraux (pharmacien, dentiste, infirmière)
15 personnels d'établissements scolaires non-enseignants (Conseiller Principal d'Education, infirmières scolaires, Assistant d'Education, gestionnaire, etc.)	1 puéricultrice de centre médico-social de Conseil général	1 directrice de centre social rural	1 assistante sociale de la Mutualité sociale Agricole
1 éducateur Protection Judiciaire de la Jeunesse	1 élu (Maire)	4 membres d'associations sportives	
	3 Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles (ATSEM)	1 animateur d'une association d'initiative à l'environnement	
	1 coordonnateur de Projet de Réussite Educative		
	2 agents de restauration		
	4 animateurs de maisons de quartier municipales		

Nous formulons l'hypothèse que ce travail collectif permet la construction d'une communauté de pratiques (Wenger, 2005), source de développement de l'activité. Plus précisément, l'étude se situe en amont et en aval des actions que les formateurs ont à conduire avec les acteurs de terrain. En effet, nous nous intéressons aux processus qui conduisent les formateurs à négocier (entre eux et avec le terrain) et donc à décider de ce qu'ils vont concevoir par la suite, avec les multiples réajustements faisant suite à l'animation des temps de formation. De ce fait, nous cherchons également à étudier, du point de vue des acteurs de terrain, comment cet accompagnement permet leur propre professionnalisation en promotion de la santé. Ces processus d'activité collective, que nous considérons donc comme des révélateurs de ces professionnalisations (acteurs de terrain comme formateurs), comprennent nombre de facteurs (valeurs, représentations, compétences, diversité d'engagement, etc.).

8 Conclusion

Le dispositif « Education, santé et territoires » (EST 03) s'appuie sur des éléments bibliographiques connus et reconnus à l'échelle nationale et internationale. Nous nous appuyons sur une littérature qui soulève ce que nous pourrions caractériser comme relevant d'une forme de consensus pour intervenir en promotion de la santé autour de termes structurant tels que « écosystémie », « intersectorialité », « territorialité ».

Pour autant, au-delà de cette clarification conceptuelle, nous savons que ces termes ne nous apportent que très peu d'informations quant aux formes d'intervention possibles. Très peu de travaux de recherche s'intéressent par exemple au travail collectif et à la mise en place de collectifs de travail (Caroly, 2010), qui représente pourtant un aspect central dans une perspective globale de promotion de la santé.

Par la mise en place du dispositif EST 03, nous postulons que la proximité avec les acteurs de terrain, leur rapprochement avec les formateurs et l'animation d'espaces et de temps de formation « *in situ* » constituent une priorité. Cela permet d'une part d'envoyer le signal fort d'une volonté de prise en compte des enjeux du terrain, et d'autre part, de « rapprocher » les formateurs des espaces d'intervention des acteurs intervenant auprès des jeunes. L'évolution constante et rapide des conditions d'exercice professionnel montre que cette proximité devient plus que jamais nécessaire.

Nous constatons que les injonctions permanentes en santé publique et la fluctuation des orientations institutionnelles ne participent pas à baliser l'activité des professionnels de terrain, et que celles-ci peuvent même avoir un effet contreproductif. Le dispositif EST 03 essaie surtout de créer du lien, d'établir des passerelles en tenant compte des contraintes locales. Il s'agit tout autant d'émanciper les formateurs que les acteurs de terrain par une posture réflexive. Ce dialogue entre des milieux et des professionnels différents constitue probablement un enjeu majeur pour penser l'action publique. En effet, comment se sortir d'une complexité sans considérer que l'action collective d'un tout sera supérieure à la somme de l'action individuelle de ses parties ?

Remerciements

Ces remerciements s'adressent en tout premier lieu aux acteurs impliqués dans le dispositif EST 03, aux responsables de domaines (Evelyne Bertrand, Françoise Janier, Michel Barrault, Jean-Luc Ducroux, Cédric Kempf), à l'ensemble des membres qui constituent ces groupes de formation et d'accompagnement, ainsi qu'aux financeurs, tout particulièrement le Conseil général de l'Allier.

9 Bibliographie

Absil, G., Vandoorne, C. & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la Santé. Liège : Université de Liège APES-ULG.

Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés.* Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human : Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks : Sage Publications.

Caroly, S. (2010). L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail. HDR soutenue publiquement le 03 mars 2010. Mention Ergonomie. Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Dahlgren G., Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen : WHO.

Darses, F. (2009). Résolution collective des problèmes de conception. *Le travail humain*, *72(1)*, 43-59.

Denman, S. (1994). Do schools provide an opportunity for meeting the Health of the Nation targets ? *Journal of Public Health Medicine.* 10 (2), 219-222.

De Terssac, G., & Friedberg, E. (1996). *Coopération et conception.* Toulouse : Octarès.

Forget, G., & Lebel, J. (2003). Approche écosystémique à la santé humaine. In Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P. & Dewailly, É. (Dir.). *Environnements et santé publique. Fondements et pratiques* (pp. 593-638). Paris : Tec & Doc.

Grangeat, M., Rogalski, J., Lima, L. & Grau, P. (2009). Comprendre le travail collectif enseignant : effets du contexte de l'activité sur les conceptualisations des acteurs. *Revue suisse des sciences de l'éducation*, *31(1),* 151-168.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning : An Educational and Ecological Approach.* New York : McGraw-Hill.

Goudet, B. (2009). *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local.* Lyon : Chronique Sociale.

Han, S. S. & Weiss, B. (2005). Substainability of teacher implementation of school-based mental health program. *Journal of Abnormal Child Psychology. 33(6),* 665-679.

Haut Conseil de la Santé Publique (2009). *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP..

Jourdan, D. (2010). *Education à la santé, quelle formation pour les enseignants ?* St-Denis : INPES.

Kempf, C., Pizon, F., Jourdan, D. (2013). *Etude exploratoire de conditions d'appropriation d'un dispositif en promotion de la santé à l'échelle territoriale*. Communication présentée au Colloque AREF, Montpellier, France, août.

Kealey, K.-A., Peterson, A.-V., Gaul, M., & Dinh, K.-T. (2010). Teacher training as a behavior change process : principles and results from a longitudinal study. *Health Education Behavior, 27(1)*, 64-81.

Lechopier, N. (2010). Éthique et justice dans les recherches participatives ancrées dans les communautés. Le cas d'une enquête écosystémique en Amazonie. *Ethique publique, 12* (1), 201-223.

MacDonald, T. H. (1998). *Rethinking Health Promotion : A Global Approach.* Oxon : Routledge.

Martin, C. & Arcand, L. (2005). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : Pour la réussite, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec : Gouvernement du Québec / MELS.

National commission for the protection of subjects in biomedical and behavioral research, 1979. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *The Belmont report : Ethical guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington DC : U.S. Government Printing Office.

O'Neill, M. (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? *Promotion & Education*, *1,* 6-10.

Perrenoud, P. (2001). De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche & Formation, 36*, 131-162.

Pizon, F. & Jourdan, D. (2010). *Tabac, alcool, drogue : la prévention au lycée.* Paris : Editions L'Harmattan.

Richard, L., Breton, É., Lehoux, P., Martin, C. & Roy, D. (1999). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Canadian journal of public health*, *90 (2),* 99-103.

St Leger, L. (1998). Australian teachers' undestandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health Promotion International, 13*(3), 223-236.

St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S. & Young, I. M. (2007). School Health Promotion : Achievements, Challenges and Priorities. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Eds), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107-124). New York : Springer Science & Business Media.

Shore, N. (2006). Re-conceptualizing the Belmont report : A community-based participatory research perspective. *Journal of Community Practice, 14 (4),* 5-26.

Simard, C., Deschesnes, M. & *al.* (2011). *Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire.* Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Société Française de Santé Publique (2000). Promotion de la santé et développement social : la démarche communautaire. *Collection Santé et Société, 9.*

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach ?* Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique. Apprentissage, sens et identité.* Québec : Les Presses de l'Université de Laval.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel.* Paris : L'Harmattan.

Références sur le web :

Leplat, J. (2001). La gestion des communications par le contexte. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne]. http ://pistes.revues.org/3755 (04/12/2014).

Mérini, C., Victor, P. & Jourdan, D. (2010). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif. *Travail et formation en éducation* [En ligne]. http ://tfe.revues.org/13346. (04/12/2014).