Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires

Nolwenn Violon[2], Didier Jourdan[1], Emily Darlington[1-2], Ludivine Sabalot[3], Annie Charron[3], Julie Pironom[1] et Carine Simar[1-2]

[1] Laboratoire Acté EA 4281, ESPE Clermont-Auvergne, Université Blaise-Pascal – Clermont-Ferrand
[2] ESPE de l'Académie de Lyon, Université Claude-Bernard Lyon 1
[3] Équipe École Santé Territoire 78, ESPE de l'Académie de Versailles, Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 2, No 2 | pp. 17-42

Reçu le : 03/01/2016 | Accepté le : 31/08/2016

Résumé : En France, l'action publique en matière de santé est focalisée sur l'amélioration de la santé de tous et sur la réduction des inégalités de santé. Milieu de vie qui accueille les enfants et adolescents pendant plus d'une décennie et espace privilégié d'éducation, l'école contribue à l'amélioration de la santé, en agissant sur de multiples déterminants, *via* trois domaines : l'environnement physique et social de l'établissement, le lien au système de santé et les apprentissages. La mise en place de dispositifs de promotion de la santé à l'école représente ainsi un enjeu de premier ordre.

Cependant, les contextes scolaires sont divers, marqués par de fortes inégalités tant sociales que territoriales et des environnements professionnels variés. De plus la multiplicité des déterminants et de leurs interactions rendent l'action complexe, tant au niveau des conditions d'une implantation adaptée que dans l'évaluation des effets.

Cette étude interroge la mise en œuvre d'un dispositif de promotion de la santé à l'école, dans divers contextes (environnement social, localisation, taille de l'école). Le cadre de l'évaluation réaliste a été mobilisé afin d'approcher au mieux cette complexité. À partir de données mixtes (quantitatives et qualitatives), récoltées dans les écoles et les circonscriptions concernées, ont été décrits, à la fois : les configurations Contexte-Mécanismes-Effets (CME) aux différents niveaux de l'implantation et les modalités d'implantation dans divers contextes d'école. La comparaison des CME théoriques à celles observées permet de mieux

comprendre les dynamiques d'implantation et d'identifier les déterminants de l'efficacité des interventions.

Mots-clés : promotion de la santé, évaluation, école primaire, inégalités, contextes, dynamique d'implantation.

Introduction

La réduction des inégalités de santé est au cœur des politiques publiques (MASS, 2013), qui se sont longtemps focalisées sur l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Les données disponibles montrent que cette approche est insuffisante (*The Marmot Review*, 2010), car les inégalités résultent, plus largement, des trajectoires de vie des personnes, et de leurs conditions de vie (facteurs géographique, économique, social, éducatif...), notamment dans l'enfance (Lang, 2010, 2012 ; DRESS, 2015). Cette période, déterminante dans l'apparition des inégalités de santé, est donc un moment clé pour mettre en place des interventions de promotion de la santé.

L'école, en tant qu'espace d'éducation et milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents pendant plus d'une décennie, constitue un contexte favorable à la mise en œuvre de ce type d'interventions (Jourdan & Lombrail, 2015). On sait que l'éducation est l'un des principaux déterminants de la santé pour toute la vie et un facteur agissant sur les inégalités sociales et territoriales de santé (St-Léger, 2009). Le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé (Capoor, Hopkins, Kolbe, Nyamwaya, Sanguor & Ye, 1997) en agissant sur divers déterminants *via* : l'environnement physique et social des établissements, le lien au système de santé et les apprentissages (Jourdan, 2004). Les interventions de promotion de la santé à l'école permettent ainsi d'agir précocement pour cibler les « causes des causes » des inégalités.

Les données montrent que l'efficacité de ce type d'intervention dépend de l'approche choisie (globale, multifactorielle, basée sur le renforcement des compétences), du contexte (soutien institutionnel, implantation de longue durée) et du travail collectif construit autour de l'école (St-Léger, 2007, 2009 ; Stewart-Brown 2006 ; Lang, 2010). D'autre part, une approche d'universalisme proportionné, qui inclut des actions universelles et d'autres plus ciblées, semble plus favorable dans une perspective de réduction des inégalités, qu'une intervention centrée seulement sur les plus vulnérables, qui risque de stigmatiser, sans pour autant répondre à tous les besoins (Breton, 2015). Enfin, une intervention qui n'est pas pensée de façon spécifique, adaptée aux caractéristiques du territoire d'implantation, risque de contribuer à l'accroissement des inégalités, et de ne pas répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population (Potvin, Ginot & Moquet, 2010). Agir dans une perspective de réduction des inégalités de santé soulève donc de multiples difficultés.

Une intervention de promotion de la santé s'apparente donc à un dispositif complexe dans lequel les éléments interagissent non seulement les uns avec les autres, mais également avec le contexte (Blaise, Marchal, Lefèvre & Kegels, 2010). Des regards parcellaires, atomisés, sur ces interventions ne peuvent en rendre compte et ne permettent pas d'expliquer la façon dont elles agissent pour réduire / renforcer les inégalités. C'est donc une approche globale qui a été privilégiée dans cette étude, dont l'objet est d'identifier non seulement

les effets produits, mais aussi les mécanismes liés à la mise en œuvre d'un dispositif, dans divers contextes.

L'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997) a été choisie dans ce cadre. Il s'agit d'un outil de santé publique, ajusté et utilisé auparavant dans l'évaluation de dispositifs de promotion de la santé à l'école (Guével, Pommier & Jourdan, 2015). Cette méthode permet d'approcher le système complexe qu'est le dispositif, par la mise en tension du modèle théorique construit avec la réalité observée (Guével, 2012). D'autre part, cette évaluation favorise une approche double, à la fois sur le processus et sur l'impact de l'intervention, par la mobilisation de données de natures différentes (Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walsh, 2005). Enfin, elle permet de renforcer le dispositif, en impliquant des acteurs (Guével, Pommier, Jourdan, 2010) et d'accentuer les effets auprès des élèves (St-Léger, 1999). L'évaluation réaliste postule qu'un même élément, peut conduire à des effets divers, selon le mécanisme qui agit, en relation avec le contexte, et elle se donne pour objectif de définir ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances, par la description de configurations de Contexte-Mécanisme-Effet (CME). Elle a été choisie ici pour avoir accès à une vision globale de l'intervention, et mettre en évidence les mécanismes susceptibles d'agir en faveur d'une réduction des inégalités de santé lors d'une intervention de promotion de la santé à l'école. Le travail mené consiste ainsi à mettre en relation les mécanismes et effets produits par rapport à ceux anticipés et à décrire les diverses modalités d'implantation du dispositif, dans des contextes différents, autour d'établissements du premier degré. Nous faisons l'hypothèse que la mise en œuvre d'un dispositif complexe dans divers contextes aura des effets divers et que l'évaluation réaliste nous permettra de mettre à jour de nouveaux éléments susceptibles d'enrichir l'analyse des inégalités de santé en milieu scolaire.

1 Méthode

1.1 Présentation du dispositif d'intervention

Le dispositif implanté se fonde sur les principes du dispositif École Santé Territoire (Jourdan, 2013) : il concerne le territoire de vie des enfants de 2 à 16 ans (Di Méo, 1998), avec un ancrage fort dans l'établissement scolaire. Ce dispositif se base sur la mobilisation de tous les acteurs de la communauté, et la construction de partenariats, définis comme des systèmes d'actions concrets visant la résolution d'une problématique commune (Crozier & Friedberg, 1993), ici : la promotion de la santé des enfants.

La mise en oeuvre passe par la formation et l'accompagnement des acteurs et les effets attendus visent l'évolution des pratiques et la création d'un environnement favorable à la santé (Pommier, Guével & Jourdan, 2010). L'objectif est de renforcer les connaissances, et les compétences des enfants, pour leur permettre d'effectuer des choix libres et éclairés, et d'améliorer leur santé.

Le dispositif a été implanté, de 2012 à 2015, dans la circonscription législative d'un élu désireux de développer des actions de promotion de la santé. Trois circonscriptions de l'éducation nationale sont impliquées dans le dispositif. Au total, vingt-sept écoles sont incluses.

Le pilotage est assuré par un comité qui rassemble les chercheurs, décideurs et financeurs (politiques, inspection d'académie, caisse d'assurance maladie). La mise en œuvre est conduite par une équipe opérationnelle constituée des personnels médico-sociaux de l'inspection d'académie, des inspecteurs de circonscription, des formateurs, des élus locaux et des représentants d'association. Une chargée de projet, recrutée dans le cadre du dispositif, assure la liaison entre les diverses instances et les acteurs locaux.

L'intervention inclut trois composantes :

a. La formation de l'équipe opérationnelle, à laquelle sont associées les équipes de circonscription et les principaux de collège. Cette formation, dispensée en trois sessions de deux jours, vise à leur permettre de s'approprier le dispositif, de l'adapter aux réalités du département pour être en capacité de piloter la formation et d'accompagner les acteurs. Des ressources ont été fournies aux participants, notamment l'outil Profédus (Jourdan, 2010), élaboré en partenariat entre l'INPES et la recherche, pour construire la formation des formateurs en éducation et promotion de la santé.
b. La formation des acteurs du territoire est constituée d'un stage initial de deux jours et demi, et de trois temps de formation continue de deux heures annuelles. Cette formation est axée sur la présentation du dispositif et des fondements de l'approche promotrice de santé, la connaissance de l'environnement physique et social de l'école, l'éducation à la santé et à la citoyenneté, la notion de climat scolaire, avec des pistes de travail. Elle est encadrée par l'équipe opérationnelle, qui assure également l'accompagnement des acteurs.
c. Le dispositif intègre la mise à disposition de ressources. Toutes les écoles incluses reçoivent une malle pédagogique contenant des ouvrages de littérature jeunesse et des pistes de travail pour aborder divers domaines de l'éducation à la santé. Ces malles, élaborées dans le cadre du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble » (Jourdan, 2012), sont en lien avec les fiches pédagogiques de l'outil Profédus. Une plate-forme de ressources numériques et d'échange est également ouverte pour les acteurs.

Le déroulement de l'implantation est présenté dans le tableau 1.

L'évaluation est réalisée par les membres de l'équipe opérationnelle, pour ce qui est des questionnaires enseignants et de l'évaluation de la formation. Les questionnaires élève et les entretiens semi-directifs sont conçus par l'équipe de recherche. Les données sont recueillies par les acteurs.

L'évaluation a lieu de façon externe au dispositif. L'équipe de recherche assure le traitement des données, puis la restitution des résultats aux acteurs et aux équipes locales. Ces résultats sont discutés et analysés avec les acteurs, ce qui permet leur implication et facilite le pilotage du dispositif et sa valorisation.

L'étude conduite ici est réalisée au niveau global de mise en œuvre du dispositif, puis au niveau local, dans quatre établissements d'une même circonscription. Les données de contexte relatives à ces écoles sont présentées dans le tableau 2.

1.2 Démarche d'élaboration des CME

Le cycle de l'évaluation réaliste prévoit quatre étapes (Pawson & Tilley, 1997 ; Guével *et al.*, 2012). La première consiste à définir théoriquement les effets de l'intervention, donc les hypothèses concernant les effets potentiellement produits par l'implantation. Cette étape se fonde sur la littérature scientifique disponible. La seconde étape consiste à collecter des données empiriques, quantitatives et qualitatives. L'association de ces deux types de données permet une analyse globale de l'implantation, par la mise en synergie des forces de chacune des approches et la prise en compte de perspectives diverses (Guével & Pommier, 2012). L'étape suivante consiste à analyser les données pour interroger la validité du modèle mobilisé. Enfin, lors de la dernière étape, la théorie initiale est redéfinie, en intégrant les résultats issus de la phase d'analyse pour adapter le modèle. La méthode adoptée dans cette étude pour chacune de ces étapes est présentée ci-dessous.

1.2.1 Élaboration de configurations CME

Cette première étape a été réalisée à partir des caractéristiques de l'intervention et de la littérature rédigée concernant un dispositif analogue : « Apprendre à mieux vivre ensemble » (Simar, 2007, 2010 ; Simar & Jourdan, 2010 ; Guével, 2012 ; Guével, Pommier & Jourdan, 2013). D'autres sources bibliographiques ont permis d'élaborer des hypothèses de configurations CME (Jourdan, 2013 ; Deschenes, Drouin, Tessier & Couturier, 2014). Enfin, le travail a été affiné par des échanges entre chercheurs et praticiens. Cette phase a permis d'élaborer un modèle hypothétique de configuration CME pour le dispositif analysé.

La première partie de l'étude analyse le dispositif de façon globale, aux différents niveaux d'implantation et se focalise sur les modifications de contexte externe liées à l'implantation. Nous faisons l'hypothèse que des configurations CME spécifiques se créent, à chaque niveau (comité de pilotage, équipe opérationnelle, acteurs) dont les effets se répercutent comme des éléments de contexte externe sur le niveau inférieur, le dernier niveau étant celui des enfants.

La deuxième partie étudie l'impact du contexte interne à travers l'implantation dans quatre écoles, qui diffèrent par leur taille, leur localisation géographique et les caractéristiques socio-économiques de la population accueillie. L'analyse porte ici sur les différences de mise en œuvre, selon le contexte, l'engagement des équipes éducatives, leurs habitudes de travail et leur degré d'appropriation de la formation reçue.

1.2.2 Données collectées

Les données quantitatives ont été recueillies par les membres de l'équipe opérationnelle grâce à un questionnaire à destination de tous les élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) des écoles impliquées dans le dispositif. Cette méthode est inspirée d'un autre outil d'évaluation utilisé dans un dispositif semblable (Guével, 2012, 2013), lui-même basé sur un questionnaire validé d'évaluation du climat scolaire (Debarbieux, 1996, 1999, 2001). Les données recueillies par le questionnaire sont présentées dans le tableau 3.

L'administration du questionnaire a eu lieu en classe, de façon anonyme, auprès de 1553 élèves, dans quatorze écoles, sur les seize établissements inclus à l'année 1 d'implantation.

Les données qualitatives proviennent d'entretiens semi-directifs. Ont été auditionnés : les enseignants des écoles A, B, C, D, les conseillers pédagogiques de deux circonscriptions (3), les coordinatrices du dispositif (3).

Des traces écrites ont également été recueillies auprès de ces personnes. Le tableau 4 présente les différents documents recueillis tandis que le tableau 3 montre les données fournies par ces documents.

1.2.3 Analyse des données

L'analyse quantitative a donné lieu à un traitement descriptif global, au niveau de toutes les écoles impliquées. Puis, un traitement descriptif par école a été effectué. Certaines données qualitatives recueillies par les questionnaires (questions ouvertes) ont pu être quantisées : les réponses ont été codées et comptabilisées pour en effectuer un traitement statistique.

Les données qualitatives ont permis de faire apparaître des éléments de contexte, des mécanismes et des effets qui n'étaient pas envisagés dans la configuration CME de départ. Elles ont été mises en lien avec les données quantitatives pour élaborer une nouvelle CME, concernant l'implantation du dispositif lui-même aux différents niveaux (équipes de circonscription, enseignants, élèves).

Au niveau de chacune des quatre écoles, le même processus a été effectué, pour donner lieu à des configurations CME par école.

1.2.4 Redéfinition du modèle.

Cette dernière étape a impliqué les acteurs. Le dialogue entre chercheurs et acteurs a permis de confronter les visions de la recherche et du terrain afin de construire des configurations CME au plus près de la réalité. Cette élaboration est le résultat d'aller-retour en direction des acteurs, lors d'entretiens collectifs puis de relecture des travaux. Cette redéfinition a permis d'affiner le modèle de configuration CME, au niveau global de l'implantation, puis au niveau de chacune des quatre écoles.

2 Résultats

2.1 Au niveau global du dispositif : données de contexte externe

Concernant la dynamique d'implantation dans les divers contextes d'école, les éléments des configurations CME tirés de la littérature sont liés aux caractéristiques personnelles des enseignants, à l'institution et à la communauté éducative (Simar & Jourdan, 2011). Ainsi, la nature des instructions officielles, la place de l'éducation à la santé, la politique d'école, et le leadership de la direction, les relations école-famille et les partenariats sont des éléments à prendre en compte dans l'élaboration des CME. D'autre part, il a été montré que la formation et le travail collectif sont des déterminants importants des pratiques des enseignants (Simar & Jourdan, 2010). Cette étude met également en évidence l'importance de l'accompagnement et du sentiment de compétence dans la mise en œuvre d'une approche globale de santé à l'école. Enfin, d'autres facteurs ont été mis en évidence, tels que l'origine de la décision (choisie ou subie), l'adhésion aux valeurs du dispositif ou la cohérence de celui-ci avec les activités habituelles de classe. L'analyse des données a

été conduite à partir de ces différents éléments, dans les quatre écoles concernées. Sur la base des caractéristiques de l'intervention et de la littérature scientifique disponible, la configuration CME initiale est présentée dans la figure 1.

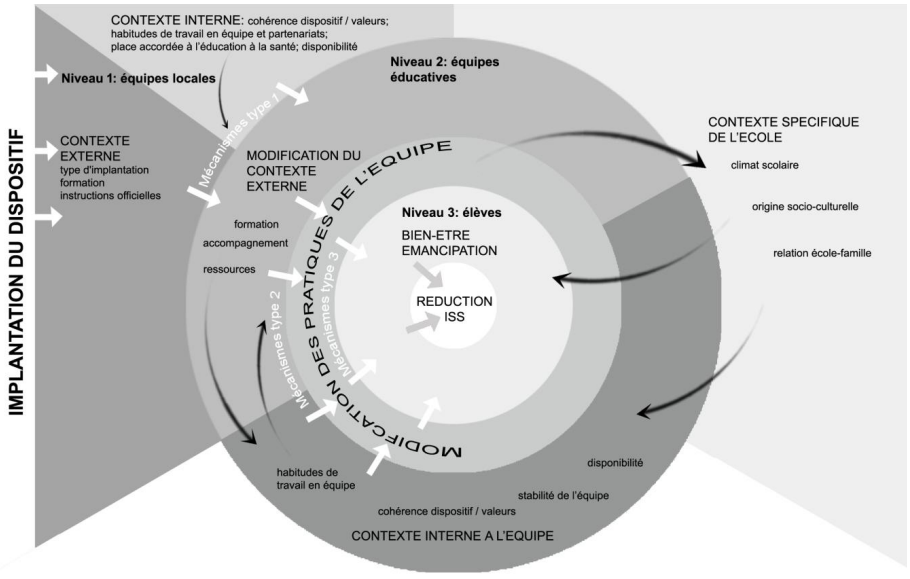


Figure 1.
Cette figure a été réalisée sur la base des documents des promoteurs du projet: 3 types de mécanismes sont impliqués.
Mécanismes type 1: échanges, partenariat; adhésion au dispositif; sentiment de compétence pour former et accompagner
Mécanismes type 2: mutualisation; leadership; adhésion; sentiment de compétence
Mécanismes type 3: développement de connaissances, attitudes et compétences en santé
ISS = Inégalités Sociales de Santé
Interactions (effet sur les mécanismes ou le contexte)

L'évaluation de la mise en œuvre du dispositif a été effectuée au cours des trois étapes suivantes : formation de l'équipe opérationnelle, formation des acteurs, mise en œuvre dans l'école.

2.1.1 Première étape d'implantation : formation de l'équipe opérationnelle

Les conseillers pédagogiques de circonscription et les principaux de collège sont inclus dans cette formation, en tant que futurs formateurs des acteurs. Les entretiens ont permis de faire émerger différents éléments. Le résultat de l'analyse de contenu est présenté dans le tableau 5.

Quatre éléments de contexte ont été retenus, dont deux liés à l'origine de la décision, qui fait suite à la demande d'un élu en lien avec l'inspecteur d'académie. L'initiative politique a constitué un levier pour le financement (formation des formateurs, coordination, outils pédagogiques), mais également un frein, lié à la crainte d'une instrumentalisation de l'action, mais aussi parce que le territoire d'implantation a été défini selon le découpage des circonscriptions électorales, qui ne correspond pas à celui des circonscriptions de l'éducation nationale. Cette situation a engendré des tensions, puisque toutes les écoles dépendant d'une même circonscription ne peuvent être incluses dans le dispositif.

D'autre part, si le soutien de l'inspecteur d'académie a facilité la mise en œuvre des formations des enseignants, il a également été à l'origine de tensions puisque l'inspecteur d'académie se trouve en position de supériorité hiérarchique vis-à-vis des équipes de circonscription, chargées de mettre en œuvre le dispositif.

Un troisième élément porte sur l'intitulé du dispositif, qui a questionné les équipes locales, notamment par rapport aux notions de santé et de territoire.

Le dernier concerne les partenariats, qui ont été établis, localement, avec les associations du territoire autour de l'école, et aussi avec les formateurs de l'institut de formation des enseignants associés à la formation de formateurs pour intervenir ensuite auprès des enseignants.

Le principal mécanisme actif lors de cette étape est une adhésion au dispositif, par la formation. Celle-ci a constitué un levier, malgré les réticences de départ. Les participants qui se sont exprimés à l'issue de cette phase de formation en donnent une appréciation favorable, et indiquent des attentes spécifiques liées à « des contenus concrets ». Leurs suggestions d'amélioration vont également dans le sens d'un apport plus important de contenus de ce type. Cependant, 58 % des stagiaires ne se sont pas exprimés à l'issue de la formation. D'autre part, la coordinatrice pointe une implication inégale des personnes formées dans les actions de formation des acteurs.

2.1.2 Seconde étape : formation des acteurs locaux

Les effets de la première étape constituent des éléments de contexte à ce niveau : l'adhésion relative et l'implication inégale des formateurs conditionnent la mise en œuvre de la formation des acteurs.

Les données sont présentées dans le tableau 6.

On note que, malgré les partenariats engagés lors de la formation de formateurs (collectivités locales, associations), le dispositif se recentre, à ce moment-là, sur les circonscriptions et les enseignants. De nouveaux partenariats ont du mal à se développer et ceux qui avaient été initiés s'étiolent.

D'autre part, l'insuffisance des moyens alloués à la formation des acteurs engendre des difficultés pour les équipes locales. Le soutien de l'inspecteur d'académie est un mécanisme déterminant, qui permet aux formations de se mettre en place. Les stages initiaux ont lieu dans les délais escomptés, pour toutes les écoles inscrites au dispositif, mais pour un nombre d'acteurs inférieur aux prévisions.

Si les contenus des stages initiaux sont communs, ceux des formations continues, fixés de façon interne à chaque circonscription, diffèrent de l'une à l'autre (contenus en lien avec les stages communs ou création de contenus spécifiques ; adaptation aux demandes des enseignants ou élaboration de formations de type transversal). De même, les modalités d'accompagnement sont prévues et organisées par les circonscriptions elles-mêmes, selon leurs possibilités. Enfin, l'appropriation des outils du dispositif a été diversement investie par les formateurs.

2.1.3 Mise en œuvre du dispositif dans les écoles

Les données recueillies sont consignées dans le tableau 7.

Ces données font apparaître quelques résistances initiales de la part des acteurs, liées à l'origine de la décision et à l'implantation descendante. Par ailleurs, l'intitulé a questionné l'identité professionnelle de certains enseignants, par la mise en avant des termes « santé » et « territoire ».

Pourtant, ces données montrent aussi que, dès le début de l'implantation, des attentes et des besoins existent chez les acteurs.

D'autre part, le dispositif n'occupe pas nécessairement une place centrale pour les partenaires territoriaux.

La formation constitue donc un levier important pour susciter l'adhésion des acteurs. Compte tenu de l'aspect vertical de l'implantation, l'approche choisie par les formateurs a été « d'adapter la formation, au plus près des préoccupations des enseignants » (coordinatrice 2). La stratégie pour susciter l'adhésion passe donc par la prise en compte des besoins des acteurs.

Le bilan des stages initiaux fait apparaître une satisfaction des formateurs, comme des participants et un impact sur les conceptions individuelles des acteurs vis-à-vis de l'éducation à la santé. Mais les attentes des enseignants restent nombreuses, à l'issue de cette formation.

L'équipe opérationnelle prévoit ensuite que les enseignants formés diffusent cette formation auprès de leurs collègues, raison pour laquelle les directeurs ont été formés en priorité. Cette modalité de l'implantation n'est pas analysée ici, car des éléments de contexte interne des écoles le conditionnent (place de la personne dans l'équipe, rôle de leadership du directeur, habitudes de travail en équipe...).

On observe, dans les écoles, une valorisation institutionnelle inégale. D'autre part, l'utilisation des outils (mallettes et plate-forme internet) diffère selon le contenu de la formation continue reçue. Ceux-ci ont été plus utilisés dans les circonscriptions dans lesquelles un accompagnement à l'utilisation des outils a été prévu lors des temps d'animation pédagogique.

Enfin, les partenariats autour des écoles prennent des formes diverses. Peu de partenariats sont issus de l'initiative des enseignants suite à l'implantation du dispositif. Les partenariats école-famille sont peu développés dans les deux premières années d'implantation.

Un effet notable de l'implantation est que, dès la deuxième année, l'entrée dans le dispositif a pu se faire sur la base du volontariat, par une adhésion des équipes d'écoles non concernés la première année.

2.1.4 Redéfinition du modèle d'analyse

À partir des résultats, une nouvelle configuration CME a été élaborée (fig. 2).

Celle-ci diffère de la configuration CME initiale (fig. 1), puisque les mécanismes invoqués dans celle-ci, d'ordre individuel ou collectif, n'ont pas tous été opérants. Le niveau de

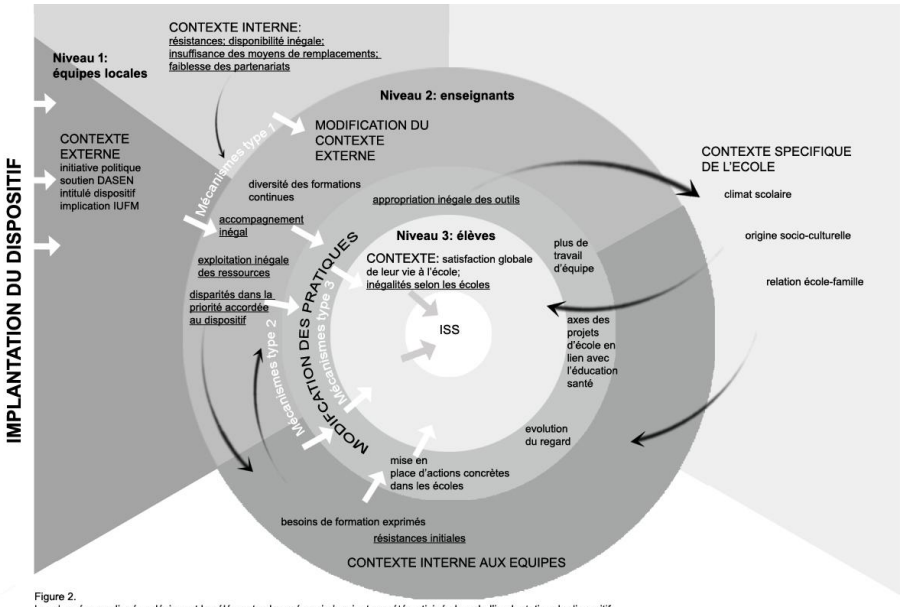


Figure 2.
Les données soulignées désignent les éléments observés qui n'avaient pas été anticipés lors de l'implantation du dispositif.
On constate que le contexte interne, au niveau des équipes locales, n'a pas permis une bonne appropriation du dispositif par l'ensemble de ces équipes, et que l'effet des mécanismes de type 1 reste limité. Des effets sont observés au niveau des pratiques des enseignants, mais des inégalités perdurent, en partie liées aux données de contexte spécifiques de l'école.
ISS = Inégalités Sociales de Santé
Mécanismes type 1: adhésion au dispositif par la formation; sentiment de compétence inégal; centration du dispositif sur l'éducation national
Mécanismes type 2: adhésion aux valeurs du dispositif; sentiment de compétence; valorisation de pratiques minoritaires
Mécanismes type 3: développement de connaissances, attitudes et compétences en santé
Interactions (effet sur les mécanismes ou le contexte)

bien-être des élèves et le climat d'école positif, par exemple, a conduit à ce que le besoin d'implanter le programme soit modeste hors des contextes pour lesquels la direction et/ou l'équipe pédagogique était en attente d'une intervention. C'est surtout à l'échelon du dispositif dans son ensemble (niveau départemental) que le mécanisme inféré d'adhésion des cadres et personnes référentes (notamment les conseillers pédagogiques) s'est révélé beaucoup moins opérant que prévu. D'autres mécanismes ont joué, comme la résistance générée par le fait qu'un élu soit à l'origine du projet.

2.2 Au niveau local : analyse des dynamiques d'implantation à l'échelle de quatre écoles

Suite à l'analyse globale de l'implantation, une analyse par école a été réalisée, dans quatre contextes différents, afin d'étudier les diverses configurations CME. Ce travail a permis d'intégrer de nouvelles données contributives, afin d'affiner le modèle théorique et de questionner les prochains travaux en perspective d'une réduction des ISS.

Les quatre écoles analysées dépendent d'une même circonscription de l'éducation nationale : les enseignants y ont donc reçu une formation et un accompagnement identiques.

Le tableau 8 présente les données recueillies, quantitatives ou qualitatives, pour chaque école.

Les descriptions détaillées des configurations CME de chaque école sont présentées en document annexe. La figure 3 met en parallèle les quatre contextes d'école et les configurations CME qui se sont établies dans chaque contexte.

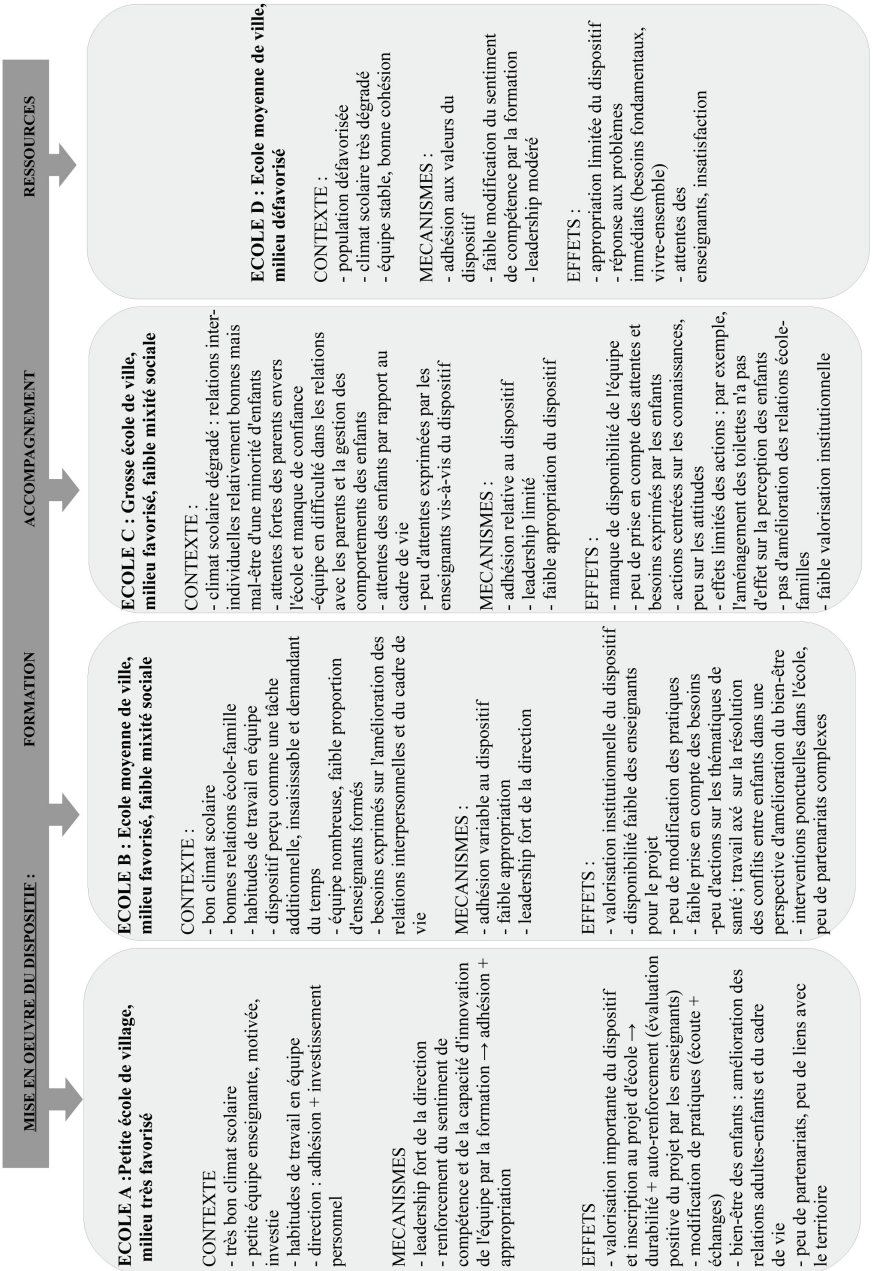


Figure 3 : configurations CME par école

3 Discussion

3.1 Méthode

La méthode de l'évaluation réaliste a permis d'éclairer sur les interactions qui s'élaborent au cours de l'implantation, de prendre en compte des effets imprévus et de les mettre en lien avec le contexte. En cela, elle favorise une approche globale et s'inscrit dans le paradigme de la complexité (Morin, 2005). Il s'agit de tisser des liens entre le réel et la théorie, par un processus circulaire de confrontation de l'un à l'autre. La méthode favorise l'analyse des interactions à différents niveau (local et global), et la compréhension de l'organisation du système. Cependant, elle repose sur l'explicitation des mécanismes à l'œuvre, parfois difficiles à identifier précisément. La mise en relation de ces mécanismes avec le contexte et le lien avec les effets observés comportent également une part d'interprétation, d'où la nécessité de mobiliser cette méthode à de multiples reprises, dans des contextes divers pour affiner les résultats, accroître la connaissance et construire des modèles valides en faveur de la réduction des inégalités de santé.

3.2 Données

Cette étude est basée sur un ensemble de données d'origines diverses. Les questionnaires élèves ont été réalisés par l'équipe de recherche, appuyés sur des questionnaires validés, alors que ceux à destination des acteurs ont été construits par l'équipe opérationnelle. Ces derniers sont nécessaires dans la mesure où ils fournissent des données permettant d'éclairer l'analyse.

D'autre part, le choix des traces écrites communiquées a été remis aux acteurs, chargés de transmettre tout document jugés utile pour la compréhension de leur action. Le recueil constitué ainsi est disparate (natures des traces diverses, quantité variable d'une école à l'autre). Ces traces ont permis d'apporter des éléments de compréhension, mais elles ne sont pas exhaustives : certaines équipes n'ont pas transmis des documents qu'elles jugeaient confidentiels, comme les projets d'école, d'autres n'ont pas conservé de traces.

Quatre configurations d'écoles, d'une même circonscription, ont été être analysées dans ce travail. Or, le dispositif implique trois circonscriptions et vingt-sept écoles en deuxième année. Une analyse par « groupements d'écoles », définis selon des critères de contexte spécifiques, pourrait être envisagée afin de dégager des régularités dans les configurations identifiées. Une analyse complémentaire, basée sur la comparaison d'établissements au profil similaire implantés dans des circonscriptions différentes, permettrait également de mieux considérer les effets du contexte externe sur la mise en œuvre au niveau de l'école et le lien entre la dynamique globale et les dynamiques locales. Ces travaux, pourront favoriser encore la compréhension des mécanismes en jeu dans la perspective d'une action promotrice de santé efficace en matière de réduction des inégalités.

3.3 Analyse globale du dispositif : données de contexte externe

La mise à l'épreuve des CME dans quatre contextes différents montre que certains mécanismes attendus n'ont pas été à l'œuvre notamment en ce qui concerne l'adhésion des équipes de circonscriptions.

L'implantation verticale du dispositif a fortement conditionné sa mise en œuvre. Cette implantation questionne les relations entretenues par le système d'éducation, étatisé, et les collectivités territoriales. Le fonctionnement hiérarchique pyramidal de l'éducation nationale est un élément clé à prendre en compte dans la dynamique d'implantation. Ces éléments de contexte agissent par des mécanismes doubles, et génèrent des effets ambivalents : ils facilitent l'action sur le plan pratique, mais la limite sur le plan de l'engagement des personnes. De plus, l'intitulé du dispositif, qui mentionne explicitement les notions de santé et de territoire, renvoie à des préoccupations éloignées des missions traditionnelles de l'éducation nationale, ce qui n'a pas facilité au départ l'adhésion de certains acteurs. Un précédent dispositif, proche en termes de *design*, intitulé « Apprendre à mieux vivre ensemble » n'avait pas rencontré cette difficulté.

Si la formation constitue un levier important pour l'implantation, des problèmes demeurent quant à l'attente des participants, qui se focalisent sur une demande de contenus concrets, liés à l'action, au-delà d'un outillage conceptuel. Cette demande est récurrente dans le dispositif. Elle questionne non seulement la formation, mais également l'inscription territoriale des projets d'éducation à la santé, puisque l'objectif du dispositif est d'outiller les acteurs pour leur permettre de développer des projets adaptés à leur territoire de vie, et non pas de fournir des outils universels, prêts à utiliser.

Enfin, on constate des niveaux d'implication divers au niveau des formateurs comme des enseignants. Cette variabilité peut être liée à des mécanismes de résistance.

Un autre élément questionne la mise en œuvre du dispositif, qui a été élaboré pour associer écoles, collectivités et réseau associatif dans une dynamique partenariale. Dans les faits, celui-ci est essentiellement porté par l'éducation nationale : les formateurs investis et les acteurs formés en font partie. Ce resserrement du projet dans la sphère éducation nationale résulte en partie du fonctionnement institutionnel et limite les échanges interprofessionnels au niveau de la formation, ce qui conditionne ensuite la mise en œuvre dans les écoles.

Les principaux obstacles au déploiement de la formation et du soutien aux écoles résultent de difficultés matérielles : moyens de remplacement des enseignants formés, emplois du temps des intervenants, disponibilité des équipes de circonscription. Le dispositif, qui a été implanté de façon unilatérale, a parfois été perçu comme une tâche additionnelle, périphérique et difficilement intégrable dans le travail quotidien. On retrouve là une posture identique à la position de certains enseignants vis-à-vis de l'éducation à la santé (Simar & Jourdan, 2010) que la formation n'a pas fait évoluer.

Si le contexte d'implantation, les liens entre éducation nationale et collectivités et l'intitulé du dispositif ont pu créer des tensions au départ, le dispositif s'est néanmoins étendu sur la base du volontariat, par l'adhésion des équipes. La formation mise en place, volontairement ajustée aux préoccupations des enseignants, a été un levier important pour la création de cette dynamique. L'implantation semble trouver sa justification en regard des besoins et attentes des enseignants. Pourtant, eux aussi font ressortir le sentiment d'un manque de concret dans la formation. L'appropriation du dispositif leur semble difficile car un cheminement reste nécessaire. Au-delà des contenus de la formation, ces remarques questionnent aussi l'inscription territoriale (au niveau de l'école, au plus près des besoins des élèves) du dispositif. Certaines propositions de formation continue tentent d'y ré-

pondre (par exemple, les contenus axés sur les temps de pause sont issus d'une réflexion menée avec les équipes sur le stress des élèves). Elles répondent à un besoin exprimé, sont concrètes et cohérentes avec la vision que les enseignants ont de leur métier. Elles ont ensuite été largement implantées, avec des adaptations d'une école à l'autre. Cependant, il est difficile d'évaluer la nature de ces adaptations au regard des spécificités de l'école. L'adaptation au contexte est pourtant une condition-clé dans la démarche de projet en santé. Les actions sur le développement des attitudes et des capacités (compétences individuelles, regard critique sur l'environnement) sont peu visibles. Les enseignants semblent trouver une difficulté supérieure à mettre en œuvre ce type d'actions, moins en cohérence avec leur pratiques habituelles. Enfin, le développement de partenariats complexes reste limité. Or l'instauration de ce type de dynamique semble primordiale, dans le contexte français, menacé par une augmentation forte des inégalités et la « tentation du cloisonnement » (Larcher, 2010). Le rapprochement que l'on observe dans plusieurs écoles entre animateurs périscolaires et enseignants résulte plutôt de la mise en place des nouveaux rythmes scolaires que de l'implantation, mais il peut bénéficier aux actions du dispositif. Ainsi, dans ce cas, l'action politique globale agit en faveur d'un objectif du dispositif.

La comparaison de la CME initiale et de la CME redéfinie montre que la dynamique d'ensemble de l'action des contextes sur l'implantation a bien été anticipée (limites d'un dispositif top-down, importance de la cohérence avec les pratiques...). Pour autant, il apparaît que les mécanismes invoqués dans la CME théorique, que ceux-ci relèvent de l'échelon individuel ou collectif n'ont pas tous été opérants.

3.4 Analyse locale

La comparaison des configurations CME des quatre écoles permet d'observer qu'un même mécanisme peut générer des effets différents selon le contexte. Ainsi, le leadership de la direction n'a pas le même impact selon le contexte (taille et engagement de l'équipe). D'autre part, la formation reçue, identique pour tous les enseignants, n'a pas eu le même impact selon la proportion d'enseignants formés dans l'équipe et le contexte d'exercice.

Selon ces résultats, le contexte le plus favorisé semble avoir bénéficié au mieux du dispositif, ce qui tendrait à un renforcement des inégalités. Le dispositif avait été conçu dans une perspective d'universalisme proportionné (Breton, 2015), c'est-à-dire qu'il s'adresse à tous, avec un soutien spécifiques par l'équipe du projet pour les écoles les plus vulnérables. Cette approche était conçue pour éviter l'écueil lié aux actions universelles, qui tendent à renforcer les inégalités, et aux actions ciblées sur les populations les plus défavorisées, qui renforcent leur stigmatisation sans permettre de répondre à tous les besoins, notamment ceux des classes moyennes (*The Marmot Review*, 2010 ; WHO, 2013). Toute la difficulté de l'action sur les inégalités de santé consiste donc à articuler ces deux approches. Le dispositif, pensé dans cette perspective, s'adresse à toutes les écoles mais reste centré sur des apports pédagogiques *a priori* plus adaptés aux contextes les plus défavorisés. Pourtant, son action en contexte défavorisé semble limitée par les difficultés supérieures des équipes à mettre en œuvre le dispositif dans ce type de contexte. Clairement, le présent dispositif ne montre pas d'effet différentiel conduisant à la réduction des inégalités, tout se passe au contraire comme si la capacité d'appropriation supérieure dans les écoles favorisées n'avaient pas été contrebalancé par les modalités d'intervention.

Le contexte de l'école semble influencer également la mise en œuvre par les pratiques des enseignants. Il semble que, comme cela a déjà été souligné, ces pratiques évoluent selon le contexte de l'école, en suivant la pyramide de Maslow (Simar & Jourdan, 2011). Ainsi, les enseignants proposent des actions plutôt ciblées sur les besoins fondamentaux dans un contexte défavorisé, et des actions centrées plutôt sur le bien-être, l'émancipation dans un contexte plus favorisé. Or, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, le travail sur la question du bien-être ne peut être seulement proposé aux élèves des contextes les plus favorisés, au risque d'accroître encore ces inégalités. La difficulté à prendre en compte la santé de façon globale semble donc supérieure dans un contexte défavorisé, dans lequel, pourtant, les enfants sont proportionnellement le plus soumis à des déterminants susceptibles d'influencer négativement leur santé future (revenu des parents, conditions matérielles, psychologiques et sociales de vie) (Lang, 2012). L'impact d'un travail global sur le climat scolaire, le bien-être et la réussite des élèves peut cependant s'avérer très important (Jourdan, 2010). D'où l'importance de prendre en compte les données de contexte social lors de l'implantation. En effet, sans cette anticipation, les actions de promotion de la santé risquent de provoquer un accroissement des inégalités (Potvin, Ginot & Moquet, 2010).

Il n'y a pas de raison de penser que le dispositif décrit permette, en soi, de réduire les inégalités puisque les activités proposées sont plus ambitieuses dans les écoles favorisées. Pour autant, le fait que l'information « de base » sur les questions de santé (hygiène, alimentation. . .) soit mise en avant dans les contextes socialement vulnérables est aussi de nature à offrir, aux enfants concernés, des apports favorables à la promotion de la santé. D'autre part, des travaux conduits en France montrent l'impact potentiel de tels dispositifs (Simar & Jourdan, 2010) et le fait qu'il existe des dynamiques d'implantation diverses, selon les contextes locaux et régionaux (Guével, 2012). Une étude visant à identifier l'effet d'une telle intervention sur les inégalités a montré que dans une phase initiale, celle-ci conduisait à une augmentation des écarts entre écoles ancrées dans des milieux sociaux différents et que deux paramètres avaient un effet de réduction des inégalités : la durée de l'intervention et l'implication de la famille et des acteurs territoriaux (Jourdan, 2013).

Conclusion

Conformément aux hypothèses, on observe, dans ce dispositif, des modalités d'implantation diverses selon les niveaux, et selon les contextes. Ainsi, d'une circonscription à l'autre, des appropriations différentes se font, et conditionnent la mise en œuvre du dispositif au niveau suivant, jusqu'au dernier : les écoles. De même, d'un établissement à l'autre, des inégalités de mise en œuvre et d'adaptation au contexte sont visibles. Les écoles semblent globalement avoir des difficultés à entrer dans une démarche de promotion de la santé, et les difficultés pour accéder à cette vision globale sont supérieures dans le contexte le plus défavorisé, où l'enjeu de développer ce type d'approche est pourtant crucial. Les dimensions d'accompagnement des acteurs et d'inscription territoriale, pourtant au cœur du dispositif n'ont pas pu être suffisamment développées par l'équipe opérationnelle, ce qui n'a pas permis de pallier de façon efficace à ces difficultés. Une inscription du dispositif dans la durée et son renforcement par un pilotage qui tient compte des résultats de l'évaluation peuvent permettre de faire évoluer les dynamiques d'implantation pour

accroître les effets au niveau des élèves, à condition que soit pris en compte de façon explicite l'aspect « stratification sociale » de l'implantation.

D'autre part, pour favoriser l'adaptation du dispositif au plus près de la réalité locale, la prise en compte des données de contexte avant l'implantation semble primordiale, ce qui a été insuffisamment fait dans ce contexte d'implantation, très vertical. Enfin, la création de dynamiques collectives de travail reste difficile. Ce type de démarche peut être favorisé par l'ouverture de la formation à d'autres acteurs locaux, et l'acquisition d'une culture commune.

Cette recherche montre l'importance des facteurs humains dans l'implantation de ce type de dispositif. Un accompagnement au plus près du terrain et des préoccupations des acteurs, et un renforcement de leur capacité à s'inscrire dans des dynamiques collectives de travail au niveau local pourrait favoriser la mise en place d'actions territoriales adaptées en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

Afin d'identifier au mieux les dynamiques créées dans les divers contextes, des études complémentaires pourraient être envisagées, incluant les nouvelles écoles inscrites dans le dispositif au cours des années, et regroupées en « profil » d'école. Une telle analyse pourrait permettre de dégager des éléments récurrents et donc de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans les divers contextes. Ainsi pourraient être élaborés des dispositifs d'intervention susceptibles d'avoir un impact différentiel sur les écoles les plus défavorisées pour agir plus efficacement sur les inégalités de santé.

	PILOTAGE COORDINATION	**FORMATION**		**ACCOMPAGNEMENT**	**OUTILS**	**EVALUATION**
Année 0	8 réunions de l'équipe opérationnelle	Formation des formateurs : conseillers pédagogiques, inspecteurs, personnels médico-sociaux, proviseurs, formateurs IUFM, élus, acteurs associatifs				
	2 réunions du comité de pilotage					
	Choix des écoles concernées					Questionnaire enseignant : besoins et attentes
Année 1	3 réunions de l'équipe opérationnelle	16 écoles désignées 39 enseignants formés		Accompagnement des équipes : 16 écoles	Mise à disposition pour dans les 16 écoles de : - mallettes pédagogiques - fiches Profédus - plate-forme de ressources numériques	
	1 réunion du comité de pilotage	Conférence + stages communs + animations pédagogiques				Administration questionnaire enseignants
						Administration questionnaire élèves
Année 2	1 réunion de l'équipe opérationnelle	Animations pédagogiques pour les enseignants formés l'année 1	Entrée de 11 écoles volontaires 49 enseignants formés dont 10 nouvellement formés dans les écoles impliquées l'année 1 Conférence + stages communs + animations pédagogiques	Accompagnement des équipes : 27 écoles	Mise à disposition des outils dans les 11 nouvelles écoles	
	1 réunion du comité de pilotage					Administration questionnaires élèves
						Entretiens enseignants / conseillers pédagogiques / coordinatrices

Tableau 1 : présentation du déroulement de l'implantation

		Données sociales			Données spécifiques de l'école			Equipe pédagogique		
		Commune	Localisation	Familles	Nombre de classes	Climat scolaire	Relation école-familles	Travail en équipe	Cohésion	Motivation
A	Petite école de village milieu très favorisé	1	semi-rurale	CSP +++	3	Très bon	Très bonnes confiance réciproque	+++	Bonne cohésion	++
B	Ecole moyenne de ville milieu favorisé faible mixité sociale	2	centre-ville	CSP ++ et -	10	Bon ; peu de violences	Très bonnes confiance réciproque parents investis dans l'école	+++	Faible cohésion	+
C	Grosse école de ville milieu favorisé faible mixité sociale	3	centre-ville	CSP ++ et -	14	Dégradé : quelques conflits, vols, troubles du comportement difficiles à gérer	Tendues : peu de confiance des familles parents très présent, et attentes fortes	+ -	Équipe soudée face aux difficultés	+ -
D	Ecole moyenne de ville milieu défavorisé pas de mixité sociale	2	périphérie	CSP - origines diverses cultures multiples	6	Très dégradé : des conflits, violence physique et verbale	Difficiles : parents peu présents, incompréhension mutuelle	+ -	Équipe soudée face aux difficultés	+

Tableau 2 : données de contexte des écoles

TYPE DE DONNÉES		MÉTHODE DE RECUEIL	
Quantitatives		**Questionnaire**	
Climat scolaire			Bibliographie
	Bien-être à l'école	« comment trouves-tu ton école »	Questions adaptées du questionnaire « climat scolaire » validé par l'équipe de Debarbieux à l'observatoire européen de la violence scolaire (Debarbieux & Blaya, 2001 ; Debarbieux, 1996, 1999)
	Bien-être (relationnel)	« comment t'entends-tu avec les autres élèves ? »	
		« comment t'entends-tu avec les adultes de l'école ? »	
	Engagement	« est-ce que tu prends facilement la parole en classe ? »	
	Cadre de vie	« quels sont les endroits que tu préfères, à l'école ? » /« quels sont les endroits que tu aimes le moins ? »	
Compétences	Capacité à trouver des ressources dans son environnement	« quand tu as un problème, à qui en parles-tu de préférence, à l'école ? »	
Connaissances		Cette année scolaire, tu as eu des informations sur : le fonctionnement de ton corps / la sexualité / l'alimentation / le sommeil / les règles de vie à l'école / la violence / le harcèlement / l'alcool / les dents / les écrans	
Qualitatives			
- Mise en œuvre du dispositif		Entretiens coordinatrices Documents de présentation + Compte-rendus de réunions + Bilan intermédiaire	
- Formations mises en place			
- Adhésion au dispositif		Entretiens enseignants + Entretiens CPC + Documents « bilan de stage » (formateurs et enseignants)	
- Ressources		Documents de présentation du dispositif + plate-forme numérique	
- Accompagnement		Entretiens avec les équipes enseignantes Entretiens coordinatrices Entretiens CPC	
- Habitudes de travail en équipe			
- Leadership direction			
- Disponibilité			
- Cohérence dispositif / valeurs / activités			
- Pratiques enseignantes, actions engagées		Entretiens avec les équipes enseignantes + Projets d'école et fiches-action + Compte-rendus de conseils d'école + Traces écrites des activités de classe + Entretiens coordinatrices	
- Partenariats, échanges, mutualisation			
- Relations école-famille		Compte-rendus de conseils d'école + Entretiens avec les équipes enseignantes	
- Valorisation institutionnelle		Compte-rendus de conseils d'école + Projets d'école	
- Inscription territoriale		Entretiens équipes enseignantes + Entretiens coordinatrices + Entretiens CPC + Compte-rendus conseils d'école	

Tableau 3 : type de données recueillies

Traces écrites relatives au dispositif		
compte-rendus de réunion	comité de pilotage	3
	réunions d'équipe opérationnelle	14
présentations du dispositif	point étape	2
outils de planification / régulation de l'action de l'équipe opérationnelle	bilans d'évaluation des formations par les participants	3
	résultats d'un questionnaire diagnostique à destination des enseignants	1
Traces écrites relatives au travail effectué dans les écoles		
compte-rendus de réunion	conseils d'école	7 pour l'école A 6 pour l'école C
projet d'école	présentation du projet d'école	8
	fiches-actions du projet d'école	4 pour l'école B
traces des actions réalisées dans les classes	documents de préparation de séance par les enseignants	1 pour école A
	productions, traces écrites de travaux réalisés avec les élèves	photos école A
	retours des questionnaires adaptés et utilisés par les équipes enseignantes	écoles A et B

Tableau 4 : nature des traces écrites recueillies

Contexte	Initiative politique	« l'initiative a été perçue comme une contrainte par certains acteurs » (coordinatrice 1) « ça a été un frein au départ » (coordinatrice 2) «cela explique certaines réserves » (coordinatrice 3)
	Soutien de l'IA	« cela a permis une implication active et une participation importante des services médico-sociaux de l'inspection académique » (coordinatrice 1) « implantation descendante, hiérarchique », « parfois perçue comme contraignante » (coordinatrice 2)
	intitulé	« EST, ça ne parle pas » « il aurait dû s'appeler *être mieux pour mieux apprendre* » « décalage entre l'intitulé du projet et les missions de l'école » (CPC circonscription n°1)
	Partenariat institut de formation + monde associatif	« Un partenariat se crée avec l'institut de formation à ce moment de l'implantation » (coordinatrice 1) le secteur associatif « apporte un regard extérieur précieux dans les débats occasionnés par la mise en place de l'évaluation et le questionnement sur les pratiques éducatives » (coordinatrice 1)
Mécanisme	adhésion par la formation	« ce projet a été imposé pour la plupart des participants, donc difficile de s'impliquer au départ. En cours de formation, le projet prenant forme, le groupe de formateurs a appris à se connaître et à rentrer positivement dans ce projet » (participant à la formation – bilan du stage de formation de formateur)
		Bilan de la formation : 10 réponses exprimées sur 24 9 réponses sur 10 indiquent que la formation a conforté les formateurs dans leur volonté de s'impliquer
Effets	Implication inégale	« toutes les personnes formées lors de cette première phase n'ont pas été impliqués dans l'encadrement des stages enseignants » (coordinatrice 1) « il y a eu des résistances aux propositions » (coordinatrice 1)
	Attentes des stagiaires / suggestions d'amélioration	« Pour la 1ère fois nous sommes entrés dans le pratique et le concret »« apport de précisions et d'éléments plus concrets sur le projet » « les objectifs du projet sont à présent beaucoup plus précis, concrets » (bilan de la formation des formateurs) « démarrer plus vite sur les questions pratiques » « rentrer dans le projet plus rapidement » « aborder les besoins des écoles plus tôt » « dispositif intéressant mais assez complexe donc il paraît difficile à mettre en place » (CPC n°1) « moi j'avais beaucoup apprécié tout ce qui concernait les compétences psychosociales et tout ce qui est aussi la mise en œuvre à travers certains domaines disciplinaires » « je pense que concernant la connaissance de l'enfant et de l'adolescent, [il manque] une plus grande connaissance du public »(CPC n°3)

Tableau 5 : présentation des données concernant la formation de formateurs
(CPC = Conseiller(ère) Pédagogique de Circonscription / IA = Inspecteur d'Académie)

Contexte	Faiblesse des partenariats	faible implication de l'institut de formation « pour des questions d'organisation et de communication entre institutions » (coordinatrice 1) « la formation a alors reposé essentiellement sur l'inspection académique et les formateurs éducation nationale » (coordinatrices 2). « les personnels non enseignants de l'école n'ont pas pu être inclus dans la formation pour des raisons liées au fonctionnement institutionnel » (coordinatrice 1) « Il aurait fallu échanger construire ensemble avec les autres circonscriptions pour plus d'efficacité » « on est plus forts si on est plus nombreux » (CPC n°3) « on n'a pas réussi à travailler tous ensemble en fait » (CPC n°2)
	Manque de moyens	« les enseignants ont été remplacés mais cela a été difficile » (CPC n°1) « insuffisance de moyens de remplacement des enseignants » (coordinatrice 2) « manque de moyens de remplacement » (coordinatrice 1) « on n'avait pas assez de moyens de remplacement donc c'était plus réduit » (CPC n°2) « année 2, groupe important donc forcément moins d'implication, pas de réponse possible à toutes les attentes » (CPC n°3) « pas nombre de remplacement suffisant pour faire partir le groupe complet en stage » (CPC n°3)
	Attentes exprimées par les acteurs	« l'éducation à la citoyenneté, aux compétences personnelles, aux temps de récréation et de restauration scolaire, aux partenariats, aux relations avec les familles, au bien-être et à certains thèmes de santé (sommeil, TUIC) » (diagnostique septembre-octobre 2013 ; 12 écoles interrogées).
Mécanisme	Adhésion par la formation	« entrée par des aspects cognitifs, proches de préoccupations des enseignants, puis ouverture vers le pôle médical et le pôle social » (coordinatrice 2), et « l'évolution progressive du plan de formation selon les besoins exprimés » (coordinatrice 2). « propositions faites en fonction des problématiques des écoles » « on s'adapte aux problèmes et on met en place des animations pédagogiques en fonction » (CPC n°1) « Ajustement des stages entre année 1 et année 2 […] cela donne un intérêt. Je pense que c'est important […] qu'on réactualise, et qu'on réactive » (CPC n°3) « et qu'on puisse poser des questions, et les rapporter à des choses concrètes, pratiques, voire quotidiennes » (CPC n°2)
	Légitimation institutionnelle	« le soutien de l'IA a permis l'implication active et une participation importante des services médico-sociaux de l'inspection académique » (coordinatrice 1) « les stages enseignants […] ont bénéficié du soutien de l'IA et donc d'une priorité » (coordinatrice 1)
Effets	Mise en place des stages	« les stages enseignants ont pu être mis en place dans les délais prévus » (coordinatrice 1). la formation n'a « pas pu être dispensée à des équipes pédagogiques entières » (coordinatrice 2). Ainsi, « une priorité a souvent été donnée au directeur ou à la directrice » (coordinatrice 2) « en année 2 que des animations pédagogiques le stage n'a pas pu être mené » (CPC n°2)
	Appropriation des contenus	« animation pédagogique sur estime de soi et confiance en soi » « l'année prochaine […] gestion des émotions » « animations pédagogiques sur les pratiques corporelles » (CPC n°1) « chaque année, des animations pédagogiques sont dédiées à l'accompagnement du dispositif, cela prend par contre des formes différentes à chaque fois » « on essaie de donner le plus de sens possible » « échanges sur projet d'école […] questions sur concentration et attention, puis un temps sur techniques de bien-être » « travail sur la littérature jeunesse pour faire vivre la malle avec des pistes pédagogiques » (CPC n°3) « cette année, grand projet transversal sur la paix pour les équipes entrant dans le dispositif » (CPC n°2)
	Accompagnements divers	Une circonscription a mis en place « un filage du dispositif » (coordinatrice 2) « ça prend du temps » « même si on est volontaires […] pas d'heures créditées, cela empiète sur notre temps de travail » « accompagnement insuffisant » « il faudrait quelqu'un d'EST qui viendrait sur le terrain avec les enseignants, qui maitrise le contenu et la classe et vienne co-animer avec les enseignants dans un premier temps » (CPC n°1) « accompagnement insuffisant » (CPC n°2) « il faudrait pouvoir régulièrement être présents pour soutenir les équipes, voir les enfants, faire le point. Honnêtement nous, 30 je sais pas combien d'écoles, on n'a pas le temps » « on peut difficilement faire plus » (CPC n°3)

Tableau 6 : données recueillies concernant la formation des acteurs
(CPC = Conseiller(ère) Pédagogique de Circonscription)
(IA = Inspecteur d'Académie)

Contexte	Résistances	« l'aspect politique et descendant de l'implantation ont joué comme des freins à l'adhésion, la première année » (coordinatrices 1, 2) « Le choix des écoles [engagées] a été guidé par les équipes de circonscription ce qui revient presque, du fait de la pression hiérarchique à imposer la participation des écoles » (coordinatrice 2). « le caractère obligatoire a été gênant, les communes concernées n'ont pas eu le choix » (CPC n°3)
	Attentes	Elles concernent « l'information sur le dispositif / des pistes de travail, des outils concrets, du matériel pédagogique, des ressources internet / le centrage sur citoyenneté, les compétences psycho-sociales et la connaissance du corps / le contact avec professionnels pour interventions dans des classes, aide des partenaires / des réponses à des questions sur communication concernant problèmes individuels précis / comment passer de la connaissance à l'évolution du comportement / la mutualisation » (questionnaire diagnostique 2012)
	Intitulé	« on n'est pas des éducateurs » propos d'enseignants rapportés par CPC n°1
	Place dispositif	« on parle pas d'EST, on parle surtout des conseils d'école [avec les municipalités] ». « c'est le cas également pour les équipes de circonscription » (coordinatrice 2).
Mécanismes	adhésion	« Les formateurs ont constaté l'intérêt manifesté par les stagiaires, leur implication et leur participation positive » (bilan stage nov 2013) « l'unanimité des 39 qui se sont exprimés déclarent que la formation leur a donné envie de mettre en œuvre une approche d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans leur classe ou dans leur école, le stage étant mentionné, à l'occasion, comme "facteur de mobilisation" » (bilan stage nov 2013 – coordinatrice 1)
	Evolution des représentations	« 29 stagiaires sur les 39 ayant répondu au questionnaire d'évaluation finale, indiquent que leur regard sur l'éducation à la santé a changé. Est précisé qu'elle apparaît plus concrète et transversale, avec une vision plus globale » (bilan stage nov 2013 – coordinatrice 1) « ça leur a donné certaines idées et je dirai même moi c'est mon avis, leur faire prendre conscience au delà de l'enseignement du français mathématique qu'ils prennent conscience d'un mieux être a l'école » « ça élargit les enseignants, leur champ de vision » (coordinatrice 2)
Effets	Evolution des pratiques	« évolution des modalités de travail, vers un plus large travail en équipe » « meilleure prise en compte du bien-être dans l'école » « ça se traduit par la rédaction d'axes spécifiques dans le projet d'école » (coordinatrice 2) « ca leur a donné certaines idées [...] au delà de l'enseignement du français mathématique, ils prennent conscience d'un mieux être a l'école » « ils voient les élèves d'un point de vue psycho-socio-affectif » (CPC n°1) « il y a aussi des effets sur l'équipe [...] qui effectivement sont visibles, à travers leur projet d'école » (CPC n°3) « la 2ème année, en allant travailler avec cette équipe il y a eu un véritable changement : on est capables aujourd'hui de se mettre autour d'une table et de dire ce que moi je fais avec les élèves [...] sans arrière pensée, très facilement ce qui n'était pas le cas avant » (CPC n°2) « on a des équipes où c'est une partie des enseignants qui est impliquée. Donc obligatoirement l'impact il n'est pas le même » (CPC n°3) « cet aspect santé il est quand même pas autant développé qu'il le pourrait ou qu'il le devrait » (CPC n°3)
	Attentes	Elles concernent : « les compétences psychosociales, les mallettes pédagogiques (avec séquences à appliquer), des propositions d'activités et d'outils, voire de programmations, les questions juridiques et réglementation en matière d'aide social à l'enfance, les partenariats, la participation des écoles aux CESC » (bilan stage nov 2013). « la moitié des réponses exprime un avis mitigé en indiquant, par exemple, que la formation n'était pas assez « concrète », qu'il n'y avait pas eu assez de données pratiques déjà testées en classe et de pistes pour l'aide aux élèves en détresse » (bilan stage nov 2013).
		« les enseignants ont du mal à définir le projet » « décliner EST en sous-thèmes, très concrets les aurait aider à visualiser le dispositif » « on serait plus dans des pratiques de classe et c'est ce que veulent les enseignants aujourd'hui » (CPC n°1) « il y a une grosse demande d'interventions avec le pôle médical » (CPC n°2)
	Valorisation du dispositif	certaines équipes ne font pas ou très peu mention du dispositif dans les conseils d'école et projets d'école (école 4, 5, 11) d'autres, au contraire, mettent le dispositif en avant et en font un axe fort de leur projet d'école (écoles 8, 9, 10, 11 12, 13).
	Utilisation des outils prévus par le dispositif	Mallettes pédagogiques : peu utilisées dans les écoles 12, 13, 14, 15 (entretiens avec les enseignants) ; utilisation occasionnelle dans les écoles 9 et 10 (réponse aux questionnaires d'utilisation des malles) « il pourrait y avoir aussi d'autres outils, nous on a sorti du classeur des fiches par exemple, Profedus, bah les enseignants ils auraient bien aimé avoir des illustrations, ils auraient bien aimé pouvoir avoir des outils, des photos du photolangage » (CPC n°3) « utilisée l'année dernière en maternelle mais pas cette année » « en élémentaire […] utilisée dans une seule classe […] l'autre enseignante avait oublié qu'il y avait la mallette » (école 12) « non, je ne sais pas » « un seul livre a été utilisé par les CM2, les autres, pas pour l'instant » (enseignants école 13) Questionnaire d'évaluation du bien-être à l'école : dans plusieurs écoles, les enseignants se réapproprient le questionnaire du dispositif, ce qui n'était pas prévu par le dispositif (école 13, 12)
	Partenariats	De type délégation : l'école s'adresse à un partenaire extérieur pour une intervention ponctuelle (école 4, 13, 14) ou financement par la municipalité d'interventions sur des thèmes de santé spécifiques (internet, médiation par les pairs : écoles 2, 13) ou intervention de parents sur des thèmes spécifiques (école 13) Partenariats liés à la mise en place des temps périscolaires (école 13, 15) Partenariats complexes (secteur social, structures extérieures) école 15 « dès la première année ils avaient bien compris qu'il fallait travailler ce lien avec les partenaires dans le quartier et les partenaires famille, et qu'ils attendaient peut être je sais pas, une aide supplémentaire mais c'est compliqué parce que, qui contacter, moi j'ai pas non plus tous les partenaires » (CPC n°3)
	Extension du programme	« les enseignants ont vu des choses concrètes » [levier pour susciter l'adhésion] « le dispositif a pu alors pu se diffuser en "tache d'huile", comme prévu initialement » (coordinatrice 2)

Tableau 7 : données recueillies concernant la mise en place du dispositif dans les écoles (CPC = Conseiller(ère) Pédagogique de Circonscription)

		ECOLE A	ECOLE B	ECOLE C	ECOLE D
Données sociales					
Commune		1	2	3	2
Localisation géographique de l'école		village	centre-ville	centre-ville	Périphérie (logements sociaux majoritaires)
CSP familles		+++	++ et -	++ et -	-
Autre élément de contexte					Diversité culturelle
Données spécifiques de l'école					
Nombre de classes		3	10	14	6
Climat scolaire (évaluation enseignants)		Très bon	Bon : peu de violences	Bon, peu violence, mais conflits, vols	Très dégradé : conflits, violence verbale et physique
→ Comment trouves-tu ton école ?	Bien / très bien	92,60%	87,70%	85,15%	81,85%
	Très mal	0,00%	1,95%	1,49%	1,39
→ A l'école, comment te sens-tu ?	Bien / très bien	81,50%	82,47%	83,42%	79,74%
	Très mal	0,00%	3,90%	2,93%	10,81%
→ Relations avec les autres élèves	Bonnes / très bonnes	92,60%	88,96%	80,24%	89,04%
	Très mauvaises	0,00%	4,55%	0,98%	1,37%
→ Relations avec les adultes	Bonnes / très bonnes	92,30%	81,50%	80,29%	81,09%
	Très mauvaises	0,00%	1,31%	0,99%	4,05%
→ En cas de problème, à qui en parles-tu de préférence, à l'école ?		copain : 70,7% enseignant : 62,96 % personne : 0%	copain : 70,97% enseignant : 45,81% personne : 2,36%	copain : 58,3% enseignant : 57,3% personne : 1,9%	copain : 56% enseignant : 50,67% personne : 2,67%
→ Lieux les plus appréciés		cour 88,9% salle de sport 55,56% classe et hall 33,3%	cour 87,74% salle de sport 68,39% classe : 27,1%	cour 78,16% salle de sport 67,48% classe : 29,61%	cour 78,67% salle de sport 64% entrée 25,33% classe 22,67%
→ Lieux les moins appréciés		toilettes : 51,9% cantine : 40,7% garderie : 37%	toilettes 57,42% classe : 26,45%	toilettes : 61,2% cantine : 42,2%	toilettes 49,33% cantine 30,67% classe 28%
Relations école-famille (du point de vue des enseignants)		très bonnes ; confiance réciproque	très bonnes, parents investis dans l'école	tendues : peu de confiance des familles ; parents très présents, avec des attentes fortes	difficiles : parents peu présents, incompréhension mututelle
Connaissances des élèves		corps 100 % alimentation 100 % dents 77,78 %	règles de vie 94,1% alimentation 83,8% corps 82,5%	règles de vie 92,1% corps : 85% alimentation 80,5%	corps 93,33% règles de vie 93,24% alimentation 87,67%
→ connaissances apportées par les familles		alcool 81,8% violence 71,43% harcèlement 66,7% sexualité 61,54%	alcool 74,7% sexualité 46,2% harcèlement 56,5%	écrans 80% alcool 76,6% dents 72,79%	alcool : 73,81% dents : 64,15% écrans : 62,3%
→ connaissances apportées par les enseignants		corps 96% alimentation 96% règles de vie 86,36%	règles de vie 91,8% corps 66,14% alimentation 65,12%	règles de vie 91,4% corps 70% alimentation 70,2%	règles de vie 85,71% corps 78,57% alimentation 71,88%
Compétences des élèves « est-ce que tu prends facilement la parole en classe ? »		oui ou parfois : 88,89% non : 11,11%	oui ou parfois 88,91% non 9,09%	oui ou parfois 90,64% non 9,36%	oui ou parfois 86,3% non 13,7%
Autre élément spécifique			école d'application	élèves avec troubles psychiatriques	3 relevés d'information préoccupantes
Equipe pédagogique					
Habitude de travail en équipe		+++	+++	+ -	+ -
Cohésion		bonne cohésion	faible cohésion	équipe soudée face aux difficultés	équipe soudée face aux difficultés
Motivation		+ +	+	+ -	+
Adhésion au dispositif		+ + +	Inégal (de +++ à -)	+	+ + +
Valorisation institutionnelle		+ + +	+++	+	++
Leadership direction		+ + +	+++	+/-	++
Partenariats		Très peu ; peu d'associations locales	Délégation ; selon les opportunités	Délégation (sécurité, porter secours)	forts (centre social, péri-scolaire) + délégation
Appropriation des outils		faible	faible, projet de fiches	outils non mentionnés	outils non mentionnés
Innovation		semaine banalisée de jeux ; aménagement cadre de vie ; ateliers philo	faible : action dans la continuité des animations pédagogiques	conseils d'élèves	faible : actions dans la continuité des animations pédagogiques
Type d'actions		bien-être à l'école, écoute des enfants, vie collective (entraide, échanges, tutorat)	améliorer le climat scolaire et développer l'autonomie ; aménagement des temps de pause	thèmes de santé / gestion des conflits et du mal-être / aménagement de la cour de récréation	vivre-ensemble et rapport aux règles / thèmes de santé / aménagement des temps de pause
Disponibilité		+ + +	manque de temps	faible : difficulté de gestion des troubles psychiatriques	
Impact perçu		renforcement du lien avec les familles, amélioration du cadre de vie, prise en compte du stress des élèves	très limité	ne se prononcent pas	mitigé
Attentes		peu : thématique annuelle souhaitée	avoir des outils « clé en main »	pas d'attentes exprimées	formation : gestion des comportements / interventions extérieures sur les thèmes de santé

Tableau 8 : données recueillies par école

Références bibliographiques

Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P. & Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. *In* Potvin, Moquet & Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 285-296). Saint-Denis : INPES.

Cambon, L. & Alla, F. (2013). Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif nationale en France. *Santé publique*, 25(6), 757-762.

Debarbieux, E. (1996). *La violence en milieu scolaire. Tome 1 : État des lieux*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.

Debarbieux, E. (1999). *La violence en milieu scolaire. Tome 2 : Le désordre des choses*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.

Debarbieux, E. (2011). *À l'école, des enfants heureux... enfin presque*. UNICEF France. Bordeaux : Observatoire international de la violence à l'école.

Debarbieux, E. & Blaya, C. (2001). *Violence à l'école et politiques publiques*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.

Deschesnes, M., Drouin, N., Tessier, C. & Couturier, Y. (2014, 4 février). Schools' capacity to absorb a healthy school approach into their operations : insights from a realist evaluation. *Health Education*, 114(3), 4-4.

Di Méo, G. (1998). *Géographie sociale et territoires*. Paris : Nathan.

Healthy School approach into their operations. *Health Education*, 114(3), 208-224.

Fullan, M. (2001). *The New Meaning of Educational Change*. New York : Teacher's College Press.

Guével, M. (2012, 2 juillet). *Étude des facteurs intervenant dans la mise en œuvre d'une approche de promotion de la santé à l'école primaire*. Thèse de doctorat.

Guével, M. & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustrations. *Santé publique*, 24, 23-38.

Guével, M., Pommier, J. & Jourdan, D. (2013). Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implication pour la pratique. *Global Health Promotion*, 20, 13-19.

Guével, M., Pommier, J. & Jourdan, D. (2015). Mixed methods' contribution to the evaluation of health promotion initiatives in the school setting. *In* Simovska, V., Mannix McNamara, P., *Schools for Health and Sustainability : Theory, Research and Practice*, Springer, 379-404.

Henry, G. T. & M., M. M. (2003). Beyond use : understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation* (24), 293-314.

Jourdan, D. (dir.) (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. « École et santé » .

Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants* ? Saint-Denis : INPES, « Dossiers – Santé en action ».

Jourdan, D. (2012). Apprendre à mieux vivre ensemble, des écoles en santé pour la réussite de tous. Chroniques sociales.

Jourdan, D. (2013). Un dispositif d'éducation pour la santé fondé sur la formation et l'accompagnement des acteurs à l'échelle du territoire. *Santé publique*, 25(4), 421-431.

Jourdan, D. & Lombrail, P. (2015). *La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire : dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps*.

Lang, T. (2010, décembre). Inégalités sociales de santé : une construction tout au long de la vie. *Actualité et dossier en santé publique* (73), 21-24.

Lang, T. (2012, septembre). Des inégalités sociales de santé : mieux connues mais toujours présentes. *Actualité et dossier en santé publique* (80), 51-53.

Larcher, P. (2010). L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux. *In* Potvin, L., Moquet, M.-J. & Jones, C., *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 89-97). Saint-Denis : INPES.

Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London : SAGE Publications.

Pizon, F. & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale* (43), 171-189.

Pommier, J. Guével, M. & Jourdan, D. (2010). Evaluation of helth promotion in schools : A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10-43.

Potvin, L. Ginot, L. & Moquet, M.-J. (2010). La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé. *In* L. Potvin, M.-J. Moquet & C. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 52-61). Saint-Denis : INPES.

Simar, C. & Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences et de l'éducation*, 36(3), 739-760.

Simar, C. & Jourdan, D. (2010, 3 septembre). Éducation et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Santé et éducation,* 99-121.

Simar, C. & Jourdan, D. (2011). Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 7-25.

St-Leger, L. (1999). The opportunities and effectivenesse of the health promoting primary school in improving child health – A review of the claim and evidence. *Health Education Research*, 1(14), 51-69.

St-Leger, L. & Young, I. (2009). *Promoting health in schools : from evidence to action. Global Health Promotion,* 4(16), 69-71.

St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. & Young, I. (2007). School health promotion – Achievements, challengers and priorities. *In* D. McQueen & C. Jones, *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107-124). Springer.

Younès, N., Debarbieux, E. & Jourdan, D. (2011, 9 décembre). Le climat scolaire à l'école primaire. Étude de l'influence des variables de milieu sur sa perception par les élèves de 6 à 8 ans. *International Journal of Violence and School*, 122-133.

Références sur le Web

Breton, E. (2015). Une idée reçue : la réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérables [chap. 29]. *In* V. Ridde & F. Ouattara (éds.), *Des idées reçues en santé mondiale* (pp. 148-153). Presses de l'Université de Montréal : http ://www.pum.umontreal.ca/catalogue/des-idees-recues-en-sante-mondiale.

Cappoor, I., Hopkins, D., Kolbe, L. J., Nyamwaya, D. O., Sanguor, K. & Ye, G. J. (1997). *Promoting Health Through Schools*. Genève. OMS : http ://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41987/1/WHO_TRS_870.pdf (12-07-2015).

DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (2015, juin). *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge.* Études et résultats 2015 : 920. http ://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf (10-10-2015).

INPES (2012, 02 16). *Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?* : http ://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp (05-09-2015).

Jourdan, D. (2011, 2 février [mis à jour, 2014]). Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé. Saint-Denis : INPES : www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils-profedus.asp (12-06-2015).

Jourdan, D. (2013). "Learning to live better together" : enabling schools and communities to implement a health promotion policy and minimize health inequalities in France. Rapport 2013, pp. 47-59. *In* WHO, *Improving the Lives of Children and Young People : Case Studies From Europe*, vol. 3 : http ://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/232505/e96926.pdf (24-09-2015).

Leyrit, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M.-H. & Jourdan, D. (2007, août). Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé : résultats d'une étude qualitative. *Congrès internationale AREF*. Srasbourg : http ://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Emilie_LEYRIT_489.pdf (22-08-2015).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013, 23 septembre). *Présentation de la stratégie nationale de santé* : http ://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf (24-10-2015).

MEN (2011, 2 décembre). *Politique éducative de santé dans les territoires académiques* : http ://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html ?cid_bo=58640 (21-09-2015).

MEN (1998, 3 décembre). *Orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège* : www.education.gouv.fr/bo/1998/45/ensel.htm.

Marmot, M. (2010, février). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review Institute of Health Equity* : http ://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review (21-09-2015).

Simar, C., Jourdan, D. & Pizon, F. (2007, août). Étude du rapport des enseignants du premier degré à un dispositif d'éducation à la santé et à la citoyenneté. *Congrès international AREF*. Strasbourg : www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Carine_Simar_469.pdf (30-07-2015).

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school helath promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach ? WHO, *Regional Office for Europe*. Copenhagen : Health Evidence Network report : http ://www.euro.who.int/document/e88185.pdf (25-07-2015).

St-Leger, L., Young, I., Blanchard, C. & Perry, M. (2009). *Promoting Health in Schools : From Evidence to Action* (éd. IUHPE). St Denis. Récupéré sur : www.iuhpe.org.