

- page 2 : Approches globales en promotion de la santé : définitions et contextes.
- page 6 : Les processus de mise en œuvre.
- page 11 : Les effets d'implantation : quelques exemples internationaux.
- page 13 : Conclusion : Démocratie et participation, les perspectives d'une école saine.
- page 15 : Bibliographie.

VERS UNE ÉCOLE SAINES

ÉDUCATION À LA SANTÉ, VOLET 2

Dans un premier volet nous nous étions attachés à resituer l'évolution des réformes concernant la santé publique et la promotion de la santé dans un contexte scolaire. Nous avons abordé la question des liens entre santé et éducation et de l'évolution possible des comportements et des savoir-être en matière de santé (Gaussel, 2011). En examinant plus avant les pratiques au sein des établissements scolaires, nous proposons ici un dossier consacré à la problématique des Écoles promotrices de santé (ou Écoles en santé) et aux approches globales en contexte scolaire.

Les approches globales ont pour objectif d'agir sur les comportements individuels en matière de santé, d'en faire évoluer les expressions et d'influencer positivement les résultats scolaires. Cela signifie également que la communauté éducative dans son ensemble doit adopter une approche et l'intégrer dans les pratiques. Il convient donc de s'interroger sur leur faisabilité et leur transposition sur le terrain à partir de revues de littérature et de travaux récents d'experts et chercheurs internationaux, s'appuyant notamment sur des actions menées dans les établissements.

Après avoir précisé la typologie des approches globales, nous nous intéresserons aux conditions d'implantations à l'aide d'exemples internationaux avant d'analyser les impacts de ces projets et leur efficacité dans des contextes politiques et géographiques variés.



Par Marie Gaussel

Chargée d'étude et de recherche au service Veille et Analyses de l'Institut Français de l'Éducation (IFÉ)

Les *Health Promoting Schools*/Écoles promotrices de santé ? « *Un milieu où tous les membres de la communauté scolaire travaillent ensemble pour offrir aux élèves un cadre et une expérience enrichissante afin de promouvoir et maintenir leur santé. Ceci inclut un curriculum formel et informel en santé, la création d'un environnement scolaire sain et sécuritaire, la prestation de services appropriés ainsi que l'implication de la famille et de la communauté aux efforts de promotion de la santé* » (Simard et Deschesne, 2011 d'après la définition de [l'Organisation Mondiale de la Santé](#))

APPROCHES GLOBALES EN PROMOTION DE LA SANTÉ : DÉFINITIONS ET CONTEXTES

Le concept de promotion de la santé en milieu scolaire a évolué au cours des années et en fonction des contextes propres à chaque pays. Communément, les initiatives déployées dans le but d'améliorer la santé des élèves étaient plutôt axées sur la diffusion d'informations, parfois inscrites dans le curriculum, avec comme objectif principal de modifier les comportements à risques. Cette éducation « classique » à la santé, trop limitée dans ses actions, a souvent été jugée peu efficace. D'autres stratégies plus exhaustives, visant le changement des comportements ainsi que la prise en compte de l'environnement, ont été déployées afin d'éduquer les élèves en fonction de facteurs personnels mais aussi interpersonnels, contextuels, sociaux ou politiques.

L'idée que l'environnement scolaire et communautaire agit sur la réussite des élèves et leur santé en général remonte au tout début du 20^{ème} siècle et a été réinvestie plus récemment dans les années 1970. M. Désy, dans son rapport pour l'Agence de la Santé et des Services Sociaux du Québec, évoque un modèle écologique, né des théories de santé publique, qui coïnciderait avec la place prépondérante accordée à l'habilitation (*empowerment*) et à la participation depuis l'adoption de la charte d'Ottawa de [1986](#) (Désy, [2009](#)).

L'APPROCHE ÉCOLES EN SANTÉ (OU HEALTH PROMOTING SCHOOLS) EN EUROPE ET AU QUÉBEC ●

Une question de cohérence

L'« Approche École en Santé » (AES) soutient l'idée qu'il est plus pertinent d'agir sur plusieurs facteurs plutôt que de se focaliser sur des problèmes précis et leurs causes immédiates. Le principe serait donc d'agir sur un ensemble d'éléments importants pour la santé, y compris l'environnement

et les facteurs de risque associés à certains comportements chez les jeunes. La prise en compte des causes distales (relationnelles et environnementales) du comportement complète les approches qui se penchent uniquement sur les causes proximales (cognitives et affectives) afin de rendre vraiment efficaces les interventions en faveur de la santé dans le cadre scolaire (Désy, [2009](#)).

L'AES se situe dans une **approche écologique du comportement « centrée sur la personne et ses interrelations avec son environnement physique et social ayant pour objectif le développement global de l'individu et son aptitude à adopter un comportement favorable à sa santé basé sur des connaissances et des compétences cognitives personnelles, favorisant une analyse systémique »** (Gausse, [2011](#)).

L'AES doit permettre à tous les membres de la communauté éducative de collaborer afin d'offrir aux élèves un cadre et une expérience qui contribuerait à l'enrichissement et la promotion de la santé et du bien-être en général. Elle inclut un curriculum formel et informel en santé et la création d'un environnement propice qui tient compte des familles et des partenaires extérieurs. Elle concerne et intègre :

- l'estime de soi ;
 - les compétences sociales ;
 - les habitudes de vie ;
 - les comportements sains et sécuritaires ;
 - l'environnement scolaire et familial ;
- les services préventifs.

« L'école en santé est une approche globale visant à améliorer la santé et la réussite éducative des élèves à travers des expériences d'apprentissage et d'enseignement initiés par l'école. » (St-Leger et al, [2010](#)).

L'approche européenne en lien avec le *Euro-*

Phases de mise en œuvre du modèle d'école promotrice de santé

Phase initiale d'expérimentation :

- De premiers développements sporadiques ou à court terme ont lieu qui peuvent être la conséquence d'une préoccupation politique (et de l'attribution de ressources qui en résulte) sur certains sujets tels que le VIH/SIDA ou l'usage de drogues.

- Une certaine terminologie propre aux écoles promotrices de santé est adoptée par les décideurs du secteur de l'éducation. Cela peut, dans un premier temps, ne pas être reflété par des changements réels dans la pratique.

Phase de développement stratégique :

- Le secteur de l'éducation commence à constater les bénéfices des écoles promotrices de santé en parvenant à répondre à certains de ses besoins pédagogiques et sociaux au sein de ses établissements et de ses communautés. Les autorités commencent à renforcer leurs capacités à travers la formation et le développement du personnel.

- Une approche plus stratégique se développe à travers un travail en partenariat au niveau national (gouvernemental) et/ou au niveau des autorités scolaires centrales/régionales.

- Le secteur de la santé finance des postes dans le secteur de l'éducation.

- Des travaux de recherche et de contrôle des progrès effectués plus sophistiqués se développent, des modèles sont développés à mesure que l'image politique du concept s'améliore et que les attentes se font plus grandes.

Phase d'établissement :

- Le secteur de l'éducation prend une responsabilité plus grande dans la promotion de la santé à l'école et intègre la promotion de la santé dans le système éducatif normal.
- Au niveau de l'établissement scolaire lui-même, la promotion de la santé devient institutionnalisée, c'est-à-dire qu'elle fait partie intégrante des valeurs fondamentales de l'établissement et de son fonctionnement normal.
Young (2005).

pean Network for Health Promoting School (ENHPS), l'OMS et le réseau *School for Health (SHE)*, nécessite en revanche une collaboration moins étroite entre les réseaux de santé publique, les services sociaux et l'éducation. L'HPS est moins orientée vers les individus que sa cousine AES et ancre ses actions dans les domaines suivants :

- les politiques scolaires de santé ;
- l'environnement physique de l'école ;
- les compétences personnelles en matière de santé développées à travers le curriculum ;
- les liens entre l'école et la communauté ;
- les services de santé à l'école.

Le rôle élargi de ces approches leur donne un objectif qui va au-delà d'une simple prévention de pathologies pour prôner des éléments de santé positive ou de bien-être, physique, psychologique et social. Elles considèrent l'*empowerment* comme stratégie essentielle à la promotion de la santé à l'École.

Le *Healthy school kit* contient : un aperçu de l'approche École en santé, des exemples d'écoles qui ont réussi à améliorer la santé et le bien-être, un modèle de planification, un modèle d'évaluation, des cadres pour aider à identifier les besoins, sélectionner des activités et des interventions.

« La santé et l'éducation sont interdépendantes : les étudiants en santé apprennent mieux et les personnes instruites sont en meilleure santé. Les études ont démontré que l'approche globale de la santé en milieu scolaire est un moyen efficace d'établir cette corrélation qui améliore à la fois la santé et les résultats scolaires, et qui favorise les comportements sains qui durent toute la vie » (Agence de la Santé Publique du Canada).

Les programmes d'éducation à la santé

Des programmes d'éducation à la santé ont souvent précédé l'implantation des approches globales et peuvent être inscrits

dans le curriculum. Ils sont généralement dispensés dans des cours traditionnels où l'enseignant dissémine de l'information sur les comportements à risque, les croyances et les attitudes qui leur sont liées. L'intérêt des AES se situe dans l'éventail des actions qui vont englober les cours pour s'étendre au climat de l'école, à l'environnement physique et social et aux liens et partenariats internes et externes, en particulier avec les services de santé (Désy, 2009). L'ouvrage dirigé par Gray, Young et Barnekow (2007) illustre bien les enjeux posés par des collaborations qui ne semblent pas « naturelles » dans un environnement scolaire. Leur travail détaillé est un plan d'actions qui explique les stratégies à mettre en place dans le cadre du ENHPS et présente les expériences réussies dans ce domaine.

HEALTHY SCHOOL EN GRANDE-BRETAGNE ●

Quelles pratiques pour quels objectifs ?

L'objectif premier de ce programme (mis en place conjointement par les ministères de la santé et de l'éducation britannique) est d'encourager les collaborations entre les différents niveaux d'enseignement, les partenaires locaux et le gouvernement afin de promouvoir une véritable approche globale en matière de santé, autour de thèmes spécifiques comme :

- la citoyenneté ;
- les relations sexuelles ;
- les drogues (licites ou illicites) ;
- l'alimentation saine ;
- les activités physiques ;
- le bien-être ;
- la sécurité.

L'idée principale est de créer un environnement dans lequel **les bonnes pratiques soient implantées durablement dans la culture et l'éthos de l'établissement**. L'approche globale permet d'aborder chaque thème selon des principes directeurs comme le leadership et le management, l'organisation du curriculum et les politiques du changement. Dans le livret d'accompagnement déli-



vré par le ministère de l'éducation, le *National Healthy School Standard Guidance* (1999), les standards sont regroupés en fonction de trois critères majeurs :

- la collaboration stratégique et opérationnelle ;
- le management, la planification, les bonnes pratiques ;
- l'implémentation du programme dans les écoles locales.

En fixant des priorités dans les thématiques à aborder, le gouvernement soutient des initiatives comme par exemple la *Teenage Pregnancy Strategy* qui permet de promouvoir un projet, de collecter et d'analyser des données. Au niveau local, le projet est inséré dans un plan spécifique commun à plusieurs organisations ou associations de prévention et de santé. Au niveau de l'école, l'insertion d'activités liées permet de développer des indicateurs, d'analyser les impacts mais surtout d'insérer des objectifs dans le projet d'établissement et de suivre une cohorte d'élèves ciblés en terme de résultats scolaires, en relation avec leur développement personnel, social et leur santé.

La *Healthy School* fait la promotion de la santé et du bien-être de la communauté scolaire à travers un processus de planification tenant compte du curriculum scolaire et de l'environnement physique et affectif pour promouvoir l'apprentissage de modes de vie sains. (*Department of Health* et le *Department of Education and Skills* de la Grande-Bretagne).

Avec quelle efficacité ?

Bien qu'il existe des recherches sur la relation entre santé et réussite scolaire (Meara, Richards et Cutler, 2008 ;

Brønnum-Hansen et Baadsgaard, 2008 ; Ferrie et al., 2009 ; Denney, et al., 2010), l'efficacité de l'implantation d'une approche globale dans un établissement scolaire a été moins souvent prouvée.

On trouve néanmoins chez Warwick, et al. (2004) une évaluation de l'impact du *National Health School Standard* à partir d'une enquête menée dans 31 établissements :

- les écoles apprécient généralement leur implication dans le programme *Healthy Schools* et le cadre de travail que cela entraîne ;
- la participation au programme améliore l'image des activités liées à la santé, surtout quand celles-ci sont menées conjointement par des personnes qui collaborent habituellement ;
- doté d'un budget relativement modeste, le programme s'avère très utile en terme de cadre structurant le travail et les activités liés à la santé ;
- pour être réellement positif et durable, le programme doit être activement suivi par les élèves accompagnés des enseignants et membres de la communauté éducative impliqués ;
- les objectifs de l'application de ces standards sont en majorité liés à l'amélioration de la réussite scolaire des élèves (l'idée la plus « vendeuse » pour les chefs d'établissement ou les parents), à la promotion de l'insertion sociale et à la réduction des inégalités en matière de santé.

L'évaluation des impacts demeure une difficulté pour l'ensemble de la communauté éducative. Pour l'équipe de Warwick (2004), il n'existe pas à ce jour de base de données permettant d'avoir un aperçu réel des « écoles saines », ni de leur classification. Le moyen le plus efficace reste une évaluation interne (propre à l'école ou plusieurs écoles répondant aux mêmes critères de contexte) de l'évolution des indicateurs, afin d'identifier et de mesurer le changement dans des domaines ciblés. ●

COMPREHENSIVE SCHOOL

Pour être certifiées *Healthy School*, les écoles doivent répondre à certains critères au regard de quatre thèmes clés de santé qui sont interdépendants et interreliés. Ces quatre thèmes sont :

- La formation personnelle et sociale et l'éducation à la santé, incluant l'éducation à la sexualité, aux relations interpersonnelles et ce qui a trait à la consommation de substances ;
- L'alimentation saine ;
- L'activité physique ;
- La santé émotionnelle et le bien-être.

HEALTH PROGRAM AUX ÉTATS-UNIS, AU CANADA ET EN HOLLANDE

La coordination d'un réseau

Également désignée par *Coordinated School Health Program (CSH)*, la mise en place de cette approche a pour but de réunir des initiatives, projets, locaux ou fédéraux, qui d'habitude forment un patchwork peu ordonné des actions concernant l'éducation à la santé. L'idée est de combiner un ensemble de stratégies, d'activités et de services intégrés, planifiés, successifs et affiliés à l'école, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'élève. Le programme implique et soutient les familles. Il est également élaboré par la communauté locale à partir des besoins, ressources, normes et exigences du milieu. Le programme est coordonné par une équipe multidisciplinaire qui est responsable, face à la communauté, de sa qualité et de son efficacité ([Joint Consortium for School Health](#)).

Le programme compte huit domaines d'intervention :

- l'éducation à la santé ;
- l'éducation physique ;
- les services de santé ;
- les services alimentaires ;
- les services psychologiques et de conseil ;
- l'environnement scolaire ;
- la promotion de la santé du personnel ;
- l'implication de la famille et de la communauté.

Cette conception de l'approche globale repose sur quatre cadres contextuels théoriques dans lesquels les actions vont pouvoir venir s'incrémenter :

- apprentissage et enseignement ;
- contextes sociaux et physiques ;
- politiques de santé ;
- projets collaboratifs et services.

Ce système de travail en réseau agencé par le [CDC](#) (*Center for Disease Control and promotion*) du ministère de

la santé américain vise à l'amélioration des résultats scolaires tout en abordant la question de la santé à l'école dans une approche intégrée. Le [CDC](#) prône depuis soixante ans aux États-Unis une politique de prévention en matière de santé et consacre une partie des ses activités à la mise en place de curriculum de santé, du préscolaire à la fin de la scolarité obligatoire. Il propose un outil d'analyse et d'aide à l'insertion de programmes de santé dans le curriculum, le *Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT)*, qui offre aux enseignants de très nombreuses recommandations, méthodes destinées à faciliter leur développement et leur durabilité. HECAT contient des instructions très précises et des séquences pédagogiques ainsi que des modules autour de l'alcool, des drogues, de l'alimentation saine, de la santé mentale, du bien-être, de l'activité physique, de la sécurité, de la sexualité, du tabac et de la violence. Le [CDC](#) prévoit également des ateliers de formation adressés aux enseignants et aux dirigeants.

Comment développer le réseau ? Comment passer de la théorie à la pratique ?

Deschesnes *et al.* (2003) constatent un développement relativement faible du CSCP (*Comprehensive School Health Program*) en imputant ce résultat imparfait au manque de lien entre la théorie et les pratiques. Les initiatives qui restent au niveau micro de la classe, avec l'implication d'un ou deux enseignants, ont peu de chance de durer et d'être efficaces. Par exemple en France, au Danemark et en Belgique, les professionnels de la santé sont « *school-based* » (présents dans l'établissement) et les actions aussi. Cette situation présente le risque d'isoler l'école et dénote le manque de liens vers les partenaires extérieurs (Pommier, et al., 2010). ●

A contrario, des interventions dites « intégrées » à un niveau méta (classe, établissements, familles, partenaires extérieurs, soutien financier et politique du ministère, enquêtes de recherche évaluatives...)

« Même si l'évaluation de l'ensemble est difficile à faire, j'ai le sentiment que toutes ces actions influent sur le climat scolaire ». Pascal Touzanne, principal de collège, à propos du programme « passeport santé » et du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (n°407 de juin 2010 de la revue *La Santé de l'Homme*).



ont plus de chance de se développer de façon efficace et pérenne. Deschesnes et son équipe nuancent cependant ce propos en reconnaissant que **le manque de preuves d'implantations réussies de la méthode intégrée remet en question les fondements mêmes de ces approches**. Les chercheurs communiquent néanmoins quatre conditions incontournables pour une implémentation réussie :

- les actions doivent être intégrées, planifiées et coordonnées par l'ensemble de la communauté éducative ;
- les actions doivent refléter une demande et un partenariat intersectoriel (école, famille, communauté) ;
- les actions doivent être financées au niveau des décideurs ;
- les actions doivent être évaluées scientifiquement et réorientées selon les résultats.

L'UIPES (Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé) est un réseau professionnel mondial, multidisciplinaire et multiculturel qui contribue au développement de la santé et à la réduction des inégalités de santé.

Les pôles principaux de son action : influencer l'agenda politique, développer la science de la promotion de la santé et accroître les capacités des individus, des organisations et des pays pour agir en promotion de la santé (Lamarre, [2008](#))

MISE EN ŒUVRE

Le changement de l'école doit être perçu comme un processus multidimensionnel, qui se situe au niveau de la politique d'établissement, des pratiques pédagogiques, de l'engagement de la communauté et des instances de santé publique.

Les approches globales sont donc composées de **quatre piliers** sur lesquels doivent se poser les programmes et les actions de l'équipe éducative :

- les apprentissages ;
- l'environnement social et physique ;
- les politiques de santé ;
- les partenariats.

La **mise en œuvre** de l'Approche globale en santé scolaire dans les écoles varie grandement selon les objectifs, le leadership, les exigences des programmes d'enseignement, les origines socio-économiques des élèves, le contexte de l'établissement, etc. Devant une telle variété, il est difficile d'organiser des protocoles normalisés de mise en œuvre. Chaque établissement doit utiliser une convention générique adaptée à son environnement. Des outils spécifiques sont proposés par des organisations ou associations comme [l'Association canadienne de santé publique](#) ou encore [l'Agence de la santé publique du Canada](#).

LES DOMAINES D'INTERVENTIONS

Les principaux domaines d'intervention des approches globales sont :

- la santé mentale (y compris violence, conduite suicidaire) ;
- les problèmes de santé liés aux drogues (tabac, alcool et drogues illicites) ;
- les problèmes de santé liés au manque d'activité physique et de nourriture (alimentation saine, anorexie, boulimie).

Les approches qui s'intéressent aux problèmes de santé mentale semblent être les plus efficaces quand elles sont implantées de manière réellement globale avec une attention particulière

LES PROCESSUS DE

accordée à l'environnement général de l'école, le développement des compétences individuelles des élèves, l'implication des familles et la continuité du programme dans le temps. Les programmes destinés à réduire les comportements violents, axés sur la résolution de conflits, sont particulièrement utiles ; par contre, ceux voués à atténuer les conduites suicidaires ou à développer l'estime de soi ont peu d'effets positifs à long terme. Ceux qui aident à mettre en place une politique d'alimentation saine et d'activités physiques sont également parmi les plus efficaces sur la durée. La synthèse de Stewart-Brown (2006) confirme par ailleurs que les programmes destinés à prévenir l'usage de drogues sont les moins efficaces même si on a pu constater une réduction de la consommation chez certains jeunes ou encore une addiction plus tardive.

Les résultats de plusieurs enquêtes, en particulier celle menée par Weiler *et al.* (2003) dans des écoles de Floride, indiquent clairement qu'un leader reconnu (généralement le directeur de l'école) qui connaît les domaines d'intervention, qui est respecté par ses pairs, qui montre des capacités relationnelles et des facilités à coordonner l'approche globale, réussit en général à motiver les enseignants et autres membres de la communauté éducative à participer à la création d'un cadre estampillé « *healthy* ». En Norvège, l'étude de Viig et Wolda (2005) accorde également une grande importance dans l'aptitude du directeur d'école à fédérer les collaborations, à formuler des objectifs concrets, à transmettre l'information nécessaire et à intégrer le développement professionnel des enseignants dans la mise en œuvre.

Le développement professionnel ●

À un niveau méta, les changements sur les environnements contribuent à une amélioration générale des comportements en matière de santé. Les recherches dans ce domaine font ressortir l'influence que certaines conditions peuvent avoir sur l'implantation et l'adoption des mesures : un leadership très présent, le soutien des instances gouvernementales et la participation des enseignants et des autres membres de la communauté éducative.

Les enseignants sont un élément clé pour le succès d'une implantation. Ils devront mobiliser ou développer des compétences liées aux domaines d'intervention dans lesquels ils vont s'investir. Pour Berger *et al.* « *l'expertise professionnelle que doit viser un professionnel de l'Éducation nationale pour faire de l'éducation à la santé s'inscrit dans un mouvement permanent et dialectique entre trois pôles : l'acte éducatif, la réflexivité et le contenu des connaissances professionnelles* » (2010).

LES CONDITIONS D'UNE IMPLANTATION RÉUSSIE

Les travaux de Simar et Deschesne (2011), en recensant les écrits scientifiques sur ce sujet publiés entre 2000 et 2009, portent sur les résultats des évaluations de ces transpositions et identifient les défis et les enjeux que ces changements soulèvent. Les chercheuses ont identifié les principales approches globales et défini les domaines d'intervention en montrant combien les conditions d'implantation sont essentielles.

Dans le cas du [MindMatters](#), le programme global australien sur la protection de la santé mentale des élèves du secondaire, la chercheuse L. Rowling (2009) souligne l'importance d'une formation adéquate pour les enseignants qui se sentent parfois démunis pour aborder ce sujet et conseiller les élèves. Réévaluer leurs méthodes d'enseignement en incluant les concepts de l'approche globale apparaît dans ce contexte tout à fait primordial. La responsabilité des ministères de l'éducation est à ce titre engagée dans la faisabilité de l'implantation des réformes ou des programmes.

Le leadership

La planification

● Lire le n°407 de juin 2010 de la revue *La Santé de l'Homme* : *Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ?*



Démarche systématique mais flexible, la planification doit s'insérer dans les dispositifs de mise en œuvre. On entend par planification toute étude préalable permettant d'identifier un ou plusieurs axes d'action pertinents ou « points d'entrée ».

Pour adapter durablement les structures de l'école aux activités développées dans le cadre d'une approche globale, la planification est indispensable. Le terme « globale » prend ici toute son ampleur : il s'agit d'intégrer, voire « d'imbiber » la vie de l'école avec les objectifs définis dans l'approche mise en place (Inchley, *et al.*, [2006](#)).

Les 10 sphères d'action d'une école promotrice de santé telles que présentées lors de la première conférence du réseau ENHPS) sont la démocratie et la participation, l'équité et l'accès, la responsabilisation, l'habilitation, l'environnement scolaire, le curriculum, la formation des enseignants, l'évaluation, la collaboration, la communauté, la durabilité. (*First Conference of the European Network of Health Promoting Schools*, [1997](#)).

QUELLE ÉVALUATION POUR QUELS IMPACTS ?

Selon la grille de critères retenue par le ministère de l'éducation américain, les programmes doivent pouvoir être évalués sur une efficacité constatée (mesures statistiques, indicateurs crédibles, amplitude des effets), la qualité (objectifs clairs en lien avec un changement de comportement, contenus détaillés et processus alignés avec les objectifs, population visée), l'impact sur l'enseignement (inscription du programme dans les missions éducatives), l'utilité à long terme

(duplication dans des contextes différents) (Cliffs & Jensen, [2005](#)).

Les bons indicateurs doivent être mesurables, spécifiques, réalistes, valides et opportuns. Ils peuvent concerner les processus et les résultats, mesurer des objectifs à court, moyen et long termes (Désy, [2009](#)).

Barnekow, *et al.* ([2006](#)) présentent une cartographie des différents modèles utilisés dans les écoles du réseau ENHPS et listent une série d'objectifs à atteindre pouvant également servir d'indicateurs lors des évaluations sur la réussite des programmes.

Les standards de la *Healthy School*

Les écoles sont classées selon 3 niveaux de réalisation des standards :

- le niveau 1 : l'école participe aux programmes de santé et en informe la communauté éducative via des bulletins ou des événements ponctuels ;
- le niveau 2 : l'école est impliquée dans des programmes de santé sur le long terme et participe à la mise en place d'initiatives, de formations ou de projets en lien avec les LA (*Local Authorities*) ou d'autres partenaires ;
- le niveau 3 : l'école s'investit complètement dans les formations en direction de la communauté éducative et la mise en place des programmes via un projet d'établissement comprenant la planification des actions, les objectifs visés et l'évaluation des impacts sur le comportement et les résultats des élèves.

Les niveaux sont attribués selon un système d'accréditation en collaboration entre les partenaires éducatifs locaux et leurs homologues de santé.

Une école en bonne santé comprend l'importance d'investir dans le développement des démarches personnelles des élèves visant à améliorer leur santé et par ce biais leurs résultats scolaires. Elle doit participer à un ou plusieurs programmes locaux accrédités par le ministère et rendre compte des résultats obtenus selon une liste de critères spécifiques, liés au thème choisi, via un audit (NHSS Guidance, [1999](#)).

Une des critiques émises par l'équipe de Barnekow est la **difficulté d'évaluer les impacts des standards et leur application dans le curriculum** car ils portent sur l'unité « école ». Selon eux, des standards et des évaluations construits à partir de l'unité « élève », seraient des indicateurs plus fiables et mieux transposables.

L'accès aux données

Afin d'évaluer les impacts liés à l'implantation des standards, l'équipe de Warwick ([2004](#)) a analysé les données de sources nombreuses et variées comme la [Citizenship Education Longitudinal Study](#), les rapports d'inspection [OFSTED](#), l'enquête [Survey of Smoking, Drinking and Drug Use](#) ou encore la base élève [PLASC](#) qui regroupe les informations personnelles de chaque élève comme leurs résultats ou leur contexte familial. D'autres bases de données ont été investiguées, y compris des questionnaires sur les habitudes alimentaires ou les relations sexuelles et l'utilisation de contraception. Les informations ont été croisées et comparées en fonction du niveau 1, 2 ou 3 atteint par les établissements.

Parmi les résultats, retenons quelques éléments significatifs. En primaire, les données montrent que les élèves issus des écoles labélisées niveau 3 n'obtenaient pas de meilleurs résultats que les autres dans les disciplines principales. Quant aux évolutions des comportements « sains » en matière de santé (alimentation, violence, télévision, estime de soi), les chercheurs n'ont pas décelé de différences entre les écoles des différents niveaux.

Dans les établissements du secondaire, des différences sont perceptibles au niveau des comportements individuels. Les élèves issus des écoles labélisées niveau 3 :

- sont moins susceptibles de prendre des drogues ;
- sont plus susceptibles de se sentir à l'aise en présence d'un médecin ;
- ont une meilleure estime de soi ;
- sont plus susceptibles de savoir se procurer une contraception gratuite ;
- sont moins susceptibles de regarder la télévision plus d'une heure après l'école ;
- sont plus susceptibles d'améliorer leurs comportements liés à la santé ;
- sont plus susceptibles d'améliorer leur moyenne scolaire.

Le rapport conclut que les impacts sont dans l'ensemble très positifs dans le secondaire mais peu ou pas perceptibles dans le primaire. Cependant, ce travail d'analyse et d'enquête permet d'identifier des points aveugles qui n'ont pas forcément été pris en compte lors de la constitution des indicateurs et qui pourront être rajoutés dans les prochaines enquêtes. Par exemple :

Pour l'école et l'encadrement :

- la **propreté** des lieux communs (toilettes, cours, terrain de sport) ;
- l'**écoute**, la **disponibilité**, la **confidentialité** (des adultes, des élèves formés spécialement, des personnels de santé) ;
- l'**ouverture** (partenaires éducatifs, exemples professionnels) ;
- l'**alimentation** (accès aux fruits, légumes, fontaines à eau, choix de menus, information) ;
- la **sécurité** (supprimer les recoins propices aux agressions, être veillé par un adulte ou un « *prefect* ») ;



Pour l'élève :

- les **drogues** (informer plus qu'interdire, zones dédiées pour la cigarette) ;
- l'**esprit de camaraderie** (entre élèves, entre plus jeunes et moins jeunes, entre élèves et adultes) ;
- la **reconnaissance** (récompenser les initiatives d'élèves, les motiver, les aider, les écouter).

À partir des résultats de l'enquête, les chercheurs proposent plusieurs domaines d'intervention possibles en regroupant certaines séries d'indicateurs : la réduction des inégalités en matière de santé (relations sexuelles, drogues, alimentation), la promotion de l'inclusion sociale (estime de soi, comportement, décrochage, bien-être) et la progression de la réussite scolaire. Le [rapport du NHSS](#) publié en 2007 a permis d'évaluer les résultats des implantations du programme *Healthy School* en Angleterre, au niveau national et local, de dresser un tableau des actions menées et d'identifier les changements comme les réaménagements de la cour, la création du conseil d'école, l'introduction de produits frais dans le menu de la cantine, des mesures contre la violence ou la prise de drogues. Pour ce qui est du ressenti, les élèves éprouvent généralement une amélioration de leurs attitudes face aux autres mais les parents et les enseignants regrettent parfois que les actions menées reflètent d'autres intérêts (de professionnels extérieurs).

Il est également intéressant de noter que dans l'ouvrage qui présente les principaux résultats de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), les indicateurs choisis pour illustrer le mieux les problématiques liées à la santé sont le statut socio-économique des familles, la structure familiale, les relations avec les pairs, le milieu scolaire, la santé et le bien-être, les handicaps et les maladies chroniques, l'hygiène bucco-dentaire, les habitudes alimentaires, l'activité physique et la sédentarité, l'image de soi et le poids, le tabac, l'alcool et les drogues illicites, la vie sexuelle et les violences (Godeau, *et al.*, [2008](#)).

Les programmes de promotion de la santé ont-ils un impact sur les résultats scolaires ?

Les conditions favorables à une bonne santé et les conditions favorables à la réussite éducative sont souvent corrélées comme l'a confirmé une importante littérature sur l'école efficace (Feyfant, [2011](#)). Dans leur article sur l'amélioration des écoles dans les quartiers défavorisés, Muijs *et al.* ([2004](#)) rappellent également l'importance du contexte et de la solidité de l'équipe éducative dans l'amélioration des résultats. Murray, *et al.* ([2006](#)) exposent leurs travaux sur la corrélation entre les programmes de santé et la réussite scolaire dans une revue de littérature portant sur l'évaluation des effets de l'implémentation de l'approche globale sur les résultats scolaires. Leur étude, fondée sur des données probantes, révèle un très fort effet positif des programmes destinés aux enfants asthmatiques et à leurs familles ainsi qu'une absence totale d'effets négatifs lorsqu'un programme d'activité physique supplémentaire est implanté dans l'école. D'autres effets positifs, moins prononcés, sont constatés à l'issue des actions concernant l'alimentation saine et la santé mentale mais aucun effet positif n'est observé suite aux interventions sur l'environnement ou la formation des enseignants. L'équipe de Murray déplore un manque d'expériences scientifiques rigoureuses dans ce domaine.

« Le challenge est de convaincre les décideurs politiques qu'une bonne santé, dans sa définition la plus large, est vitale à la réussite scolaire, puis, de renforcer la capacité des écoles à implémenter des programmes de promotion de la santé basés sur la recherche » (Clift et Jensen, [2006](#)).

Veugelers et Schwartz (2010) citent des recherches qui ont démontré l'efficacité d'un enseignement de grande qualité en matière de santé et d'un environnement physique et social favorable pour l'adoption d'habitudes de vie saines. Les bénéfices sur le rendement scolaire sont moins bien connus mais quelques rapports concluent cependant qu'une augmentation des heures d'activité physique au détriment d'heures de classe ne nuit pas aux résultats scolaires et peut au contraire stimuler l'estime de soi, élément essentiel du processus de motivation et de persévérance (Tremblay, Inman, Douglas, 2000, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2010). Un rapport de l'inspection britannique à propos des écoles impliquées dans les programmes NHSS a trouvé que 4/5 des établissements primaires et 50% des établissements secondaires évalués étaient plus efficaces, que 2/3 des écoles et 37% des écoles secondaires avaient progressé (*National Healthy School Report*, 2002).

Dans le rapport de Dilley et al. (2009), les chercheurs atteignent les mêmes conclusions. En améliorant ne serait-ce qu'un seul des facteurs agissant négativement sur la santé, l'impact serait positif sur le rendement scolaire. Dans cette optique, l'approche intégrée semble le moyen le plus efficace.

LES EFFETS D'IMPLANTATION : QUELQUES EXEMPLES INTERNATIONAUX

L'avènement du réseau européen *European Network of Health Promoting* en 1992 a été renforcé par la conférence internationale « *The Health Promoting School – an Investment in Education, Health and Democracy* » qui s'est tenue en Grèce en 1997 et qui oriente depuis les décisions du réseau en matière de **stratégies d'implémentation comme la participation, l'évaluation, empowerment ou la démocratisation de l'accès à l'information en matière de santé** (Clift et Jensen, 2006).

Depuis, de nombreux projets ont vu le jour grâce à l'impulsion donnée par le *Egmond Agenda* (1997) sur les partenariats enseignement/santé, les éléments pratiques à mettre en œuvre et les ingrédients de réussite. Nous faisons le point ci-dessous sur quelques initiatives.

UNE ALIMENTATION Saine EN ÉCOSSE

En Écosse, Inchley et al. (2006) analysent les conclusions d'une enquête évaluative sur les bénéfices d'un programme « *healthy eating* ». Les écoles participantes n'ont pas suivi les protocoles préétablis du programme mais ont plutôt déterminé, en collaboration avec les partenaires extérieurs concernés, leurs propres priorités basées sur leurs besoins spécifiques. L'enquête montre que **l'appropriation et l'empowerment** sont deux éléments qui favoriseraient la réussite et la durabilité des actions menées. Le postulat que le projet soit « *school-based* » (interne à l'établissement) permet de rassembler les membres de la communauté éducative. Si l'attitude des élèves envers les bienfaits d'une alimentation saine a changé et que la composition des repas a évolué, les auteurs trouvent cependant peu de preuve d'une transformation radicale au niveau individuel sur les habitudes alimentaires. L'autre élément clé est ce que Inchley et son équipe appellent « **les agents du changement** » c'est à dire les enseignants et/ou les chefs d'établissements qui on pris en charge le **management** des projets. Enfin, le degré de **collaboration intersectorielle**, de **participation** et d'**intégration** sont les trois paramètres qui vont ou non permettre une implantation réussie.

Dans le cadre de **HEAL** (*Healthy Eating and Active Living*) le gouvernement Écossais a décidé de s'attaquer aux causes de l'obésité (34% des garçons âgés de 2 à 15 ans et 31% des filles ont un IMC ● en dehors des normes recommandées) en proposant un plan d'actions (2008) destiné à améliorer le régime alimentaire des écossais et augmenter leurs activités physiques. Cette initiative trouve écho en France avec le programme **EPODE** (En-

Indice de masse corporelle ou I. M. C. : Poids (en kg) divisé par [taille (en m) X taille (en m)].
Quand celui-ci est :
- inférieur à 18,5 : on parle de maigreur
- compris entre 18,5 et 24,9 : il correspond au poids «normal»
- compris entre 25 et 29,9 : on parle de surpoids
- comprise entre 30 et 34,9 : on parle d'obésité modérée
- compris entre 35 et 39,9 : on parle d'obésité sévère
- supérieur à 40 : on parle d'obésité massive ou morbide
L'indice de masse corporelle permet de calculer les risques d'obésité entre autres. Le chiffre obtenu doit être compris entre 18,5 et 27,9. À partir de 30, on considère qu'il s'agit d'une obésité (Vulgaris Medical).



semble, Prévenons l'Obésité des Enfants) qui agit au niveau des municipalités, associées parfois aux restaurants scolaires des écoles primaires.

Qu'est-ce qu'une école en bonne santé ?

Une école en bonne santé est une école qui réussit à aider les élèves à améliorer leurs potentiels et à favoriser leur réussite. Elle promeut une bonne santé physique et mentale en dispensant des informations pertinentes et accessibles destinées à développer chez les élèves des compétences nécessaires à prendre les bonnes décisions en matière de santé. (NHSS Guidance, [1999](#)).

UN CADRE POUR L'ÉVALUATION À HONG KONG

Lee *et al.* ([2007](#)) retracent le lancement en 1998 du [Centre pour l'éducation de la santé et la promotion de la santé](#) au sein de l'Université chinoise de Hong Kong accompagné de la création de «[The Health Education and Health Promotion Foundation](#)». Dans ce contexte, le *Healthy School Award*, cadre d'évaluation pour les écoles de Hong Kong, a été conçu afin de collecter et d'analyser les données relatives à la santé des élèves dans les établissements scolaires dit « de santé ». Les indicateurs les plus probants portent sur les problèmes émotionnels, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique et les conduites à risque. L'évaluation soulève le problème du manque de formation et de disponibilité de la part de l'équipe d'encadrement en matière de promotion de la santé. Le succès du HS dépend principalement de la capacité des enseignants et de l'équipe

éducative dans son ensemble à former des modules d'actions. ●

En guise d'exemple, un projet en cours à Hong Kong montre bien comment plusieurs évaluations de nature différente – portant non seulement sur les états physiologiques et psychologiques des élèves, mais aussi sur le climat scolaire et les diverses politiques mises en œuvre à l'école – peuvent être utilisées afin de mesurer le processus et l'impact de l'implantation de l'AES (Lee, Cheng & St-Leger, [2005](#)).

LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ AU QUÉBEC

Dans son étude comparative, Morin constate que les efforts de promotion de la santé se concentrent plus en France sur les comportements individuels, alors qu'au Canada les mesures de transformation portent sur les environnements et le travail en réseau de partenaires (Morin, [2007](#)). Il s'agit de favoriser « *la création des environnements favorables à la santé, c'est-à-dire l'action sur les milieux de vie et les conditions de vie, ou encore sur les déterminants de la santé qui ne relèvent pas de la décision individuelle d'adopter ou non un comportement donné* ». La notion de communauté est là primordiale car elle nécessite une forte cohésion sociale, d'un fort « *empowerment* » ● collectif.

Cette façon d'agir nécessite généralement l'adoption de politiques publiques affichant la santé comme valeur phare dans les domaines de l'urbanisation, des transports, des politiques alimentaires, familiales et culturelles. La *Revue canadienne de santé publique* a publié en [2010](#) un numéro spécial sur les environnements favorables à l'apprentissage en réunissant des articles de recherche consacrés à l'approche globale dans une perspective d'alimentation saine et d'activités physiques renforcées. ●

« Un projet en cours à Hong Kong montre bien comment plusieurs évaluations de nature différente – portant non seulement sur les états physiologiques et psychologiques des élèves, mais aussi sur le climat scolaire et les diverses politiques mises en œuvre à l'école – peuvent être utilisées afin de mesurer le processus et l'impact de l'implantation de l'AES (Lee, Cheng & St-Leger, 2005). »

Empowerment collectif : capacité élevée pour les communautés de prendre des décisions et d'entreprendre des actions qui la conduiront à un mieux-être collectif (Morin, [2007](#))

Voir aussi : Jensen Bjarne & Simovska Venka (dir.) ([2002](#)), *Models of Health Promoting Schools in Europe*, dont l'objectif est de démontrer la variété des approches et des différentes manières dont les actions inscrites au sein d'une école promotrice de santé sont construites, reconstruites et déconstruites en fonction différents contextes éducatifs et culturels. L'interaction dynamique entre les divers aspects politiques, sociaux, économiques et autres influe sur les priorités et les méthodes de mise en œuvre. L'idée est qu'il n'est pas possible ni souhaitable de créer un modèle unique d'école promotrice de santé. L'école en santé est plus un processus d'interprétation contextuelle que le résultat de la mise en œuvre de principes internationaux.

LA SANTÉ MENTALE EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE

Lors de la première Conférence Européenne sur la Promotion de la Santé, un certain nombre de principes ont été érigés, renforcés plus tard par l'*Agenda d'Egmond* en 1997 : les principes sont ceux d'un modèle social de la santé qui ne se préoccupe plus seulement de l'individu mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue. Dans ce cadre, le programme *MindMatters* évoqué plus haut a été adapté pour les communautés suisse et allemande et lancé à l'automne 2002. L'idée est de constituer une banque de ressources et de guides à destination des enseignants sur les sujets qui agissent particulièrement sur la santé mentale des élèves comme le stress, la violence, le harcèlement, le suicide, etc. mais qui contient également des informations sur les partenariats possibles en dehors de l'école ou encore, sur la façon d'intégrer ces informations dans le curriculum. Chaque établissement participant devait former une équipe référente, parfois avec des élèves, ayant pour objectif de conduire un audit (questionnaire) sur l'environnement, immédiatement suivi d'une évaluation sur les ressources/moyens mis à disposition. Ce projet pilote a recueilli des données à partir des réponses de plus de 400 enseignants et plus de 2 200 élèves, qui ont été complétées par des entretiens avec les équipes éducatives. Les ressources, agrémentées des ajustements nécessaires tant sur le niveau des informations et parfois sur le contenu, seront officiellement intégrées au curriculum (Franze, 2005).

L'OBÉSITÉ EN ORBITE DANS LE MASSACHUSETTS

Comment intégrer un programme de santé dans le curriculum de l'enseignement secondaire américain ? C'est la question que pose Wiecha et son équipe dans leur évaluation du programme « *Planet Health* » destiné à lutter contre l'obésité infantine (2004). Planète Santé a quatre objectifs : augmenter l'activité physique,

diminuer le temps passé devant la télévision, améliorer le régime alimentaire en augmentant les rations de fruits et légumes et réduire l'absorption de matières grasses. Ces points ont été intégrés dans les programmes de disciplines (arts, maths, sciences et sciences économiques et sociales) de six collèges pilotes du Massachusetts pendant trois années scolaires. Six instruments de mesure développés à partir de la théorie de l'innovation ont servi pour lister les éléments de faisabilité, de durabilité et des questionnaires ont permis de mesurer l'impact du programme. Les résultats ont montré qu'il était tout à fait possible d'instaurer un modèle participatif viable au delà de l'expérience. Le processus de dissémination nécessite une planification précise et adaptée, destinée à persuader le groupe cible d'adopter les nouveaux comportements qui vont améliorer leur santé ou prévenir les risques.

CONCLUSION : DÉMOCRATIE ET PARTICIPATION, LES PERSPECTIVES D'UNE ÉCOLE SAINTE

Dans leur étude sur les indicateurs de santé, Barnekow *et al.* (2006) évoquent une évolution du paradigme, de la conception traditionnelle de l'éducation à la santé basée sur les maladies, les médicaments et les comportements vers une conception fondée sur les conditions de vie, le bien-être, l'absence de maladie et la prévention incitant les élèves à « exercer plus de contrôle sur leur propre santé et leur environnement » (Charte d'Ottawa, 1986). Cela signifie concrètement dans les écoles que la communauté éducative doit **encourager les élèves à participer à l'élaboration d'une définition d'un environnement ou de comportements sains**, à créer leurs propres repères et règles de conduite. L'autonomie et l'habilitation mentionnées dans la charte d'Ottawa sont deux des éléments fondamentaux du modèle écologique congruent avec un modèle conceptuel du bien-être à l'École.

La théorie de la diffusion des innovations de Rogers : Partant du principe qu'il existe une rupture entre les savoirs en matière de santé (en particulier « *evidence-based* ») et la pratique, cette théorie développée à l'origine par Rogers est basée sur des modèles de diffusion et une dissémination active (planifiée, formalisée, centralisée) Gausse, 2011.



« Le modèle écologique défend l'idée que différents acteurs – individuels, communautaires, organisationnels – doivent participer activement aux activités qui ont le potentiel d'améliorer la santé des personnes visées » (Désy, [2009](#)).

Dans leur étude sur le bien-être à l'école, Konu et Rimpelä ([2002](#)) adoptent une approche élargie de la santé et de sa promotion pour asseoir leur modèle conceptuel sur une base sociologique et théorique. Selon eux, le bien-être à l'école ne serait pas seulement un élément clé pour la promotion de la santé mais surtout un des piliers fondamentaux nécessaire à l'efficacité de l'enseignement, à sa qualité et à toutes les tentatives d'implémentation d'actions en faveur de la santé à l'école. Ils ont ainsi défini un modèle du bien-être basé sur la théorie d'Allardt et ses « dimensions du *Welfare* », divisées en quatre catégories :

- les conditions scolaires (avoir) : l'environnement physique à et autour de l'école, la sécurité, l'alimentation, la taille des classes ;
- les relations sociales (aimer) : les relations entre élèves et enseignants, entre élèves, entre enseignants et parents, le climat, la violence ;
- le développement personnel (être) : le respect, l'estime de soi, l'amélioration des compétences, les expériences positives ;
- l'état de santé (vivre) : l'absence de maladie.

Présentées à partir du point de vue de l'élève, ces catégories du bien-être devraient servir d'indicateurs pour une évaluation des situations dans les écoles, y compris les conditions de santé. Réduire les inégalités entre élèves en promou-

vant la littératie en santé dans les écoles est selon Flecha *et al.* un moyen d'action reconnu par la recherche. Les résultats des enquêtes présentés dans leur étude indiquent que les écoles peuvent jouer un rôle clé pour surmonter ces différences ([2011](#)).

LA LITTÉRATIE EN SANTÉ : UNE NOUVELLE COMPÉTENCE ?

Ces stratégies ont la particularité de s'adapter au contexte dans lequel elles sont implantées. Trois domaines d'intervention semblent commun à toutes : le curriculum formel et informel de santé, l'environnement scolaire, les liens entre l'école, la famille et la communauté. L'approche globale favorise en particulier la notion de *health literacy* qui traduit la capacité de l'individu à obtenir, interpréter et comprendre les bases de l'information et des services sanitaires ainsi que les compétences nécessaires pour en tirer parti. Cette compétence est un des objectifs des *National Health Education Standards* (NHES) tels que définis par l'Association américaine de lutte contre le cancer l'[American Cancer Society](#) (Gaussel, [2011](#)).

Les quatre caractéristiques de la compétence en santé : être capable de pensées critiques et de résoudre des problèmes, être un citoyen responsable et productif, apprendre de façon autonome et communiquer efficacement. (WHO, [2004](#)).

BIBLIOGRAPHIE

La plupart des liens figurant dans ce Dossier renvoient vers les fiches correspondantes de notre [bibliographie collaborative](#), qui comprennent les références complètes et, le cas échéant, des accès aux articles cités (en accès libre ou en accès payant, selon les cas et selon les abonnements électroniques souscrits par votre institution).

- (2010). *The Association Between School-Based Physical Activity, Including Physical Education, and Academic Performance*. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
- (1997). « “The Health Promoting School - an investment in education, health and democracy” ». In World Health Organization, *First Conference of the European Network of Health Promoting Schools*, Copenhagen.
- Barnekow Vivian, Buijs Goof & Clift Stephen *et al.* (2006). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*. European Network of Health Promoting Schools.
- Clift Stephen & Jensen Bjarne Bruun (dir.) (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Copenhagen : Danish University of Education Press.
- Désy Michel (2009). *L'école en santé : recension des écrits*. Montréal : Direction de sante publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Deschesnes Marthe, Martin Catherine & Jomphe Adèle (2003). « Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? ». *Health promotion international*, vol. 18, n° 4.
- Deschesnes Marthe, Trudeau François & Kébé M. (2010). « Factors influencing the adoption of a Health Promoting School approach in the province of Quebec, Canada ». *Health Education Research : Theory & Practice*, vol. 25, n° 3, p. 438-450.
- Dilley Julia (2009). *Research Review: School-based Health Interventions and Academic Achievement*. Washington : Washington State Board of Health.
- (2001). *Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- (2010). « Environnements favorables à l'apprentissage : La saine alimentation et l'activité physique dans l'approche globale de la santé en milieu scolaire ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 101, n° Sup 2.
- Flecha Ainhoa, García Rocío & Rudd Rima (2011). « Using Health Literacy in School to Overcome Inequalities ». *European Journal of Education*, vol. 46, n° 2.
- Franze Marco (2005). « School mental health promotion: MindMatters as an example of mental health reform ». In *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Copenhagen : Danish University of Education Press.
- Gausssel Marie (2011). « L'éducation à la santé (volet 1) ». *Dossier d'actualité Veille & Analyses*, n° 69. Lyon : École Normale Supérieure de Lyon. En ligne : <<http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/details-Dossier.php?parent=accueil&dossier=69&lang=fr>> (consulté le 26 juin 2012).
- Gray Gay, Young Ian & Barnekow Vivian (2007). *Developing a health-promoting school : A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools*. European Network of Health Promoting Schools.
- Inchley Jo, Muldoon Janine & Currie Candace (2006). « Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland ». *Health promotion international*, vol. 22, n° 1.
- Jensen Bjarne & Simovska Venka (dir.) (2002). *Models of Health Promoting Schools in Europe*. Copenhagen : World Health Organization.
- Konu Anne & Rimpela Matti (2002). « Well-being in schools: a conceptual model ». *Health promotion international*, vol. 17, n° 1.
- Lamarre Marie-Claude (2008). « L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé : un réseau professionnel mondial ». *Global Health Promotion*, vol. 15, n° 1, p. 76-79.



- Lee Albert, Cheng Frances F. K. & St Leger Lawry (2005). « Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework ». *Health promotion international*, vol. 20, n° 2.
- Lee Albert, St Leger Lawrence & Cheng Frances F. K. (2007). « The status of health-promoting schools in Hong Kong and implications for further development ». *Health promotion international*, vol. 22, n° 4.
- Lee Albert (2009). « Hong Kong: Health-Promoting Schools ». In Aldinger Carmen & Whiteman Cheryl Vince (dir.). *Case Studies in Global School Health Promotion*. New York : Springer.
- Morin Réal (2007). « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé ». *Santé publique*, vol. 19, n° 5, p. 439-445.
- Muijs Daniel, Harris Alma & Chapman Christopher *et al.* (2004). « Improving Schools in Socioeconomically Disadvantaged Areas – A Review of Research Evidence ». *School Effectiveness and School Improvement*, vol. 15, n° 2.
- Murray Nancy G., Low Barbara J. & Hollis Christine *et al.* (2007). « Coordinated School Health Programs and Academic Achievement: A Systematic Review of the Literature ». *Journal of School Health*, vol. 77, n° 9.
- Pommier Jeanine, Jourdan Didier & Berger Dominique *et al.* (2010). « School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries ». *European Journal of Public Health*, avril, p. 182-188
- Rowling Louise (2007). « School mental health promotion: MindMatters as an example of mental health reform ». *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 18, n° 3.
- Simard Claudine & Deschesnes Marthe (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*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- St Leger Lawrence, Young Ian, Blanchard Claire & Perry Martha (2010). *Promoting Health in Schools : from evidence to action*. Saint Denis : International Union for Health Promotion and Education.
- 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 : World Health Organization, Health Evidence Network.
- Tremblay Mark S., Inman John Wyatt & Willms John Douglas (2000). « The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children ». *Pediatric Exercise Science*, vol. 12, n° 3, p. 312-323.
- Veugelers Paul J. & Schwartz Margaret E. (2010). « Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 102, n° 8.
- Viig Nina Grieg & Wolda Bente (2005). « Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion-A Qualitative Study ». *Scandinavian Journal of Educational Research*, vol. 49, n° 1, p. 89-102.
- Warwick Ian, Aggleton Peter & Chase Elaine *et al.* (2004). *Evaluation of the Impact of the National Healthy School Standard*. Londres : Institute of Education, National Foundation for Educational Research.
- Wiecha Jean L., El Ayadi Alison M. & Fuemmeler Bernard F. *et al.* (2004). « Diffusion of an Integrated Health Education Program in an Urban School System: Planet Health ». *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 29, n° 6, p. 467-474.
- Young Ian (2005). « La promotion de la santé à l'école – une perspective historique ». *Promotion & Education*.





▶ **Pour citer ce dossier :**

Gaussel Marie (2012). «Vers une école saine : éducation à la santé, volet 2 ». *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, n°77, septembre.

En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=77&lang=fr>

▶ **Retrouvez les derniers Dossiers d'actualité :**

Rey Olivier (2012). « Le défi de l'évaluation des compétences ». *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, n°76, juin.

En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=76&lang=fr>

Musset Marie (2012). « De l'architecture scolaire aux espaces d'apprentissage : au bonheur d'apprendre ? ». *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, n°75, mai.

En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=75&lang=fr>

Feyfant Annie (2012). « Architecture de l'information, architecture des connaissances ». *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, n°74, avril.

En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=74&lang=fr>

▶ **Abonnez-vous aux Dossiers d'actualité :**

<https://listes.ens-lyon.fr/sympa/info/veille.analyse>

© École normale supérieure de Lyon
Institut français de l'Éducation
Agence Qualité Éducation – Veille et Analyses
15 parvis René-Descartes BP 7000 – 69342 Lyon cedex 07
veille.scientifique@ens-lyon.fr
Standard : +33 (04) 26 73 11 24
Télécopie : +33 (04) 26 73 11 45