



HAL
open science

Etude des déterminants de la participation active des professionnels de l'éducation dans un dispositif de promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie

Carmella Puleoto Fernandes da Rocha, Nathalie O'callaghan, Nicolas Tessier,
Didier Jourdan

► To cite this version:

Carmella Puleoto Fernandes da Rocha, Nathalie O'callaghan, Nicolas Tessier, Didier Jourdan. Etude des déterminants de la participation active des professionnels de l'éducation dans un dispositif de promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie. *Santé Publique*, 2022, 34 (2), pp.169-179. <10.3917/spub.222.0169>. <hal-03556384>

HAL Id: hal-03556384

<https://uca.hal.science/hal-03556384v1>

Submitted on 24 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Version auteur – Acceptée par la revue

Référence : Fernandes Da Rocha-Puleoto, C., O'Callaghan, N., Tessier, N. et Jourdan, D. (2022). Déterminants de la participation des professionnels de l'éducation à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie. *Santé Publique*, 34(2), 169-179. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0169>.

[\[https://hal.science/hal-03556384\]](https://hal.science/hal-03556384)

Article :

Déterminants de la participation des professionnels de l'éducation à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie

Factors that govern genuine participation of education professionals in health promotion in New Caledonia

Résumé :

Contexte : De nombreuses publications ont démontré l'importance de la mise en œuvre d'une politique de santé en milieu scolaire, mais peu d'entre elles étudient les déterminants de la participation active des professionnels de l'éducation dans les dispositifs de promotion de la santé à l'échelon territorial.

Objectif : Notre étude a été conduite en 2018-2019 en Nouvelle-Calédonie, archipel du Pacifique Sud riche d'une grande diversité culturelle mais marqué par d'importantes inégalités de santé et d'éducation. Elle avait pour objectif de caractériser et d'identifier les facteurs explicatifs de la participation active des enseignants dans un dispositif intersectoriel de promotion de la santé visant l'élaboration d'un parcours éducatif de santé. Elle a concerné 40 écoles issues des trois provinces de l'archipel, ce qui correspond à 20 % de l'ensemble des écoles primaires.

Résultats : Les données montrent que des 139 professionnels de l'éducation qui ont été inscrits dans le programme par la direction de l'Enseignement, 120 ont pris part aux formations et 77 y ont participé

activement. Le travail de ces derniers a été étudié en détail et catégorisé sur la base de la nature de leur contribution.

Conclusion : L'analyse des facteurs ayant un impact sur la participation montre que plusieurs paramètres interviennent. Les deux principaux sont : l'accompagnement et le leadership à l'échelle des écoles. Ces travaux confirment d'une part les enjeux pour les écoles primaires de disposer d'un accompagnement local durable en matière de promotion de la santé et d'autre part la nécessité du renforcement de la capacité d'action des directions d'écoles primaires dans le champ de la santé.

Mots-clés éditeurs :

Ecoles, enseignants, participation, promotion de la santé

Abstract:

Context: Although there is strong evidence in the literature on the interest of the implementation of health policy and programs in schools, data on the determinants of the active participation of education professionals in health promotion programs remain scarce.

Objective: Our study was conducted in 2018-2019 in New Caledonia, a South Pacific archipelago rich in cultural diversity but marked by major inequalities in health and education. It aimed to identify the factors that explain the involvement of teachers in an intersectoral health promotion program (development of a health education pathway led by an intersectoral team). It involved 40 schools, which corresponds to 20% of primary schools of the archipelago.

Results: Data show that of the 139 education professionals who were enrolled in the program by the education administration, 77 actively contributed. The work of these 60 teachers, 12 school principals and 5 district managers were studied in detail and categorized on the basis of the nature of their contribution.

Conclusion: Analysis of the factors impacting active participation showed that two main parameters play a key role in teacher engagement: support and leadership at the school level. This work confirms, on the one hand, the stakes for primary schools to have local support in health promotion and, on the other hand, the need to strengthen the role of school principals in the field of health.

Publisher keywords:

Health promotion, participation, schools, teachers

Introduction

La santé est influencée par un ensemble complexe de facteurs culturels, environnementaux, sociaux et économiques. En tant que milieu au sein duquel les élèves passent une grande partie de leur vie quotidienne et espace privilégié d'éducation, l'école a une influence sur la santé [1]. De nombreuses initiatives en milieu scolaire ont ainsi été lancées, en particulier dans la région Pacifique : Fresh Tastes

[2] en Australie, MaliMali [3] aux îles Tonga et Mémé Sourire [4] en Nouvelle-Calédonie. Certaines sont des interventions thématiques de santé et d'autres sont fondées sur des approches par milieu, avec des stratégies visant à agir sur les politiques et les pratiques, à remodeler les environnements, à construire des partenariats pour générer des changements durables en milieu scolaire [5]. Bien que de nombreuses données confirmant l'intérêt de la réalisation d'une démarche de promotion de la santé dans les écoles soient disponibles [6, 7], seuls quelques pays ont réussi à les mettre en œuvre à grande échelle [8]. Identifier les approches permettant de généraliser les pratiques professionnelles ayant un impact sur les déterminants de la santé actuelle et future des enfants est un enjeu pour la recherche.

Les données de la recherche sur un grand nombre de réformes ou d'innovations dans le monde éducatif montrent que les résultats sont décevants [9]. Une fois mises en œuvre et évaluées dans leur contexte, elles ne produisent pas les effets positifs escomptés. Dès 1995, Tyack et Cuban [10] attribuaient les échecs des réformes éducatives à la prise en compte insuffisante des contextes ainsi que des visions et des habitudes des professionnels. Les chances de réussite d'une innovation à l'école ou de la diffusion d'un outil dépendraient de deux facteurs principaux : sa compatibilité avec les pratiques habituelles des professionnels et l'efficacité de l'intervention pour les enseignants [11]. La recherche montre que les enseignants modifient leurs pratiques en tenant compte des prescriptions, de leurs propres représentations, des besoins des élèves et du contexte de l'école [12]. Pour qu'elle se traduise dans les actes, exhorter les enseignants à promouvoir la santé ne suffit pas, il convient de mettre en place, avec eux, une démarche d'accompagnement au changement. Quelle qu'en soit l'approche, la participation réelle des professionnels est un enjeu central [13].

Cette étude en méthodes mixtes vise à comprendre les déterminants de la participation d'enseignants et de cadres de l'enseignement primaire à un dispositif de promotion de la santé et à analyser de façon fine la nature de leur contribution. Elle a impliqué des écoles des trois provinces de l'archipel calédonien dans le Pacifique Sud. Elle a fait l'objet d'un développement méthodologique propre. Le protocole est de type convergent QUAN + QUAL [14]. Les données sont recueillies via trois modalités, des questionnaires, des interviews et la collecte de traces écrites de l'activité des enseignants. Elles sont analysées selon un double processus parallèle : d'une part, une analyse de contenu et, d'autre part, la mise en œuvre d'un codage en vue d'une analyse quantitative des facteurs conditionnant la participation. De plus, la recherche est conduite (du design à l'analyse des données) par une équipe projet et un groupe de parties prenantes. Le présent article vise à rendre compte tant de la méthodologie utilisée que des résultats de l'analyse détaillée des modalités de participation des enseignants et des facteurs susceptibles de l'influencer.

Matériels et méthodes

Contexte

L'étude se déroule en Nouvelle-Calédonie, archipel de 270 000 habitants situé dans le Pacifique Sud entre l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La société calédonienne est « une mosaïque pluriethnique », elle se compose de communautés kanak (41 %), européenne (24 %) wallisienne et futunienne (8 %) ainsi que tahitienne, indonésienne, ni-vanuataise, vietnamienne et plusieurs autres (moins de 8 %) [15]. Le pays est marqué par des inégalités sociales fortes, avec 50 000 Calédoniens vivant au-dessous du seuil de pauvreté [16], essentiellement dans les provinces Nord et les îles [17], ainsi que par d'importantes inégalités de santé et d'éducation. Malgré une volonté politique forte d'équilibrer les

territoires dans les domaines économiques et sociaux, ces inégalités persistent [18]. Ces dernières se mettent en place de manière précoce avec des écarts de diplôme de sortie du système éducatif liés à des différences dans la maîtrise des savoirs fondamentaux observés dès l'école primaire et s'accroissant au collège [17].

L'étude a concerné des écoles situées en ville, dans des villages et des tribus des trois provinces de l'archipel. Elle a nécessité des moyens financiers et logistiques significatifs pour les formations et l'accompagnement. Elle s'est déroulée en 2018 et 2019 dans un contexte politique marqué par le référendum sur l'indépendance et les tensions autour de l'activité minière.

Pilotage de l'étude

Le dispositif de recherche est porté par une équipe projet impliquant des professionnels de l'éducation et de la santé, des chercheurs de la chaire UNESCO Éducation & Santé et un groupe de parties prenantes incluant, décideurs, professionnels et chercheurs issus des différentes communautés calédonniennes. Une démarche collégiale a présidé à l'élaboration du protocole et des outils de recueil, aux modalités d'implication des écoles, à la collecte de données et à l'analyse.

Population concernée

Les écoles impliquées ont été sélectionnées par les directions de l'Enseignement public, catholique et protestant. Au total, 139 personnels des 3 provinces ont été invités ; 120 personnes réparties sur 40 écoles (45 % de l'enseignement privé et 55 % du public) ont pu participer à la formation et ont été incluses dans l'étude. Les autres n'ont pu y prendre part pour des raisons personnelles ou opérationnelles. Cet échantillon représente 20 % des écoles de l'archipel.

Collecte des données

Les données empiriques ont été collectées à l'aide de trois outils :

- des questionnaires autoadministrés en version papier ou en ligne, destinés aux 99 enseignants impliqués ;
- des interviews : 5 entretiens en ligne, 1 entretien téléphonique, 39 entretiens individuels en présence et 14 focus groups de mai à septembre 2019 ;
- la collecte de traces écrites relatives à la nature de la participation des enseignants.

Traitement des données

Les questionnaires, interviews et traces écrites ont été anonymisés avant d'être analysés. Les échanges de mails, comptes rendus de réunion et newsletters, les données quantitatives et qualitatives liées aux modifications apportées à l'outil ont été traités selon la méthodologie de Miles et Huberman [19]. Les entretiens ont été traités avec le logiciel d'analyse de contenu QDA Miner©.

L'ancrage dans des réseaux de collaboration des écoles a été établi sur la base de la classification de Merini et Bizzoni-Previeux [20] en réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) de type 1 (collaborations centrées sur l'école de type « prestation ») et en ROC de type 2 (ancrage de l'école dans un réseau de partenariat étroit et durable).

Après analyse du contenu des retours des enseignants, les données ont été codées pour être analysées de façon quantitative. Nous nous sommes limités à une analyse univariée. Du fait de la faible taille de l'échantillon, les résultats doivent être considérés comme indicatifs sans ambition de représentativité. La participation des enseignants était la variable dépendante, le contexte des écoles, le type de classe, l'ancrage des écoles dans des réseaux de partenariat, les effectifs d'élèves, la durée de la formation, le nombre de visites dans les écoles, les modalités d'accompagnement et l'implication de la direction de l'école dans le dispositif étaient les variables indépendantes. Le logiciel Jamovi© a été utilisé pour mener à bien cette analyse. Les résultats seront présentés selon une approche complémentaire [21].

Grille d'analyse de la participation des enseignants

Différentes caractérisations de la participation existent en fonction des domaines d'intervention. Des échelles de participation citoyenne [22, 23] au Montreal Model [24]. Nous avons choisi de nous appuyer sur la synthèse réalisée en 2019 par PromoSanté Île-de-France [25] déclinée en cinq niveaux que nous avons adaptés à l'étude (figure 1).

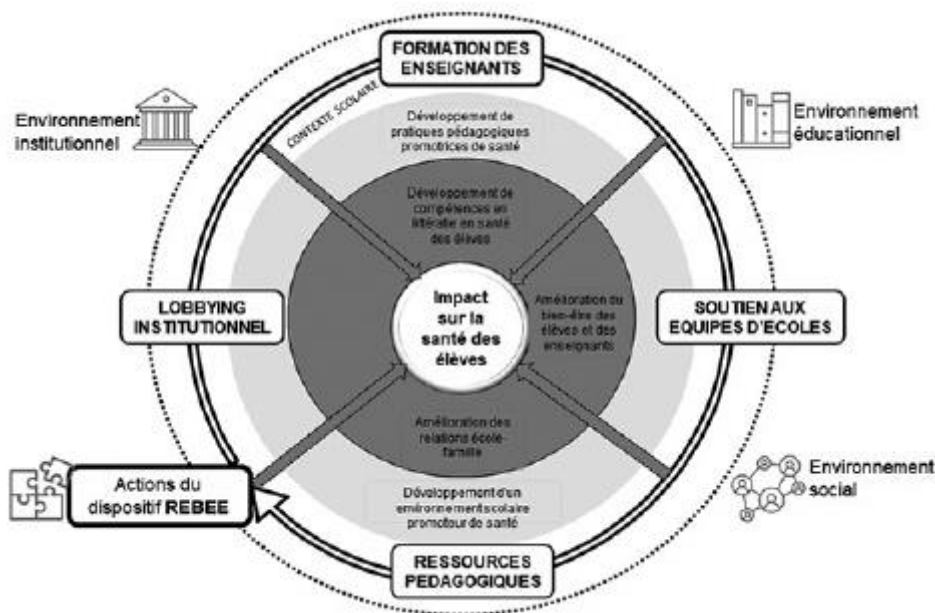
Figure 1 : Grille d'analyse de la participation



Intervention support de l'étude

Cette étude s'appuie sur un dispositif de promotion de la santé « Réussir, Être bien, Être ensemble » (Rebee) porté de façon intersectorielle par le gouvernement calédonien et copiloté par l'agence de santé et la direction de l'Enseignement. Ce dispositif est ancré dans une approche socioécologique de la promotion de la santé [26] qui articule les dimensions de protection, de prévention et d'éducation selon l'approche d'Andrew Tannahill et al. [27]. Le modèle logique de l'intervention (figure 2) s'appuie sur des travaux antérieurs de l'équipe [28] et la grille d'analyse proposée par Jabot et al. [29]. L'impact envisagé est l'amélioration de la santé des élèves à travers un dispositif ancré dans des environnements soutenant pour le développement de pratiques en éducation à la santé des enseignants, d'environnements scolaires favorables à la santé et de la littératie en santé des élèves.

Figure 2 : Modèle logique de l'intervention



L'impact envisagé est l'amélioration de la santé des élèves à travers :

- un dispositif ancré dans des environnements soutenant : institutionnel, éducationnel et social influant sur le contexte de l'école ;
- des actions de lobbying, de formations, d'accompagnements et de créations de ressources pédagogiques en éducation et promotion de la santé à destination des enseignants ;
- des objectifs intermédiaires de développement de pratiques en éducation à la santé des enseignants, d'environnements scolaires favorables à la santé et de la littératie en santé des élèves.

La démarche consiste à renforcer les compétences des enseignants en produisant avec eux des outils conçus pour répondre à leurs préoccupations et aux besoins d'enseignement de tous les élèves, notamment les plus vulnérables. Ces outils sont appelés à s'intégrer sans trop de bouleversements dans les conditions d'exercice ordinaire des maîtres débutants ou chevronnés [11].

L'étude se déroule durant la seconde phase du programme : l'expérimentation d'un prototype d'éducation à la santé en situation réelle de classe. Ainsi, tous les enseignants et directeurs volontaires ont suivi une formation sur la mise en œuvre d'un outil d'éducation à la santé en milieu scolaire innovant. Les équipes de formation étaient composées d'encadrants des équipes d'écoles et des agents sanitaires. Cette composition intersectorielle et multiethnique de professionnels au plus proche des écoles a permis d'offrir des modalités de formation répondant aux besoins des contextes éducatifs d'isolement, de vulnérabilité sociale et de variété culturelle. Ainsi, la durée des sessions de formation a varié en fonction des possibilités organisationnelles et structurelles : entre 2 h 30 en ville et 6 h dans les îles et en brousse. En province nord, elle s'est faite sur les deux côtes de la Grande Terre afin de favoriser l'accessibilité à cette formation aux équipes du nord de la côte Est, qui est une zone étendue particulièrement isolée. Les écoles ont été accompagnées par une équipe support relayée à l'échelon local par 14 directeurs d'écoles et 3 conseillers pédagogiques de circonscription.

Résultats

Caractéristiques de la participation des professionnels (tableaux I et II)

Tableau I : Étapes du processus d'implication des écoles dans le dispositif Rebee (a,b,c,d,e)

Écoles et contextes	Mode de participation	Participants	Processus (outputs)	Effets (outcomes)
202 écoles en Nouvelle-Calédonie ^a Rurales : 127 Urbaines : 75 Privées : 68 Publiques : 134 Effectif : 21 396 élèves	Démarche de présentation/présélection	Directions de l'enseignement, agence de santé, services de santé Inspecteurs de circonscription (IC) et conseillers pédagogiques (CP) Services formation continue	Présentations du dispositif par l'équipe support aux 3 directions d'enseignement, aux IEN, CP et services de santé (2 territoriaux et 2 provinciaux) Taux d'équipes de circonscription mobilisées : 86 % - Taux des services formations des écoles publiques et privées mobilisées : 100 %	Soutien des 3 directions d'enseignement et des agences territoriales de santé. Nb d'écoles inscrites au stage : 46 (23 % des écoles du territoire); 139 personnels inscrits.
46 écoles inscrites à la formation Rurales : 34 Urbaines : 12 Privées : 23 Publiques : 23	Démarche de consultation/formation	Public : directeurs, enseignants, IC, CP Formateurs : équipe support, CP, agents de santé communautaire	Sessions de formation : 3 sessions de 6 h en provinces Nord et Îles – 4 stages de 2 h 30 et 4 stages de 3 h en province Sud	Nb d'écoles formées : 40 (19,8 % des écoles du territoire); Stagiaires (n = 120) : • Enseignants : 94 • Enseignants spécialisés : 3 • Directions : 18 • CP : 3 • IC : 2
40 écoles incluses dans le dispositif Rurale : 28 Urbaines : 12 Privées : 18 Publiques : 22 Effectif : 4011 élèves	Démarche d'implication/engagement	Directeurs-enseignants, IC, CP, agents de santé équipe support (120 participants)	Mode de retour défini par l'équipe support : questionnaire en ligne (lien/QR code) ou scanné (mail) Accompagnement : 19 écoles accompagnées par l'équipe support – 13 par les directions – 8 sans accompagnement. Nb de visites : 44 - Moyenne : 1,1 visite/école Communication en direction des chercheurs-praticiens -décideurs par newsletters : Nb : 5/Fréquence : mensuelle	Engagement à tester 211 séquences et 6 parcours thématiques par un groupe de 99 enseignants composé de : • Enseignants spécialisés formés : 3 ; • Enseignants titulaires de classes : 96 %.
25 écoles ont apporté leurs contributions Rurales : 16 Urbaines : 9 Privées : 12 Publiques : 13 Effectif : 1232 élèves	Démarche de collaboration et de coconstruction	Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d Équipe support	Matériel testé : 101 fiches et 18 séquences e mises en œuvre. Moyenne : 6,7 fiches par enseignant Modes de retours par voie électronique par 9 enseignants Nb d'entretiens à distance : 6 (Nord : 5/Îles : 1) Nb d'entretiens : 39 (Nord : 23/Îles : 8/Sud : 8) Nb de focus group : 14 (Nord : 6/Sud : 8)	Contribution effective de 77 professionnels IC ^d : 2 CP ^d : 3 Directeurs ^d : 12 Enseignants ^c : 60 ^b Nature des retours 816 commentaires dont 92 commentaires libres 82 suggestions y compris de création de nouvelles fiches 64 modifications proposées Taux de modification des fiches : 55 %
4 écoles engagées dans le pilotage Rurales : 3 Urbaine : 1 Privée : 1 Publiques : 3 Effectif : 550 élèves	Participation au pilotage et à la production	Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d	Participation aux réunions avec l'équipe support et 6 interventions de 4 directeurs impliqués hors de leurs écoles – Publics : hiérarchie, autres écoles – Agences de santé, élus locaux.	Engagement des directeurs et de leurs équipes dans le pilotage du dispositif et sa valorisation.

Description du tableau

- a. Source : SEP Vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie (Juin 2019). Effectifs et structures des établissements du premier degré de Nouvelle-Calédonie à la rentrée 2019.
- b. Dont 2 directions non déchargées de classe.
- c. Sont considérés « contributeurs » les enseignants ayant fait un retour matériel de l'expérimentation de l'outil en situation réelle de classe.
- d. Sont considérés « impliqués » les personnels non enseignants ayant organisé, suivi et favorisé l'expérimentation dans leurs écoles.
- e. Une séquence = 7 fiches d'activité de classe d'éducation à la santé.

NB. Ce tableau décrit les modes de participation des écoles élémentaires dans le dispositif. Les niveaux de participation débutent par des modes descendants initiés par les institutions et les circonscriptions avec des progressions ascendantes et plus interactives. À chaque niveau sont décrits le nombre d'écoles concernées, l'organisation mise en place (outputs) et les effets obtenus (outcomes). On peut ainsi y lire dans la démarche de présentation/présélection concernant les 202 écoles élémentaires de Nouvelle-Calédonie que 86 % des circonscriptions ont été mobilisées avec pour effet un taux d'inscription au stage de formation de 23 %.

Tableau II : Modes et types de retours des enseignants contributeurs

Modes de retours	Ensemble (n = 60)	Rural	Urbain
Questionnaire en ligne	15,0 %	3,3 %	11,7 %
Mail	8,3 %	5,0 %	3,3 %
Pochette séquence	23,3 %	8,3 %	15 %
Collègue	5,0 %	5,0 %	3,3 %
Entretien individuel présentiel	45,0 %	33,3 %	11,7 %
Entretien individuel distanciel	3,3 %	3,3 %	0 %
Focus group	48,3 %	11,7 %	33,7 %
Format projet	21,6 %	8,3 %	13,3 %
Nombre de fiches			
[1-3 fiches expérimentées]	28,3 %	20,0 %	8,3 %
4 fiches expérimentées et plus	71,7 %	26,7 %	45,0 %
Appropriation de l'outil			
Suggestions proposées	65,0 %	25,0 %	40,0 %
Modifications apportées	45,0 %	13,3 %	31,7 %

Source : Rebee Élémentaire

Modalités de retour

Le mode majoritairement utilisé pour les retours est le focus group pour 48,3 % des contributeurs, dont 33,7 % en zone urbaine. Les écoles urbaines à grands effectifs ont préféré des rencontres « efficaces » en termes de temps, situées après les cours. Les rencontres ont été généralement

organisées en salle des maîtres et les enseignants ont remis leur questionnaire papier à l'équipe projet avec des compléments d'information sur l'expérimentation.

Près de la moitié d'entre eux (45 %) ont transmis leurs retours par interviews individuelles en présentiel, dont 33,3 % en zone rurale. Les enseignants dans les zones les plus isolées sont dans des écoles à petits effectifs et ont des classes à plusieurs niveaux ; en nombre d'enseignants, ils ne sont souvent que deux pour l'élémentaire avec parfois la direction de l'école incluse. Les rencontres étaient organisées soit sur un temps de repas soit sur un temps de classe. Dans ce dernier cas, la direction anticipait le remplacement de l'enseignant dans sa classe le temps de l'entretien.

Les modes de communication à distance ont été les moins sollicités, le questionnaire en ligne n'a été rempli que par 15 % des contributeurs.

Modalités de participation des enseignants

Au total, 139 professionnels (enseignants et directeurs) de 46 écoles (23 % des écoles élémentaires du territoire) ont été inscrits et 120 d'entre eux, issus de 40 écoles (20 %) ont suivi la formation. Sur les 99 enseignants qui ont assisté à la formation, 60 (60 %) ont produit des ressources et formulé des observations qui ont été intégrées à l'analyse, ils ont travaillé sur 101 fiches tirées des séquences d'activité et 18 séquences complètes. L'ensemble correspond à une moyenne de 6,7 fiches par enseignant.

Dix pour cent des 816 observations portaient sur des suggestions de modifications de l'outil et 7,8 % sur des modifications effectuées par les enseignants lors de la mise en œuvre en classe. Plus de la moitié (55 %) de ces éléments ont influé sur les modifications du prototype par les chercheurs, ce qui a conduit à l'ajout de 75 nouvelles fiches, 3 parcours thématiques et 12 entrées par album. De plus, 92 commentaires libres ont été produits, ils évoquent l'usage (en coïntervention, en groupe ou en classe entière), l'effort de contextualisation, la maniabilité, l'utilité de l'outil et la liberté pédagogique.

Nous recensons également des retours sous forme de dossier de projet de classe pour 21,6 % des enseignants contributeurs, aussi bien en contexte rural (8,3 %) qu'urbain (13,3 %). Ce mode de retour est constitué d'un dossier complet relatant un projet construit autour d'une fiche expérimentée. L'enseignant inscrit les diverses compétences en lien avec le programme à acquérir, les activités déclinées, les moyens mis en œuvre et l'évaluation du projet.

Un autre mode d'expérimentation a été l'usage des fiches selon la discipline que souhaitait travailler l'enseignant avec ses élèves. Dans ce mode, l'enseignant choisissait dans l'ensemble des fiches celles dont il avait besoin. Ils répondent à la mise en œuvre d'activités d'éducation à la santé qu'ils ont intégrée de manière disciplinaire ou transversale.

Sur le plan technique, 21 % des enseignants qui ont participé à l'expérimentation ont un tableau blanc interactif dans leur classe, 57 % un vidéoprojecteur (parfois partagé dans l'école voire sur le secteur scolaire) et 22 % ni l'un ni l'autre.

Concernant la mise en œuvre des activités dans le cadre de partenariats avec les acteurs locaux (santé et culture), on observe que 15 % des enseignants ont mobilisé cette modalité de travail. Il a essentiellement concerné les contextes ruraux.

Les contributions ont également porté sur les suggestions proposées par 65 % des contributeurs et 45 % ont apporté des modifications lors de la mise en œuvre des fiches, essentiellement les enseignants exerçant en zone urbaine. Le fait que tous les contributeurs se donnent le droit de suggérer des activités et de modifier l'outil montre qu'ils se sentent compétents dans la conception et la réalisation d'une activité pédagogique promotrice de santé.

Retours des enseignants n'ayant pas travaillé sur l'outil

Cinq enseignants formés en avril 2019 et n'ayant pas expérimenté l'outil ont été interviewés. Deux motifs sont mis en avant : le manque de temps (« mais je ne jette pas l'éponge ») et de ne pas avoir trouvé de fiches ou de parcours correspondant à leurs projets sur les addictions et l'eau par exemple (« Pour moi, le fléau, c'est l'alcool et le tabac. Je voulais vraiment quelque chose là-dessus ». « J'ai cherché des outils sur Internet pour travailler sur les états de l'eau »). On peut noter qu'ils ont tout de même mené leurs projets d'éducation à la santé.

Positionnement des directeurs d'école

En plus du travail au sein de la classe, les directeurs impliqués sont intervenus lors de réunions au sein de leurs écoles et des services provinciaux ou ont été mandatés pour participer à des réunions avec les services de santé locaux afin de présenter la démarche. L'analyse de contenu des interviews réalisées auprès de trois directeurs montre qu'ils partagent :

- une vision de l'école et un investissement dans les domaines politiques et associatifs de manière intersectorielle ;
- une préoccupation de la santé de la population et d'une approche qui doive tenir compte des contextes de vie ;
- une vision positive de l'utilité, l'adaptabilité de l'effort de contextualisation de l'outil aux différents espaces calédoniens ;
- une gestion de l'expérimentation non contrôlante.

D'autres éléments, même s'ils ne sont pas abordés de la même manière montrent que :

- ils agissent et influent leur hiérarchie, le domaine coutumier ou leur communauté sur leurs préoccupations quant aux questions éducatives (participation à des groupes de travail dans des institutions ou auprès de leur hiérarchie sur l'éducation à la santé et le projet éducatif calédonien) ;
- ils sont également dans une démarche d'amélioration continue de l'outil pédagogique ;
- ils ont un intérêt personnel en matière de santé ;
- un autre élément a été relevé, car spécifique au contexte politique de la Nouvelle-Calédonie qui est dans un processus de décolonisation : une vision dite « pays » de la mission de l'école dans les questions de santé.

Facteurs influant sur la participation des enseignants (tableaux II et III)

Tableau III : Facteurs agissant sur la participation des enseignants : analyses univariées

Facteurs explicatifs		Total des enseignants impliqués* (n = 99)		Contextes des écoles				Enseignants contributeurs ^b (n = 60)			
		Rural		Urbain		Non		Oui	x ²	Valeur p	
		%	n	%	n	%	%	%			
Contextes des écoles	Rural	53	53,5					47,2	52,8	2,89	0,089
	Urbain	46	46,5					30,4	69,6		
Types de classe	1 niveau	65	65,6	23	23,2	42	42,4	35,4	64,6	1,27	0,259
	Multiniveaux	34	34,3	30	30,3	4	4,0	47,1	52,9		
Ancrage des écoles	ROC 1	51	51,5	18	18,2	33	33,3	27,5	72,5	1,83	0,176
	ROC 2	39	39,4	35	35,4	4	4,0	41,0	59,0		
Effectifs élèves	[10-16]	20	20,2	20	20,2	0	0	45,0	55,0	1,73	0,422
	[17-22]	48	48,5	22	22,2	26	26,3	41,7	58,3		
	[23-28]	28	28,3	9	9,1	19	19,2	28,6	71,4		
Durée de la formation	<1 h	10	10,1	3	3,0	7	7,1	30,0	70,0	0,676	0,713
	[1 h-3 h]	40	40,4	1	1,0	39	39,4	37,5	62,5		
	6 h	49	49,5	49	49,5	0	0	42,9	57,1		
	Moyenne (h)			5,6		2,3		4,29	3,92		
Visites dans les écoles	0 visite	14	14,1	3	3,0	11	11,1	100	0	25,1	<0,001
	1 visite	54	54,5	35	35,4	19	19,2	29,6	70,4		
	2 visites et +	31	31,3	15	15,1	16	16,2	29,0	71,0		
Types d'accompagnement	Aucun	16	16,2	5	5,0	11	11,1	100	0	30,7	<0,001
	Équipe support	34	34,3	27	27,3	7	7,1	35,3	64,7		
	Direction d'école	49	49,5	21	21,2	28	28,3	22,4	77,6		
Implication de la direction	Non	50	50,5	32	32,3	18	18,2	56,0	44,0	11,7	<0,001
	Oui	49	49,5	21	21,2	28	28,3	22,4	77,6		

Description

NB. Ce tableau rend compte de l'analyse réalisée sur les facteurs influant la participation des enseignants. La population est constituée de 99 enseignants formés.

Source : Rebee Élémentaire

Contexte

Les écoles en zone rurale représentent 53,5 % du dispositif, 35,4 % sont fortement ancrées dans des réseaux collaboratifs (ROC 2) et 18,2 % sont plutôt impliquées dans des collaborations centrées sur l'école (ROC 1). Les écoles en zone urbaine représentent 46,5 % du dispositif, comptant 4,0 % en ROC 2 et 33,3 % en ROC 1 (et 9 % non renseignées).

L'analyse des facteurs contextuels montre que les enseignants qui n'ont pas contribué sont davantage implantés en milieu rural (47,2 %). Le type de ROC avec les services de prévention intervenant dans l'école n'a pas influé sur la participation des enseignants. Les enseignants contributeurs ont majoritairement (64,6 %) des classes à niveau unique mais le fait d'avoir une classe à un seul niveau ou multiniveau et les effectifs d'élèves n'a pas influé sur la participation.

Accompagnement

L'accompagnement a été conduit par l'équipe projet et des directeurs et conseillers pédagogiques. L'équipe projet est plus largement intervenue en milieu rural. En milieu urbain, ce sont les directeurs qui ont soutenu les équipes. Les analyses montrent que le nombre de visites influence la participation des enseignants ($p < 0,001$). À partir du moment où il y a une rencontre physique, la participation est plus marquée, 70 % des enseignants visités ont contribué. Elles montrent également une meilleure participation des enseignants accompagnés par leur direction (77,6 %) que par l'équipe projet (64,7 %).

Soutien de la direction

Le soutien institutionnel influe sur la participation ($p < 0,001$) avec un taux d'expérimentation plus fort lorsque la direction accompagne l'enseignant (77,6 %). Pour mémoire, l'accompagnement des enseignants du dispositif ne s'est effectué qu'avec l'accord des inspections et des directions. Or 16,2 % des enseignants n'ont pu être suivis faute de retour de la part des directions et n'en n'ont par conséquent pas fait. L'observation plus précise de ce groupe montre qu'il est composé d'une grande équipe d'école urbaine avec une direction non impliquée ayant participé au stage collectif.

Discussion

Cette recherche a permis une analyse fine des modalités et des déterminants de la participation des enseignants à un dispositif de promotion de la santé à l'école primaire au sein de l'archipel calédonien. Elle a donné lieu à un développement méthodologique dans le but de collecter des données significatives sur un territoire marqué par une grande diversité sociale et culturelle. L'analyse parallèle des données en mode descendant (analyse de contenu) et après codage pour une analyse quantitative des déterminants de la participation a permis de caractériser la nature de la participation d'une part et d'identifier les facteurs la conditionnant d'autre part. Le fait que des professionnels de terrain de différentes confessions et communautés soient associés au sein de l'équipe projet à toutes les étapes de la recherche de la définition de ses objectifs à l'interprétation des données en passant par le design de l'étude et la collecte a permis de s'assurer de la cohérence du travail avec le milieu étudié.

L'étude a concerné 20 % des écoles publiques et privées de l'archipel. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif, car la sélection a été réalisée sur des critères politiques (localisation des écoles sur tout le territoire) et managériaux (écoles déjà motivées ou écoles pour lesquelles les cadres considéraient que c'était une nécessité). Le fait de participer ou non au stage en ayant été désigné par l'autorité est également lié à la relation entre les écoles et l'inspection. Pour autant, le fait que la sélection des écoles ne se soit pas faite sur la base du volontariat est une des forces de cette étude en comparaison avec la majorité de celles publiées qui concernent des écoles motivées en amont [6]. Elle reflète également le soutien institutionnel qui encourage cette collaboration santé-éducation [30] qui sera développée dans une étude à venir. Au total, 87 % des écoles de cette sélection étaient présentes au stage et au bout du compte 64 % d'entre elles ont participé activement, ce qui reste très élevé sachant que la promotion de la santé n'est pas considérée comme étant au cœur de leur mission par une large part des professionnels de l'éducation [31].

L'objectif de parvenir à une participation équilibrée entre les enseignants des différents territoires n'a pas été atteint malgré une approche proportionnée fondée sur des interventions de l'équipe projet auprès des écoles implantées dans des espaces moins favorisés et la prise en compte des moyens de communication Internet, parfois extrêmement limités par la mise à disposition de l'outil en version papier et au format clef USB. La part d'enseignants issus des zones les plus favorisées reste en effet plus élevée (70 % contre 53 %). Pour autant, la participation a dépassé la moitié de l'effectif et s'est avérée significative, grâce notamment à l'engagement des équipes locales (circonscriptions scolaires et équipes locales de santé publique).

Certains résultats sont cohérents avec des études antérieures, en particulier concernant les principaux déterminants de la pratique en éducation à la santé des enseignants du 1er degré que sont la formation et la réflexion collective à l'échelle de l'école [32], tout comme les déterminants d'implantation d'un dispositif en promotion de la santé, notamment le poids du soutien institutionnel [33]. Sans accompagnement, il n'y a pas eu de contribution. L'implication des directions d'école a été primordiale et ne nécessite pas obligatoirement qu'elles soient formées, mais surtout convaincues de l'intérêt du dispositif. Ainsi, on peut compter 11 écoles sur les 40 ayant des directeurs impliqués qui n'ont pas suivi le stage collectif et pour lesquelles la totalité des enseignants formés a contribué à l'expérimentation. À l'inverse, on a pu constater que le retrait d'une direction ayant suivi le stage collectif entraîne la non-contribution de toute l'équipe formée.

D'autres résultats diffèrent d'études antérieures tels que le lien entre volumes de formation et implication des équipes d'écoles, en particulier en contexte rural. Selon une étude de Guevel et al., le volume de formation est positivement corrélé au développement de plus d'actions de promotion de la santé [34]. Cette différence est sans doute liée au fait que toutes les formations étaient très brèves dans notre étude.

Il est également possible de tirer des enseignements quant au pilotage d'un processus participatif. Le choix initial de demander aux enseignants à travailler sur deux séquences minimum (c'est-à-dire 14 fiches) était ambitieux. Même si 22 % d'entre eux ont expérimenté plus de 10 fiches, la majorité en a expérimenté au moins quatre avec une moyenne à 6,7. Il serait certainement plus pertinent de leur proposer une fourchette entre cinq et sept pour commencer.

Les modalités de retour des expérimentations ont été favorisées par la rencontre physique avec les équipes. La voie électronique n'a pas été efficace : les enseignants ont évoqué un manque de temps pour se poser et transmettre leurs éléments, mais aussi la difficulté à formaliser par écrit des critiques dont certaines peuvent paraître abruptes à l'équipe projet. L'offre numérique n'étant pas la même d'un lieu à l'autre, certaines écoles rurales ne sont pas connectées. Dans cette démarche participative de coconstruction, c'est le dialogue enseignants-équipe projet ou enseignants-cadres qui conditionnent la participation des écoles à l'expérimentation. Les modes de recueil ont dû être largement diversifiés, mais il n'a pas été possible, malgré cela, de tenir compte des expérimentations de toutes les écoles faute de moyens pour se rendre sur place ou de réponse des écoles. Le choix d'entretiens dans une approche compréhensive a permis de recueillir des éléments d'explication quant

aux difficultés des équipes à nous faire les retours en ligne mais aussi d'entamer en direct un début d'analyse réflexive sur leurs pratiques en éducation à la santé.

Relativement peu de collaborations avec des acteurs externes à l'école ont été mises en œuvre. Le partenariat a été effectif dans les écoles où préexistaient des réseaux de collaboration, notamment sur l'une des provinces où s'organisent, depuis plus d'un an, des projets entre les écoles, l'agence de santé et le service de prévention de la Gendarmerie nationale. La coanimation, de plus en plus institutionnalisée grâce à des stages de formation continue aura été un bon levier pour soutenir certains enseignants.

Dans cette démarche, nous nous sommes intéressés aux profils des professionnels qui ont acquis une expertise autour de l'outil. Les interviews de trois directeurs impliqués dans la codécision montrent des éléments biographiques communs, en particulier le même intérêt marqué pour les questions de santé qui touchent leurs populations d'élèves et leur implication hors de l'école à l'échelle locale, communautaire et politique de manière intersectorielle. D'autres éléments communs peuvent être relevés : leur gestion du projet non contrôlante et dans une démarche d'amélioration continue, une vision très libre de l'utilisation de l'outil qu'ils trouvent flexible, adapté aux enseignants débutants tout en permettant une complexification aux enseignants chevronnés et adapté au contexte de la population de leurs écoles. Ils affichent également une vision large du rôle de l'école qui a toute sa place dans la construction de la société calédonienne. Leur perception claire du dispositif leur donne une aisance pour en parler et expliciter en toute simplicité la portée de ce travail à d'autres publics. Il sera toutefois intéressant de suivre l'évolution des équipes d'école inscrites dans la démarche de codécision et de copilotage, et de mesurer l'effet de leurs interventions en dehors de leurs écoles et selon les contextes ruraux ou urbains. Il apparaît ainsi clairement que le mode de leadership, le professionnalisme et l'engagement des directeurs sont des leviers de transformation de premier ordre pour parvenir à une participation réelle.

Conclusion

Les premières conceptualisations sur les écoles promotrices de santé ont été le fruit du travail de chercheurs et de praticiens océaniques notamment australiens avec la production des premières guidelines pour les écoles promotrices de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1996 par L. St Leger de l'université Deakin à Melbourne. La Nouvelle-Zélande a organisé un réseau des écoles promotrices de santé particulièrement structuré et efficace qui associe plus de 1 500 écoles [35]. Elle a été le premier pays à montrer, en 2017, à l'échelon national que la promotion de la santé à l'école améliore significativement la qualité de l'éducation (compétences en lecture, baisse de l'absentéisme et des sanctions, qualité de vie à l'école, relations aux parents). Dans cet espace océanique, la Nouvelle-Calédonie peut apporter une contribution propre à la production de données de fond sur des études qualitatives et quantitatives. L'engagement politique en matière de promotion de la santé à l'école, l'ancrage dans des textes structurants, le positionnement de l'école au cœur du vivre ensemble calédonien, la prise en compte de la diversité culturelle, la volonté de réduire les inégalités sociales, la présence d'écoles au sein de l'ensemble des territoires, les liens entre écoles et services de santé locaux notamment en zones rurales sont des atouts de premier ordre.

Pour structurer de façon durable un parcours éducatif de santé pour tous les élèves, l'engagement de l'ensemble des écoles et de leurs partenaires institutionnels, administratifs et coutumiers est nécessaire. Cette étude met en avant la nécessité de l'accompagnement intersectoriel de proximité et le rôle du leadership des directeurs à l'échelon local. Ces deux leviers devront être activés. L'enjeu est ainsi de travailler au développement des capacités d'action locale et de s'engager fortement dans la formation et l'accompagnement des cadres éducatifs.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Financement

Le dispositif « Réussir, Être bien, Être ensemble » (Rebee) est financé par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie

Remerciements

Nous tenons à remercier le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, la direction de l'Enseignement de la Nouvelle-Calédonie, la direction diocésaine de l'École catholique en Nouvelle-Calédonie, l'Alliance scolaire de l'Église évangélique, la Fédération de l'enseignement libre protestant et tous les participants au dispositif Rebee.

Références

1. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). Health policy for children and adolescents No.7 Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being [Internet]. 2016. [Visité le 19/07/2020]. En ligne : <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/>.
2. Nathan N, Lin Yoong S, Sutherland R, Reilly K, Delaney T, Janssen L, et al. Effectiveness of a multicomponent intervention to enhance implementation of a healthy canteen policy in Australian primary schools: a randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016. DOI: 10.1186/s12966-016-0431-5.
3. Takeuchi R, Kawamura K, Kawamura S, Endoh M, Uchida C, Taguchi C, et al. Evaluation of the child oral health promotion "MaliMali" Programme based on schools in the Kingdom of Tonga. *Int Dent J*. 2017;67(4):229-37. DOI: 10.1111/idj.12293.
4. Tubert-Jeannin S, Pichot H, Rouchon B, Pereira B, Hennequin M. Common risk indicators for oral diseases and obesity in 12-year-olds: A South Pacific cross sectional study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-12. DOI: 10.1186/s12889-017-4996-y.
5. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, MacHardy L, Young I, Witney E. "Settings" based health promotion: a review. *Health Promot Int*. 2001;16(4):339-53. DOI: 10.1093/heapro/16.4.339.
6. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO Health Promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(4). DOI: 10.1002/14651858.CD008958.pub2.
7. Alemán-Díaz AY, Backhaus S, Siebers LL, Chukwujama O, Fenski F, Henking CN, et al. Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services. *Lancet Child Adolesc Health*; 2018;2(12):891-904. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30286-4.

8. Fortune K, Becerra-Posada F, Buss P, Galvão LAC, Contreras A, Murphy M, et al. Health promotion and the agenda for sustainable development, who region of the Americas. *Bull World Health Organ.* 2018;96(9):621-6. DOI: 10.2471/BLT.17.204404.
9. Bryk A. Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer. *Éducation Didact.* 2017;11(2):11-29.
10. Tyack DB, Cuban L, Press HU. *Tinkering toward utopia: A century of public school reform* [Internet]. Harvard University Press; 1995 [Visité le 25/04/2022]. En ligne : <https://books.google.fr/books?id=ui6cAAAAMAAJ>.
11. Cebe S, Goigoux R. Lutter contre les inégalités : outiller pour former les enseignants [Internet]. *Rech Form.* 2018;(1):77-96. DOI: 10.4000/rechercheformation.3510.
12. Goigoux R. Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants [Internet]. *Éducation Didact.* 2007;1(3):47-69. DOI: 10.4000/educationdidactique.232.
13. Simar C, Jourdan D. Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Rev Sci Edu.* 2010;36(3):739-60. DOI: 10.7202/1006254ar.
14. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research.* SAGE Publications Inc.; 2007.
15. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. Synthèse 45 : RP 2019. La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019. [Internet]. 2020. [Visité le 25/04/2022]. En ligne : <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>.
16. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. Synthèse 52: BDF 2019-2020. En 2019, le taux de pauvreté reste stable en Nouvelle-Calédonie [Internet]. 2021. [Visité le 25/04/2022]. En ligne : <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>.
17. Gorohouna S, Ris C. Vingt-cinq ans de politiques de réduction des inégalités : quels impacts sur l'accès aux diplômes ? *Mouvements.* 2017;91(3):89.
18. Pantz PC. Existe-t-il des territoires kanak ? *Multitudes.* 2017;68(3):196. DOI: 10.3917/mult.068.0196.
19. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives.* 2e édition [Internet]. De Boeck. Bruxelles (Belgique); 2003. [Visité le 25/04/2022]. En ligne : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=AQHRYJ1AiPEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=miles+and+huberman&ots=_2OIGYt3ZW&sig=j6B0mE7LVvqB6TPVIXNjAnSpx1E#v=onepage&q=miles+and+huberman&f=false
20. Bizzoni-Prévieux C, Mérini C, Otis J, Grenier J, Jourdan D, Jourdan Le D. Le réseau de collaboration Une forme de pratique favorable à une approche globale et complexe de l'éducation à la santé à l'école. In: *Mieux former pour agir dans une société en mouvement* [Internet]. PUQ Numéri. hal-00821347; 2011. p. 225-230. [Visité le 17/02/2019]. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821347>
21. Pluye P, Gagnon M-P, Griffiths F, Johnson-Lafleur J. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in *Mixed Studies Reviews.* *Int J Nurs Stud.* 2009;46:529-46. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009.
22. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. *J Am Inst Plann.* 1969;35(4):216-24. DOI: 10.1080/01944366908977225.
23. Hart R. Monter l'échelle de la participation. Les enfants d'abord [Internet]. 1994 [Visité le 02/07/2020]. En ligne : https://crabgrass.riseup.net/assets/90695/EchelleHart_pdf.pdf.
24. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique.* 2015;27:S41-50. DOI: 10.3917/spub.150.0041.

25. PromoSanté Île-de-France. Fiche 3 : La participation [Internet]. 2019 [Visité le 22/04/2020]. En ligne : <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/fiche-3-la-participation>.
26. Jourdan D, Gray NJ, Barry MM, Caffè S, Cornu C, Diagne F, et al. Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(4):295-303. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30316-3.
27. Tannahill A. Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*. déc 2008;122(12):1387-91.
28. Pommier J, Guével MR, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*. 2010;10.
29. Jabot F, Pommier J, Guével MR. Évaluation en promotion de la santé. In: *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'EHESP; 2017. p. 411-441.
30. Illivi F, Honta M. La mise en œuvre du plan « Sport, santé, bien-être » en région. Un processus d'ajustements continus. *Santé publique*. 2019;31(4):475-84. DOI: 10.3917/spub.194.0475.
31. Jourdan D. Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ? Saint-Denis : Inpes ; 2010.
32. Simar C, Darlington E, Bernard S, Berger D. Promouvoir la santé à l'École : revue de littérature et perspectives scientifiques. Introduction [Internet]. *Adm Éducation*. 2020 [Visité le 25/04/2022]. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02478879/document>.
33. Darlington EJ, Violon N, Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*. 2018;18(1):163. DOI: 10.1186/s12889-017-5011-3.
34. Guével MR, Pommier J, Jourdan D. Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les Écoles primaires françaises : Implications pour la pratique. *Glob Health Promot*. 2013;20:13-9.
35. Leeson H. Health promoting schools impact on targeted student outcomes analysis report. 2017. *Monocle*. [Visité le 19/07/2020]. En ligne : <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hps-impact-targeted-student-outcomes-analysis-report-sep17.pdf>