

Contribution du programme Explo'Santé au développement d'environnements favorables à la santé en milieu scolaire: Étude Longitudinale en France Métropolitaine

Présenté par

TCHUENDEM Guylène

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale** ▾

Directeur de mémoire : Prof CARROUEL Florence

le 17/12/2025

Devant le jury composé de :

Prof Savadogo Léon G Blaise	Président
Prof Titulaire - Directeur du département Santé	
Prof CARROUEL Florence	Directeur de mémoire
Professeure d'université, Directrice Adjointe du Laboratoire Parcours Santé Systémique (P2S)	
Dr KY-ZERBO Odette	Examineur
PhD - Enseignant chercheur/ Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation	

Remerciements

Ce travail de recherche n'aurait pas été possible sans le concours des personnes qui, de près ou de loin, ont partagé avec moi le chemin de cette expérience de recherche.

De ce fait, nous tenons ici à exprimer notre gratitude auprès de:

L'université Senghor pour cette opportunité de formation qui nous a donné le privilège et l'opportunité de mener ce travail de recherche.

Tout le personnel administratif de l'Université Senghor, spécialement, Monsieur Thierry Verdel, Recteur de l'université Senghor, Mesdames Jeanne Azer, Directrice du Cabinet du Recteur et du Président, Magui ABDO, Secrétaire Exécutive du département Santé et Madame Alice Mounir, Directrice de la scolarité pour leurs conseils et soutien durant notre période de formation à l'Université Senghor ainsi que tout le corps enseignant surtout du département Santé.

Professeur Léon Savadogo, Directeur du Département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie, pour son soutien, engagement, encadrement et accompagnement tout au long de notre cursus universitaire.

Notre directrice de Mémoire, la professeure Florence Carrouel, ainsi que notre co-directrice, Docteure Adeline Darlington-Bernard, qui ont su sans relâche nous guider et accompagner avec exigence, rigueur et éclairage scientifiques et acharnement dans la réalisation de ce mémoire de recherche. Madame Corélie Salque, dont le soutien indéfectible et l'accompagnement scientifique ont été déterminants pour ce travail de recherche.

Professeur Claude DUSSART, Directeur exécutif du laboratoire Parcours Santé Systémique (P2S) de l'Université Claude-Bernard Lyon1, qui a bien voulu nous donner l'opportunité d'y effectuer notre stage de fin d'études.

Toute l'équipe encadrante de stage, Professeure Florence Carrouel, Docteure Adeline Darlington-Bernard et Madame Corélie Salque, qui par leur soutien, conseils avisés, orientations et recommandations précieuses, nous ont été d'un appui capital pour notre apprentissage et notre expérience de stage au sein de P2S.

Tout le personnel de P2S pour leur conseil et accompagnement tout au long de notre stage, et particulièrement, Madame Catherine Billard qui a été présente tout au long de notre parcours au laboratoire.

Les membres du jury pour l'intérêt porté à la lecture de ce travail de mémoire.

Nos collègues de la 19^e promotion, et plus particulièrement celles et ceux du Département Santé ainsi que de la communauté camerounaise de l'université Senghor pour leur soutien, solidarité et amitié tout au long de ce parcours.

Notre famille dont l'amour, le soutien et l'accompagnement ne sont plus à démontrer.

Dédicace

Nous dédions ce travail de mémoire à:

Notre feu grand-mère, Moukouo Marie, épouse Tchuenkam, qu'elle reçoit depuis l'au-delà, notre reconnaissance de l'amour, l'affection, les conseils et enseignements qu'elle a su nous donner.

Toute la famille Tchuenkam et Tchuendem pour leur soutien et amour incommensurable durant tout notre parcours personnel, professionnel et académique.

Toute la grande famille Demgne.

Epigraphe

“Creating positive and healthy school environments, therefore, can have numerous benefits in improving health, well-being, and academic achievement, and reducing inequities.”
(Langford et al., 2014)

“Access to education, better-educated students and safe, supportive school environments are associated with better health outcomes for students, which persist into adulthood.” **(WHO & UNESCO, 2021)**

Résumé

Introduction: Les inégalités sociales de santé émergent dès le plus bas âge conditionnant ainsi les modes et environnements de vie des enfants et adolescents. Ces conditions les exposent à des comportements à risque favorisant l'apparition de maladies chroniques. Ainsi, la mobilisation de la promotion de la santé à travers l'approche socio-écologique et *whole school*, semble pertinente à l'école pour agir en amont sur ces comportements à risque. L'objectif de la promotion de la santé est de réduire ces inégalités, notamment par le développement d'environnements propices à la santé et au bien-être. Ce travail de recherche se propose donc d'analyser comment le programme Explo'Santé a pu contribuer au développement ou à l'amélioration d'environnements scolaires favorables en France métropolitaine.

Matériel et méthode: Il s'est agi d'une étude longitudinale sur trois ans (2022-2025) de type observationnel ou descriptif et qualitatif, menée auprès de 36 enseignants de CM1, CM2 et 6e répartis sur 6 départements de la France métropolitaine. Les entretiens semi-directifs ont été conduits à l'aide d'une grille, puis analysés de manière thématique mixte avec le logiciel Nvivo.

Résultats: Les résultats montrent des effets contrastés selon les composantes de l'environnement scolaire: i) une amélioration notable de l'environnement social est observée en primaire (climat de classe, meilleure gestion des conflits) avec des effets plus mitigés au collège; ii) une prise de conscience a été notée sur l'importance d'un environnement physique sain, sans réels aménagements des espaces ou d'améliorations; iii) la posture enseignante (posture favorable au bien-être des élèves) semble avoir évolué et des pratiques de gestion de classes ont été relevées, avec des freins observés (manque de temps et de formation et priorités scolaires); iv) l'engagement et l'empowerment des élèves semblent contrastés avec une absence d'implication de la communauté éducative extrascolaire et v) une absence d'effets sur la gouvernance et les politiques scolaires et éducatives a également été relevée.

Conclusion: Explo'Santé a montré un potentiel non négligeable dans la transformation des environnements favorables à la santé mais s'est heurté à des contraintes structurelles, organisationnelles, et institutionnelles. Cependant, pour optimiser l'efficacité de tels programmes, il est préconisé d'adopter une gouvernance partagée, une intégration durable de la promotion de la santé dans les curricula et une mobilisation des partenaires et de l'ensemble de la communauté éducative selon une approche *Whole School*.

Mots-clefs

Programme Explo'Santé, Environnements favorables à la santé, Promotion de la santé, milieu scolaire, France métropolitaine.

Abstract

Introduction: Social inequalities in health emerge at a very early age, shaping the lifestyles and environments of children and adolescents. These conditions expose them to risky behaviors that promote the onset of chronic diseases. Promoting health at school through the socio-ecological and whole school approaches appears relevant to address this issue upstream. Health promotion aims to reduce health inequalities through the development of environments conducive to health and well-being. This research therefore aims to analyse how the Explo'Santé program has contributed to the development or the improvement of healthy school environments in metropolitan France.

Materials and methods: A longitudinal, descriptive and observational qualitative study (2022–2025) was conducted with 36 pupils of Year 5, Year 6 and Year 7, in across six departments in metropolitan France. Semi-structured interviews using an interview guide were conducted, followed by a mixed thematic analysis using the Nvivo software.

Results: The results show contrasted effects depending on the components of the school environment: i) Significant improvement was observed in the social environment in primary school (classroom atmosphere, better conflict management) with more mixed effects in secondary school; ii) Awareness of the importance of a healthy physical environment was noted but with no real changes to the layout or improvements; iii) Changes in teaching attitudes (attitudes conducive to student well-being) and classroom management practices were reported, with some challenges observed (lack of time and training, and school priorities); iv) Notable commitment and empowerment among students contrasted with a lack of involvement from the extracurricular educational community; and v) No effects on school and educational governance and policies were observed.

Conclusion: Explo'Santé has demonstrated significant potential in transforming environments conducive to health. However, it has also encountered structural, organizational and institutional constraints. To optimize the effectiveness of such programs, it is recommended that shared governance be adopted, that health promotion be sustainably integrated into curricula, and that partners and the entire educational community are mobilized using a Whole School approach.

Key-words

Explo'Santé program, Healthy environments, Health promotion, School setting, metropolitan France.

Liste des sigles et acronymes

CESCE	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté et à l'environnement
CM1	Cours Moyen 1
CM2	Cours Moyen 2
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
EFSa	Environnement Favorable à la Santé.
EPSa	École Promotrice de Santé
HiAP	Health in All Policies
HPS	Health Promoting School
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
ISS	Inégalités sociales de Santé
MP3	MPEG-1 Audio Layer 3
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAHO	Pan American Health Organisation
PES	Parcours Éducatif de Santé
P2S	Parcours Santé Systémique
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SHE	Schools for Health in Europe
SHES	School Health Education Study
UR4129	Unité de Recherche 4129

WSSC	Whole School, Whole Community, Whole Child
------	--

Table des matières

1. Introduction	10
1.1. Enoncé du problème	10
1.2. Problématique	13
1.3. Question de recherche	15
1.4. Objectifs de l'étude	15
1.4.1. Objectif général	15
1.4.2. Objectifs spécifiques	15
1.5. Choix et intérêt de l'étude	15
2. Revue de la littérature	16
2.1. Naissance et évolution de la promotion de la santé	16
2.1.1. Évolution des paradigmes en santé : du curatif au préventif (prévention et promotion de la santé)	16
2.2. Chartes et déclarations internationales et promotion de la santé	17
2.2.1. Cas de la charte d'Ottawa	17
2.2.2. Déclaration de Sundsvall et environnements favorables de la santé	19
2.3. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé	21
2.4. Écoles promotrices de santé	22
2.4.1. École promotrice de santé au niveau mondial	22
2.4.2. Écoles promotrices de santé en Europe	23
2.4.3. Écoles promotrices de santé en France : De la santé à l'école aux origines de l'école promotrice de santé	25
2.5. Environnements favorables à la santé	27
2.5.1. Définitions et fondements conceptuels	27
2.5.2. Environnements favorables à la santé en milieu scolaire	28
2.5.3. Approche socio-écologique et systémique	30
2.6. Cadre conceptuel	31
2.6.1. Définitions des concepts	31
2.6.2. Cadre conceptuel des environnements favorables à la santé en milieu scolaire	34
3. Matériels et méthodes	36
3.1. Cadre d'étude et type d'étude	36
3.2. Population d'étude	37
3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	37
3.3.1. Critères d'inclusion	37
3.3.2. Critères d'exclusion	37
3.4. Techniques d'échantillonnage et recrutement	38
3.5. Collecte de données et analyses de données	38
3.5.1. Techniques et outils de collecte de données	38
3.5.2. Déroulement de la collecte des données.	38
3.5.3. Analyse des données	39
3.6. Considérations éthiques	39
4. Résultats	40

4.1. Effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements physiques en milieu scolaire	40
4.2. Effets du programme Explo'Santé sur le développement et l'amélioration du climat social en milieu scolaire	41
4.2.1. Climat relationnel en primaire	41
4.2.2. Climat relationnel au niveau du collège: un climat mitigé	42
4.3. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques organisationnelles au sein des établissements scolaires.	44
4.4. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques pédagogiques	45
4.4.1. Transformation de la posture enseignante et des pratiques pédagogiques	45
4.4.2. Développement d'une dynamique de travail plus apaisée	46
4.5. Effets du programme Explo'Santé sur l'engagement et l'implication des élèves, enseignants, familles et de la communauté	46
4.5.1. Appropriation et engagement des enseignants : Des effets contrastés	46
4.5.2. Autonomie et Implication des élèves	47
4.5.3. Implication des familles et de la communauté éducative	47
4.6. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques de gouvernance et politiques.	48
5. Discussion	48
5.1. Présentation des principaux résultats	48
5.2. Discussion proprement dite des résultats	50
5.2.1. Limites institutionnelles et structurelles dans le développement des environnements physiques sains en milieu scolaire	50
5.2.2. Facteurs contextuels et différenciés des effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements favorables à la santé entre le primaire et le secondaire	53
5.2.3. Engagement différencié de la communauté éducative et des élèves.	54
5.2.4. Pratiques pédagogiques: Entre approche et techniques nouvelles et contraintes structurelles et organisationnelles	56
5.2.5. Gouvernance et politiques: Un enjeu majeur	58
5.2.6. Limites de l'étude et implications méthodologiques	60
6. Conclusion	62
7. Recommandations et perspectives	63
7.1. Recommandations	63
7.2. Perspectives	64
8. Références bibliographiques	65
9. Liste des illustrations	78
10. Annexes	81

1. Introduction

1.1. Enoncé du problème

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales de la vie au cours desquelles les individus, soumis à de multiples changements physiques, sociaux, mentaux et émotionnels, acquièrent et développent des connaissances, aptitudes, attitudes et comportements qui influencent durablement leur santé et leur bien-être. C'est aussi une période de grande vulnérabilité avec un risque développement de mauvaises habitudes de consommation alimentaire, de consommation d'alcool et de substances psychoactives, d'exposition à des violences multiformes, d'inactivité physique et de sédentarité de plus en plus croissante ainsi que des troubles mentaux et comportementaux, tout ceci exacerbé par les inégalités sociales de santé (ISS) et de genre.

En effet, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2024 , révèle que l'on observe depuis 2018, une tendance d'augmentation de consommation des aliments sucrés chez les adolescents (25 % donc, un adolescent sur quatre), avec des disparités de genre: taux de prévalence plus élevé chez les filles (28 %) que chez les garçons (23 %) (WHO, 2024). Une consommation quotidienne qui serait selon ce rapport, corollaire au gradient social et statut socio-économique des familles. Car, selon ce rapport, le taux de prévalence est plus élevé chez ceux issus des familles les plus défavorisées. C'est aussi le cas du surpoids et de l'obésité, qui touchent plus d'un adolescent sur cinq (23 %). Leur prévalence est également en hausse et liée à des inégalités socio-économiques : 27 % des adolescents issus de familles défavorisées sont concernés, contre 18 % dans des milieux plus aisés. Selon le Docteur Martin Weber, le coût élevé et la faible accessibilité à des options alimentaires plus saines constituent des freins importants pour l'accès des familles à revenu faible à une alimentation saine; ce qui les conduit à se tourner vers les aliments transformés et sucrés pourtant néfastes à leur santé (WHO, 2024).

Par ailleurs, l'Inspection générale des affaires sociales de la République Française (IGAS, 2011) soulignait que les ISS s'observent dès la grossesse et la naissance et ces inégalités chez les enfants émanent du gradient social de leurs parents (position sociale, statut professionnel et socio-économique) et autres déterminants de la santé comme le milieu et mode de vie. Selon ce rapport, le taux de prématurité serait plus important chez les enfants des salariés de services que chez ceux des cadres supérieurs (6,4 % contre 3,9 %) et chez les enfants d'ouvriers, la surcharge pondérale serait plus élevée que chez les enfants dont le père est cadre donc 13,9 % contre 8,6 %.

C'est dans ce même ordre d'idées que s'inscrit une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) menée par Gaini et collaborateurs, en France, pour qui les inégalités sociales de santé impactent la vie, la santé et le bien-être d'un individu dès le plus jeune âge, voire dès la période prénatale. Hormis ces inégalités de santé, la santé mentale des enfants et adolescents est aussi devenue une préoccupation majeure de santé

publique. Car, l'OMS dans un rapport (2025) met en évidence que les enjeux de santé mentale sont également alarmants. Selon ce rapport, le trouble anxieux concerne 4,1 % des adolescents de 10 à 14 ans et 5,3 % des 15-19 ans. La dépression touche 1,3 % des 10-14 ans et 3,4 % des 15-19 ans. Mais aussi d'autres problèmes de santé publique qui touchent cette couche de la population: le harcèlement scolaire qui reste une réalité pour près d'un élève sur trois (âgés de 11 à 15 ans), et l'exposition à la violence qu'elle soit domestique, communautaire ou scolaire concernant plus d'un milliard d'enfants chaque année dans le monde.

Ainsi, les données présentes dans ces rapports mettent en évidence des préoccupations majeures de santé publique (inégalités sociales de santé significatives, problèmes de santé mentale). Ces préoccupations sont liées à plusieurs facteurs ou déterminants sociaux, culturels, socio-environnementaux et socio-économiques (niveau d'instruction des parents, conditions de logement, conditions socio-économiques, accès à une alimentation saine, variée et équilibrée, ainsi qu'à des environnements propices à la santé physique, sociale et mentale) influençant la santé des populations. Des études ont montré que lorsque ces ISS affectent les modes de vie, les enfants et les adolescents, sont susceptibles de développer des comportements à risques qui affecteront leur santé et bien-être à l'âge adulte (Lee, 2002 ; Guitton, et *al.*, 2005 ; Gaini, et *al.*, 2020). Autrement dit, ces déterminants, lorsqu'ils sont défavorables, exposent les enfants et les adolescents à un risque accru d'adopter des comportements délétères pour leur santé (alimentation déséquilibrée, sédentarité, consommation d'alcool ou de substances psychoactives, etc.). Et ceci peut conduire à une exposition accrue au surpoids, à l'obésité, à des troubles du comportement, et autres facteurs de risque favorisant l'apparition de maladies non transmissibles telles que les pathologies cardiovasculaires, les diabètes, certains cancers, ou encore des troubles mentaux (CESE, 2019; OMS, 2025).

Cela contribue à une augmentation continue de la prévalence de ces pathologies, constituant un enjeu majeur pour les systèmes de santé (Vernay et *al.*, 2015; CESE, 2019). Dans ce contexte, ces systèmes risquent de rester enfermés dans un paradigme curatif, à la fois coûteux et peu efficace, perpétuant ainsi un cercle vicieux d'inégalités et de vulnérabilités (OMS, 2008). Une approche que le Haut Conseil de la Santé publique recommande d'abandonner pour axer les interventions sur les déterminants de santé (HCSP, 2018 ; 2020). Le concept de promotion de la santé, introduit par la Charte d'Ottawa en 1986 (WHO, 1986), apporte une réponse à cela. En effet, il vise à réduire les ISS, et posait déjà les bases d'une approche globale visant à créer des environnements favorables à la santé, à renforcer les capacités individuelles et à promouvoir l'autonomie des personnes dans la gestion de leur santé dès les années 1980. Selon Lee (2002), les facteurs de risque ci-dessus peuvent être évités grâce à l'adoption des choix et comportements sains à travers des initiatives de promotion de la santé dès l'enfance. Selon lui, l'OMS avait fondé en 1980 une approche

holistique et efficace qu'est l'approche d'école-santé visant à promouvoir la santé en milieu scolaire (Nutbearn, 1987 ; Lee, 2002).

Face à ce constat, la mise en œuvre d'interventions multisectorielles devient indispensable, notamment en milieu scolaire (OMS, 2002 ; WHO, 2021). En effet, l'école apparaît alors comme un cadre structurant stratégique d'interventions. Car elle apparaît comme le principal lieu de vie des enfants et adolescents et est aussi un espace qui offre un cadre propice à des actions de prévention, d'éducation à la santé et de réduction des inégalités sociales de santé (Simar, et *al.*, 2018).

En France, l'Éducation Nationale a donc introduit le Parcours Éducatif de Santé (PES), par la circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 (Ministère de l'Éducation nationale, 2016). Il s'agit d'un modèle s'inscrivant dans le continuum éducatif des enfants depuis la maternelle, visant à développer chez ces derniers des dispositions mentales, cognitives à devenir des citoyens français à la fois autonomes et responsables de leur santé et celle des autres. Plus tard, au collège, le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté auquel s'ajoute l'environnement (CESCE) dès 2025, est une instance réunissant les représentants de la communauté éducative (enseignants, personnels administratifs et techniques des établissements, parents, élèves, personnes extérieures) dont l'objectif est de concevoir, piloter et mettre en œuvre des projets dans le domaine de l'éducation à la santé, du développement durable, et de la citoyenneté (Ministère de l'Éducation nationale, 2025).

Toutefois, ces dispositifs rencontrent de nombreuses faiblesses en termes de gouvernance dans les programmes et projets de promotion de la santé: pilotage insuffisant et inefficace, faible coordination des actions et de tous les acteurs et leur faible implication, faible appui institutionnel et partenarial ainsi qu'une insuffisance des ressources nécessaires et des évaluations de projets et programmes (Mamecier, et *al.*, 2004 ; Cordoliani et Eloi-Roux, 2018 ; Darlington et *al.*, 2018).

Malgré ces lacunes, le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse a exprimé son engagement en introduisant le vadémécum de l'école promotrice de santé (EPSa) dès 2020 qui promouvait l'adoption d'une approche globale et intégrée de la santé. Ce dernier vise donc : une mobilisation de l'approche "*One Health*" intégrant les dimensions humaine, sociale et environnementale, la création d'environnements scolaires favorables au bien-être et à la santé, le développement des compétences psychosociales des élèves et la mobilisation de toute la communauté éducative (Ministère de l'éducation nationale et la jeunesse, 2020). Face à une situation préoccupante d'une montée en puissance des inégalités sociales (DREES, 2020 ; Santé publique France, 2025) de santé, des problèmes de santé mentale chez la population jeune (Santé publique France, 2024 ; IPSOS, 2025), et des tensions observées dans l'environnement scolaire (violence, harcèlement, consommation des substances psychoactives) (Traoré, 2024 ; OFDT et EHESP, 2024), il apparaît crucial de

porter un regard sur les effets réels de telles initiatives sur la transformation des environnements de vie notamment l'environnement scolaire.

C'est dans cette perspective que le réseau *Schools for Health in Europe* (SHE) soutient les initiatives œuvrant pour la transformation des établissements scolaires en milieux favorables au bien-être physique, mental et social, en misant sur le développement de l'empowerment, des compétences psychosociales et des comportements de santé positifs, de manière équitable pour tous les élèves comme pour le personnel éducatif.

Et c'est dans ce contexte qu'Explo'Santé a été conçu. Il s'agit d'un programme d'éducation à la santé proposant des séances autour du développement des compétences psychosociales des élèves entre le CM1 et la 6e, ainsi qu'un volet articulé autour d'un travail sur les environnements favorables à la santé en milieu scolaire (Olivo, et *al.*, 2025).

Ce mémoire de Master vise à analyser la contribution du programme Explo'Santé au développement des environnements scolaires favorables à la santé, tout en répondant aux enjeux contemporains de santé et de bien-être des enfants et adolescents.

1.2. Problématique

L'environnement scolaire en France comme ailleurs, est depuis plusieurs années, confronté à une multitude de défis majeurs tels que susmentionnés (inégalités sociales, milieu de tensions sociales, de violence, de harcèlement et même de consommation des substances psychoactives). D'une part, les inégalités sociales et de genre contribuent à la vulnérabilité des enfants et adolescents, elles émanent des facteurs tels que les inégalités d'accès aux ressources éducatives et sanitaires (soutien psychosocial et opportunités d'épanouissement et de développement émotionnel), (Marie, 2002 ; Arcand, 2012 ; Ebersold et Armagnague-Roucher, 2017), l'exposition aux violences multiformes (harcèlement, intimidation, rejet ou marginalisation sociale) (Choquet et *al.*, 2005 ; Ehlinger et *al.*, 2016; Traoré, 2024). Des disparités que l'on pourrait observer dans les données issues des rapports susmentionnés (IGAS, 2011 ; Gaini et *al.*, 2020 ; WHO, 2024) qui seraient liés aux conditions de vie (impact du gradient social, niveau socio-économique, milieu de vie sur leurs comportements) influençant leur santé, bien-être et même leurs résultats scolaires (Gaini et *al.*, 2020 ; HCSP, 2018). Par ailleurs, les problèmes de santé mentale chez les enfants, adolescents et jeunes prennent de plus en plus d'ampleur dans nos sociétés. En effet, les rapports d'enquêtes nationales et d'études internationales rendent compte d'une augmentation des troubles mentaux tels que l'anxiété, la dépression, le stress scolaire, etc. chez les adolescents du lycée et du collège (OMS, 2025 ; Santé publique France, 2023 ; IPSOS, 2024). Des troubles mentaux qui sont parfois issus de l'environnement de vie (milieu scolaire et extrascolaire). En effet, le milieu scolaire se présente davantage comme un milieu où règnent de plus de tensions sociales (violences multiformes, harcèlement, victimisation). Selon une étude de Traoré (2024), entre 2022 et 2023, de multiples formes de violences ont été répertoriées (vols des fournitures scolaires (38 %), rejet ou marginalisation (35 %),

moqueries (33 %), surnoms désagréables (27 %)) (Traoré, 2024). Concernant les violences à caractère sexuel, le rapport révèle des disparités de genre où les filles en sont plus victimes que les garçons ainsi que pour le rejet et l'humiliation.

Et ce rapport révèle une « *multivictimisation répétée* » (Traoré, 2024). Car il révèle que 30 % des élèves interrogés ont déclaré avoir subi au moins une violence de façon répétée au cours de l'année scolaire et 2,2 % signalent avoir été victimes de cinq ou plus de violences répétées. Ces données révèlent le caractère non sécurisé de l'environnement scolaire affectant ainsi la santé sociale et mentale et la réussite scolaire des élèves (Blanchet et *al.*, 2013 ; Buijs et *al.*, 2014).

À cela s'ajoute la consommation des substances psychoactives qui contribue à cet environnement violent et non sécurisé pour les élèves et à la détérioration de leur santé mentale et sociale et leurs réussites scolaires (Lee, 2002). En effet, les résultats de l'enquête EnCLASS (OFDT et EHESP, 2024) révèle l'ampleur de la consommation du tabac, de l'alcool et du cannabis chez les collégiens et lycéens. Car ce rapport révèle une augmentation de l'expérimentation de la consommation d'alcool chez les collégiens entre 2018 (43,3 %) et 2022 (60 %). Concernant l'expérimentation du tabac, on observe une baisse entre 2018 (21,2 %) et 2022 (11,4 %) mais il demeure toujours élevé. Il en est de même avec l'expérimentation du cannabis : 6,7 % en 2018 contre 5,3 % en 2022, un taux qui demeure tout de même non négligeable.

Ainsi, l'école est donc un cadre de vie qui se trouve à la croisée des enjeux sanitaires, éducatifs, sociaux, socio-environnementaux et psychosociaux. Elle se situe également au milieu des problématiques d'inégalités sociales surtout sur le plan éducatif et sanitaire, de santé mentale et d'environnement scolaire en crise qui révèlent la nécessité de mobiliser les approches préventives telles que la promotion de la santé. Car un tel environnement scolaire enclin au développement des comportements à risque est un environnement propice au développement des maladies chroniques sur le long terme. C'est pourquoi la nécessité d'agir en amont par des interventions de promotion de la santé à l'école n'est plus à démontrer. Des interventions devant être axées sur des approches à la fois globales, systémiques et intégrées de transformation de cet environnement scolaire en environnement sécuritaire et propice à la santé, bien-être et réussite scolaire des élèves (Nutbeam, 1987 ; Langford et *al.*, 2014 ; Rebouillat et *al.*, 2025).

C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme Explo'Santé dont le volet A consiste au développement des compétences psychosociales pour faire face à cet environnement et contribuer à le rendre favorable à la santé et le volet B qui vise à transformer ou à contribuer à la transformation de ce dernier sous toutes ses formes pour qu'il soit plus favorable à la santé et au bien-être.

Ainsi, essayer de comprendre la manière dont les programmes de promotion de la santé tels que le programme *Explo'Santé* contribue à transformer ces environnements constitue un enjeu de recherche dont la pertinence n'est plus à démontrer.

1.3. Question de recherche

Dans quelle mesure le programme *Explo'santé* contribue à la création et/ ou au renforcement des environnements scolaires favorables à la santé en milieu scolaire ?

1.4. Objectifs de l'étude

1.4.1. *Objectif général*

L'objectif général de ce travail est d'évaluer la contribution du programme *Explo'Santé* dans le développement des environnements scolaires favorables à la santé.

1.4.2. *Objectifs spécifiques*

- Identifier les environnements physiques développés par la mise en œuvre du programme *Explo'Santé*.
- Identifier les relations sociales ou le climat relationnel développé par la mise en œuvre du programme *Explo'Santé*.
- Identifier les pratiques pédagogiques et organisationnelles développées par le programme *Explo'Santé*.
- Identifier les engagements et implications des élèves, des familles et de la communauté éducative développés par la mise en œuvre du programme *Explo'Santé*.
- Identifier les pratiques de gouvernance et politiques développées par le programme *Explo'Santé*.

1.5. Choix et intérêt de l'étude

Cette étude se situe entre santé publique, sciences de l'éducation et sciences sociales de la santé. Il répond à un besoin empirique de documenter les effets concrets des programmes de promotion de la santé à l'école, surtout en ce qui concerne le développement des environnements scolaires favorables à la santé dans une perspective systémique et socio-écologique. L'intérêt de ce travail de mémoire est donc double :

D'un point de vue scientifique, il contribue à la lecture scientifique des environnements scolaires favorables à la santé en milieu scolaire et sur l'opérationnalisation du modèle de l'école promotrice de santé dans le contexte français.

Et d'un point de vue pratique , elle donne des pistes de réflexion stratégique et de pilotage pour les interventions en matière de promotion de la santé en milieu scolaire aux différents

acteurs de mise en oeuvre à travers les retours d'expériences et les leçons apprises à la suite de l'implémentation du programme Explo'Santé.

2. Revue de la littérature

2.1. Naissance et évolution de la promotion de la santé

2.1.1. *Évolution des paradigmes en santé : du curatif au préventif (prévention et promotion de la santé)*

Le monde fait face, depuis des siècles, à de grands défis de santé publique qui affectent non seulement les systèmes de soins, mais aussi les efforts déployés par les gouvernements pour assurer à leurs populations un état de santé et de bien-être durable. À partir du XIX^e siècle et durant une grande partie du XX^e siècle, les politiques sanitaires ont été pensées sous le prisme du modèle biomédical percevant la santé comme une absence de maladies ou d'infirmités chez l'individu et n'accordent pratiquement pas d'importance aux conditions sociales, psychologiques, économiques et environnementales sur lesquelles dépendent ces maladies ou infirmités. concevait la santé comme étant une absence de maladies ou d'infirmités (Dubos, 1987). En effet, ces politiques et stratégies d'interventions se traduisaient essentiellement en des interventions médicalisées centrées sur le traitement des pathologies sans accorder une importance à leur étiologie ou causes structurelles.

Parallèlement, dès le milieu du XIX^e siècle, et plus nettement au cours du XX^e siècle, un tournant progressif s'opère dans le champ de la santé publique avec le développement des études épidémiologiques comme l'étude de John Snow sur le choléra à Londres en 1854. Ce dernier a établi grâce à une cartographie des zones touchées et des méthodes statistiques, une relation causale entre l'exposition à l'eau contaminée des pompes d'eau et l'émergence du choléra dans ces zones (Snow, 1855). Une approche populationnelle qui sera ensuite renforcée par les grandes études de cohortes du XX^e siècle, qui furent menées en Europe et en Amérique du Nord: la *Framingham Heart Study* (1948) menée aux Etats-Unis ayant permis l'identification des facteurs de risque des accidents cardiovasculaires, notamment le tabagisme, la mauvaise alimentation conduisant à un taux élevé de cholestérol dans le corps et l'hypertension artérielle) (Kannel et al., 1961) et la *British Doctors Study* (1951) menée en Grande Bretagne dont l'objectif était d'établir statistiquement la relation causale entre le tabagisme et le cancer du poulmon sur une cohorte de 40 000 médecins (Doll et Hill, 1956). Ces études ont mis en évidence l'inéluctable rôle des facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux dans le développement des pathologies et d'autres travaux ont relevé l'émergence des transitions épidémiologiques importantes (recul des pathologies infectieuses grâce à l'hygiène, la vaccination, et l'utilisation des antibiotiques et une augmentation des maladies chroniques (Rogers et Hackenberg, 1987 ; Omran, 1998). Ces études ont également permis de montrer que les pathologies ne sont pas des phénomènes

isolés mais des événements conditionnés par plusieurs facteurs ou déterminants (sociaux, environnementaux et comportementaux). C'est dans ce contexte qu'émerge un nouveau paradigme en santé publique: celui du modèle préventif (Meremans, et *al.*, 2002; Golden et Wendel, 2020). Bref, à partir du XIX^e siècle, et plus nettement au cours du XX^e siècle, les premières études épidémiologiques ont constitué un point de rupture majeur avec ce paradigme initial, en déplaçant l'attention du traitement des pathologies vers l'identification de leurs causes et facteurs de risque au sein des populations.

L'épidémiologie moderne a permis de démontrer que les pathologies ne sont pas des événements isolés, mais des phénomènes collectifs, influencés par des déterminants (Fassin et *al.*, 2000 ; Giroux, 2020). Ce nouveau paradigme a ouvert la voie à des nouvelles reconfigurations des politiques et stratégies de santé qui invitent les États à penser à des interventions à mettre en œuvre en amont des pathologies notamment sur les modes de vie et comportements à risque, le milieu de vie, les inégalités sociales de santé, etc. (Fassin et *al.*, 2000 ; HCSP, 2018 ; Masson, 2022).

C'est dans cette perspective que se situe le rapport Lalonde et du gouvernement canadien (1974) qui est un rapport proposant un modèle global de la santé reposant sur quatre déterminants de la santé: la biologie humaine, les services sanitaires, les habitudes de vie et l'environnement permettant de dépasser ainsi juste une approche purement biomédicale pour intégrer une approche à la fois systémique et intersectorielle de la santé publique. Ce qui pose par la même occasion les bases des politiques de prévention et de promotion de la santé. C'est dans ce même contexte qu'en 1946, l'OMS définissait la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1946). Cette définition marque une rupture avec la vision strictement biomédicale, en introduisant une approche multidimensionnelle de la santé. Une définition de la santé qui rejoint le modèle biopsychosocial proposé par Engel (1977) pour qui la santé comprendrait: une dimension biologique (santé physique déterminée par les facteurs génétiques et les invalidités), une dimension psychologique (les capacités cognitives, compétences psychosociales, les mécanismes d'adaptation (coping)) et une dimension sociale (conditions de vie, statut socio-économique, relations interpersonnelles, climat social).

L'ensemble de ces facteurs, lorsqu'ils interagissent, contribuent à la construction des inégalités sociales de santé. Et ces inégalités sociales constituent un problème majeur de santé publique qui est évitable malgré leur fort ancrage social. Ainsi, la mobilisation d'une approche préventive axées sur les déterminants sociaux de la santé et non une approche axée sur les pathologies telle que c'est le cas de l'approche biomédicale serait donc indispensable pour réduire voire endiguer ces inégalités sociales de santé.

2.2. Chartes et déclarations internationales et promotion de la santé

2.2.1. Cas de la charte d'Ottawa

Le concept de promotion de la santé émerge lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé au Canada à Ottawa en 1986 (Deschamps, 2003 ; 2008 ; 2016 ; 2017). En effet, la charte d'Ottawa est définie comme le document fondateur de la promotion de la santé qui la définit comme étant « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (Deschamps, 2008: 4).

Cette approche marque une rupture décisive avec le paradigme biomédical centré sur la maladie, en insistant sur la responsabilisation individuelle et sociale, la participation communautaire, la création d'environnements favorables à la santé (EFSa), le développement de politiques publiques saines, et le renforcement de l'action communautaire (Deschamps, 2003 ; 2008 ; 2016 ; 2017). Car avant ladite charte, les approches d'intervention en santé publique se concentraient majoritairement sur la santé individuelle et la prévention des maladies. La charte vient donc en rupture avec ces approches en proposant une conception plus globale de la santé, déjà amorcée par l'OMS en 1946 lorsqu'elle définissait la santé. La charte adopte cette nouvelle conception de la santé en intégrant des déterminants sociaux, culturels, socio-économiques, politiques et environnementaux de la santé (Deschamps, 2003; 2008 ; 2016; Bourdillon et *al.*, 2016).

Dès lors, elle fait partie des premiers documents qui donnent une vision plus globale, éco-systémique et transversale de la santé. Elle promeut l'équité, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les différentes interventions de soins et de santé ainsi que le renforcement de l'empowerment des individus et des communautés et le renforcement de l'action communautaire ou collective dans la lutte pour une meilleure santé et bien-être en promouvant une démarche participative où les populations ou les communautés participent en tant qu'acteurs de leur propre santé et bien-être (Ridde et *al.*, 2007; Deschamps, 2008).

Par ailleurs, Tétreault (2015), souligne que l'un des apports de la charte a été de mettre en avant le principe de la *Health Public Policies*, donc des politiques publiques saines dans le sens où il invite les États Membres à voir en des politiques publiques des leviers d'action pour la santé et le bien-être et à l'intégrer dans leurs politiques publiques y compris d'autres secteurs tels que l'éducation, les transports, l'environnement.

Parlant d'environnement, la notion d'environnement favorable à la santé émerge également de ladite charte qui insiste sur l'importance primordiale d'agir sur les cadres de vie des individus et des populations (habitats, écoles, milieux professionnels, collectivités locales) tels que souligné ici par Deschamps citant l'OMS : « *la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on*

aime » (Deschamps, 2008 : 6) invitant donc chaque État et chaque individu à faire de son cadre de vie un cadre de vie sain (Bourdillon et *al.*, 2016). Elle est donc à l'origine des initiatives telles que les Écoles promotrices de santé ou encore des villes-santé (Bourdillon et *al.*, 2016 ; Curry et *al.*, 2023).

En bref, malgré les évolutions contextuelles, la Charte d'Ottawa demeure un document de référence mondialement reconnu en matière de promotion de la santé. Elle a par ailleurs joué un rôle fondamental dans la transition d'une approche biomédicale centrée sur la maladie vers une approche globale et intersectorielle de la santé.

Elle est également le document de référence sur lequel les politiques de promotion de la santé s'appuient, surtout en matière de promotion de la santé et plus précisément de création des environnements de vie favorables à la santé (Deschamps, 2008). Elle fixe 5 axes stratégiques d'intervention en matière de promotion de la santé parmi lesquels la création d'environnements favorables à la santé (environnement physique, social, pédagogique, organisationnel, etc.).

Elle pose ainsi les bases fondamentales de la promotion de la santé et définit les axes stratégiques sur lesquels agir parmi lesquels les milieux de vie. De ce fait, elle emboîta le pas à la Déclaration de Sundsvall qui voit le jour en 1991 lors de la conférence de Sundsvall qui est un cadre de référence essentiellement axé sur la création des environnements favorables à la santé.

2.2.2. *Déclaration de Sundsvall et environnements favorables de la santé*

Adoptée lors de la Troisième Conférence internationale sur la promotion de la santé encore appelé la Conférence de Sundsvall sur le thème « *Des milieux favorables à la santé* » du 09 au 15 juin 1991, la Déclaration de Sundsvall prolonge les principes de la Charte d'Ottawa en affirmant que la création d'environnements favorables est une condition essentielle pour promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé (Aïach et Vernazza-Licht, 1996). Elle définit les milieux favorables à la santé comme étant des : « *aspects physiques et sociaux de notre environnement, c'est-à-dire le cadre de vie de l'individu, sa communauté, son foyer, son milieu de travail et ses lieux de détente, mais aussi les structures qui déterminent l'accès aux ressources vitales et les possibilités d'obtenir les moyens d'agir.* » (Aïach et Vernazza-Licht, 1996 : 35). Autrement dit, selon cette dernière, la santé est profondément ancrée dans les conditions de vie quotidienne et que pour améliorer durablement la santé des populations, il est nécessaire d'agir sur les contextes physiques, sociaux, économiques et politiques qui structurent ces conditions en soulignant que « *la santé ne peut être assurée sans un environnement sain* » (WHO, 1991). Ainsi, la Déclaration de Sundsvall (WHO, 1991) constitue un tournant décisif dans la conceptualisation des environnements favorables à la santé (EFSa) (WHO, 1991). Cette Déclaration de Sundsvall pose ainsi les balises de l'adoption d'une approche globale et intégrée de la promotion de la

santé voire de la santé publique dans la mesure où la création et le développement des environnements favorables à la santé contribuerait à la réduction des inégalités sociales de santé. Cette approche structurelle a influencé de nombreuses initiatives contemporaines telles que: le *North Karelia Project* en Finlande (Puska et Keller, 2004 ; Puska et Jaini, 2020) ainsi que le *Health Equity Pilot Project* (Cabill et Rutter, 2017) dans des domaines variés, allant de la santé planétaire aux politiques publiques locales où l'aspect des environnements apparaît comme primordial dans les recommandations et interventions préconisées par l'Union Européenne. Et où la Finlande y voit, la transformation des environnements de vie (alimentaires, sociaux, professionnels) un levier permettant de réduire les maladies cardiovasculaires.

Par ailleurs, une étude de Muller et Mairiaux (2008) met en relation l'environnement de travail et la promotion de la santé à travers la notion de la promotion de la santé au travail. Ils nous présentent quatre modèles de cette promotion de la santé au travail dont le premier modèle est axé sur la santé et la sécurité au travail, le second sur la mobilisation des principes et stratégies de la promotion de la santé pour une meilleure gestion de la santé et la sécurité au travail, tous deux centrés sur la prévention des risques liés au travail. Le troisième modèle se concentre sur les actions d'éducation à la santé généralisée à l'ensemble du personnel (lutte contre les comportements à risque) et le quatrième modèle plus systémique et intégré qui s'intéresse également aux conditions écologiques du milieu du travail. Tous ces modèles visent donc à transformer les environnements du travail pour qu'ils soient plus favorables à la santé au travail. Ils mettent l'accent sur l'action communautaire, la participation de tous et l'empowerment du personnel, la multidisciplinarité et l'intersectionnalité dans le domaine de la promotion de la santé au travail. A travers une approche intersectorielle, participative et globale, ces modèles s'alignent sur les principes phares de Sundsvall.

Vandoorne et Demarteau (2007) dans leur étude estiment qu'une évaluation des interventions de santé ne devrait pas se limiter aux aspects comportementaux mais devrait surtout prendre en compte les aspects structurels et environnementaux générés par ces interventions. Ils estiment que la consolidation des impacts d'interventions de santé passe par des transformations durables des espaces de vie pour qu'ils soient favorables à la santé, rejoignant ici la déclaration de Sundsvall.

D'autres études mettent en évidence, la mobilisation du concept de *Health in All Policies* (HiAP) ou santé dans toutes les politiques qui stipule que tous les secteurs devraient intégrer les préoccupations de santé dans leurs politiques parmi lesquels le secteur urbain et environnement (Ollila et al., 2006 ; Ståhl et al., 2006 ; Ollila, 2011) car la santé est un domaine qui touche à tous ces secteurs. Les approches HiAP s'inscrivent donc dans une démarche systémique, ce qui pourrait contribuer à une transformation des environnements pour qu'ils soient favorables à la santé tels que préconisés par Sundsvall.

Ainsi, au regard de toutes ces études, la pertinence de la déclaration de Sundsvall comme cadre de référence pour penser les stratégies d'interventions en matière de développements des environnements favorables à la santé n'est plus à démontrer.

De plus, la transformation de ces environnements est un pilier fondamental de la promotion de la santé qui participe à la réduction des inégalités sociales de santé et la survenue des maladies chroniques non transmissibles.

2.3. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé

La santé des élèves dépend de multiples facteurs interdépendants. Le modèle des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991) a montré l'importance des milieux de vie comme l'école dans la structuration des inégalités sociales de santé. Ces derniers ont développé un modèle le plus souvent nommé "modèle en couches" ou "modèle arc-en-ciel" qui est un modèle conceptuel des déterminants sociaux de la santé. Au centre, l'on a des déterminants ou facteurs individuels (âge, sexe, traits héréditaires). Sur la première couche, on a les comportements et modes de vie individuels et la seconde couche, comprend les réseaux sociaux et communautaires. Et la troisième couche, les conditions de vie et de travail (éducation, environnement de travail, chômage, eau et assainissement, services de santé, logement). Quant à la quatrième couche appelée couche extérieure, elle comprend les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales. Ces derniers ont analysé comment ces différentes couches représentant ici les différents déterminants interagissent entre eux pour créer des inégalités sociales de santé. Mais ils proposent également des stratégies de promotion d'une équité en santé à travers la mobilisation des interventions à tous les niveaux, c'est-à-dire du micro-niveau (individu), au macro-niveau (politiques publiques et macroéconomiques) en passant par le méso-niveau à travers des interventions au sein des communautés et des familles.

La santé globale est aujourd'hui définie comme un état de bien-être physique, mental et social (Huber et *al.*, 2011). En effet, ils redéfinissent la santé comme étant « *la capacité d'adaptation et d'auto-gestion* », s'éloignant ainsi de la simple absence de maladie pour s'attaquer à la capacité de l'individu à faire face aux facteurs qui influencent sa santé et son bien-être sur le plan physique, mental et social. En milieu scolaire, cette conception globalisante de la santé se définit par une prise en compte de plusieurs déterminants ou facteurs (sociaux, socio-éducatifs, environnementaux, cognitifs et émotionnels). De ce fait, ce dernier se présente comme un cadre stratégique d'interventions intersectorielles sur ces déterminants à travers des interventions telles que l'amélioration du climat social, le développement des compétences psychosociales et du bien-être physique, mental et social, la participation de tous les acteurs, la lutte contre tout type de violences et d'inégalités sociales en milieu scolaire (Arcand, 2012 ; Buijs et *al.*, 2014 ; Langford et *al.*, 2014 ; Rebouillat et *al.*, 2025). Les inégalités sociales de santé se définissent comme étant des disparités liées au gradient social et autres facteurs qui favorisent et défavorisent certains

groupes sociaux en fonction de leurs conditions de vie (sociales, sociodémographiques, socio-économiques, culturelles (Baudelot, 2010 ; Marmot et Allens, 2014) s'exprimant dès la petite enfance (Lopez et *al.*, 2011 ; Gaini et *al.*, 2020). Ces disparités s'observent également dans les dispositions territoriales des écoles car celles se trouvant en zones prioritaires sont les moins fournies en ressources qu'elles soient matérielles ou humaines, limitant ainsi leur capacités d'action contraires aux autres écoles situées en zones non prioritaires (Buijs et *al.*, 2014).

En outre, selon Ridde (2012), la promotion de la santé est un levier central de réduction des inégalités sociales de santé. S'appuyant sur une vision holistique des interventions de promotion de la santé, il souligne que celles-ci doivent être axées sur tous les déterminants de la santé en vue d'une transformation des conditions et environnements de vie, des interventions qui s'attaquent aux causes profondes de ces inégalités. L'efficacité et la réussite de ces interventions passeraient par des actions intersectorielles, l'action communautaire, la participation et l'empowerment, tout ceci inscrit dans une logique d'équité, c'est-à-dire d'adaptation des interventions selon les besoins (Ridde et Guichard, 2011).

2.4. Écoles promotrices de santé

2.4.1. École promotrice de santé au niveau mondial

L'OMS (2015) cité ici par Turunen et *al.* (2017) définit une école promotrice de santé (EPSa) comme étant « *une école qui renforce constamment sa capacité en tant que cadre sain pour la vie, l'apprentissage et le travail* ». Depuis 1986, tous les États Membres de l'OMS et gouvernements sont appelés à promouvoir le développement de l'empowerment individuel et collectif de leurs populations pour leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie et de prendre en main leur santé (WHO, 1986). Des compétences et capacités devant être développées dès le bas-âge. Dans cette perspective, le milieu scolaire se présente comme le cadre de référence pour le développement de cet empowerment et de la capacité des élèves à agir sur leur propre santé et celles des autres (WHO, 1997 ; Nutbeam, 2000).

À Hong Kong, avec le programme « *Healthy Schools Award Scheme* », Lee (2002) dans son étude a montré comment la santé est un vecteur important dans la réussite scolaire. En effet, ce programme s'inscrivant dans une démarche participative visait à promouvoir le développement d'un environnement éducatif favorable à la santé. De plus, cette approche visant à promouvoir simultanément la réussite scolaire et la santé en milieu scolaire dans une démarche participative a permis le développement des effets positifs sur les comportements des élèves liés à leur santé et bien-être (Lee et *al.*, 2006). En intégrant des actions éducatives et des environnements favorables à l'hygiène et à la santé, les EPSa permettent non seulement d'améliorer les pratiques sanitaires des jeunes (comme le lavage des mains ou la participation à la vaccination), mais aussi de renforcer une culture de prévention durable au sein des communautés scolaires et familiales et ces interventions permettront ainsi de réduire les facteurs de risque ainsi que le taux d'incidence des maladies

transmissibles. De plus, un environnement scolaire propice à la santé est essentiel pour faire face à la crise de santé mentale chez les adolescents. Ces travaux indiquent l'impact positif des EPSa dans les politiques éducatives et sanitaires régionales.

Au Canada et en Nouvelle-Écosse, le travail de Kontak et *al.* (2022), a mis en évidence le rapport entre l'engagement des jeunes et la mise en place des écoles promotrices de santé.

Leur travail portait non seulement sur les points de vue des jeunes essentiellement basés sur l'importance de l'aménagement des espaces, des aspects inclusifs et relationnels dans les établissements scolaires mais aussi sur l'importance de reconnaître l'engagement et la participation des jeunes notamment dans la prise de décisions, comme un enjeu crucial de développement des écoles promotrices de santé.

Dans une revue systématique des revues portant sur diverses interventions de santé en milieu scolaire sur plusieurs domaines (alimentation, activité physique et sportive, lutte contre la consommation des substances psychoactives, sexualité, etc.), Peters et *al.* (2009) recommandent une approche multisectorielle et systémique pour des interventions efficaces et durables à travers notamment quelques leviers tels que la participation de la communauté éducative et des élèves et des stratégies d'intégration durable de ces interventions dans le quotidien des écoles. Au Royaume-Uni, Weare et Nind (2011) mettent l'accent sur les interventions universelles de santé mentale : le *Social and Emotional Learning* qui est un programme de développement des compétences sociales et émotionnelles, ainsi que les programmes de promotion du bien-être et de la résilience, d'amélioration du climat scolaire, ainsi que de relaxation et de gestion du stress démontrant leur efficacité pour améliorer les compétences psychosociales et réduire les troubles anxieux. De manière précoce, Nutbeam et *al.* (1987), au Pays de Galles, soulignaient déjà l'importance d'une structuration organisationnelle rigoureuse pour ancrer durablement les démarches de promotion de la santé dans les établissements secondaires.

Les expériences internationales révèlent l'importance d'adapter le modèle EPSa au contexte car son efficacité dépend de son intégration dans les contextes institutionnels, éducatifs et culturels locaux. Ces approches mettent en lumière la nécessité d'une action coordonnée et holistique.

2.4.2. Écoles promotrices de santé en Europe

En Europe, l'approche EPSa s'est établie en Europe à travers le développement du réseau *Schools for Health in Europe*, issu du programme « Écoles saines » lancé conjointement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe (Barnekow, 2006; Turunen et *al.*, 2017). Le SHE ambitionne à créer un cadre de référence commun pour impulser les actions visant la création des environnements scolaires favorables à la santé prenant en compte les spécificités contextuelles des pays membres. Le réseau SHE se présente également comme un outil de transformation sociale en milieu

scolaire à travers une transformation des pratiques éducatives, sanitaires et de gouvernance en milieu scolaire (Barrio-Cortes et *al.* (2025a).

En outre, il vise à renforcer et étendre le réseau SHE, soutenir les initiatives s'adossant sur le modèle HPS et *Whole School Approach*, renforcer les capacités par la recherche, et promouvoir la collaboration intersectorielle (santé, éducation, urbanisation) (Turunen et *al.*, 2017).

Et il définit une école promotrice de santé comme étant : «*Une école qui met en œuvre un plan structuré et systématique pour la santé, le bien-être et le développement du capital social de tous les élèves et du personnel enseignant et non enseignant.*». (Turunen et *al.*, 2017).

Par ailleurs, Turunen et *al.*, (2017), révèlent une mise en œuvre différenciée et inégale du modèle des écoles promotrices de santé dans les pays et une faible intégration de l'approche *whole school* dans les politiques et programmes des établissements scolaires.

Dans une perspective évaluative, Barrio-cortès et *al.* (2025b), ont tenté d'évaluer les politiques et pratiques de promotion de la santé dans 9 écoles du réseau SHE à partir d'un outil d'évaluation du SHE Network où ils ont démontré une imprégnation de la promotion de la santé dans les politiques et l'environnement de ces écoles ainsi qu'un développement des compétences sanitaire auprès de la communauté éducative mais ils ont déploré certains aspect négligés dans cette imprégnation, notamment une évaluation et une prise en compte des besoins de santé de la communauté éducative tant interne qu'externe.

Au Danemark, Simovska (2011) a montré que le milieu scolaire au-delà d'être un cadre d'apprentissage, est aussi un cadre de promotion de la santé à travers des interventions d'éducation à la santé, le développement de l'empowerment et des comportements sains chez les élèves et la participation et l'implication de tous dans les interventions de santé y compris de la communauté éducative extrascolaire.

Au Pays-Bas, Buijs et *al.* (2009) à travers des études de cas pratiques de certaines écoles européennes, ont montré comment celles-ci ont intégré dans leurs politiques, leur environnement scolaire et pratiques pédagogiques et leurs interventions communautaires, le modèle *Health Promoting School* (HPS).

En Irlande, Moynihan et *al.* (2016), à partir d'une enquête nationale menée sur les écoles secondaires irlandaises ont révélé que 56% de ces écoles se considéraient comme étant des écoles promotrices de santé avec une intégration des interventions de promotion de la santé dans leur curriculum et environnement scolaire. Cependant ils relèvent quelques lacunes notamment en termes de mobilisation de solides partenariats avec les acteurs externes, de planification politique solide ainsi que d'une équipe HPS formelle.

Le contexte européen s'est progressivement inscrit dans la dynamique des écoles promotrices de santé, notamment grâce au réseau SHE et ambitionne une transformation

réelle de ses écoles selon le modèle HPS qui vise une intégration intersectorielle durable de la promotion de la santé dans toutes les politiques et pratiques du milieu scolaire mais de nombreux lacunes et défis demeurent.

2.4.3. *Écoles promotrices de santé en France : De la santé à l'école aux origines de l'école promotrice de santé*

L'intégration de la santé dans la sphère scolaire s'est faite progressivement par une évolution des pratiques éducatives, des enjeux médicaux et aspirations politiques.

Dès le 18^e siècle, apparaissent les premières réflexions sur l'hygiène des enfants scolarisés, principalement dans les établissements d'élite et les pensionnats, où l'hygiène corporelle constituait une condition essentielle à l'ordre social (Parayre, 2008, 2010, 2011). L'école devient alors un espace de normalisation, visant à « protéger, renforcer et redresser le corps » dans une logique utilitariste et morale. Cette éducation sanitaire précoce s'inscrit dans un projet de contrôle social, inspiré de modèles religieux et militaires, où le corps de l'enfant est surveillé et domestiqué, plus qu'en tant que sujet de droits.

Au 19^e siècle, et notamment sous la Troisième République (1870–1940), l'hygiène scolaire se formalise et s'impose progressivement comme un instrument central de l'éducation. Elle s'intègre dans les projets d'école pour promouvoir les normes et valeurs républicaines, moderniser la nation et préserver la santé des élèves (Nourrisson & Parayre, 2012). Dès 1880, les contrôles sanitaires, la médecine scolaire et les cours sur l'hygiène sont systématiquement introduits, dans une perspective biomédicale descendante, où les élèves reçoivent passivement les savoirs transmis par les enseignants et le personnel médical. Cette conception normative et centralisée de la santé restera dominante tout au long du 20^e siècle, souvent déconnectée des expériences et vécus réels des élèves (Guet-Silvain et al., 2011).

Un tournant majeur survient à partir des années 1980 avec l'émergence d'un nouveau paradigme de promotion de la santé en milieu scolaire. Il s'inspire des expériences nord-américaines, notamment du *School Health Education Study* (SHES) mené aux États-Unis dès 1960 (Sliepcevich, 1964), qui a servi de modèle pour les programmes de *comprehensive health education* (Allensworth et al., 1995). Ce nouveau paradigme repose sur la participation des élèves, l'intégration de l'éducation à la santé dans l'ensemble du cadre scolaire et la promotion d'environnements favorables à la santé.

Ainsi, l'histoire de l'intégration de la santé à l'école en France reflète une évolution progressive, depuis une approche normative et prescriptive centrée sur le contrôle social au 18^e et 19^e siècles, jusqu'à un modèle global et participatif inspiré des mouvements internationaux à partir des années 1980.

En effet, la Charte d'Ottawa (WHO, 1986) s'oppose à cette conception de la santé en la redéfinissant non pas comme uniquement une absence de maladie ou d'infirmité mais comme un état qui pourrait de manière processuelle être influencé par divers facteurs ou déterminants (sociaux, économiques, culturels et environnementaux).

Ainsi, la santé devient un construit social par et avec les individus et les communautés car il faut désormais se pencher sur les conditions de vie des groupes sociaux et des communautés pour penser les politiques publiques en matière de santé (Deschamps, 2003 ; Raeburn et *al.*, 2006 ; Deschamps, 2017). Suite à tout cela, on assiste à la naissance d'un nouveau modèle de la santé à l'école qu'est le modèle des écoles promotrices de santé promulgué par l'OMS en 1986 sur lequel sera fondé un réseau européen des écoles promotrices de santé appelé le réseau SHE (*School Health in Europe*). Dans le champ scolaire, cette évolution donne naissance au modèle des écoles promotrices de santé, promu par l'OMS et le réseau SHE. De plus, selon Simar et *al.* (2018), ce modèle repose sur une approche systémique et holistique qui implique de mobiliser l'organisation des établissements scolaires, l'environnement scolaire (social et physique), et la participation de la communauté éducative surtout des élèves. Ils définissent donc quatre cadres de références sur lesquels repose ce modèle: l'environnement physique, le climat scolaire, l'éducation à la santé intégrée au programme scolaire, la pratique de la gouvernance participative.

Ainsi, en France, la santé scolaire s'est longtemps organisée autour de la médecine scolaire centrée sur le dépistage et la prévention individuelle (Parayre, 2011). Cependant, une inflexion majeure s'opère Vers la fin des années 1980 avec l'adoption progressive d'une approche globale inspirée de la Charte d'Ottawa (Buijs et *al.*, 2014).

Riera-Navarro et *al.* (2025) présentent un projet d'école promotrice de santé en France, le projet " *Alliance pour la santé*" visant à renforcer les compétences psychosociales et la littératie en santé chez les élèves et estiment que ce projet peut-être transférable à d'autres écoles ou localités. Green et *al.* (2023), qui se sont penchés sur l'éducation à la santé, ont estimé que pour assurer l'efficacité et l'impact durable des programmes d'éducation à la santé, les stratégies d'interventions doivent reposer sur une approche globale telle que le préconise le modèle des écoles promotrices de santé: leur intégration dans le curriculum, la prise en compte des environnements scolaires et de la participation de tous.

L'introduction du Parcours éducatif de santé (PES) en 2016 par le Ministère de l'Éducation nationale constitue un tournant décisif de l'EPSa en France (Jourdan, 2015). Jourdan (2015) le pose comme une étape majeure dans la politique française en matière de promotion de la santé en milieu scolaire et le présente comme une rupture avec des interventions qui étaient autrefois ponctuelles dans la mesure où le PES propose une démarche plus structurée, progressive et durable le long de la vie scolaire voire extrascolaire en développant chez les élèves des compétences psychosociales et l'adoption de comportements favorables à leur santé et à celle des autres. En outre, Authier (2017) dans une communication sur les

conduites addictives souligne l'importance de lutter contre les conduites addictives par une intégration des interventions de prévention de ces conduites dans les interventions du PES.

L'auteur estime qu'une intégration des activités de prévention des addictives dans les programmes pédagogiques et le développement des compétences psychosociales en matière d'adoption des choix éclairés quant aux addictions sont des pistes d'actions efficaces pour prévenir celles-ci.

Cependant, le développement des EPSa en France se retrouve heurté par plusieurs défis: un faible appui institutionnel, un manque de formation des enseignants (initiale et continue) en matière de promotion de la santé, une faible culture organisationnelle intégrant la promotion de la santé à l'école, des contraintes budgétaires et des ressources insuffisantes, et des évaluations systématiques presque inexistantes (Darlington et *al.*, 2017; Simar et *al.*, 2018).

Dans le même ordre d'idées, Broussouloux et *al.* (2017) mettent en lumière un manque de ressources nécessaires pour une intégration de la promotion de la santé dans le domaine pédagogique des écoles, ils reviennent sur la perception par les personnels éducatifs de la santé comme un "sujet en plus" en raison des mêmes pressions scolaires et institutionnelles. Mais ces auteurs notent néanmoins les efforts que font certains établissements pour pouvoir articuler projets de santé et projets éducatifs.

Ces études à l'échelle mondiale, européenne et française s'accordent à reconnaître le potentiel des écoles promotrices de santé pour transformer les environnements scolaires en milieux favorables à la santé et au bien-être global des élèves et même de la communauté éducative. Cependant, ce projet n'est pas sans défis et obstacles et on observe des disparités dans sa mise en œuvre. Une mise en œuvre qui est fonction des contextes nationaux et locaux. Malgré la présence d'une bonne volonté politique d'intégration de la promotion de la santé en France, les défis demeurent quant à l'intégration d'une approche à la fois systémique, participative et équitable.

2.5. Environnements favorables à la santé

2.5.1. Définitions et fondements conceptuels

Le concept d'environnement favorable à la santé trouve ses premiers fondements dans la Charte d'Ottawa (WHO, 1986), qui le définit comme un ensemble de conditions physiques, sociales, économiques et organisationnelles permettant de soutenir le bien-être, les choix sains et l'équité en santé. Cette approche s'éloigne d'une vision centrée uniquement sur les comportements individuels, en reconnaissant que les environnements où les individus vivent, étudient, travaillent ou se divertissent, exercent une influence majeure sur leur santé (Nutbeam, 1998).

Toutefois, c'est la Déclaration de Sundsvall, adoptée en 1991 lors de la troisième conférence internationale pour la promotion de la santé, qui marque un tournant décisif en affirmant de manière explicite et approfondie l'importance cruciale des environnements favorables à la santé.

Cette déclaration stipule que l'efficacité des interventions en matière de promotion de la santé repose inéluctablement sur un accès des populations à un cadre ou un environnement de vie sain et sûr. Elle vient apporter plus d'éclairage à l'un des axes d'intervention qui était jadis relevé dans la charte d'Ottawa, notamment la création de l'environnement favorable à la santé dans le sens où cet environnement sous toutes ses formes est un facteur clé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et la promotion de la santé pour assurer aux populations, un meilleur état de santé. Ainsi, la Déclaration de Sundsvall souligne qu'il est crucial également de centrer les politiques de santé et les stratégies d'interventions sur l'assurance d'un environnement sain et favorable à la santé et au bien-être des populations afin de réduire les inégalités et favoriser une santé équitable pour tous.

Il est encore défini comme un cadre physique, social, économique et politique propice à l'épanouissement et à la santé des individus. Il s'agit d'aménager les lieux de vie de façon à promouvoir le bien-être, réduire les inégalités et renforcer les capacités d'agir des individus et des communautés (St Leger et Young, 2009).

2.5.2. *Environnements favorables à la santé en milieu scolaire*

L'école constitue un lieu de vie structurant pour les élèves comme pour les personnels, ce qui en fait un espace privilégié pour promouvoir la santé (Gadai et *al.*, 2018 ; Bourgeois, 2019). Selon le modèle des Écoles promotrices de santé (OMS, SHE) et le cadre socio-écologique, les environnements propices reposent sur une démarche holistique qui combine les aspects matériels, sociaux, organisationnels, culturels et pédagogiques pour améliorer les conditions d'apprentissage et de bien-être. Ces éléments sont aussi en accord avec l'approche salutogène, qui cherche à créer des environnements générateurs de ressources favorisant la compréhension, la gestion et le sens que les élèves attribuent à leurs expériences. Ainsi, les environnements propices dans le contexte scolaire se basent sur cinq éléments interconnectés.

- *Environnement physique*

L'environnement physique renvoie à l'aménagement d'espace physique et à la qualité matérielle et structurelle de l'établissement scolaire. Plusieurs études ont fait le lien entre un environnement physique sain et la santé, le bien-être et la réussite scolaire. Des études telles que celles de (Grassie et *al.*, 2025) ont souligné l'impact direct de la qualité de l'air intérieur sur la santé, la concentration et les apprentissages des élèves. D'autres études ont montré que la mise en place des dispositifs et espaces aménagés surtout de qualité (espaces sportifs, espaces végétalisés, espace anti-tabac, etc.) ont contribué au développement des

comportements sains, à la réduction du stress et l'amélioration des performances cognitives et émotionnelles tout en réduisant les risques de pathologies chroniques sur le long terme (Dadvand et *al.*, 2015 ; Paciência et *al.*, 2019).

- *Environnement social et psychosocial*

L'environnement social et psychosocial comprend le climat social, l'inclusion sociale, la qualité du climat relationnel, le soutien socio-affectif, le sentiment de sécurité sociale et psychologique. Des études ont montré qu'un climat relationnel positif améliore le bien-être, la santé et la réussite scolaire et la participation des élèves aux initiatives de santé (Kidger et *al.*, 2012 ; Bonell et *al.*, 2013). Bourgeois (2019) a montré que le climat social contribue fortement à l'amélioration de la santé mentale et à la réduction des disparités sociales et éducatives.

- *Environnement organisationnel*

L'environnement organisationnel renvoie aux modalités de fonctionnement de l'établissement : rythmes scolaires, gouvernance, règles de vie, gestion du temps, dispositifs de participation, articulation entre équipes, partenariats internes et externes, ainsi que l'implication des familles. Il part de l'idée selon laquelle la manière dont l'établissement est organisé tient compte des actions d'éducation à la santé. Les travaux d'Isabelle (2010) et d'Ouellet (2018) montrent que la gouvernance collaborative et le leadership partagé sont essentiels pour toute intervention de la santé. En France, Darlington et *al.* (2017 ; 2018) identifient toutefois des lacunes récurrentes dans la coordination intersectorielle dans les interventions de promotion de la santé. L'environnement organisationnel structure donc les conditions institutionnelles de la santé à l'école et constitue un levier majeur de transformation durable.

- *Environnement culturel et symbolique*

L'environnement culturel et symbolique regroupe les normes et valeurs que porte toute institution sociale y compris les établissements scolaires mais aussi les connaissances, représentations véhiculées par l'établissement scolaire. Il comprend également tout ce qui concerne les messages symboliques véhiculés, les normes institutionnelles et comportementales culturellement ancrées dans cette institution et tout ceci en lien avec la promotion de la santé dans ce cas de figure. Berger, Pizon, Bencharif et Jourdan (2009) ont par exemple mis en évidence les valeurs et représentations des enseignants en matière d'éducation à la santé. Et selon St Leger et Young (2009), les valeurs et normes partagées sont comme facteurs favorisant la participation des élèves et de la communauté éducative aux interventions de santé en milieu scolaire. D'autres études insistent sur la culture d'école et la prise en compte des spécificités locales dans l'implémentation des interventions de promotion de la santé (Leurs et *al.*, 2005 ; Bennett et *al.*, 2016; Sadjadi et *al.*, 2021). Il s'agit entre autres des représentations véhiculées sur la santé, de la diversité culturelle et

linguistique, des normes implicites, des messages symboliques et de la place accordée à la santé dans le projet éducatif.

- *Environnement pédagogique*

L'environnement pédagogique renvoie aux pratiques d'enseignement, aux contenus éducatifs, aux méthodes d'apprentissages et aux dispositifs visant à intégrer la promotion de la santé dans les apprentissages. Il fait partie des éléments fondamentaux du modèle HPS et est un levier central du réseau SHE (Simar et Jourdan, 2010; Guével et *al.*, 2013; Cury et *al.*, 2018). Il met l'accent sur l'importance de renforcer l'éducation à la santé en milieu scolaire ainsi que le développement des compétences psychosociales et d'un environnement scolaire sain (Kontak et *al.*, 2025). Il ne consiste pas juste à une diffusion des savoirs et connaissances sur les bonnes pratiques en santé et bien-être mais aussi aux interventions visant le développement de l'empowerment, de la littératie en santé et des compétences psychosociales chez les élèves (Simar et Jourdan, 2010 ; Griebler et *al.*, 2017). Mais il invite à une intégration de la promotion de la santé dans les pratiques pédagogiques quotidiennes (Jourdan, 2011; Simar et *al.*, 2018). Cependant, Jourdan (2011) souligne le besoin des enseignants en formation et en outils appropriés pour envisager une intégration durable de la promotion de la santé dans ces pratiques pédagogiques.

2.5.3. *Approche socio-écologique et systémique*

L'approche socio-écologique a été mise en évidence dans le cadre de la promotion de la santé par les travaux de McLeroy et *al.* (1988) qui soutiennent l'idée selon laquelle les comportements des individus seront influencés par plusieurs facteurs à la fois individuels et socio-environnementaux. Ils soulignent ensuite que les programmes de promotion de la santé pour être efficaces doivent agir au niveau individuel, du groupe d'individus, de la communauté et au niveau politique et organisationnel. Et selon Golden et *al.* (2015), cette approche appliquée dans la promotion de la santé doit permettre une transformation des politiques, des institutions et des environnements de vie. Il s'agit d'une approche qui corrobore avec le principe d'intersectorialité promulgué par le modèle HPS et l'approche *Whole school* (Pommier et *al.*, 2010 ; Deschesnes, et *al.*, 2014).

En outre, la multidimensionnalité de la santé rapportée par Engel (1977) et l'approche des déterminants sociaux de la santé mise en avant par Dahlgren et Whitehead (1991) mettent en lumière la complexité des interventions de promotion de la santé qui devra tenir compte de manière systémique et holistique de toutes les strates concentriques interdépendantes englobant: attributs individuels, habitudes de vie, réseaux sociaux, les conditions de logements, statut socio-professionnel, socio-économique, et le cadre environnemental. Ainsi, l'état d'un individu dépend fortement des interactions entre ces différentes strates. C'est pourquoi selon McLeroy et *al.* (1988), il convient aux programmes de promotion de la santé d'adopter une approche systémique en intervenant simultanément sur toutes ces strates

pour modifier durablement les conditions de vie et par conséquent les facteurs favorisant un meilleur état de santé des individus.

Dans ce contexte, l'école apparaît comme le lieu où peuvent se réduire ou se renforcer les inégalités sociales de santé et leurs effets sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents au regard des déterminants sociaux de la santé internes et externes au milieu scolaire (Marmot, 2005, Arcand, 2012). Par conséquent, l'aménagement des espaces physiques, la qualité des relations en milieu scolaire, les normes institutionnelles ou encore les politiques éducatives constituent autant de dimensions interdépendantes à prendre en compte dans la construction d'un environnement scolaire favorable à la santé (Dresler-Hawke et Whitehead, 2009 ; Golden et *al.*, 2015). Plusieurs travaux mettent en évidence l'idée selon laquelle les interventions de promotion de la santé sont plus efficaces lorsqu'elles sont multidimensionnelles et intersectorielles (Deschesnes, et *al.*, 2014; Lima-Serrano et Lima-Rodríguez, 2014; Chilton et *al.*, 2015)

Cette approche multi-niveaux trouve sa confirmation dans les travaux de Bonell et *al.* (2013), dont la revue systématique exhaustive démontre l'efficacité supérieure des interventions environnementales globales par rapport aux approches fragmentées. Kidger et *al.* (2012) renforcent cette perspective en montrant, à travers leur revue systématique, l'impact significatif de l'environnement scolaire sur la santé émotionnelle des adolescents. Leurs résultats soulignent l'importance d'une approche holistique prenant simultanément en compte les dimensions physiques, sociales et organisationnelles de l'environnement scolaire, confirmant ainsi la pertinence du modèle écologique pour comprendre et agir sur la santé en milieu éducatif.

2.6. Cadre conceptuel

2.6.1. Définitions des concepts

- Environnement favorable à la santé

Le développement des environnements favorables à la santé est l'un des piliers fondamentaux de la promotion de la santé tel que défini par la charte d'Ottawa. Les environnements favorables à la santé se définissent comme des cadres de vie qui favorisent la santé et le bien-être des populations tout en facilitant leur choix et autonomie vers l'adoption de comportements sains. (WHO, 1991). Autrement dit, ils désignent un cadre de vie physique, social, organisationnel et culturel qui soutient les comportements sains, l'équité et le bien-être (WHO, 1986 ; 1991).

Ce concept réémerge dans la Déclaration de Sundsvall intitulée : créer des environnements favorables à la santé où tous les États Membres sont invités à transformer l'environnement dans tous ses aspects physiques, sociaux, pédagogiques, politiques et organisationnels en un cadre de vie qui soit favorable à assurer aux populations une bonne santé et un bien-être.

En milieu scolaire, ces environnements se déclinent selon plusieurs composantes interdépendantes : Physique (qualité et propreté des bâtis, la sécurité, l'accessibilité aux espaces et aux infrastructures, espaces végétalisés, équipements adaptés) ; Sociale (climat scolaire; qualité des relations interpersonnelles, sentiment d'inclusion et d'appartenance, gestion des conflits) ; Organisationnelle (gouvernance, autonomie des établissements, continuité des interventions, coordination entre les acteurs) ; pédagogique (activités pédagogiques, gestion de classe, posture enseignante) et participation (implication dans les interventions, prises des initiatives de santé, empowerment, etc.).

Ces différentes composantes influent significativement sur les choix et comportements des élèves tout en participant à la réduction des inégalités sociales et inégalités sociales de santé en milieu scolaire (Langford et *al.*, 2014 ; Buijs et *al.*, 2014; Masson, 2022).

- Environnement physique

Il s'agit de l'ensemble d'aménagements matériels et infrastructurels. Il comprend les infrastructures, les espaces aménagés (espaces verts ou écologiques, sportifs, de jeu, d'activités associatives, les mobiliers modulables et les salles de classes commodés), la sécurité du milieu, propreté des espaces et matériels aménagés et leur accessibilité, la ventilation, l'éclairage naturel, les conditions thermiques, la qualité de l'air, etc. Il s'agit du cadre physique de vie scolaire qui influence la santé et le bien-être des élèves et du personnel scolaire. Il comprend également la manière dont ces espaces et infrastructures sont occupés et l'impact que cette occupation peut avoir sur le bien-être et la santé à l'école (Meng et *al.*, 2023 ; Grassie et *al.*, 2025).

- Environnement social

Il concerne tout ce qui est climat relationnel en classe et au sein de l'école de manière générale, interrelations entre les élèves, entre élèves et enseignants, et entre enseignants et même toute la communauté éducative y compris les familles (Bourgeois, 2019).

- Pratiques organisationnelles et pédagogiques

Elles regroupent l'ensemble des modalités de planification, de structuration et de conduite des activités scolaires qui influencent les postures enseignantes et les méthodes d'enseignement. Elles se situent au niveau institutionnel et opérationnel du modèle socio-écologique et reflètent la manière dont les structures scolaires s'organisent pour intégrer les interventions de santé et de bien-être dans les dynamiques quotidiennes de l'école. Elles visent à créer un environnement social et éducatif favorable à la santé et au bien-être de tous, en soutenant un climat inclusif, la participation des élèves et le développement des compétences psychosociales (Nutbeam, 1998 ; St Leger et Young, 2009). Ces pratiques permettent également d'outiller enseignants et élèves pour prévenir et gérer les conflits, adapter les rythmes et contenus pédagogiques aux besoins des élèves et intégrer la promotion de la santé dans la routine éducative (Simar et Jourdan, 2010 ; Langford et *al.*,

2014 ; Buijs et *al.*, 2014). Elles constituent ainsi un levier central pour transformer l'école en milieu propice à l'épanouissement et à la santé collective, en cohérence avec les principes des écoles promotrices de santé (OMS, SHE) et du modèle salutogène.

Elles concernent la manière dont les séances et leur acquisition influencent les postures enseignantes et les pratiques pédagogiques et éducatives pour assurer un environnement surtout social favorable à la santé et au bien-être de tous. Elles permettent d'outiller les enseignants et les élèves pour la prévention et la gestion des conflits et l'adoption de comportements sains.

- Engagement et implication

L'engagement et l'implication désignent la dynamique participative mobilisant toute la communauté éducative : chefs d'établissement, enseignants, élèves, parents et partenaires pour créer cohésion sociale et durabilité des interventions et des environnements favorables à la santé, notamment physiques et sociaux. Cette participation active favorise l'adhésion au programme, l'intérêt et l'engagement dans la poursuite des interventions du programme, et l'empowerment de tous, facteur central dans la création d'environnements favorables à la santé à tous les niveaux (Nutbeam, 1998 ; St Leger et Young, 2009 ; Jourdan, 2011). Les recherches récentes montrent que l'implication des familles et de la communauté renforce les ressources de l'école et l'efficacité des interventions mais aussi établit un partenariat durable pour les interventions de santé en milieu scolaire (Blom-Hoffman et *al.*, 2008; McMullen et *al.*, 2020 ; Michael et *al.*, 2023). En cohérence avec les principes des écoles promotrices de santé (OMS/HPS, SHE), cette approche participative construit une culture partagée, favorisant l'équité, la durabilité et la capacité d'agir de tous les acteurs.

- Politiques et gouvernance

Elles renvoient aux mécanismes de décisions et d'orientations stratégiques institutionnels visant l'intégration de la santé et du bien-être dans toutes les sphères, afin d'agir sur les environnements favorables à la santé (Kickbusch, 2010) et la dimension de la gouvernance entendue comme le processus de gestion coordonnée et inclusive des projets communs notamment en matière de définitions des priorités et des actions à entreprendre. Ce qui implique de l'inclusion, de concertation de tous les acteurs, de co-définition des objectifs tels que le relèvent Malo et Vézina (2004) à travers le concept de gouvernance participative et Kickbusch et Gleicher (2012) à travers la notion de gouvernance partagée ou encore Ouellet (2018) à travers le concept de gouvernance collaborative. La création d'un environnement favorable à la santé nécessite donc une politique qui soit inclusive et une gouvernance qui soit participative ou partagée pour permettre d'établir un climat favorable au niveau institutionnel et au niveau social et que cela puisse engendrer une durabilité de ce climat.

2.6.2. Cadre conceptuel des environnements favorables à la santé en milieu scolaire

Le cadre conceptuel mobilisé dans ce mémoire repose sur les approches socio-écologiques et *Whole School*, qui considèrent que le milieu scolaire est un cadre global et stratégique qui contribue efficacement à la santé et au bien-être des élèves.

Il met en évidence cinq composantes essentielles qui sont au fondement d'un environnement scolaire favorable à la santé et au bien-être. Il s'agit notamment des composantes suivantes: l'environnement physique, l'environnement social, les pratiques organisationnelles et pédagogiques, l'implication et l'engagement ainsi que la gouvernance et politique. Le schéma conceptuel ci-dessous (Cf. Figure 1) met en lumière la manière dont interagissent ces composantes afin de créer un environnement scolaire favorable à la santé.

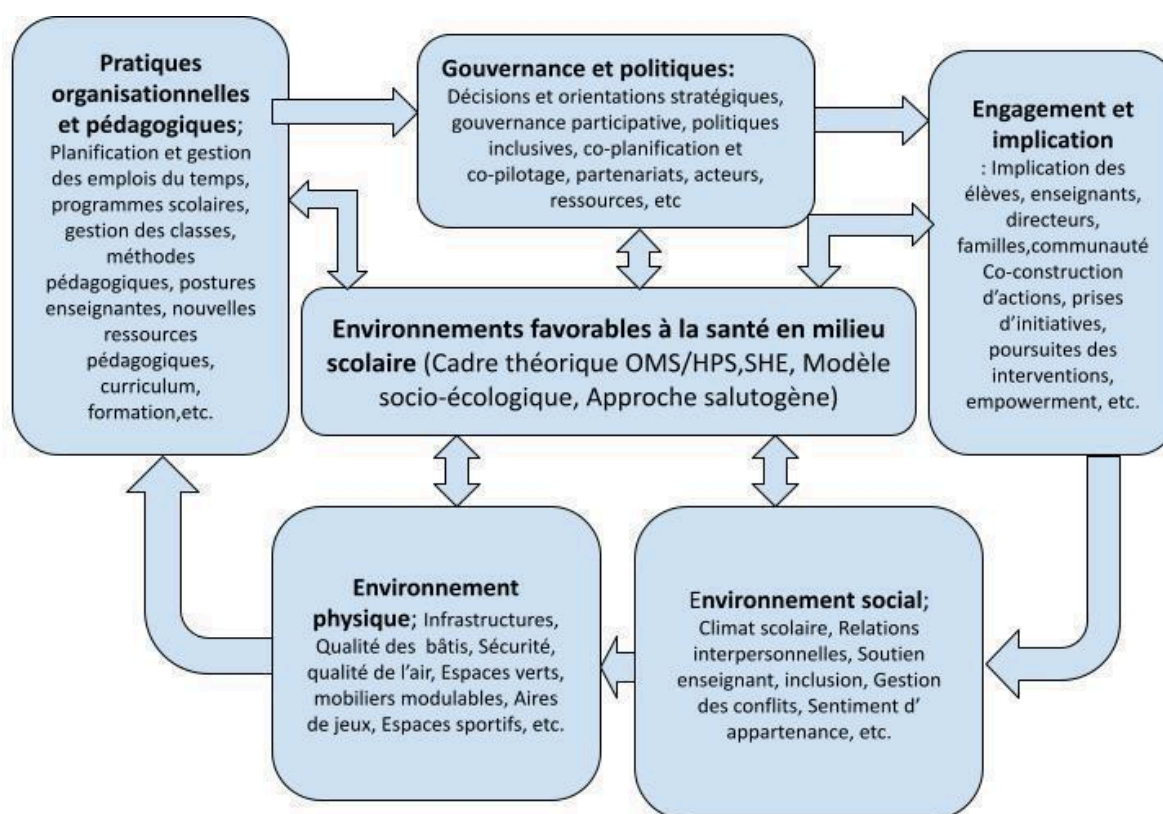


Figure 1 : Schéma conceptuel des environnements favorables à la santé en milieu scolaire

Le schéma conceptuel ci-dessus met en lumière la mobilisation d'une approche systémique et multidimensionnelle en mobilisant cinq composantes interdépendantes (environnement physique et social, pratiques pédagogiques et organisationnelles, l'engagement, l'implication, l'empowerment et la gouvernance et politiques) qui sont les composantes d'un environnement scolaire, dans un programme de promotion de la santé, ce dernier pourra contribuer significativement à une transformation de cet environnement scolaire en environnement favorable à la santé. L'environnement physique par exemple peut impacter

positivement le bien-être et la sécurité des élèves, ce qui peut également avoir une incidence sur le climat de classe dans la mesure où le bien-être individuel conduit à un bien-être collectif. Et le climat social peut favoriser la santé mentale des élèves et le développement des compétences psychosociales peut contribuer à l'établissement d'un bon climat de classe. Ce qui peut avoir également un impact positif sur les pratiques pédagogiques, notamment en termes de gestion de classe et de développement de l'intérêt pour les questions de santé et de bien-être pour les élèves et les enseignants. Car une intégration des activités de santé dans les pratiques pédagogiques lorsqu'elle impacte positivement le climat de classe et le bien-être général des élèves, est une source de motivation pour les enseignants et les élèves. Les pratiques organisationnelles et pédagogiques jouent un rôle capital dans le climat scolaire au niveau organisationnel et des enseignants. L'implication et l'engagement conduisent au développement de l'empowerment et renforcent le sentiment d'appartenance et l'inclusion sociale au niveau de l'école. Et la gouvernance ainsi que les politiques éducatives et sanitaires constituent le socle institutionnel de l'action en milieu scolaire. Lorsqu'elles sont participatives et inclusives, elles permettent d'assurer un impact durable et significatif des programmes de promotion de la santé, de renforcer la cohésion sociale et de favoriser la participation de l'ensemble des acteurs à la co-construction des environnements favorables à la santé, dans toutes leurs composantes. Elles constituent également une condition essentielle à l'intégration effective de l'approche *Whole School* et du modèle HPS au sein de la gouvernance et des politiques des établissements scolaires. Enfin, ce schéma illustre bien une mobilisation dans cette étude, d'une approche à la fois systémique mais aussi socio-écologique en combinant, les aménagements d'espaces physiques, le climat social, les pratiques pédagogiques et organisationnelles, l'engagement et l'implication des acteurs, et la gouvernance et politiques, qui concourent de manière interdépendant au développement d'environnements scolaires favorables à la santé.

3. Matériel et méthode

3.1. Cadre et type d'étude

Il s'agit d'une étude longitudinale (trois ans, c'est-à-dire 2022-2025), de type observationnel (qualitatif) dont le volet recherche est porté par le laboratoire Parcours Santé systémique (P2S) UR4129 de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Elle repose sur une approche interventionnelle à deux volets: le volet recherche porté par P2S et le volet intervention porté par la Ligue contre le Cancer dans les établissements scolaires (43 écoles primaires, 8 collèges), répartis sur 6 départements: Ardèche (07, Auvergne-Rhône-Alpes), Corrèze (19, Nouvelle-Aquitaine), Hérault (34, Occitanie), Ile et Vilaine (35, Bretagne), Loire (42, Auvergne-Rhône-Alpes) et Loire-Atlantique (44, Pays de la Loire) tels que nous pouvons observer sur la figure 2.



Figure 2: Carte des départements et régions de la France

(Source: <https://www.regions-departements-france.fr/>)

Il s'agit des départements sélectionnés sur la base des concertations institutionnelles afin de refléter une certaine diversité contextuelle (milieu rural et milieu urbain, territoires prioritaires et territoires non prioritaires, contextes sociaux et culturels diversifiés).

En effet, le choix porté sur ces six départements dans le cadre de ce programme et cette recherche interventionnelle repose sur plusieurs critères et spécificités, car ce sont des départements qui présentent une grande diversité territoriale, sociodémographique et socio-économique.

Certains caractérisés par un cadre contextuel rural important, une faible densité populationnelle et des établissements scolaires dispersés avec d'importants enjeux d'accès aux services de santé et de réduction des inégalités sociales de santé tels que l'Ardèche et la Corrèze (INSEE, 2023a ; 2023b ; ARS Nouvelle-Aquitaine, 2022; ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023).

Des départements qui contrastent avec d'autres (l'Hérault, l'Ille-et-Vilaine et la Loire-Atlantique) se caractérisant par une imbrication entre zones urbaines, zones périurbaines et zones littorales, tout en offrant une large couverture en infrastructures éducatives et sanitaires à leur accessibilité (ARS Occitanie, 2023; ARS Bretagne, 2020; INSEE, 2023c ; ORS Pays de la Loire, 2023).

La Loire quant à elle se caractérise par des zones industrialisées et périurbaines mais avec d'importantes défis sanitaires (inégalités d'offres et d'accès aux services de santé, nombre insuffisant du dispositif et des ressources humaines en santé) et d'aménagements des établissements scolaires (Vétusté des infrastructures, Inégalités territoriales d'aménagement) (Observatoire, Portrait Loire, 2022; ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023).

Le choix de ces départements repose sur une diversité des contextes (conditions territoriales, sociales et institutionnelles variées) permettant de mieux saisir les facteurs influençant les effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements scolaires favorables à ma santé.

3.2. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée essentiellement des enseignants qui ont accueilli le programme dans leur classe en CM1, en CM2 ou en 6e et s'étant portés volontaires pour participer à un entretien. Cela représente 36 participants (2 par Tx et par département).

Ces derniers ont été sélectionnés sur la base de certains critères d'inclusion et de non inclusion.

3.3. Critères d'inclusion, de non inclusion et de non inclusion

3.3.1. Critères d'inclusion

- Etre enseignant en classe de CM1 ou CM2 ou 6e pendant la période de mise en œuvre du programme Explo'Santé;
- Avoir participé à la mise en œuvre du programme Explo'Santé durant l'année scolaire étudiée de 2022 à 2025 et ;
- Être volontaire pour participer aux entretiens et donner son consentement éclairé;

3.3.2. Critères de non inclusion

- Enseignant n'ayant pas pris part à la mise en œuvre du programme Explo'Santé;

- Enseignant d'autres classes que les classes de CM1 ou CM2 ou 6e;
- Avoir un autre statut en milieu scolaire que celui d'enseignant (directeurs, surveillants, conseillers pédagogiques, infirmières scolaires, etc.);
- Enseignants en congé prolongé ou absents pendant la période de mise en œuvre du programme et;
- Enseignants refusant de participer à l'étude ou de donner leur consentement éclairé.

3.4. Techniques d'échantillonnage et recrutement

Pour les enseignants, l'échantillonnage a été de type raisonné (non probabiliste) basé sur la participation volontaire. L'équipe de recherche s'est assurée que l'échantillon garantisse une diversité de profils représentatifs des enseignants ayant accueilli le programme (genre, statut, âge, fonction) mais enseignant les classes concernées par l'étude (CM1, CM2 et 6e) et ayant pris part à la mise en œuvre du programme.

3.5. Collecte et analyses de données

3.5.1. Techniques et outils de collecte de données

Une grille d'entretien a été composée, de manière à recueillir les verbatim des différents participants. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les enseignants impliqués dans le programme, afin d'identifier les transformations apportées par le programme Explo'Santé sur les environnements physiques, les pratiques pédagogiques et organisationnelles, les relations sociales ainsi que la participation des élèves, des familles et de la communauté.

3.5.2. Déroulement de la collecte des données.

Les données ont été collectées par les chargés de recherche de l'Université Claude Bernard Lyon 1 en T2 avec les enseignants de CM1, en T3 avec ceux de CM2 et en T5 avec ceux de la 6e selon les modalités suivantes (Voir Fig.3). Chaque entretien s'est déroulé en visioconférence par Webex ou Teams et a été enregistré en format MP3.

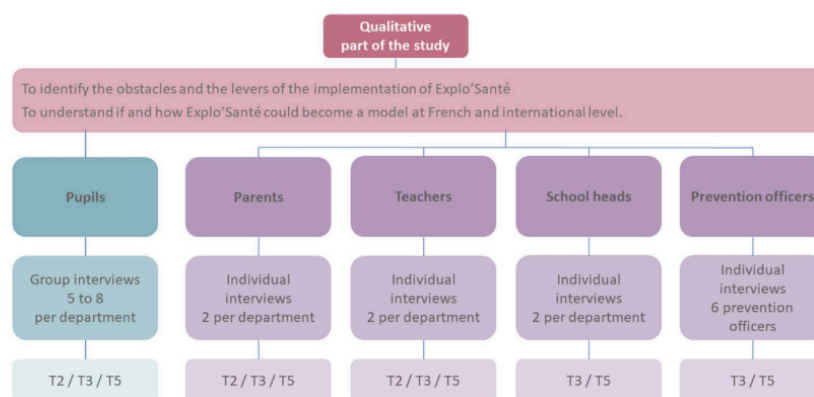


Figure 3 : Présentation du volet qualitatif du projet de recherche Explo'Santé

Source: (Olivo, et *al.*, 2025).

3.5.3. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement d'abord par Noota suivi d'une vérification de ces retranscriptions par l'équipe de recherche, puis analysés selon une analyse thématique mixte combinant un codage inductif et un codage déductif (Fereday et Muir-Cochrane, 2006), à l'aide d'un logiciel NVivo, Version 12 de 2018.

Les thèmes émergents ont été regroupés autour de catégories comme : Environnement physique, environnement social, implication et engagement, pratiques organisationnelles et pédagogiques, gouvernance et politiques.

3.6. Considérations éthiques

Le protocole de recherche respecte les principes éthiques de la recherche en santé publique (déclaration d'Helsinki, CNIL, RGPD). Une anonymisation a été faite par codage des noms d'établissement scolaires ainsi que des noms des participants et les données collectées ont fait l'objet d'un stockage et d'une transmission hautement sécurisés. Un consentement éclairé a été requis pour chaque participant. L'anonymat, la confidentialité et le droit au retrait sont garantis à toutes les étapes de la recherche. L'étude a fait l'objet d'une validation éthique par un comité d'éthique « Terre d'Éthique » du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Étienne (France) qui a validé le protocole qualitatif sous la référence IRBN962023/CHUSTE avec les recommandations de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

4. Résultats

4.1. Effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements physiques en milieu scolaire

D'après les enseignants en primaire, Explo'Santé a permis aux élèves de prendre conscience de leur environnement :

« Ça a permis aux élèves d'apprendre à découvrir leur environnement, avoir un regard critique sur leur environnement. » (T3_34_E1)

Les élèves ont donc porté un autre regard sur leur environnement lors d'une marche exploratoire où ils ont pu relever des dysfonctionnements au sein de leur école et émettre des solutions qui ont été transmises aux mairies.

« La marche exploratoire, parce que c'est les élèves qui ont dit ce qui pouvait ne pas aller dans l'école. On va en parler du coup en conseil d'école avec la mairie. Et des choses, je pense, vont être mises en place. » (T3_34_E1)

Les élèves ont notamment noté :

« Mais par contre, ils voient bien ce qu'il faudrait améliorer dans la cour, ou sur le préau, les affiches à moitié arrachées, ils disent qu'il faut enlever, ça fait sale. » (T3_07_E2)

« Par contre les WC sont trop petits ou ça sent mauvais, enfin voilà. » (T3_07_E2)

Et cette marche exploratoire leur a également permis de :

« Proposer des solutions possibles ou non pour leur environnement, donc l'école. » (T3_34_E1)

Par ailleurs, l'implémentation du programme Explo'Santé a contribué à la prise de conscience de la problématique des environnements physiques favorables à la santé en milieu scolaire par les adultes, comme le relève cet enseignant:

« On a parlé pendant ce temps-là aussi cette année de l'espace sans tabac. C'est quelque chose que je n'avais pas vraiment analysé. » (T3_19_E2)

Cette prise de conscience de l'importance d'un environnement physique sain s'est également traduite en actions concrètes mises en place au niveau des établissements scolaires, notamment une affiche de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre le tabac:

« On avait mis une petite affiche "Espace sans tabac. » (T3_19_E2)

Les enseignants se sont également engagés à toucher de manière directe les parents d'élèves à la sortie des classes:

« Maintenant, on montre aux parents qui fumaient et qui continuent de fumer quand ils viennent chercher leurs enfants devant le portail. » (T3_19_E2)

4.2. Effets du programme Explo'Santé sur le développement et l'amélioration du climat social en milieu scolaire

4.2.1. Climat relationnel en primaire

- *Au niveau de la relation entre élèves*

A l'école primaire, les enseignants ont perçu un certain nombre d'effets d'Explo'Santé au niveau des relations sociales ou du climat relationnel.

Globalement, ils relèvent une amélioration du climat de classe, avec moins de conflits et une ambiance de classe plus apaisée, notamment grâce au fait que les enfants expriment mieux leurs émotions :

« Moins de disputes [...] ils arrivent mieux à trouver les mots, à exprimer ce qu'ils ressentent. » (T3_07_E1)

En effet, ils expliquent notamment que leurs élèves ont développé leur empathie, par des activités les amenant à se mettre à la place des autres, ou par la compréhension des émotions des autres.

« Ça leur a permis quand même de se poser des questions sur les autres[...] se mettre à la place des autres parfois. » (T2_19_E2)

« Je les ai sentis plus ouverts aux sentiments et aux émotions des autres. » (T2_44_E2)

Certains enseignants ont exprimé le fait qu'Explo'Santé a servi à leur élèves pour percevoir le positif chez les autres:

« Je pense que ça leur a beaucoup servi aussi, de voir le positif en l'autre et pas uniquement ce qui ne va pas quoi. » (T3_44_E2).

D'après eux, cela a également un effet sur le fait que les élèves sont plus attentifs aux autres, et qu'ils s'entraident davantage :

« Quand ils jouent dans la cour, ils vont chercher un qui est un peu plus seul ou ils font attention aux petits aussi. » (T3_42_E1)

À la cantine, quand ils partent, un grand s'occupe d'un petit, ça se fait peut-être plus naturellement qu'avant. » (T3_42_E1)

- *Au niveau de la relation enseignants-élèves*

Enfin, plusieurs enseignants évoquent le fait que leur relation avec les élèves semble avoir été renforcée en termes de confiance :

« Grâce à ça, un petit garçon [...] avait réussi à dire les choses à moi quand ça n'allait pas. » (T2_07_E1)

4.2.2. Climat relationnel au niveau du collège: un climat mitigé

- Au niveau de la relation entre élèves

Au niveau du collège, en ce qui concerne le climat relationnel entre les élèves, il a été rapporté par les enseignants un développement des compétences psychosociales chez les élèves leur permettant de créer un bon climat relationnel et un climat de classe plus apaisé:

« J'ai vraiment une classe exceptionnelle cette année. Tous mes collègues s'accordent à dire que c'est une classe d'élèves très gentille, très, très respectueux. Voilà, donc je pense que ça leur a permis de développer leurs compétences psychosociales. » (T5_35_E1)

« Donc comparativement aux élèves de l'année dernière, les 6e de l'année dernière, je les trouvais beaucoup plus apaisés, beaucoup plus à l'écoute, et je trouvais qu'il y avait moins de conflits. » (T5_34_E1)

Par ailleurs, d'autres enseignants ont souligné le fait que l'environnement social du collège est devenu un environnement de sécurité où tout le monde se sent accepté et non jugé:

« C'est comme dans la famille, on peut parler sans être jugé. » (T5_19_E1)

« Quand ils sont dans leur projet, [...] il ya tout le monde est à l'écoute de tout le monde, et tout le monde est accepté, [...] même il y en a qui ont des difficultés, [...] il n'y a pas eu de jugement négatif au sein du projet. ». (T5_07_E1)

De plus, d'autres enseignants ont observé une évolution dans les relations grâce à Explo'Santé. Ils ont souligné que des élèves sont devenus plus sympas, et développent le respect de l'autre et même de l'empathie pour d'autres élèves à caractères problématiques:

« Je l'ai entendu, plusieurs fois en salle des profs, que la cohorte de cette année de sixième était vraiment très sympa par rapport aux précédentes. » (T5_34_E2)

« Ils ont quand même cherché des excuses à cet élève sur son comportement, alors qu'il n'y en avait pas forcément, honnêtement. Donc, il y a quand même des choses qui ont été intégrées, en termes d'empathie, en termes de respect de l'autre, en termes de connaître l'autre et de se connaître soi. » (T5_19_E1)

Cependant, d'autres enseignants estiment qu'Explo'Santé n'a pas eu un apport considérable sur le climat relationnel des élèves dans la mesure où aucune amélioration n'est observée et les élèves sont toujours dans un climat conflictuel:

« Il n'en est pas resté grand-chose de ces séances. Il n'y a pas eu de déclic. »
(T5_34_E2)

« Je ne pense pas qu'il y ait forcément un changement immédiat de leur comportement ou dans le vivre ensemble, même au sein de la classe. » (T5_44_E1)

« Ils continuent toujours à se chercher des noises, à se chamailler, à s'insulter . Il n'y a pas eu vraiment de prise de conscience, je pense, à ce niveau-là, sur cette classe-là. »
(T5_19_E2)

Et dans une certaine mesure, il n'y'a eu aucun apport dû au fait que les élèves possédaient déjà les compétences psychosociales relatives au rapport à l'autre et n'en avaient plus réellement besoin:

« C'est des élèves qui sont déjà super au niveau compétences psychosociales, qui aident des autres, qui sont dans l'empathie donc en fait eux ils en avaient pas tant que ça besoin en fait. » (T5_34_E2)

« J'ai pas vu que les élèves avaient changé spécialement mais ils étaient déjà sympas. » (T5_34_E2)

Mais aussi que ces effets dépendent de chaque élève:

« Il y a deux élèves qui m'ont dit que ça ne leur avait servi à rien. J'ai dix-sept élèves qui m'ont dit que : « Bah, moi, ça m'a servi surtout pour le travail en équipe ». Et il y a neuf élèves qui m'ont dit que ça les avait aidés à gérer leur stress. » (T5_42_E1)

- *Au niveau de la relation enseignants et élèves*

Concernant le climat relationnel entre les enseignants et les élèves au collège, les enseignants ont relevé le fait que le programme Explo'Santé à travers une ouverture au dialogue leur a permis de créer des liens affectifs, de confiance entre ces derniers et leurs élèves:

« J'ai eu tout de suite un bon contact avec les élèves et un bon dialogue.[...] c'est des élèves beaucoup plus ouverts à discuter avec l'adulte qu'en temps normal. »
(T5_07_E1)

« J'ai établi tout de suite une relation presque affective avec eux, beaucoup plus rapidement que les autres années. Après ce que j'ai remarqué donc des élèves qui expriment facilement leurs euh, leurs difficultés. » (T5_07_E1)

Cependant, bien qu' une certaine proximité relationnelle entre élèves et enseignants a été engendrée par le programme Explo'Santé, cette proximité et ainsi que le développement de certaines compétences psychosociales ont conduit au développement des comportements des élèves vis-à-vis des enseignants perçus par ces derniers comme relevant de la contestation et du manque de respect:

« C'est le paradoxe, quand ils sont trop à l'aise avec les adultes [...] des élèves qui contestent, qui se permettent de nous dire euh « oui, mais là, vous n'avez pas bien fait les choses » parfois, ils ne savent plus où est la limite. » (T5_07_E1)

« Mais on a découvert hier en fait qu'il en avait un qui nous cachait mais du coup, il n'a pas plié. Il a dit non. Ça me fait penser à la séance où Angélique (Chargée de prévention) leur apprend à dire non, à pas se laisser faire, là, pour le coup, lui, il a bien compris le non quoi. » (T5_07_E1)

- *Difficultés d'appréciation des effets d'Explo'Santé sur le climat relationnel des élèves*

Par ailleurs, d'autres enseignants tant en primaire qu'au collège, ont relevé les difficultés quant à l'appréciation des effets d'Explo'santé dû à l'implication d'autres facteurs et à la durée du programme:

« Mais, il y a tellement de facteurs, ils grandissent, ils vont, enfin. C'est super difficile de dire la part qu'a Explo'Santé dans, dans, dans ça. Il y a trop de paramètres à prendre en compte. » (T3_44_E2)

« Sur une année c'était un petit peu court aussi je pense pour voir vraiment des effets. » (T2_42_E2)

Mais aussi dû au fait qu'ils voyaient très rarement les élèves:

« C'est difficile pour moi, en tout cas, qui les vois qu'une fois par semaine, de pouvoir comparer forcément comment ils étaient dans le groupe classe en septembre et comment ils ont pu être après Explo'Santé. » (T5_44_E2)

4.3. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques organisationnelles au sein des établissements scolaires.

Les données recueillies témoignent d'une disparité entre l'implantation du programme Explo'Santé en primaire et au collège.

Au niveau des écoles primaires, le programme Explo'Santé est perçu par les enseignants comme étant un programme intégré dans les emplois du temps de la journée:

« D'ailleurs ils me l'ont dit, en primaire ça faisait partie des cours de la journée, ça n'impactait pas leur quotidien. » (T5_19_E2)

Au niveau du collège, le programme Explo'Santé est perçu comme un programme en plus, non intégré dans les programmes scolaires contrairement au primaire et qui a pris du temps sur d'autres matières ou temps importants:

« Pour nous, c'était quelque chose qui se rajoutait, mais qui ne s'inscrivait pas forcément dans ...euh... oui dans... nos programmations respectives.» (T5_19_E2)

« Ça tombait quasiment tout le temps sur des heures de français ou de maths, vu que.. En fait, il y avait toujours 3-4 élèves du groupe de français ou de maths qui étaient absents. Et donc, ça a impacté beaucoup les profs de français et de maths qui ont perdu pour, qui ont perdu des élèves 10 heures d'affilée.» (T5_34_E2)

Ainsi, certains enseignants ont perçu le programme Explo'Santé comme “un peu la goutte d'eau en plus” dans les emplois du temps qui engendrait des contraintes tant à leur niveau qu'au niveau des chefs d'établissement :

« Donc vous imaginez que pour l'emploi du temps ça crée des contraintes pour la chef de l'établissement pour faire des, un emploi du temps qui tienne la, qui se tient quand même pour que la classe avance quand même.» (T5_42_E1)

Pour les élèves, ils n'ont pas pu suivre certains enseignements:

« Sur toute la période, à chaque fois, la classe n'était jamais, enfin, le groupe n'était jamais au complet. » (T5_34_E2)

4.4. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques pédagogiques

4.4.1. Transformation de la posture enseignante et des pratiques pédagogiques

Les enseignants rapportent un changement de vision vis-à-vis de leur rôle et de leur pratique. Alors qu'ils étaient centrés principalement sur les apprentissages académiques, Explo'Santé a élargi leur approche en intégrant la santé et le bien-être :

« Pour le coup, on est ciblés sur nos apprentissages, il faut qu'ils sachent lire, qu'ils sachent écrire ceci, cela... que je pense qu'on oublie trop facilement, euh, cette zone de bien-être.» (T3_19_E1)

« Ça a été aussi ça la plus-value. Et puis de voir qu'on peut travailler différemment qu'avec le cahier de maths [...] qu'à l'école, il n'y a pas que les maths français, le programme qui se joue. Il y a d'autres choses. » (T3_42_E1)

Le programme a également offert aux enseignants de nouvelles ressources pédagogiques concrètes : la « pochette d'outils », des techniques de gestion de classe (respiration, météo des émotions, étiquettes couleurs), ou encore des activités transférables dans les disciplines scolaires :

« Ça apporte des outils, des informations, du contenu, que nous on n'a pas [...] en tant que prof. On n'a pas une pochette avec 10 activités, 10 séances à faire avec nos élèves pour les aider à mieux se sentir au collège. » (T5_35_E1)

« Alors, il y a un truc que moi, j'ai trouvé sympa en tant qu'enseignante, [...] je trouve que le système des étiquettes couleurs pour former des groupes, je te distribue une étiquette au hasard, tu vas te retrouver dans tel groupe, du coup, il n'y a plus de discussion. Il n'y a pas de rejet, ça évite que l'enfant soit rejeté, [...] C'est le hasard. Et du coup, on ne peut pas dire non, je ne te veux pas, toi, dans mon groupe. » (T5_42_E1)

4.4.2. Développement d'une dynamique de travail plus apaisée

Les enseignants observent que le programme contribue à une meilleure gestion du groupe , grâce à de nouvelles pratiques et à la valorisation des forces et qualités des élèves :

« Et donc, il y a quelques techniques que j'ai essayé d'appliquer. Par exemple, la respiration de la main pour les groupes qui sont... ou là où... Quand j'ai des enfants très agités, avec des difficultés. » (T5_42_E1).

« Je reprendrai à titre personnel [...] toujours dans la bienveillance, dans l'empathie, d'avoir une étiquette dans le dos et où chacun devrait marquer les qualités des uns et des autres, et après, relire ça [...] je me dis dans une classe où il y a des problèmes, ce genre d'activité, ça peut vraiment faire du bien. » (T2_19_E12)

« Ça a vraiment apporté des outils. Tout ce qui était bah les forces, comment aider les élèves à prendre conscience de leurs forces. » (T5_34_E1).

Ils soulignent aussi une vision différente de leurs élèves, permettant davantage de recul et une meilleure compréhension de leurs émotions et comportements :

« J'ai appris des choses sur les élèves fin j'ai vu des élèves dans un autre contexte et j'ai appris à connaître différemment les élèves [...] à connaître différemment et à aborder différemment certains élèves. » (T5_07_E2).

4.5. Effets du programme Explo'Santé sur l'engagement et l'implication des élèves, enseignants, familles et de la communauté

4.5.1. Appropriation et engagement des enseignants : Des effets contrastés

Certains enseignants se sont fortement appropriés les outils, collectivement ou individuellement, pour prolonger l'expérience en classe (ex. livret, billets de gratitude, heures de vie de classe) :

« Ce livret-là, pour moi, je vais le garder précieusement parce que je pense que... par rapport à des situations que je vais constater, j'espère que j'aurai le réflexe de me dire : Ah, mais ça, j'ai des outils. » (T5_35_E2)

« On a été quelques-uns à avoir participé à Explo'Santé qui lui ont dit à ce collègue, mais il faut intégrer à ces séances ce qu'on a faites en ... avec Explo'Santé, parce que ça s'intègre très bien dans ces séances de vie de classe. » (T5_35_E2)

Cependant, d'autres témoignages révèlent une faible appropriation, liée à des contraintes de temps, à l'absence de formation continue ou à la priorité donnée aux matières fondamentales :

« Pour moi, c'est quand même l'un des gros problèmes parce que j'aurai aimé avoir plus de temps [...] mais j'ai pas le temps de le faire. » (T3_19_E1)

« Donc, j'ai l'impression que quand Explo'Santé s'en va [...], on sera un peu démuni parce qu'en fait, on a eu des billes [...] j'ai tout ça sur les mains et je me dis... comment continuer quoi [...] Je me sens un peu démunie par rapport à ça quoi. » (T3_19_E1)

« La volonté d'un noyau de l'équipe de mettre en place des compétences psychosociales[...] Une quinzaine de personnes sur 60 profs. [...] Ce n'était pas la priorité [...] De développer ça, il y a certains profs qui pensent que ce qui est important, c'est les acquis, les connaissances. » (T5_34_E2)

Par ailleurs, d'autres soulignent les difficultés à intégrer les séances d'Explo'santé dans leurs enseignements dû à une absence de formation à une intégration de celles-ci dans leur curriculum ou leur programme scolaire:

« Mais après, pour l'intégrer dans le cours, nous, en tant qu'enseignants, on n'a pas été formés, entre guillemets, à intégrer ça dans un cours. » (T5_42_E1)

4.5.2. Autonomie et Implication des élèves

Des effets remarquables sont observés sur l'autonomie des élèves, notamment dans la gestion des conflits et la régulation collective surtout en primaire :

« Ils s'auto-gèrent [...] quand il y a un conflit au jeu de ballon, je prends le ballon, je dis, vous vous arrangez, sinon, je ne rends pas le ballon. » (T3_42_E1)

« D'accord. Ils aiment bien. Alors, ils en abusent du carnet de messages clairs [...] puis après, ils se régulent. [...] Ils s'autogèrent » (T3_42_E1)

« Oui, le body scan, ils ont souhaité le mener eux-mêmes... ils étaient très enthousiastes de mener ce temps-là. » (T2_44_E1)

Ces compétences psychosociales acquises favorisent aussi une meilleure compréhension des émotions des autres :

« Alors que là il comprend que l'autre peut avoir peur même si lui n'a pas peur. Donc, ben oui, ben excuse-moi, je t'ai fait peur, c'était pas ma volonté. Hop, on se pardonne et on passe à autre chose. » (T2_19-E1)

4.5.3. Implication des familles et de la communauté éducative

Les enseignants relèvent un certain intérêt des familles suscité par les devoirs ou activités à la maison :

« Après chaque séance, les enfants avaient quelque chose à faire à la maison [...] donc les familles ont été parties prenantes. » (T2_34_E1)

Cependant, cette implication reste limitée et le programme apparaît comme cloisonné au cadre scolaire :

« J'en ai parlé un peu au conseil d'école, avec la mairie, j'en ai parlé avec les parents mais ils ne sont pas devenus actifs en fait [...] C'était resté en tout cas cantonné à l'école. » (T2_19_E1)

4.6. Effets du programme Explo'Santé sur les pratiques de gouvernance et politiques.

Au niveau des témoignages des enseignants, rien n'a été relevé pour les effets du programme Explo'Santé sur les pratiques de gouvernance et de politiques.

5. Discussion

Dans le cadre de cette étude, il était question d'évaluer la contribution ou les effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements favorables à la santé en milieu scolaire en ce qui concerne l'environnement physique, social, l'environnement organisationnel et pédagogique, l'engagement et l'implication de tous les acteurs du milieu éducatif et la gouvernance et politiques en matière de promotion de la santé en milieu scolaire. La discussion de cette étude portera essentiellement sur les effets d'Explo'Santé sur chacune de ces dimensions.

5.1. Présentation des principaux résultats

Les résultats de cette étude montrent de manière générale, que le programme Explo'Santé a eu des effets contrastés sur les environnements favorables à la santé (environnement physique, social, organisationnel et pédagogique, engagement et implication et gouvernance et politiques), notamment en fonction du niveau scolaire (niveau primaire et niveau secondaire).

Concernant l'environnement physique, le programme a permis d'instaurer des espaces sans tabac devant certains établissements, témoignant d'une prise de conscience sur l'importance

d'un environnement sain. Cependant, malgré un diagnostic effectué par les élèves des actions concrètes à effectuer pour améliorer sensiblement leur environnement physique, et des rapports transmis aux mairies en ce sens, aucune autre action n'a été mise en œuvre pour répondre aux besoins exprimés par les élèves dans le cadre du programme.

S'agissant de l'environnement social, Explo'Santé a généré des effets différenciés entre l'école primaire où des effets positifs ont été observés concernant le climat de l'école (amélioration des relations entre élèves et entre élèves et enseignants, climat de classe plus apaisé et inclusif) et l'école secondaire (6e) où l'on observe plutôt des effets contrastés. D'un côté, le programme semble avoir favorisé de meilleures relations entre élèves; de l'autre, il n'a pas toujours contribué à améliorer le climat relationnel, les effets variant selon les individus. Le développement des compétences psychosociales a permis de renforcer la communication entre élèves et enseignants, mais ceci a aussi pu entraîner des comportements perçus comme irrespectueux par les enseignants.

Concernant les effets du programme sur les pratiques organisationnelles et pédagogiques, les résultats montrent des effets contrastés. En primaire, l'on note peu d'effets d'Explo'Santé sur le cadre organisationnel surtout sur l'organisation des emplois du temps et du programme scolaire. Cependant il a engendré des contraintes organisationnelles tels que: les pertes d'heures de cours, la surcharge professionnelle des enseignants et les absences des élèves au cours. Concernant les pratiques pédagogiques, Explo'Santé a contribué à une évolution de la posture enseignante (évolution d'une vision centrée sur les apprentissages vers une vision prenant en compte la santé et le bien-être des élèves). Il a aussi enrichi les pratiques pédagogiques grâce à de nouvelles ressources et techniques pour gérer les émotions et améliorer l'environnement d'apprentissage.

Concernant les effets du programme sur l'engagement et l'implication des élèves et de la communauté éducative dans les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et extrascolaire, les résultats rendent compte des effets contrastés du programme Explo'Santé. Ils montrent plus ou moins l'intérêt et l'engagement des enseignants à s'approprier les outils d'Explo'Santé et à les intégrer dans leurs pratiques mais aussi des limites de cet engagement dû à un manque de temps ou de formation continue. Concernant les élèves, il a permis de créer un intérêt, de l'engagement ou de l'implication mais aussi de l'empowerment surtout dans la gestion des conflits ainsi que le développement des compétences psychosociales. Quant au reste de la communauté éducative, leur implication reste très limitée dû à plusieurs facteurs parmi lesquels le cloisonnement du programme en milieu scolaire.

Concernant les effets du programme sur la gouvernance et politique, aucun effet n'a été observé.

5.2. Discussion proprement dite des résultats

5.2.1. *Limites institutionnelles et structurelles dans le développement des environnements physiques sains en milieu scolaire*

Les résultats montrent que le programme Explo'Santé n'a pas conduit à des transformations concrètes des espaces physiques des établissements scolaires. Les propositions des élèves et enseignants pour aménager ou réaménager les espaces et infrastructures ou améliorer la propreté des espaces n'ont pas été suivies par des actions concrètes.

De tels résultats contrastent avec ceux d'autres programmes dans le continent américain dont les politiques sont depuis longtemps favorables aux écoles promotrices de santé à travers la Pan American Health Organisation (PAHO) dès les années 1990 qui portait déjà une initiative et au développement des environnements favorables à la santé (Ippolito-Shepherd et *al.*, 2005). Il s'agit entre autre du projet *Green Schoolyards* aux États-Unis qui, par exemple, a permis d'aménager des espaces de jeu et de mobilité adaptés pour favoriser les activités physiques et lutter contre la sédentarité ainsi que des espaces végétalisés, contribuant ainsi à la santé et au bien-être des élèves (Lanza et *al.*, 2021) et du programme *Green School Grounds* au Canada et en Australie qui a favorisé l'amélioration des infrastructures visant à promouvoir l'activité physique et le bien-être des élèves (Dyment et Bell, 2008). Selon Bell et Dyment (2008), la végétalisation des espaces est un levier central dans la promotion de la santé en milieu scolaire. Ces auteurs témoignent de ce que l'implémentation de tels programmes et leur impact significatif ont été dépendants de plusieurs facteurs notamment : d'une importante mobilisation institutionnelle, d'un appui partenarial solide et de l'adoption d'une approche plaçant la transformation des espaces en physique en levier prioritaire des établissements scolaires.

Ces différences observées entre les résultats d'Explo'Santé et ceux de ces programmes révèlent des visions institutionnelles et structurelles entre l'Amérique du Nord au Canada par exemple et l'Europe, notamment la France. En effet, il a été développé depuis les années 2000 en Amérique du Nord, une approche intersectorielle intégrant l'aménagement des environnements scolaires comme cela fut le cas du rapport de l'INSPQ (INSPQ, 2021) qui met un accent particulier sur la collaboration entre plusieurs secteurs: scolaire, municipal, communautaire et sanitaire. Car ce rapport se présente comme un outil adressé aux décideurs dans le but de mettre en place des aménagements d'espaces qui se veulent inclusifs, sécuritaires, stimulants et adaptés aux besoins des élèves en matière de santé, de bien-être et d'apprentissage. En effet, selon ce rapport, les politiques canadiennes perçoivent le milieu scolaire comme un espace de vie où doivent s'articuler, architecture et infrastructure, pédagogie et santé de la population éducative. De ce fait, ces dernières ont émis des recommandations remarquables telles que la mise en place des classes avec des équipements modulables, éclairées et commodités favorables à la concentration des élèves, des aménagements extérieurs favorisant l'activité physique et le bien-être émotionnel (cours

végétalisées, espaces de jeu, espaces calmes et paisibles pour se poser au besoin) mais aussi un accès à l'eau et l'électricité, à des toilettes propres et sécurisées mais aussi la ventilation des espaces. Car les travaux de Darlington et *al.* (2018) et Simar et *al.* (2018) soulignent le fait que les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire, peinent à s'appliquer aux approches *Whole School* et HPS et de suivre efficacement leurs axes d'intervention notamment le développement d'environnements scolaires sains, physique y compris en France, dû à plusieurs facteurs parmi lesquels le manque de coordination intersectorielle entre les ministères de l'Éducation, de la Santé et de l'Aménagement contrairement aux politiques nord-américaines qui s'inscrivent dans un modèle WSCC (*Whole School, Whole Community, Whole Child*) (Hunt et *al.*, 2018) et dans une approche intersectorielle avec une forte collaboration entre santé publique, urbanisme, éducation.

Dans le contexte français, comme c'est le cas avec *Explo'Santé*, Une absence d'effet remarquable des programmes tels qu'*Explo'Santé* sur le développement d'environnements physiques favorables à la santé trouve son explication dans plusieurs facteurs. D'une part, le programme *Explo'Santé* de sa conception à son implication s'est inscrit dans une logique décisionnelle de type *top-down*, caractéristique des écoles françaises, où les initiatives locales doivent souvent être validées par la hiérarchie ou les autorités municipales (Darlington et *al.*, 2018 ; Simar et *al.*, 2018). C'est dans cette même logique que s'inscrivent les résultats de cette étude selon lesquels les propositions d'aménagements des élèves soumises à la mairie n'ont donné lieu à aucune suite, illustrant la difficulté de transformer l'intention locale en action concrète.

D'autre part, l'on note un manque d'accompagnement institutionnel et des partenaires ayant ainsi limité les interventions du programme et leur impact. Les études menées ci-dessus sur les programmes en Amérique révèlent que ces programmes ont bénéficié de l'implication des acteurs et partenaires locaux (communauté, associations, autorités locales et municipales et des services de santé) leur ayant permis d'obtenir des impacts remarquables. C'est dans ce même ordre d'idées que Langford et *al.*, (2014) ; Fernandes et *al.*, (2023) soulignent que ces différents facteurs concourent non seulement à la réussite du programme mais aussi à garantir un fort impact et une durabilité de celui-ci ainsi que des interventions. Les expériences réussies à l'étranger soulignent l'importance de l'implication des acteurs locaux, des associations, des municipalités et des services de santé pour garantir la faisabilité et la pérennité des interventions (Langford et *al.*, 2014 ; Fernandes et *al.*, 2023). Pourtant un appui partenarial et institutionnel aurait permis à *Explo'Santé* de faire émerger un plaidoyer efficace pour la mise en place de ces environnements physiques favorables à la santé en milieu scolaire. Ce plaidoyer aurait permis aussi d'obtenir les ressources nécessaires au développement de ces espaces. En effet, d'autres études comme celles de Darlington et *al.*, (2018) ont souligné que le manque de ressources financières et matérielles constitue également un frein majeur à l'atteinte des objectifs des programmes de promotion de la santé y compris la création d'environnements physiques sains.

Malgré les défis rencontrés par le programme *Explo'Santé*, il a permis de générer quelques effets non négligeables tels que la création des espaces sans tabac mais aussi la lutte anti-tabac par une sensibilisation par les enseignants à la sortie des classes mais aussi des activités telles que la marche exploratoire ayant favorisé une prise de conscience collective de la communauté éducative de l'importance que revêt la prise en considération de l'environnement physique en milieu scolaire. En effet, certaines études révèlent un pouvoir catalyseur que peuvent développer ces effets non négligeables qui peuvent engendrer des projets futurs de transformation des espaces physiques tels que celles de Duijster et *al.* (2017) et de Bonnel et *al.* (2013). Duijster et *al.* (2017) par exemple dans le cadre du programme *Fit for School* en Asie du Sud-Est ont montré que les interventions qui ont été menées en termes de sensibilisation sur l'hygiène auprès des élèves et enseignants ainsi que la communauté extrascolaire ont conduit plus tard à accompagner d'autres initiatives telles que: la réhabilitation d'infrastructures sanitaires et la construction de points d'eau dans les établissements scolaires.

En bref, les contraintes d'ordre institutionnel, organisationnel et structurel, l'absence d'appui institutionnel et partenarial, la logique décisionnelle de type *top-down* (descendante), ainsi qu'une absence de ressources nécessaires sont autant de facteurs qui expliquent les limites du programmes *Explo'Santé* en matière de développement ou d'amélioration des environnements physiques des établissements scolaires pour qu'ils soient favorables à la santé. Néanmoins, ce programme a généré des effets non négligeables (prise de conscience et engagement des élèves et enseignants) qui peuvent être des catalyseurs de futures interventions en matière d'amélioration ou de développement de ces environnements.

Ainsi, un plaidoyer ciblé avec l'appui des partenaires (autorités locales et municipales et communautaires), une planification participative, un fort appui institutionnel, une bonne volonté des acteurs ainsi qu'un financement adéquat sont des conditions préalables pouvant conduire à des actions concrètes de création des environnements favorables à la santé.

5.2.2. *Facteurs contextuels et différenciés des effets du programme Explo'Santé sur le développement des environnements favorables à la santé entre le primaire et le secondaire*

Les résultats ont montré que le programme *Explo'Santé* a produit un effet plus marqué en primaire qu'au collège sur les relations entre élèves et entre élèves et enseignants et en termes d'engagement pour les interventions de santé en milieu scolaire. Cette différence pourrait s'expliquer par les spécificités comportementales et organisationnelles propres à chacun de ces niveaux scolaires.

Dans le premier niveau scolaire, la figure de l'enseignant est une figure centrale dans le quotidien des élèves et dans le cadre structurel de l'établissement scolaire. Le cadre structurel du collège et la place centrale de l'enseignant dans l'établissement scolaire se différencient entre le primaire et le collège. Le cadre structurel et organisationnel du

primaire offre une homogénéité dans les enseignements au primaire contrairement aux collèges, ce qui permet aux enseignants et aux élèves d'avoir des liens relationnels plus marqués et aussi le cadre structurel et organisationnel dans le contexte primaire a été plus flexible, ce qui a permis une meilleure appropriation du programme. Par ailleurs, le caractère réceptif des élèves à l'autorité d'un adulte est un facteur favorisant cet impact positif du programme sur ces derniers. Car selon Curry et *al.* (2018), le caractère réceptif des élèves à l'autorité des enseignants est une source de motivation pour ces derniers. De plus l'approche d'Explo'Santé à la fois ludique, expérientielle et pédagogique semble être en adéquation avec les modèles d'apprentissages privilégiés des élèves en primaire facilitant ainsi leur appropriation des messages transmis dans le domaine de la santé et du bien-être (Langford et *al.*, 2014).

À l'inverse, le collège se présente comme un milieu dont le cadre structurel et organisationnel se complexifie, avec une multiplicité d'enseignants, une multiplicité de programmes d'apprentissages engendrant une surcharge sur les emplois du temps et sur toute la communauté éducative comme l'ont bien démontré les résultats. En outre, l'arrivée des élèves en sixième est une période de grande confrontation entre des élèves influencés par leur entrée dans l'adolescence et d'autres facteurs (réseaux sociaux, pairs) et leur réceptivité aux messages des interventions de santé. Une étude de Steinberg et Monahan, (2007), a montré que ce qui caractérise les élèves à cette période est le développement d'une autonomie croissante, la recherche d'identité et une sensibilité accrue aux dires de leurs pairs. Cette étude est appuyée par celles de Brechwald et Prinstein (2011), qui montrent que les pairs ont une influence significative sur les comportements, attitudes et valeurs des adolescents. Par ailleurs, une étude de Collins et Steinberg (2008), a montré que le développement cognitif et social entraîne une propension à davantage se conformer aux normes et valeurs du groupe au détriment de l'influence des adultes au fur et à mesure que les enfants avancent en âge et atteignent le pic à l'adolescence. Une étude de Mercken et *al.* (2012) en Grande Bretagne a mis en évidence l'influence des pairs sur le développement des comportements tabagiques chez les adolescents scolarisés en estimant que ceux-ci développent ces comportements pour être en adéquation avec les valeurs et normes de leurs pairs. Par ailleurs, les adolescents deviennent peu réceptifs, plus sélectifs et critiques sur des choses sur lesquelles ils étaient plus réceptifs à l'enfance (Piaget, 1972). Un autre facteur tout aussi important a été rapporté par d'autres travaux de recherche (Corcoran et *al.*, 2024 ; Hashemi et Vogel, 2024) qui ont montré que les réseaux sociaux numériques sont devenus pour les adolescents, des agents majeurs de socialisation. Selon eux, ces derniers ont une préférence pour les messages véhiculés par les réseaux sociaux et leurs pairs sur les réseaux sociaux mais aussi, les messages véhiculés entrent le plus souvent en contradiction avec les messages de santé transmis par les programmes de prévention et de promotion de la santé comme par exemple une normalisation de la consommation d'alcool. L'influence des pairs et des réseaux sociaux sont donc autant de facteurs qui altèrent leur réception des

messages qui leur sont transmis au même titre que leur participation aux interventions de santé. Certains enseignants ont eu à relever que les élèves de 6^e n'ont pas été très réceptifs aux interventions d'Explo'Santé et percevaient en ces séances, une sorte d'infantilisation qui leur serait infligée par les acteurs de mise en œuvre. Ce qui rejoint le rapport de Deighton et al. (2025) qui montrent que les élèves du secondaire (6^e et 5^e) sont moins enclins à demander de l'aide en santé mentale que ceux du primaire dû à leur stigmatisation à demander de l'aide. Car la demande de l'aide se présente comme un signe de faiblesse, une absence d'autonomie, d'immaturité et de contrôle de soi. De plus, l'influence du climat familial sur la réceptivité et le comportement des adolescents a été démontrée par Yap et al. (2014) et Farrington et al. (2015), tandis que l'organisation spécifique du collège, avec ses horaires, programmes et enseignants multiples, a été mise en avant par Eccles et al. (1993) comme facteur structurant du vécu des élèves.

De ce fait, l'on conclut que le programme Explo'Santé pour contribuer efficacement au développement des environnements favorables à la santé en milieu scolaire se doit de tenir compte de ces spécificités entre le primaire et le collège et ainsi adapter les interventions en fonction de ces spécificités c'est-à-dire tenir compte des spécificités du cadre structurel et organisationnel mais aussi des caractéristiques des élèves en fonction de leur niveau et de leur âge tel que l'ont souligné Huber et al., (2011).

5.2.3. *Engagement différencié de la communauté éducative et des élèves.*

Les résultats obtenus révèlent un engagement différencié entre les acteurs du milieu éducatif (enseignants, élèves, parents ou familles, etc.) dans les interventions de promotion de la santé pendant et après Explo'Santé. Si certains enseignants se sont bien appropriés des outils et se sont engagés à les mobiliser dans leur gestion de classe et de groupe de classe, d'autres malgré la volonté de s'y engager sont confrontés à des défis de temps de formation continue, ce qui limite non seulement leur engagement mais aussi la durabilité du programme. Ces observations rejoignent celles de Jourdan (2011) ; Buijs et al., (2014) ; Langford et al., (2014) qui soulignent le fait que la réussite et la durabilité des interventions en promotion de la santé en milieu scolaire est fortement dépendante de la motivation, la compétence acquise et perçue ainsi que du sentiment d'utilité des enseignants.

Concernant les élèves, les résultats révèlent qu'Explo'Santé a permis une implication importante de ces derniers et le développement de leur autonomie en matière de régulation ou de gestion de conflits mais aussi de mise en œuvre de certaines activités (le bodyscan) de manière autonome. Ces mêmes constats ont été relevés dans les travaux de Griebler et al., (2017) qui soulignent l'impact de l'engagement et de la participation des élèves aux interventions de promotion de la santé en milieu scolaire sur le développement des compétences psychosociales, de la motivation et le sens de la responsabilité chez ces derniers. Hormis cela, l'étude de Beck et al. (2017) montre également que l'engagement des

élèves dans les initiatives du *Comprehensive Health School* peuvent conduire au développement du sentiment de considération et d'appartenance chez les élèves, à leur communauté éducative mais peuvent être un appui ou une source d'inspiration pour les autres personnels quant à la manière de gérer efficacement les interventions de santé en milieu scolaire. C'est pourquoi ils proposent une co-construction de ces initiatives où les élèves seront intégrés.

Cette même logique d'interventions participatives intégrant les élèves a été relevée dans le cadre du programme *HealthLit4Kids* qui est un programme de développement de la littératie en santé chez les élèves en Australie co-construit avec l'ensemble des acteurs y compris les élèves qui a permis un fort engagement de ces derniers et leur développement des compétences telles que la *enhanced critical thinking* (la pensée critique) (Cruickshank et *al.*, 2025). L'on comprend dès lors que les principes de co-décision, de co-planification et de mise en œuvre collaborative renforcent la participation des acteurs au programme de promotion de la santé, ce qui contribue grandement à leur efficacité et durabilité.

De ce fait, *Explo'Santé* aurait pu avoir un effet encore plus important sur l'engagement et la participation des élèves s'il s'était pleinement inscrit dans une démarche participative depuis sa construction jusqu'à son implémentation et son évaluation. Car l'on a pu constater que les phases impliquant les élèves dans la mise en œuvre tels que la marche exploratoire, le diagnostic sur l'environnement de l'école et la proposition des solutions ont eu des effets significatifs sur leur sentiment d'utilité et de prise de conscience de l'importance d'avoir un environnement sain ainsi que d'une volonté d'amélioration de celui-ci.

C'est cette même observation que les enseignants ont pu faire de l'engagement et de l'implication des parents et des familles, qui étaient pratiquement inexistantes. En effet, selon les résultats, les parents et les familles se sont moins ou presque pas impliqués dans les interventions ni pendant ni après *Explo'Santé*. *Explo'Santé* n'a pas pu engendrer une implication active des parents et des familles malgré l'intérêt qu'il a souhaité solliciter par la réalisation de certaines activités à domicile avec les parents et familles. Selon les résultats, ce manque d'implication des parents a été dû à un cloisonnement du programme en milieu scolaire. Par ailleurs, selon les études de Garcia-Dominic et *al.* (2009) et de Mendez et *al.* (2009), la non participation des parents ou familles aux programmes de promotion de la santé serait également dû à des obligations familiales, au travail et aux emplois du temps chargés. Cela serait aussi dû à la démarche de mise en œuvre du programme en matière de communication par exemple car les enquêtés ont révélé un déficit de communication à leur niveau et au niveau des parents hormis les contraintes temporelles. C'est d'ailleurs ce que soulignent Michael et *al.* (2023) qui ont démontré que la participation des parents et familles dépend fortement aussi de la capacité d'un programme à mettre sur pied des actions contextualisées et une communication efficace. Ainsi, le programme *Explo'Santé* s'inscrivant dans une démarche *top-down* n'a pas permis une inclusion des familles et autres acteurs de

la communauté éducative dans la mesure où le programme est resté cloisonné en milieu scolaire sans une implication réelle de ces derniers. Ce sont donc autant de facteurs qui pourraient expliquer ce manque d'engagement et d'implication des parents et familles ainsi que des autres acteurs de la communauté éducative. C'est d'ailleurs ce que rappelaient Samdal et Rowling (2013) ainsi que Langford et *al.*, (2014). Selon ces auteurs, les interventions en promotion de la santé doivent s'inscrire dans une gouvernance partagée ou participative impliquant les acteurs à tous les niveaux (directeurs, enseignants, élèves, parents, collectivités, communautés) afin d'être efficaces. Elles ne doivent pas également être cloisonnées en milieu scolaire si elles souhaitent générer des transformations durables.

5.2.4. *Pratiques pédagogiques: Entre approches et techniques nouvelles et contraintes structurelles et organisationnelles*

Le programme Explo'Santé a généré des effets notoires sur les pratiques pédagogiques des enseignants (introduction de nouvelles techniques de gestion de classe et de groupe de classe) ainsi que de nouvelles approches de gestion des conflits et d'amélioration du climat de classe, notamment à travers l'introduction d'innovations favorisant une meilleure gestion de classe, la régulation des conflits et l'amélioration du climat scolaire. En effet, en proposant de nouvelles approches centrées sur la santé et le bien-être des élèves mais aussi sur l'amélioration du climat général de classe, le programme Explo'Santé à travers des outils (les billets de gratitude, les coupons de couleurs, les messages clairs, la météo des émotions), permet non seulement une meilleure gestion de groupe de classe, des émotions et des conflits, une amélioration du climat de classe mais aussi le développement des compétences psychosociales. Ce qui favorise la création d'un environnement scolaire favorable à la santé (climat de classe apaisé, bien-être des élèves). C'est d'ailleurs ce qui a été démontré dans les travaux de Simar et Jourdan (2010), de Guével et *al.* (2013), et de Cury et *al.* (2018). Par ailleurs, les résultats montrent que dans certaines écoles et classes, des améliorations sont observées dans la gestion de conflits et où l'on observe un climat de classe plus inclusif, apaisé et collaboratif démontrant la capacité de ces nouvelles approches à améliorer le climat de classe et l'environnement scolaire propice à la santé et au bien-être des élèves. C'est d'ailleurs ce qu'ont relevé St Leger et Young (2009), Simar et Jourdan (2010) et Bonell et *al.* (2013) pour qui la mise sur pied des stratégies pédagogiques sont un levier important dans la création d'environnements scolaires favorables à la santé.

Dans le même ordre d'idées, les travaux de Mérini, Victor et Jourdan (2012a, 2012b), ont montré que les innovations en matière de pratiques pédagogiques contribuent significativement à l'implémentation de la promotion de la santé, notamment de l'éducation à la santé dans les établissements scolaires.

Cependant, l'intégration de ces approches dans les pratiques pédagogiques des enseignants se confronte à des contraintes qui sont d'ordre institutionnel, structurel et organisationnel (emploi du temps rigide, surcharge de la charge de travail, priorités académiques, formation

insuffisante). Des contraintes qui limitent leur intégration dans le curriculum et le cursus scolaire. Ces constats ont été également faits par Deschesnes et *al.* (2014), Christian et *al.* (2015), Bennett et *al.* (2016), Day et *al.* (2019), Wilhelm et *al.* (2021) et de Zurc et Laaksonen (2023) qui ont montré que l'intégration des interventions de promotion de la santé dans les pratiques pédagogiques et dans les programmes scolaires se trouve confrontée à des contraintes institutionnelles, structurelles et organisationnelles des établissements scolaires (surcharge de travail du personnel, les contraintes curriculaires, non alignement avec les priorités de l'école, le manque de formation) . De surcroît, ces interventions sont perçues comme étant des tâches supplémentaires ou additionnelles dont il serait difficile d'intégrer dans le curriculum scolaire.

Les résultats témoignent des limites en termes de temps et de formations mais aussi d'une priorité accordée aux matières fondamentales limitant ainsi les possibilités d'une intégration de ces approches dans les programmes et cursus scolaires. Ces résultats corroborent avec les études de Jourdan, (2007), et de Pizon et Jourdan, (2009) qui ont démontré que l'absence de formation continue des enseignants ainsi que d'un accompagnement institutionnel et la priorité donnée aux enseignements fondamentaux n'a pas permis de disposer du temps pour les activités de promotion de la santé en milieu scolaire.

C'est dans cette même logique que les études de Leyrit et *al.* (2007), de Simar et *al.* (2007) et de Simar et Jourdan (2010) ont souligné que l'implication des enseignants et leur mobilisation d'approches pédagogiques nouvelles reposent essentiellement sur le soutien institutionnel et un meilleur curriculum des enseignants. Ces éléments sont déterminants pour dépasser la simple expérimentation ponctuelle et permettre une généralisation et une pérennisation de ces pratiques.

Ainsi, Explo'Santé a permis de développer de nouvelles approches et techniques dans les pratiques pédagogiques mais ses effets restent limités dus à des contraintes structurelles et organisationnelles mais aussi d'un faible appui institutionnel et la priorisation des résultats scolaires centrés sur les matières fondamentales.

En dehors de ces contraintes, Leurs et *al.* (2005) dans leur étude, estiment que focaliser les interventions de promotion de santé en milieu scolaire dans un cadre purement pédagogique ne suffit pas pour impulser une transformation réelle des cadres institutionnels, structurels et organisationnels pour qu'ils soient favorables à la santé mais qu'il faut y joindre l'appui institutionnel et la collaboration entre les différents acteurs.

En conclusion, le programme a démontré que de nouvelles approches intégrées dans les pratiques pédagogiques peuvent améliorer la gestion de classe, la régulation des conflits et le climat scolaire, mais que leur mise en œuvre durable nécessite un accompagnement institutionnel solide, du temps pour la formation et l'expérimentation, ainsi qu'une intégration plus systématique dans les programmes officiels. Ces constats confirment que le succès de nouvelles approches dans les pratiques pédagogiques en milieu scolaire dépend

étroitement de l'articulation entre initiatives locales, engagement des enseignants et soutien structurel et institutionnel.

Ainsi, le programme Explo'Santé a apporté de nouvelles approches en termes de gestion des conflits et du climat de classe mais leur intégration surtout durable dans les pratiques pédagogiques quotidiennes se heurte à des contraintes structurelles et organisationnelles, un manque d'appui institutionnel, et des priorités éducatives axées sur les matières fondamentales tels que le souligne Nutbeam (2000), pour qui les innovations éducatives dépendent fortement d'un important appui institutionnel et une intégration de la promotion de la santé dans les politiques éducatives.

En bref, les résultats ont montré que le programme Explo'Santé permettent d'améliorer le climat de classe et la gestion de groupe de classe et des conflits mais leur ancrage et pérennité dépendent fortement d'un accompagnement institutionnel important, d'une intégration de ces approches dans les programmes en octroyant des formations aux enseignants et un temps de mise en œuvre et en permettant une intégration durable de ces approches dans le curriculum des enseignants et les programmes scolaires.

5.2.5. Gouvernance et politiques: Un enjeu majeur

Les résultats de cette étude montrent qu'Explo'Santé n'a pas produit d'effets significatifs sur la gouvernance et les politiques internes des établissements scolaires. Cette absence d'effets s'explique d'abord par le mode de pilotage adopté lors de l'implémentation du programme, caractérisé par une logique décisionnelle de type *top-down*. C'est d'ailleurs ce que soulignent Sadjadi et *al.* (2021) qui estiment que les programmes qui adoptent une logique de type *top-down* se soldent par des échecs sans réels impacts car ne prenant pas en compte les besoins et la participation active de tous les acteurs y compris les acteurs externes au milieu scolaire. L'on constate à cet effet que les orientations clés par rapport à Explo'Santé ont été définies au niveau central sans réelle co-construction avec les acteurs locaux, ce qui a limité l'appropriation des objectifs et des activités du programme par les enseignants, les élèves, les familles et les partenaires municipaux et locaux des territoires. Pourtant, les approches *Health Promoting Schools* soulignent l'importance de la participation active des acteurs locaux et de leur engagement dans les processus décisionnels. C'est d'ailleurs ce que soulignent Ramos et *al.* (2012), Chilton et *al.* (2015), Ouellet (2018) ; Wilhelm et *al.* (2021) pour qui l'adoption d'une approche participative et collaborative à travers l'implication de tous les acteurs permet d'assurer aux interventions, leur efficacité et leur durabilité. Ainsi, l'absence d'une co-planification et co-pilotage n'a pas permis au programme Explo'Santé de se positionner comme un programme s'inscrivant durablement dans la gouvernance des établissements scolaires.

L'absence d'une gouvernance partagée lors de la planification et l'implémentation ou la mise en œuvre du programme s'est accompagnée d'autres déficits de coordination, de communication et de soutien institutionnel. Les enseignants ont rapporté un manque de

formation continue, de ressources adaptées et de temps dédié, éléments pourtant déterminants pour intégrer des actions de promotion de la santé de manière durable dans les pratiques éducatives quotidiennes (Pommier et *al.*, 2010; Deschesnes et *al.*, 2014).

Par ailleurs, Explo'Santé n'a pas permis un alignement des politiques éducatives aux problématiques réelles des environnements favorables à la santé et par conséquent leur intégration dans les projets éducatifs et scolaires, ce qui montre que le programme s'est confronté à des contraintes institutionnelles en plus de la logique *top-down*, une absence de leadership de la part de la direction d'établissements. Pourtant des études soulignent l'importance d'un leadership fort et engagé des directions d'établissement dans la réussite et l'intégration durable des interventions de santé en milieu scolaire (Pommier et *al.*, 2010 ; Deschesnes, et *al.*, 2014 ; Christian et *al.*, 2015; Darlington et *al.*, 2018; Shoesmith et *al.*, 2021) mais aussi dans la motivation et la mobilisation des équipes (Storey et *al.*, 2025).

S'agissant de la mobilisation des acteurs, la non mobilisation des partenaires et de toute la communauté éducative a été une entrave importante dans la capacité d'Explo'Santé à contribuer à la transformation surtout durable des différentes composantes de l'environnement scolaire favorable à la santé. Car le programme a manqué d'appui institutionnel mais aussi des partenaires. Pourtant, plusieurs études ont souligné l'importance d'un soutien institutionnel et externe dans la réussite et la durabilité des interventions de santé en milieu scolaire (Deschesnes, et *al.*, 2014; Christian et *al.*, 2015 ; Darlington et *al.*, 2018; Sadjadi, et *al.*, 2021).

Par ailleurs, la planification et l'implémentation du programme Explo'Santé n'a pas assez intégré l'approche *Whole School* ou encore l'approche HPS, notamment en ce qui concerne le principe d'intersectorialité dans la mesure où par exemple hormis les acteurs des secteurs éducatifs et sanitaires, les acteurs des secteurs tels que l'environnement et l'urbanisme n'ont pas été intégrés à l'implémentation du programme ni lors de sa planification. C'est d'ailleurs ce que souligne Deschesnes et *al.* (2014) pour qui l'adoption d'une approche intersectorielle est capitale pour avoir des résultats escomptés. Par ailleurs, selon Darlington et *al.* (2017), l'un des obstacles à la réussite du programme et à leur impact est le manque de coordination intersectorielle

De plus, l'analyse des effets d'Explo'Santé nous montre que la mise en œuvre du programme est restée cloisonnée au niveau des établissements, ce qui a limité sa portée externe et même institutionnelle. Pourtant des études (Chilton et *al.*, 2015 ; Christian et *al.*, 2015) ont démontré l'importance d'un engagement communautaire et du soutien des acteurs externes (autorités locales, municipalités, associations, communauté).

Ainsi, dans le cas d'Explo'Santé, l'absence de co-planification et co-construction et d'une gouvernance partagée, le manque de leadership des directions dû à une logique décisionnelle de type *top-down* et l'absence d'un appui institutionnel et des partenaires ont empêché la mise en place des conditions favorables à une gouvernance et des politiques

visant l'articulation des priorités institutionnelles et éducatives et les objectifs du programme en matière de développement des environnements scolaires favorables à la santé et au bien-être.

5.2.6. *Limites de l'étude et implications méthodologiques*

Malgré sa pertinence, ce travail de recherche présente quelques limites méthodologiques devant être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

La première limite se situe au niveau de la population cible qui était principalement et uniquement les enseignants bien qu'étant des acteurs centraux qui ont suivi le programme de son implémentation à son évaluation. Ce qui a limité l'étude à n'avoir qu'une vision partielle des effets du programme Explo'Santé sans analyser d'autres perspectives venant d'autres acteurs tels que les directeurs d'établissement, les chargées de prévention, les élèves et les parents. Ce qui n'a pas permis une triangulation des données qui aurait pu aider à avoir une certaine plausibilité et nuances dans les données et les résultats. La pluralité des enquêtés auraient pu permettre de limiter les risques de biais de désirabilité sociale dans la mesure où la pluralité des points de vue auraient limité le sur-reporting des effets positifs ou négatifs du programme Explo'Santé sur les environnements scolaires favorables à la santé en fonction des sensibilités et intérêts de ces derniers. De plus, la représentativité de l'échantillon limite la capacité de généralisation des résultats de celle-ci à l'ensemble des écoles françaises.

L'absence des données sur les élèves par exemple, qui sont les plus concernés demeure une limite considérable dans la mesure où ce sont ces derniers qui sont les plus aptes à relever les effets ressentis du programme Explo'Santé surtout en matière de climat relationnel, d'engagement et d'empowerment. Il en est de même avec les directeurs d'établissement pour ce qui concerne la gouvernance et les politiques.

Une autre limite importante réside dans la temporalité de l'étude. En effet, le programme est mis en œuvre de 2022 à 2025, mais son étude évaluative se fait en 2025, c'est-à-dire dans un délai très court. Une année n'est pas suffisante pour envisager évaluer un programme dont la mise en œuvre a pris fin il y a peu. Une étude évaluative longitudinale avant, pendant et après sur le long terme aurait permis d'éviter un biais de mémoire, de tenir compte des éléments contextuels qui auraient pu influencer l'implémentation du programme et par conséquent ses résultats et aussi d'obtenir les réels effets et impacts du programme sur le long terme.

L'hétérogénéité des résultats dus au contexte spécifique des établissements scolaires, des départements et territoires et des classes n'est pas une limite négligeable. En effet, elle rend difficile une possible généralisation des résultats et leur extrapolation à d'autres contextes. La prise en compte des éléments contextuels est capitale dans l'analyse des données.

Enfin, la mobilisation uniquement d'une approche qualitative sans intégration de l'approche quantitative a également été une limite notable. Car l'absence des données quantitatives n'a pas permis de mesurer réellement les effets du programme et de limiter certains biais tels que le biais de désirabilité sociale et la charge interprétative ou la subjectivité du chercheur durant l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Car l'on note la mobilisation d'aucun indicateur objectif permettant de mesurer l'évolution dans le comportement des élèves ou le climat de classe, la fréquence des conflits en classe ou sur la cour de l'école, l'état ou l'amélioration des infrastructures ou encore leur propreté. L'étude s'est uniquement basée sur les points de vue et expériences subjectives des enseignants. Ce qui limite aussi la capacité de l'étude à être extrapolée à l'ensemble de la population d'étude.

Malgré toutes ces limites, l'étude demeure une étude longitudinale qui offre une lecture scientifique sur la contribution d'un programme de promotion de santé au développement des environnements scolaires favorables à la santé. Les enseignants demeurent des acteurs clés dans cette recherche au regard de leur implication et leur expérience directe avec le programme de son implémentation à son évaluation. Ce qui leur confère une certaine légitimité à participer à cette étude. Et cette recherche est une base exploratoire qui ouvre les portes à de futures études longitudinales et quantitatives ou mixtes.

6. Conclusion

Ce travail de recherche de Master portait sur la contribution du programme Explo'Santé au développement ou à l'amélioration des environnements scolaires favorables à la santé en France métropolitaine. Ce programme visait, dans une approche *Whole School* et socio-écologique, à promouvoir la santé et le bien-être en milieu scolaire en développant ou améliorant l'environnement scolaire pour qu'il soit favorable à la santé et au bien-être des individus qui y évoluent. Il s'est agi d'une étude interventionnelle et longitudinale menée dans 6 départements de la France métropolitaine dont les résultats ont montré quelques effets positifs du projet mais différenciées en fonction des contextes et des acteurs (primaire vs secondaire; enseignants, élèves, familles, communautés), notamment pour ce qui concerne le climat scolaire, les pratiques pédagogiques et l'engagement et empowerment mais n'a pas pu produire d'effets significatifs pour ce qui concerne les environnements physiques et les politiques et gouvernance.

De tels résultats peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs: notamment les spécificités structurelles, organisationnelles et culturelles du primaire et du secondaire, les limites et contraintes d'ordres institutionnelles, structurelles et organisationnelles et limitant l'implication et l'empowerment des enseignants, des familles et des communautés, une logique décisionnelle de type *top-down*, l'absence d'appui institutionnel et partenarial, et le caractère cloisonné et non participatif du programme.

Ainsi, ces résultats révèlent l'importance de mobiliser lors de l'implémentation des programmes de promotion de la santé à l'école, une approche systémique, intersectorielle alignée sur une gouvernance partagée ou participative, des politiques éducatives et sanitaires inclusives fondée sur une logique décisionnelle de type *bottom-up*. Mais ces approches nécessitent aussi l'apport crucial d'un fort ancrage institutionnel, d'un partenariat solide, des ressources adéquates accompagnées d'une formation continue des acteurs de mise en œuvre, et d'une implication active de tous ces acteurs internes et externes au milieu scolaire. Ce sont donc de telles conditions centrées sur une approche systémique, intégrée, participative et intersectorielle ainsi qu'une vision stratégique d'institutionnalisation du modèle des *Health Promoting Schools* dans tout le territoire français et dans tous les établissements scolaires qui peuvent permettre aux programmes de promotion de la santé, de pouvoir véritablement contribuer efficacement et durablement au développement des environnements favorables à la santé et au bien-être en milieu scolaire.

7. Recommandations et perspectives

Au regard des résultats obtenus et des limites identifiées, il apparaît essentiel de formuler des recommandations et d'ouvrir des perspectives susceptibles d'enrichir les interventions et recherches futures.

7.1. Recommandations

A partir de notre travail, nous avons dressé une liste de recommandations qui pourraient servir :

- Sur le plan institutionnel et politique en France :
 - Institutionnaliser le modèle *Health Promoting School* et l'approche *Whole School* dans tous les établissements scolaires du pays.
 - Intégrer durablement les programmes de promotion de la santé et le développement des compétences psychosociales (CPS) dans les politiques scolaires nationales et locales.
 - Décentraliser le pouvoir décisionnel et favoriser une gouvernance de l'école de type *bottom-up* qui veut partagée ou participative impliquant tous les acteurs dans les réflexions, la planification, le pilotage et la mise en œuvre des politiques et programmes de promotion de la santé à l'école.

Ces recommandations pourraient être utilisées par les Ministères de l'éducation nationale et de la santé, les directions et instances académiques, les rectorats et leurs services, les directions d'établissement, et les collectivités territoriales et locales.

- Sur le plan opérationnel et organisationnel:
 - Organiser des formations continues pour les personnels éducatifs et mettre à leur disposition des outils d'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques pédagogiques;
 - Mettre sur pied au sein des établissements un programme d'interventions routinières de promotion de la santé dans tout le cursus scolaire.
 - Mener des plaidoyers pour des actions concrètes de transformations profondes des environnements scolaires en environnements favorables à la santé et au bien-être.

Ces préconisations pourraient servir à renforcer les interventions des acteurs ci-dessus y compris des enseignants, en matière de promotion de la santé pour une intégration de ces dernières dans les dynamiques organisationnelles et pratiques pédagogiques quotidiennes des établissements scolaires.

7.2. Perspectives

Ce travail propose également des pistes de réflexion :

- Concernant le programme :
 - Mettre en place des dispositifs de participation des élèves du primaire et du secondaire et des enseignants (clubs, conseils, comité, projets co-crés) et leur assurer un accompagnement institutionnel, organisationnel, structurel et en matière de ressources et formations adéquates ;
 - Assurer l'intégration annuelle et durable des interventions de promotion de la santé dans les curricula et les projets d'établissement;
 - Impliquer davantage les familles, les acteurs municipaux et les partenaires associatifs dans les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et mettre en place des interventions en milieu extra-scolaire ;

Ces pistes d'action pourraient être mobilisées par les Ministères de l'éducation nationale et de la santé, les directions et instances académiques, les rectorats et leurs services, les directions d'établissement, et les collectivités territoriales et locales.

- Concernant la recherche :
 - Mener des études longitudinales sur plusieurs années afin d'évaluer la durabilité des transformations des environnements favorables à la santé en milieu scolaire ;
 - Mener des études de type mixte (combinant approche quantitative et approche qualitative) auprès de tous les acteurs concernés et procéder à une triangulation des données pour avoir une saisie plus globale et pertinente des effets et impacts d'interventions en matière de développement des environnements favorables à la santé en milieu scolaire.

Ces propositions pourraient être explorées par les Ministères de la santé et de l'éducation, la Ligue contre le cancer ou autres institutions de santé et d'éducation, l'équipe de recherche.

8. Références bibliographiques

1. Aïach, P., & Vernazza-Licht, N. (1996). La santé, usages et enjeux d'une définition. *Prévenir-Cahiers d'étude et de réflexion*, (30), 248-p.
2. Allensworth, D., Wyche, J., Lawson, E., & Nicholson, L. (1995). *Defining a comprehensive school health program: an interim statement*. School Health Education Study.
3. Arcand, L. (2012). Agir en contexte scolaire pour réduire les inégalités sociales de santé. *Quintessence*, 4(5).
4. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2023). *Études et diagnostics territoriaux – Département de la Loire*. ARS Auvergne-Rhône-Alpes.
5. ARS Bretagne. (2020). *Monographie départementale – Ille-et-Vilaine*. ARS Bretagne.
6. ARS Nouvelle-Aquitaine. (2022). *Plan Santé Corrèze – Diagnostic territorial*. ARS Nouvelle-Aquitaine.
7. ARS Occitanie. (2023). *Portraits de territoires – Hérault*. ARS Occitanie.
8. Authier, D. (2017, juin). *Parcours éducatif de santé et prévention des comportements addictifs*. Communication à la journée "Perspectives pour une prévention des conduites addictives encore plus efficace", MILDECA / Ministère de l'Éducation nationale / UNIRÈS, Paris.
9. Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., Rivett, D., & Young, I. (2006, April). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*.
10. Barrio-Cortés, J., Turunen, H., & Buijs, G. (2025a). Schools for Health in Europe Network: A lever for social transformation. *Health Education Journal*, 84(1), 55-73.
11. Barrio-Cortés, J., Díaz-Quesada, M., Martínez-Cuevas, M., McGill, A., Lozano-Hernández, C. M., Ruiz-Zaldibar, C., ... & Ruiz-López, M. (2025b, March). Evaluation of Health Promotion in International Schools Using the Schools for Health in Europe (SHE) Rapid Assessment Tool. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 6, p. 633). MDPI.
12. Baudelot, C. (2010). Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales. In *Actes du colloque «Réduire les inégalités de santé* (pp. 47-59).
13. Bell, A. C., & Dymont, J. E. (2008). Grounds for health: the intersection of green school grounds and health-promoting schools. *Environmental Education Research*, 14(1), 77-90.
14. Bennett, A. E., Cunningham, C., & Molloy, C. J. (2016). An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the Schools for Health in Europe framework. *Evaluation and program planning*, 57, 50-54.
15. Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, 34(1), 35-66.

16. Blom-Hoffman, J., Wilcox, K. R., Dunn, L., Leff, S. S., & Power, T. J. (2008). Family involvement in school-based health promotion: bringing nutrition information home. *School psychology review*, 37(4), 567-577.
17. Bonell, C. P., Fletcher, A., Jamal, F., Wells, H., Harden, A., Murphy, S., & Thomas, J. (2013). Theories of how the school environment impacts on student health: systematic review and synthesis. *Health & place*, 24, 242-249.
18. Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2016). A8. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In *Traité de santé publique* (pp. 679-681). Lavoisier.
19. Bourgeois, S. (2019). Un climat scolaire positif, terreau fertile pour favoriser une saine santé mentale, des relations de qualité et un environnement favorable aux apprentissages.
20. Brechwald, W. A., & Prinstein, M. J. (2011). Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 166-179.
21. Broussouloux, S., Morand, J., Cheviot, M., & Berger, D. (2017). Aller bien pour mieux apprendre, un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire au service du bien-être. *Recherches & éducations*, (18).
22. Buijs, G., Jociutė, A., Paulus, P., & Simovska, V. (2009, June). Better schools through health: learning from practice. In *Proceedings of the 3rd European Conference on Health Promoting Schools, Vilnius, Lithuania* (pp. 15-17).
23. Buijs, G., Dadaczynski, K., Schulz, A., & Vilaça, T. (2014). *Equity, education and health: learning from practice. Case studies of practice presented during the fourth European conference on health promoting schools, held in Odense, Denmark, 7-9 October 2013*.
24. Cavill, N., & Rutter, H. (2017). The impact of interventions and policies on socio-economic status differentials in physical activity: Evidence review for the Health Equity Pilot Project (HEPP).
25. CESE. (2019). *Maladies chroniques et parcours de vie : Mieux prévenir, mieux accompagner*. Conseil économique, social et environnemental.
26. Chilton, R., Pearson, M., & Anderson, R. (2015). Health promotion in schools: a scoping review of systematic reviews. *Health education*, 115(3/4), 357-376.
27. Choquet, M., Hassler, C., & Morin, D. (2005). *Violences des collégiens et lycéens: constats et évolutions* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)).
28. Christian, D., Todd, C., Davies, H., Rance, J., Stratton, G., Rapport, F., & Brophy, S. (2015). Community led active schools programme (CLASP) exploring the implementation of health interventions in primary schools: headteachers' perspectives. *BMC public health*, 15(1), 238.
29. Collins, W. A., & Steinberg, L. (2008). Adolescent development in interpersonal context. *Child and adolescent development: An advanced course*, 551-590.

30. Cordoliani, C., & Éloi-Roux, V. (2018). La santé à l'école, tous acteurs. *Administration & Éducation*, 157(1), 9-18.
31. Corcoran, E., Doucette, H., Merrill, J. E., Pielech, M., López, G., Egbert, A., ... & Jackson, K. M. (2024). A qualitative analysis of adolescents' perspectives on peer and influencer alcohol-related posts on social media. *Drug and alcohol review*, 43(1), 13-27.
32. Cruickshank, V., Elmer, S., Evans, C., Kemp, N., Peralta, L., Scott, J., ... & Nash, R. (2025). HealthLit4Kids: Improving health literacy outcomes in an Australian setting. *Public Health*, 249, 106031.
33. Curry, P., Simar, C., Pironom, J., Genton, M., Denois, V. R., Sartori, I., & Jourdan, D. (2023, November). Implanter et soutenir les démarches d'école promotrice de santé: Perspectives du point de vue des comportements de santé d'élèves de 8 à 11 ans dans le cadre du dispositif ALLIANCE. In *Colloque INCA" Promotion de la santé en milieu scolaire: actualité de la recherche et de l'innovation"*.
34. Dadvand, P., Nieuwenhuijsen, M. J., Esnaola, M., Forns, J., Basagaña, X., Alvarez-Pedrerol, M., ... & Sunyer, J. (2015). Green spaces and cognitive development in primary schoolchildren. *Proceedings of the national academy of sciences*, 112(26), 7937-7942.
35. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies, 27(1), 4-41.
36. Darlington, E. J., Simar, C., & Jourdan, D. (2017). Implementation of a health promotion programme: a ten-year retrospective study. *Health Education*, 117(3), 252-279.
37. Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process?. *BMC Public Health*, 18(1), 163.
38. Darlington, E., & Masson, J. (2020). *Promotion de la santé et réussite scolaire*. Dunod.
39. Day, R. E., Sahota, P., & Christian, M. S. (2019). Effective implementation of primary school-based healthy lifestyle programmes: a qualitative study of views of school staff. *BMC public health*, 19(1), 1239.
40. Deighton, J., Thompson, A., Humphrey, N., Thornton, E., Knowles, C., Patalay, P., ... & Boehnke, J. R. (2025). Effectiveness of school mental health and wellbeing promotion: Universal approaches in English primary and secondary schools.
41. Deschamps, J. P. (2003). Une «relecture» de la charte d'Ottawa. *Santé publique*, 15(3), 313-325.
42. Deschamps, J. P. (2008). Une «relecture» de la charte d'Ottawa. *Promotion & Education*, 15(1_suppl), 8-13.
43. Deschamps, J. P. (2016). La Charte d'Ottawa a trente ans... *Santé publique*, 28(6), 711-711.

44. Deschamps, J. P. (2017). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Hegel*, 2(2), 105-106.
45. Deschesnes, M., Drouin, N., Tessier, C., & Couturier, Y. (2014). Schools' Capacity to Absorb a "Healthy School" Approach into Their Operations: Insights from a Realist Evaluation. *Health Education*, 114(3), 208-224.
46. Doll, R., & Hill, A. B. (1956). Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. *British Medical Journal*, 2(5001), 1071–1081.
47. DREES. (2020). *Mesure des inégalités sociales : Déterminants sociaux et territoriaux de la santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
48. Dresler-Hawke, E., & Whitehead, D. (2009). The behavioral ecological model as a framework for school-based anti-bullying health promotion interventions. *The Journal of School Nursing*, 25(3), 195-204.
49. Dubos, R. (1987). *The Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*. New York: Harper & Brothers.
50. Duijster, D., Monse, B., Dimaisip-Nabuab, J., Djuharnoko, P., Heinrich-Weltzien, R., Hobdell, M., ... & Benzian, H. (2017). Fit for School—A school-based hygiene and health education programme to reduce child morbidity. *International Dental Journal*, 67(S2), 30–39.
51. Dymont, J. E., & Bell, A. C. (2008). Grounds for movement: green school grounds as sites for promoting physical activity. *Health education research*, 23(6), 952-962.
52. Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Mac Iver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage–environment fit on young adolescents’ experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48(2), 90–101.
53. Ebersold, S., & Armagnague-Roucher, M. (2017). Importunité scolaire, orchestration de l'accessibilité et inégalités. *Éducation et sociétés*, 39(1), 137-152.
54. Ehlinger, V., Maillochon, F., & Godeau, E. (2016). *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Relations amoureuses et sexualités*. Saint-Maurice: Santé publique France.
55. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
56. Farrington, D. P., Loeber, R., & Ttofi, M. M. (2015). Risk, protection, and prevention: The role of family factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 427–436.
57. Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La Découverte, 13-24.

58. Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International journal of qualitative methods*, 5(1), 80-92.
59. Fernandes, A., Ubalde-López, M., Yang, T. C., McEachan, R. R., Rashid, R., Maitre, L., ... & Vrijheid, M. (2023). School-based interventions to support healthy indoor and outdoor environments for children: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1746.
60. Gadais, T., Caron, M., Arvisais, O., & Tourigny, J. S. (2018). Le rôle des espaces extérieurs dans l'activité physique des enfants à l'école. *Canadian Journal of Education*, 41(3), 655-687.
61. Gaini, M., Duval, S., & Lemoine, A. (2020). *Les inégalités sociales de santé en France : entre héritage et reproduction* (Insee Première, n°1825). INSEE.
62. Garcia-Dominic, O., Wray, L. A., Treviño, R. P., Hernandez, A. E., Yin, Z., & Ulbrecht, J. S. (2010). Identifying barriers that hinder onsite parental involvement in a school-based health promotion program. *Health promotion practice*, 11(5), 703-713.
63. Giroux, É. (2020). L'étude de Framingham : quel rôle dans l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque ? *Les Cahiers du Comité pour l'histoire de l'Inserm*, (1), 47-55.
64. Golden, S. D., McLeroy, K. R., Green, L. W., Earp, J. A. L., & Lieberman, L. D. (2015). Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Education & Behavior*, 42(1_suppl), 8S-14S.
65. Golden, T. L., & Wendel, M. L. (2020). Public Health's Next Step in Advancing Equity: Re-evaluating Epistemological Assumptions to Move Social Determinants From Theory to Practice. *Frontiers in Public Health*, 8.
66. Grassie, D., Milczewska, K., Renneboog, S., Scuderi, F., & Dimitroulopoulou, S. (2025). Impact of Indoor Air Quality, Including Thermal Conditions, in Educational Buildings on Health, Wellbeing, and Performance: A Scoping Review. *Environments*, 12(8), 261.
67. Green, J., Tones, K., & Manderscheid, J. C. (1996). Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue française de pédagogie*, 114(1), 103-120.
68. Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health promotion international*, 32(2), 195-206.
69. Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2013). Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : Implications pour la pratique. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 13-19.
70. Guet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S., Simar, C., Pizon, F., & Berger, D. (2011). Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation*, 32(2), 105-127.

71. Guitton, E., Arnaud, C., Godeau, E., & Navarro, F. (2005). *Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête HBSC*.
72. Hashemi, R., & Vogel, E. A. (2024). Adolescents' perceptions of substance use messaging in the age of social media: resolving cognitive dissonance. *Health Education Research*, 39(1), 1-11.
73. Haut Conseil de la Santé Publique. (2018). *Stratégie nationale de santé publique : recommandations et orientations pour la prévention et la promotion de la santé*. Paris : HCSP.
74. Haut Conseil de la Santé Publique. (2020). *Rapport d'activité 2019*. Paris : HCSP.
75. HCSP. (2018). *Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?* (ADSP n° 103).
76. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343.
77. Hunt, P., Barrios, L., Telljohann, S., & Mazyck, D. (2015). A Whole School Approach: Collaborative Development of School Health Policies, Processes, and Practices. *Journal of School Health*, 85(11), 802–809.
78. IGAS. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Inspection Générale des Affaires Sociales de la République Française.
79. INSEE. (2023a). *Comparateur de territoires – Département de l'Ardèche (07)*. Institut national de la statistique et des études économiques.
80. INSEE. (2023b). *Comparateur de territoires – Département de la Corrèze (19)*. Institut national de la statistique et des études économiques.
81. INSEE. (2023c). *Dossier complet – Département de la Loire-Atlantique (44)*. Institut national de la statistique et des études économiques.
82. INSPQ. (2021). *Aménager des écoles favorables à la santé et au bien-être*. Institut national de santé publique du Québec.
83. Ippolito-Shepherd, J., Cerqueira, M. T., & Ortega, D. P. (2005). Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud en las Américas. *Promotion & Education*, 12(3-4), 220-229.
84. Ipsos. (2024, 29 janvier). *40 % des 11–15 ans déclarent que l'école les ennue [Baromètre des adolescents – 3^e vague]*.
85. IsaBelle, C. (2010). Un leadership partagé pour une éducation à la santé. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 617-629.
86. Johansson, M., Göransson, K. E., & Djarv, T. (2018). CPR training in schools: a public health perspective. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4).
87. Jourdan, D. (2007). *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* INPES.
88. Jourdan, D. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. Saint Denis Editions INPES 144 p.

89. Jourdan, D. (2015). Vers un parcours éducatif de santé pour tous les élèves: une évolution majeure de la politique de promotion de la santé à l'École. *Actions Santé: magazine de la santé à l'école*, (189), 12-13.
90. Kannel, W. B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N., & Stokes, J. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease—Six-year follow-up experience: The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, 55(1), 33–50.
91. Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: where to from here?. *Health promotion international*, 25(3), 261-264.
92. Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2012). *Governance for health in the 21st century*.
93. Kidger, J., Araya, R., Donovan, J., & Gunnell, D. (2012). The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 129(5), 925-949.
94. Kontak, J. C., Caldwell, H. A., Kay-Arora, M., Hancock Friesen, C. L., & Kirk, S. F. (2022). Peering in: youth perspectives on health promoting schools and youth engagement in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International*, 37(3), daac081.
95. Kontak, J. C., Murnaghan, D. A., Kennedy, M. A., Rehman, L. A., Kirk, S. F., & Veugelers, P. J. (2025). Student participation in health promotion in Canadian schools: a scoping review. *Health Promotion International*, 40(1).
96. Lalonde, M., & Government Kanada. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail* (p. 76). Ottawa: Ministère de la santé nationale et du bien-être social.
97. Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
98. Lanza, K., Alcazar, M., Hoelscher, D. M., & Kohl III, H. W. (2021). Effects of trees, gardens, and nature trails on heat index and child health: design and methods of the Green Schoolyards Project. *BMC public health*, 21(1), 98.
99. Lee, A. (2002). Helping schools to promote healthy educational environments as new initiatives for school based management: the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. *Promotion & education*, 9(1_suppl), 29-32.
100. Lee, A., Wong, M., Cheng, F., Yuen, H., Keung, V., & Fung, Y. (2006). Impact of healthy schools award scheme and Health Promoting Schools teacher training programme on health behaviours of students. In *5th Nordic Health Promotion Research Conference* (pp. 15-17).
101. Leurs, M. T., Schaalma, H. P., Jansen, M. W., Mur-Veeman, I. M., St. Leger, L. H., & De Vries, N. (2005). Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. *Health Promotion International*, 20(3), 296-305.

102. Leyrit, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M. H., & Jourdan, D. (2007, August). Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté: les résultats d'une étude qualitative. In *Congrès international AREF 2007*.
103. Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J. S. (2014). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. *Gaceta sanitaria*, 28, 411-417.
104. Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris: Igas.
105. Malo, M. C., & Vézina, M. (2004). Gouvernance et gestion de l'entreprise collective d'usagers: stratégies de création de valeur et configurations organisationnelles. *Économie et solidarité*, 35(1-2), 100-120.
106. Mamecier, A., Ravary, Y., Boutet-Waiss, F., Sallé, J., Naves, P., & Vienne, P. (2004). *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. IGAS / IGEN / IGAENR.
107. Marie, D. B. (2002). *Les inégalités sociales à l'école. Genèse et mythes*. Paris, puf.
108. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
109. Marmot, M., & Allen, J. (2014). Inégalités en matière de santé en Angleterre: politique récente et éléments de preuve. *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 23-30.
110. Masson, J. (2022). La promotion de la santé à l'école: un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 76(2), 36-37.
111. McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.
112. McMullen, J. M., George, M., Ingman, B. C., Pulling Kuhn, A., Graham, D. J., & Carson, R. L. (2020). A systematic review of community engagement outcomes research in school-based health interventions. *Journal of School Health*, 90(12), 985-994.
113. Mendez, J. L., Carpenter, J. L., LaForett, D. R., & Cohen, J. S. (2009). Parental engagement and barriers to participation in a community-based preventive intervention. *American journal of community psychology*, 44(1), 1-14.
114. Meng, X., Zhang, M., & Wang, M. (2023). Effects of school indoor visual environment on children's health outcomes: A systematic review. *Health & Place*, 83, 103021.
115. Mercken, L., Steglich, C., Sinclair, P., Holliday, J., & Moore, L. (2012). A longitudinal social network analysis of peer influence, peer selection, and smoking behavior among adolescents in British schools. *Health Psychology*, 31(4), 450.

116. Meremans, P., Deschamps, J. P., & Deccache, A. (2002). Prévention à l'adolescence et modèle biomédical, histoire et actualité. *Santé publique*, 14(3), 275-283.
117. Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2012a). Éducation à la santé et à la citoyenneté à l'école primaire : Diversité et cohérence des pratiques enseignantes. *Spirale – Revue de recherches en éducation*, 50(1), 53–65.
118. Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2012b). L'éducation à la santé à l'école : Regard sur les pratiques enseignantes. In *4^e colloque international UNIRÉS : Éducation à la santé et complexité* (pp. 193–207).
119. Michael, S. L., Barnes, S. P., & Wilkins, N. J. (2023). Scoping review of family and community engagement strategies used in school-based interventions to promote healthy behaviors. *Journal of School Health*, 93(9), 828-841.
120. Ministère de l'Éducation nationale. (2016, 26 février). *Circulaire n°2016-185 relative au parcours éducatif de santé à l'école*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale.
121. Ministère de l'Éducation nationale. (2025, mis à jour en juin). *Le comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE)*. Éduscol.
122. Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse. (2020). *L'École promotrice de santé. Vademecum 2020*.
123. Moynihan, S., Jourdan, D., & Mannix McNamara, P. (2016). An examination of health promoting schools in Ireland. *Health Education*, 116(1), 16-33.
124. Muller, L., & Mairiaux, P. (2008). La promotion de la santé au travail : Modèles et pratiques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69(1), 49
125. Nourrisson, D., & Parayre, S. (2012). Histoire de l'éducation à la santé à l'école: une lente et complexe ascension (XVIIIe-XXIe siècles). *Spirale-Revue de recherches en éducation*, 50(1), 81-94.
126. Nutbeam, D. (1987). The health promoting school: Closing the gap between theory and practice. *Health Promotion International*, 2(2), 151-153.
127. Nutbeam, D., Clarkson, J., Phillips, K., Everett, V., Hill, A., & Catford, J. (1987). The health-promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Education Journal*, 46(3), 109-115.
128. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44.
129. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
130. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). (2024). *Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : Résultats EnCLASS 2022* (Note de résultats, 17 p.). Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) / Premier ministre.

131. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. (2023). *Vue d'ensemble de la santé des habitants des Pays de la Loire – Diagnostic pour le 3e PRS*. ORS Pays de la Loire.
132. Observatoire – Pôle emploi Auvergne-Rhône-Alpes. (2022). *Portrait de territoire – Département de la Loire (42)*. Observatoire régional.
133. OFDT & EHESP. (2024). *Usages de substances psychoactives des adolescents scolarisés en France en 2022 : Résultats de l'enquête EnCLASS*. Observatoire français des drogues et des tendances addictives.
134. Ollila, E., Ståhl, T., Wismar, M., Lahtinen, E., Melkas, T., & Leppo, K. (2006). Health in All Policies in the European Union and its member states. *Helsinki: Kasma*, 15-17.
135. Ollila, E. (2011). Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian journal of public health*, 39(6_suppl), 11-18.
136. Olivo, M., Darlington-Bernard, A., Salque, C., Fraticelli, L., Ricard, E., Carrouel, F., & Darlington, E. (2025). The Explo'Santé mixed methods protocol: an interventional research school health promotion project in France. *Archives of Public Health*, 83(1), 26.
137. Omran, A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World health statistics quarterly*, 51(2-4), 99-119.
138. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève : OMS.
139. Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques, promouvoir une vie saine*. Genève : OMS.
140. Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS.
141. Organisation mondiale de la Santé. (2024). *The inequality epidemic: low-income teens face higher risks of obesity, inactivity and poor diet*. WHO/Europe.
142. Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
143. Ouellet, N. (2018). *La gouvernance collaborative: Un processus déterminant pour la santé des populations* (Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa).
144. Paciência, I., Rufo, J. C., Silva, D., Martins, C., Mendes, F., Rama, T., ... & Moreira, A. (2019). School environment associates with lung function and autonomic nervous system activity in children: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 9(1), 15156.
145. Parayre, S. (2008). L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles: vers la création d'une éducation à la santé. *Recherches & éducations*, (1), 177-193.

146. Parayre, S. (2010). *L'hygiène scolaire : Un champ d'intervention pionnier*. Revue d'histoire de l'enfance irrégulière, (12), 121-140.
147. Parayre, S. (2011). *L'hygiène à l'école: une alliance de la santé et de l'éducation, XVIIIe-XIXe siècles*. Publications de l'université de Saint-Etienne.
148. Peters, L., Kokko, S., Samdal, O., & Buijs, G. (2009). Health Promoting Schools in Europe: Evaluation and future directions. *Health Education*, 109(6), 473–489.
149. Piaget, J. (1972). *The Psychology of the Child*. New York: Basic Books.
150. Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale-Revue de recherches en éducation*, 43(1), 171-189.
151. Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC public health*, 10(1), 43.
152. Puska, P., & Keller, I. (2004). Primary prevention of non-communicable diseases. Experiences from population based intervention in Finland for the global work of WHO. *Zeitschrift fur Kardiologie*, 93, 1137-42.
153. Puska, P., & Jaine, P. (2020). The North Karelia project: prevention of cardiovascular disease in Finland through population-based lifestyle interventions. *American journal of lifestyle medicine*, 14(5), 495-499.
154. Raeburn, J., Akerman, M., Chuengsatiansup, K., Mejia, F., & Oladepo, O. (2006). Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health promotion international*, 21(suppl_1), 84-90.
155. Ramos, P., Pasarín, M. I., Artazcoz, L., Diez, E., Juárez, O., & González, I. (2012). Healthy and participative schools: evaluation of a public health strategy. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 104-110.
156. Rebouillat, C., Pantz, P. C., & Jourdan, D. (2025). Étude des conditions d'émergence d'une politique intersectorielle de promotion de la santé à l'échelon du territoire néocalédonien: fenêtre d'opportunité pour la santé à l'École. *Santé Publique*, 37(HS1), 37-46.
157. Ridde, V., & Guichard, A. (2011). Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. *Global Health Promotion*, 18(3), 47-60.
158. Ridde, V., Guichard, A., & Houeto, D. (2007). Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver: agir pour une «égalité équitable des chances». *Promotion & Education*, 14(2_suppl), 44-47.
159. Riera-Navarro, C., Monier, M., Giron, A., Pironom, J., Prigent, C., Simar, C., ... & Denois, V. R. (2025, November). Alliance pour la santé: Dispositif de déploiement des Écoles Promotrices de Santé. Résultats clés et perspectives de transférabilité. In *Congrès 2025 de la Société Française de Santé publique" Santé mentale publique"*.

160. Rogers, R. G., & Hackenberg, R. (1987). Extending epidemiologic transition theory: a new stage. *Social biology*, 34(3-4), 234-243.
161. Sadjadi, M., Blanchard, L., Brülle, R., & Bonell, C. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of Health-Promoting School programmes targeting bullying and violence: a systematic review. *Health education research*, 36(5), 581-599.
162. Samdal, O., & Rowling, L. (2013). *The implementation of health promoting schools: Exploring the theories of what, why and how*. Routledge.
163. Santé publique France. (2023). *La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale : Résultats de l'enquête EnCLASS 2022*.
164. Santé publique France. (2024). *Rapport sur la santé mentale des jeunes*.
165. Santé publique France. (2025, 20 octobre). *Inégalités sociales et territoriales de santé*.
166. Shoesmith, A., Hall, A., Wolfenden, L., Shelton, R. C., Powell, B. J., Brown, H., ... & Nathan, N. (2021). Barriers and facilitators influencing the sustainment of health behaviour interventions in schools and childcare services: a systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 62.
167. Simar, C., Jourdan, D., & Pizon, F. (2007, August). Étude du rapport des enseignants du premier degré à un dispositif d'éducation à la santé et de la citoyenneté. In *Congrès international AREF 2007* (pp. [http-www](http://www)).
168. Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Éducation et santé à l'école : Étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Recherches & Éducatives*, (3).
169. Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2018). Promouvoir la santé à l'école: enjeux et perspectives scientifiques. *Administration & Éducation*, 157(1), 143-150.
170. Simovska, V. (2011). Case study of a participatory health-promotion intervention in school. *Democracy & Education*, 20(1), 4.
171. Sliepcevich, E. M. (1964). *School Health Education Study, 1961-1963: Summary Report of a Nationwide Study of Health Instruction in the Public Schools*. School Health Education Study.
172. Snow, J. (1855). *On the Mode of Communication of Cholera*. London: John Churchill.
173. Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Finnish parental involvement ethos, health support, health education knowledge and participation: results from a 2-year school health intervention. *Health education research*, 28(2), 179-191.
174. St Leger, L., & Young, I. M. (2009). Creating the document 'Promoting health in schools: from evidence to action'. *Global health promotion*, 16(4), 69-71.

175. Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies. *Prospects and potentials*, 2006.
176. Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*, 43(6), 1531.
177. Storey, K. E., Pabayo, R., Lowe, S. A., Faught, E. L., Neely, K. C., Hunter, S., & Montemurro, G. (2025). Development and validation of an instrument to evaluate school-health implementation: a sequential mixed-methods approach. *BMC Public Health*, 25(1), 1-9.
178. Tétreault, M. (2015). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *l'inhale*, 32(2), 9.
179. Traoré, B. (2024). 2, 2% des lycéens déclarent cinq violences ou plus de façon répétée.
180. Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., von Seelen, J., & Buijs, G. (2017). Health promoting schools—a complex approach and a major means to health improvement. *Health promotion international*, 32(2), 177-184.
181. Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2007). Évaluation en promotion de la santé : Nécessité d'un cadre élargi. *Santé Publique*, 19(1), 37-48.
182. Valéry, R. (2012). A quoi sert la promotion de la santé? Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé.
183. Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I. (2015). Les maladies chroniques: tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé publique*, 1(HS), 189-197.
184. Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health promotion international*, 26(suppl_1), i29-i69.
185. WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
186. WHO. (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden*. Geneva: World Health Organization.
187. WHO. (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.
188. Wilhelm, A. K., Schwedhelm, M., Bigelow, M., Bates, N., Hang, M., Ortega, L., ... & Allen, M. L. (2021). Evaluation of a school-based participatory intervention to improve school environments using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC public health*, 21(1), 1615.
189. World Health Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*.
190. World Health Organization & UNESCO. (2021). *Global standards for health-promoting schools and systems*. World Health Organization.

191. World Health Organization. (2024). *The inequality epidemic: low-income teens face higher risks of obesity, inactivity and poor diet*. WHO/Europe.
192. Yap, M. B. H., Cheong, T., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., & Jorm, A. F. (2014). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(7), 1122–1136.
193. Zurc, J., & Laaksonen, C. (2023). Effectiveness of health promotion interventions in primary schools—a mixed methods literature review. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 13, p. 1817). MDPI.

9. Liste des illustrations

Figure 1 : Schéma conceptuel des environnements favorables à la santé en milieu scolaire	34
Figure 2: Carte des départements et régions de la France	36
Figure 3 : Présentation du volet qualitatif du projet de recherche Explo'Santé	39

10. Annexes

Entretiens individuels Enseignant.e.s CM1 (T2)/CM2 (T3)/6ème (T5)					
Cible	Thématique	Objectif	Temporalité	Outil	Question
Enseignant.es	Contexte	Comprendre comment le programme a été mis en œuvre dans les différents contextes. Quelles composantes du programme ont fonctionné, ou non, et pourquoi.	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Comment le programme Explo'Santé est-il arrivé dans votre établissement et dans votre classe ?
	Redéfinition et représentation des objectifs du projet		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Selon vous, à quoi sert Explo'Santé ?
	Personnes impliquées		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Quelles ont été les personnes ressources ayant facilité le projet Explo'Santé ?
	Mise en œuvre / contexte		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Avez-vous participé aux formations ? Si oui : qu'en avez-vous pensé ? Si non : Pour quelles raisons ? Auriez-vous aimé en bénéficier ? Pensez-vous que cela ait eu un impact sur la mise en œuvre du programme dans votre classe ?

Entretiens individuels Enseignant.e.s CM1 (T2)/CM2 (T3)/6ème (T5)					
	Attentes vis-à-vis du projet		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Qu'attendiez-vous du programme Explo'Santé ?
	Adaptations		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Quelles adaptations avez-vous faites ? Des adaptations supplémentaires sont-elles nécessaires ?
	Composantes ayant fonctionné ou non		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Qu'est-ce que vous avez pensé : - des activités ? - des méthodes employées par les chargées de prévention ? - de l'organisation de la séquence pédagogique ? - plus globalement de la mise en oeuvre du programme ?
	Leviers	Comprendre les mécanismes d'adhésion, les adaptations nécessaires ainsi que le potentiel de pérennisation du programme Explo'Santé dans les territoires concernés	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Quels sont les facteurs qui ont favorisé la mise en place du programme ?
	Freins		Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ? Comment les avez-vous surmontées ? Quels ont été pour vous les facteurs

Entretiens individuels Enseignant.e.s CM1 (T2)/CM2 (T3)/6ème (T5)					
					défavorables à la mise en place du programme ?
	Effets observés	Evaluer l'impact et l'effet du programme sur les élèves en termes de développement des compétences psychosociales (notamment au travers des mesures de bien-être, de motivation et de littératie en santé puisqu'elles sont partie intégrante de ces dernières et entretiennent des liens fort entre elles).	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Quels effets Explo'Santé a-t-il eu sur vos élèves ? Sur quoi vous basez-vous pour dire cela ?
	Satisfaction	Comprendre les mécanismes d'adhésion, les adaptations	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Conseilleriez vous Explo'Santé à vos collègues ? Pourquoi ?
	Satisfaction	nécessaires ainsi que le potentiel de pérennisation du programme	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Au final, est-ce que le projet Explo'Santé a répondu à vos attentes ? Pourquoi ?

Entretiens individuels Enseignant.e.s CM1 (T2)/CM2 (T3)/6ème (T5)					
		Explo’Santé dans les territoires concernés			
	Plue-value perçue	Evaluer l’impact et l’effet du programme sur les élèves en termes de développement des compétences psychosociales (notamment au travers des mesures de bien-être, de motivation et de littératie en santé puisqu’elles sont partie intégrante de ces dernières et entretiennent des liens fort entre elles).	Enseignants CM1: T2 Enseignants CM2: T3 Enseignants 6ème: T5	Entretiens individuels	Pour finir, selon vous, quelle est la plus-value du programme pour votre classe/pour votre école ?
	Clôture	Fin de l'entretien			Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?