

Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009
sur les résultats d'évaluation des approches
globales en promotion de la santé en
contexte scolaire

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire

Direction du développement des individus
et des communautés

Janvier 2011

AUTEURES

Claudine Simard, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec
Marthe Deschesnes, Ph. D., chercheuse
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Mathieu Bujold, Ph. D. (candidat), agent de planification, de programmation et de recherche
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec
Yves Couturier, Ph. D., chercheur
Département de service social, Université de Sherbrooke
Nathalie Drouin, Ph. D., chercheuse
Département de management et de technologie, Université du Québec à Montréal
François Trudeau, Ph. D., chercheur
Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières
Suzanne Laberge, Ph. D., chercheuse
Département de kinésiologie, Université de Montréal

MISE EN PAGES

Marie-Christine Gagnon, agente administrative
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec
Isabelle Cliche, technicienne administrative de direction
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Pour plus d'information sur cette recension, vous pouvez contacter :

Marthe Deschesnes, Ph. D., responsable de l'équipe de recherche sur les approches globales en promotion de la santé à base scolaire

Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Courriel : marthe.deschesnes@inspq.qc.ca
Téléphone : 418 650-5115, poste 5540

Pour plus d'information sur nos activités de diffusion, vous pouvez contacter :

Geneviève Trudel, M.Ps., coordonnatrice de recherche

Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Courriel : genevieve.trudel@inspq.qc.ca
Téléphone : 418 650-5115, poste 5539

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-61207-0 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-61208-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient mesdames Lyne Arcand et Marie-Claude Roberge, de l'Institut national de santé publique du Québec, pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document. Ils remercient également madame Ana Marin, pour sa contribution au recensement des documents répertoriés ainsi que madame Geneviève Trudel de l'Institut national de santé publique du Québec pour la réalisation du tableau-synthèse et la relecture du document.

Cette recension a été réalisée dans le cadre des travaux menés au sein de l'équipe de recherche sur les approches globales en promotion de la santé en milieu scolaire, financée par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODE.....	3
2 PRINCIPALES APPROCHES GLOBALES EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE.....	7
2.1 Le <i>Health Promoting School</i> (HPS)	8
2.2 Le <i>Healthy School</i> (HS)	12
2.3 Le <i>Coordinated School Health Program</i> (CSHP).....	14
3 PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE.....	17
3.1 Le leadership et le soutien au sein du gouvernement et de l'école	17
3.2 La participation du personnel enseignant et non enseignant, la participation des parents et la participation des élèves.....	20
3.3 La collaboration intersectorielle et la collaboration au sein de l'école	22
3.4 Le développement professionnel.....	23
3.5 La planification.....	24
4 RÉSULTATS D'IMPLANTATION ET D'IMPACT RELATIFS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE	27
4.1 Résultats d'implantation des domaines d'intervention d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire.....	27
4.2 Résultats d'impact liés à une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire.....	31
DISCUSSION.....	39
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47
ANNEXE 1 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Organigramme du processus itératif d'exploration de banques de données	4
Figure 2	Modèle du HPS	10
Figure 3	Modèle de l'approche - École en santé (AÉS)	12
Figure 4	Modèle du <i>Coordinated School Health Program</i> (CSHP)	15
Figure 5	Principaux domaines d'intervention d'une approche scolaire globale en promotion de la santé.....	16

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AÉS	Approche École en santé
CSHP	<i>Coordinated School Health Program</i>
HKHSA	<i>Hong Kong Healthy Schools Award Scheme</i>
HPS	<i>Health Promoting School</i>
HS	<i>Healthy Schools</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé

INTRODUCTION

En vue d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire, des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire ont été proposées par différents organismes internationaux ou nationaux. Que l'on pense au *Health Promoting School* (HPS)[1], à École en santé (AÉS)[2], au *Coordinated School Health Program* (CSHP)[3] ou au *Healthy Schools*[4-7], ces approches globales permettent d'agir sur les déterminants individuels et sociaux de la santé des jeunes et sur leur réussite éducative, et ce, à partir de l'école. Ce type d'approche requiert des changements substantiels dans la façon dont les écoles et leur personnel pratiquent la santé en milieu scolaire, soit le passage de pratiques axées sur des modèles d'éducation à la santé en classe à l'adoption d'une approche globale et intégrée de la promotion de la santé qui vise les comportements et attitudes des jeunes et leur environnement.

Au début des années 2000, Deschesnes *et al.*[8] soulignaient le potentiel des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire tout en questionnant leur transposition dans la pratique, soit leur « faisabilité ». Ces auteurs expliquaient cette situation par deux hypothèses, l'une reposant sur sa complexité d'implantation et l'autre sur la nouveauté de ce type d'approche. Divers auteurs ont également dénoncé le manque de connaissance relativement à la mise en œuvre réussie d'une approche globale[9-11]. Depuis, certains chercheurs ont exploré et étudié :

- Leur dissémination et leur adoption dans diverses régions du monde;
- Leurs processus de mise en œuvre (conditions préalables et faisabilité);
- Leurs résultats d'implantation et d'impacts.

Conséquemment, nous nous sommes demandés ce que ces nouvelles études avaient apporté comme connaissances et résultats probants au regard de leur faisabilité et de leurs impacts. À partir d'une recension des écrits, publiés durant la décennie 2000, ayant porté sur les résultats d'évaluation de ces approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, nous avons tenté de résumer ces connaissances afin d'en tirer des leçons pour l'action, d'identifier les défis et enjeux qu'elles sont susceptibles de soulever et d'orienter les recherches futures dans ce domaine.

Les objectifs de cette recension sont de :

- Présenter sommairement les principales approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire;
- Définir leurs domaines d'intervention;
- Rapporter et expliciter les conditions de succès qui facilitent leur mise en œuvre;
- Exposer les résultats d'implantation et d'impacts relatifs à ce type d'approche;
- Discuter des résultats obtenus;
- Formuler des pistes de recherche future.

Dans la première section de ce rapport, nous décrivons la méthode de sélection des publications utilisée pour la réalisation de cette recension. Nous détaillons ensuite les principales approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire provenant des écrits répertoriés, en référant également à certains textes théoriques sur lesquels ces écrits s'appuient. Dans la troisième section, nous étayons les conditions de succès liées à la mise en œuvre de ce type d'approche. Enfin, nous présentons les résultats d'implantation et d'impacts relatifs aux approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Nous terminons par une discussion portant sur les divers résultats présentés et sur les limites de la présente recension.

1 MÉTHODE

Cette recension des écrits parus entre 2000 et 2009 sur les processus de mise en œuvre, les résultats d'implantation et les résultats d'impact des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire s'inspire des stratégies de synthèse de résultats de recherche qui entendent fournir une compréhension pratique des interventions complexes[12]. Ce type de stratégie s'avère particulièrement utile pour expliquer et mettre à jour comment certaines composantes d'une intervention peuvent ou non s'actualiser en raison de certains mécanismes présents et de l'influence du contexte. La présente recension n'est pas de type systématique et ne se limite donc pas aux résultats générés à partir d'études expérimentales ou quasi expérimentales, mais englobe des études ayant utilisé des méthodologies variées. Bien que considérées comme *l'étalon or* dans la hiérarchie des données probantes, ce type d'études, qui nécessite de « contrôler » le contexte d'intervention, s'avère inapproprié pour l'évaluation d'approche globale en promotion de la santé puisque l'adaptation au contexte constitue une composante fondamentale de ce type d'approche.

Cette recension a suivi un processus rigoureux et itératif de sélection (figure 1). Tout d'abord, nous avons consulté diverses sources de données telles que *PubMed*, *Current Contents*, *Web of Science*, *Emerald*, *Eric*, *PsycInfo*, *Illumina*, *EBSCO Host*, *Proquest*, *Google Scholar* en utilisant les termes suivants : *Health Promoting School*; *Comprehensive / Coordinated School Health Program*; *Healthy School*; *Integrated School Approach*; *Global / Holistic School Health Approach / Intervention / Program*; *Whole school health*; *School-based multi-component health program / intervention*; *School Health Promotion*; *École en santé*.

Parmi les articles répertoriés, nous avons analysé leurs résumés et nous avons conservé ceux qui répondaient à ces critères d'inclusion :

- Avoir été publiés entre 2000 et 2009 dans une revue avec comité de pairs;
- Avoir au moins un des termes retenus ci-dessus, dans l'un des champs de recherche (titre, contenu du résumé, mots-clés) des bases de données consultées;
- Avoir ciblé le processus de mise en œuvre d'une approche globale en milieu scolaire, ses résultats d'implantation ou d'impacts;
- Être rédigés en français ou en anglais.

En ce qui a trait aux critères d'exclusion, les recherches portant sur un domaine exclusif de santé (ex. : activités physiques, nutrition) et qui ne décrivaient pas clairement l'approche globale dans laquelle elles s'inscrivaient n'ont pas été retenues. Enfin, bien que nous n'ayons pas exclu d'articles sur la base du devis utilisé, nous n'avons pas retenu ceux dont la méthodologie n'était pas suffisamment explicite. Rappelons que, lors de la sélection des articles, les auteurs ont parfois eu à discuter de la pertinence d'inclure certains articles à la lumière de ces critères.

Pour chaque article ayant été retenu, la bibliographie a été consultée afin d'enrichir le corpus. Ainsi, nous avons pu recenser des chapitres de livre, des thèses ou des rapports de recherche. Ces documents ont été scrutés minutieusement afin de conserver uniquement ceux qui correspondaient à nos critères d'inclusion. Lorsque des rapports cités dans les

bibliographies des articles n'étaient pas accessibles en ligne, nous avons contacté les auteurs de ces rapports par courriel afin de pouvoir les consulter. Au total, 49 documents¹ ont été retenus pour la présente recension.

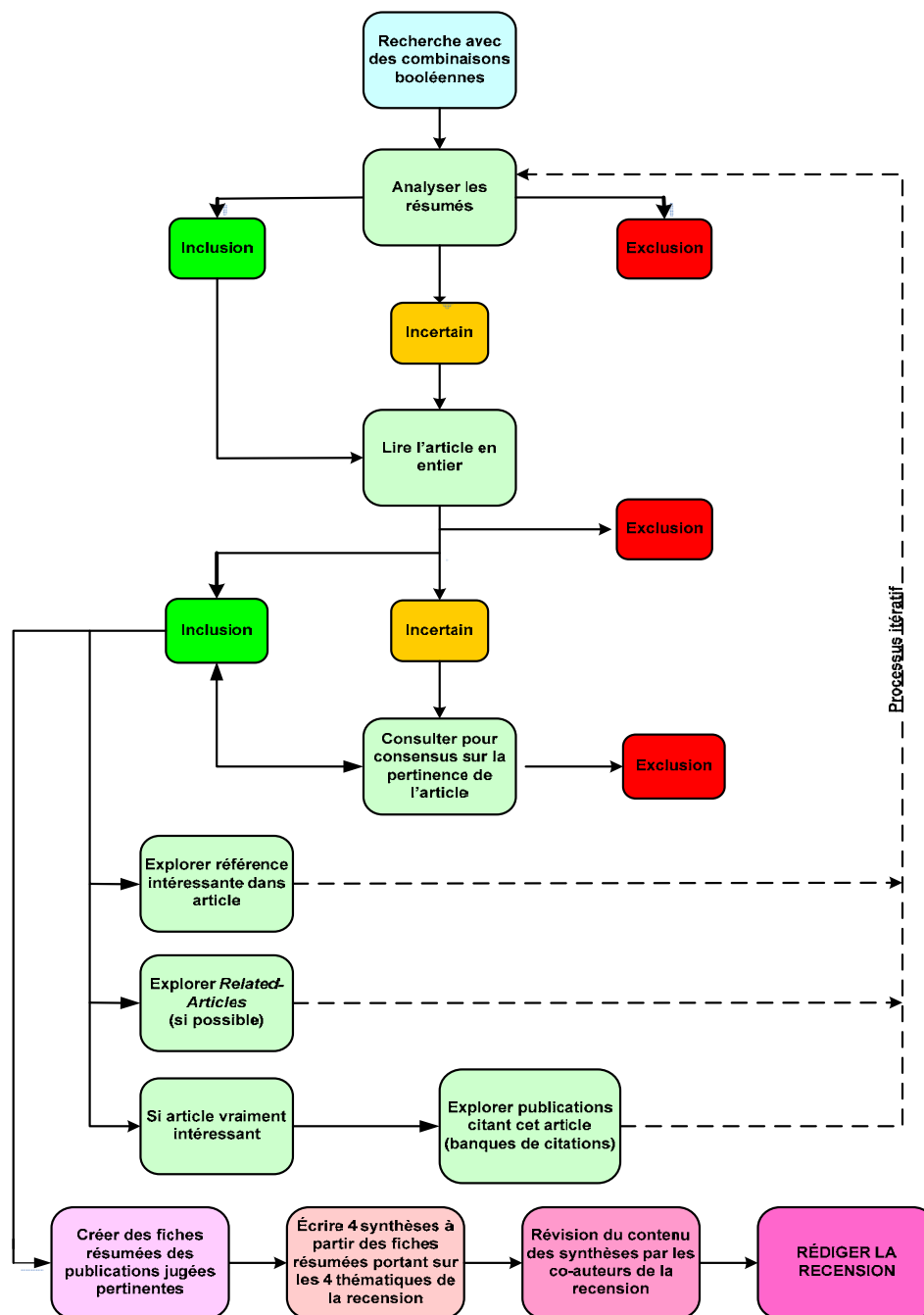


Figure 1 Organigramme du processus itératif d'exploration de banques de données

¹ Ces documents sont identifiés par un astérisque dans la bibliographie.

Pour les publications jugées pertinentes à cette recension, nous avons consulté, lorsque disponible dans la base de données (ex. : *PubMed*), l'option *related articles* pour explorer d'autres articles en lien avec l'article ciblé. Nous avons également consulté, pour certains articles, des banques de citations (ex. : *Web of Science*) afin d'élargir notre corpus. Les articles provenant de ces banques de citations ont aussi suivi le même processus de sélection. Ce processus itératif (exploration de différentes bases de données, références des articles, base de citation et *related-article*...) fut appliqué jusqu'à l'obtention d'un certain niveau de saturation dans le matériel obtenu.

Pour chaque référence sélectionnée, nous avons réalisé une fiche couvrant la problématique, le cadre théorique, la méthode, les résultats et les principales conclusions. Chacune de ces fiches a été classée en fonction de quatre aspects :

- La définition donnée des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, en précisant les domaines d'intervention et les principes qui les fondent;
- Le processus de mise en œuvre d'une approche globale;
- Les résultats d'implantation liés à une approche globale;
- Les résultats d'impact d'une approche globale.

2 PRINCIPALES APPROCHES GLOBALES EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

Il est reconnu que le concept de promotion de la santé en milieu scolaire a évolué au cours des années et qu'il diffère légèrement selon les continents[13]. En Europe, il a évolué vers le *Health Promoting School*[14]. En lien avec celui-ci, le European Network for Health Promotion Schools (ENHPS) a été créé et il est désormais présent dans plus de 43 pays européens[13]. En Amérique du Nord, le concept de *Comprehensive School Health Education* a été largement répandu pendant les années 1980, ciblant principalement le curriculum d'éducation à la santé[3]. Afin d'illustrer l'usage d'interventions multiples provenant de diverses agences, ce concept est d'ailleurs devenu le *Comprehensive School Health Program*[15], et par la suite, le *Coordinated School Health Program*[16]. En 1995, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré des lignes directrices pour les Écoles promotrices de santé (*Health Promoting Schools*) pour 32 états de la région du pacifique occidental[1].

Ces informations révèlent, entre autres, que les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire sont maintenant répandues internationalement et qu'elles ont des appellations diverses. Dans les écrits consultés pour la présente recension, nous avons effectivement noté que ce type d'approche, implanté dans certaines régions du pacifique occidental (Hong Kong, Chine, République démocratique populaire du Laos, PDR, Australie, Nouvelle-Zélande), de l'Europe (Norvège, Macédoine, Pays-Bas, Écosse, Grande-Bretagne, République tchèque, Lettonie) et en Amérique du Nord (États-Unis) avait permis d'obtenir de l'information sur leur processus de mise en œuvre ainsi que sur leurs résultats d'implantation et d'impacts.

Dans ces écrits, nous avons répertorié trois principales approches globales :

- Le *Health Promoting School* (HPS) : Australie[10;17-20], Écosse[9;21], Hong Kong[22-25], République démocratique populaire du Laos[26], Lettonie[27], Macédoine[28], Norvège[29;30], Nouvelle Zélande[31], République tchèque[32], Zhejiang[33-36]. Au Québec, l'approche École en santé (AÉS) représente une variante du HPS[2;37;38];
- Le *Healthy School* (HS) : Grande-Bretagne[4-7;39-43];
- Le *Coordinated School Health Program* (CSHP) : États-Unis[15;44-47]. En Hollande; l'approche *SchoolBeaf*[48;49] et, au Canada, l'approche *Comprehensive School Health*[50] sont des adaptations du CSHP.

Ces approches globales se modulent différemment selon les diverses régions du monde où elles sont implantées. Dans chacune d'elles, il est possible d'y retrouver différents programmes ou structures de certification en promotion de la santé en contexte scolaire, par exemple le *MindMatters* en Australie[51-54], le *Hong Kong Healthy School Award* (HKHSA)[55], le *National Healthy School Standard* (NHSS) en Grande-Bretagne[43] et le *Wessex Healthy Schools Award* (WWSA) en Angleterre[56] pour ne nommer que ceux-là.

2.1 LE *HEALTH PROMOTING SCHOOL* (HPS)

L'Organisation mondiale de la Santé[1] (p. 2) définit le *Health Promoting School* (HPS) comme :

« *A place where all members of the school community work together to provide students with integrated and positive experiences and structures which promote and protect their health. This include both the formal and informal curricula in health, the creation of a safe and healthy school environment, the provision of appropriate health services and the involvement of the family and wider community in efforts to promote health²* ».

Déjà, en 1996, cette définition soulignait l'importance d'aller au-delà de l'éducation à la santé dans le domaine de la promotion de la santé dans les écoles en agissant sur leurs structures mêmes et en tablant sur la collaboration entre les membres d'une communauté éducative. Rowling[17] (p. 522) a également suggéré la définition suivante :

« *HPS is one which has an organized set of policies, procedures, activities and structures designed to protect and promote the health and well-being of students, staff and wider school community members³* ».

Cette seconde définition complète la première, car elle soulève l'idée d'établir divers moyens et stratégies (politiques, activités) pour améliorer la santé et le bien-être des élèves et des membres de l'ensemble de la communauté[29;57]. Rowling[58] mentionne par ailleurs l'importance de faire la distinction entre le concept de *Health Promoting School* et celui de *Health promotion in school*. Le premier reflète une approche milieu, multidimensionnelle, mettant l'accent sur le rôle crucial du contexte social, sur les besoins et conditions de la population visée et sur la structure organisationnelle, en tant que points centraux pour l'action. Le second concept reflète plutôt une activité de promotion de la santé ou un programme élaboré par des professionnels pour répondre à des besoins qu'ils perçoivent comme étant importants. Dans cette perspective, Cushman *et al.*[31] souligne qu'une école peut initier un grand nombre d'interventions pour répondre à certaines problématiques de santé, mais si ces interventions ne sont pas le résultat d'un engagement de la communauté éducative dans son ensemble, cette école ne s'inscrit pas pour autant dans le courant du *Health Promoting School*.

Les définitions du HPS proposées plus haut mettent surtout l'accent sur la santé des élèves et ne relèvent pas explicitement l'importance du HPS pour améliorer leur réussite scolaire. La définition qu'en donnent St-Leger *et al.*[59] (p. 6), qui est maintenant de plus en plus partagée, tient compte de ce dernier aspect et illustre l'évolution conceptuelle de cette approche vers la dimension éducationnelle :

² Un milieu où tous les membres de la communauté scolaire travaillent ensemble pour offrir aux élèves un cadre et une expérience enrichissante afin de promouvoir et maintenir leur santé. Ceci inclut un curriculum formel et informel en santé, la création d'un environnement scolaire sain et sécuritaire, la prestation de services appropriés ainsi que l'implication de la famille et de la communauté aux efforts de promotion de la santé. [Traduction libre]

³ Le HPS est une approche qui met en œuvre un ensemble organisé de politiques, de pratiques et de structures dans le but de maintenir et promouvoir le bien-être et la santé des élèves, du personnel scolaire et des membres de la communauté. [Traduction libre]

« *The HPS is a whole-school approach to enhancing both the health and educational outcomes of children and adolescents through learning and teaching experiences initiated in the school⁴* ».

Le HPS est considéré comme une approche milieu, en promotion de la santé, qui s'appuie sur le modèle écologique et repose sur une conception sociale et globale de la santé[10;60], considérant que les facteurs personnels, les caractéristiques sociales globales (niveau socioéconomique, ethnie, pays, etc.) et proximales (environnement familial, école, travail, communauté, etc.) agissent sur la santé d'un individu. Dans cette veine, le HPS cible les déterminants sociaux de la santé plutôt que seulement les caractéristiques individuelles[10].

Plusieurs écrits mentionnent que le HPS vise six domaines d'intervention[1;59;61], soit :

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

Une illustration de ces domaines est présentée à la figure 2. Ceux-ci sont définis ici en s'appuyant sur le texte de St-Leger *et al.*[59].

Ainsi, les politiques scolaires sont celles qui sont clairement exposées dans les documents formels des écoles et qui visent les pratiques de promotion de la santé et du bien-être (ex. : politique contre l'intimidation, politique sur l'alimentation saine). L'environnement physique de l'école comprend les installations, les équipements et les terrains de l'école qui favorisent l'activité physique, la saine alimentation et l'apprentissage des élèves. L'environnement social de l'école réfère à la qualité des relations entre les acteurs de l'école (personnel et élèves) et à la création de relations positives entre tous les intervenants clés de la communauté éducative. Les compétences personnelles des élèves en matière de santé touchent aux activités du curriculum formel (programme de formation) et informel (hors programme) qui leur permettent d'acquérir des connaissances, des habiletés et des expériences en fonction de leur âge. À partir de celles-ci, ils peuvent construire des compétences d'action destinées à améliorer leur réussite scolaire, leur bien-être et leur santé de même que celle des membres de leur communauté. Les liens entre l'école et la communauté concernent les relations entre l'école et la famille des élèves et celles entre l'école et les différents groupes ou organismes de la communauté. La consultation et la participation de l'ensemble de ces acteurs renforcent la capacité de l'école à devenir un milieu promoteur de santé en plus d'offrir aux élèves et au personnel de l'école du soutien pour leurs actions. Enfin, les services de santé regroupent les services locaux et régionaux en milieu scolaire ayant la responsabilité de promouvoir la santé des élèves et de leur fournir des soins de santé. Ces services touchent également les élèves ayant des besoins spéciaux.

⁴ Le HPS est une approche globale visant à améliorer la santé et la réussite éducative des élèves à travers des expériences d'apprentissage et d'enseignement initiés par l'école. [Traduction libre]

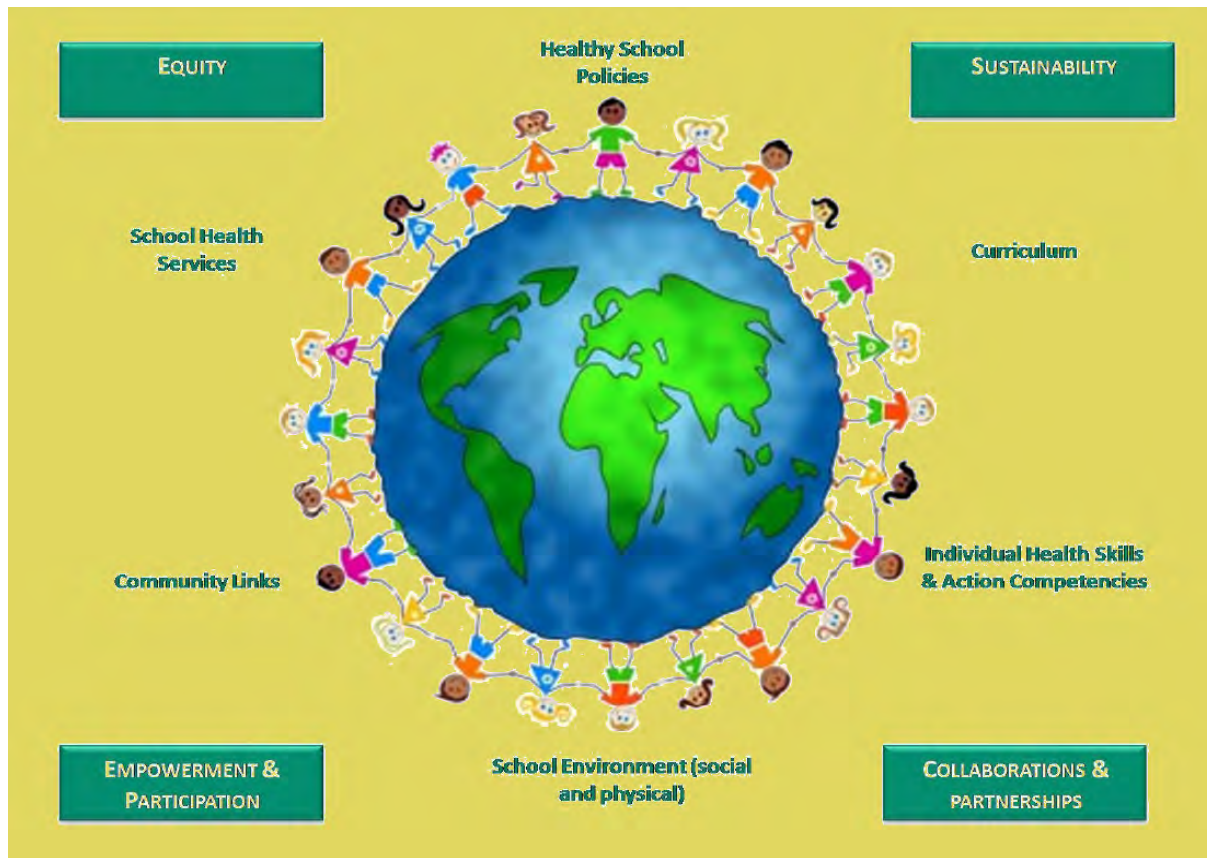


Figure 2 **Modèle du HPS**

Tiré de St Leger, *et al.*[59].

Dans certains écrits recensés, nous avons observé que les 6 domaines d'intervention précédents sont repris intégralement à Hong Kong[13;22;24;25;55] et à Zhejiang en Chine[36]. Toutefois, nous avons aussi remarqué que ces domaines sont regroupés de manières diverses et que leur nombre varie en fonction du pays où est implanté le HPS. Par exemple, en Norvège, le HPS comprend 5 des 6 domaines d'intervention précédents[29]. L'environnement physique et l'environnement social sont regroupés sous l'expression « environnement scolaire » alors que le domaine de la collaboration école-famille-communauté est scindé en deux, soit la collaboration avec les parents et la collaboration avec la communauté. Comme autre cas de figure, le HPS de la République démocratique populaire du Laos comporte cinq domaines d'intervention et exclut les politiques scolaires, celles-ci étant intégrées dans le domaine des services de santé et de nutrition[26]. De plus, pour répondre aux besoins de la communauté, le HPS laotien cible la prévention et le contrôle des maladies communes.

Toujours en lien avec les différences observées en termes d'appellation du HPS et de ses domaines d'intervention, on parle au Québec de l'approche « École en santé » (AÉS)[2]. Cette initiative globale et concertée a été offerte à toutes les écoles québécoises à partir de 2004[62]. L'AÉS s'inscrit dans une entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation[63] ainsi que dans le Programme national de santé publique[64]. L'AÉS « propose d'intervenir de façon globale et concertée en

promotion et en prévention à partir de l'école. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes »[2] (p. 11). Cette approche est présentée comme un cadre d'action intégrateur visant à soutenir l'école dans sa mission éducative tout en inscrivant la promotion et la prévention au cœur même de son projet éducatif et de son plan de réussite.

L'AÉS permet de déployer des actions de promotion de la santé qui touchent les jeunes, l'école, la famille et la communauté. La figure 3 montre que cette approche cible divers facteurs clés relatifs aux individus, dont :

- L'estime de soi;
- Les compétences sociales;
- Les habitudes de vie;
- Les comportements sains et sécuritaires;
- L'environnement scolaire, familial et communautaire;
- Les services préventifs.

L'AÉS a plusieurs ancrages, tels que le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, le Programme de formation de l'école québécoise, les services éducatifs complémentaires, de même que le projet clinique, les plans d'actions et les activités des partenaires de la communauté ainsi que l'agenda des parents[2].

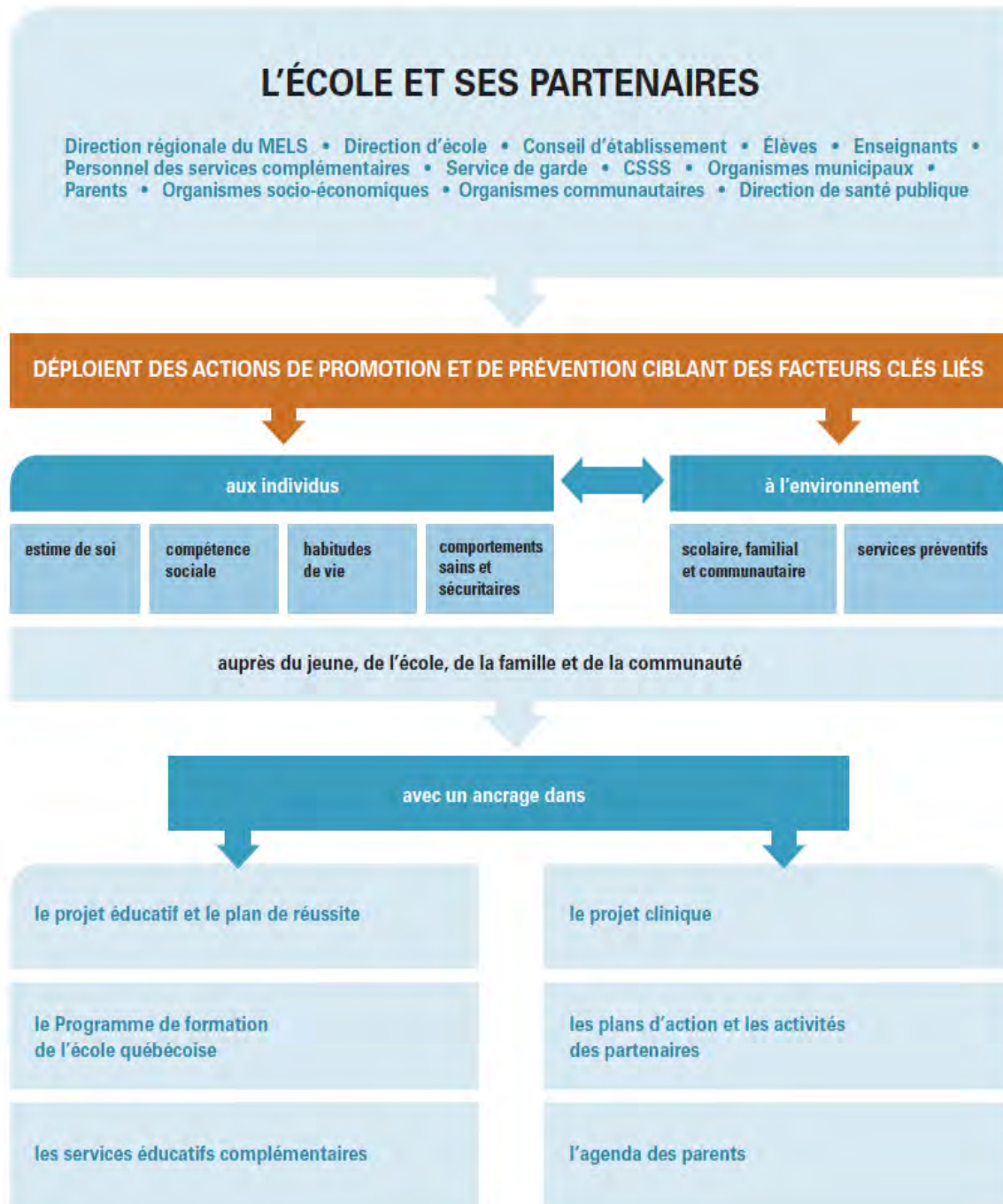


Figure 3 Modèle de l'approche - École en santé (AÉS)

Tiré de Martin, *et al.*[2].

2.2 LE *HEALTHY SCHOOL* (HS)

Tout comme l'approche École en santé (AÉS), le concept du *Healthy School* (HS) s'inspire fortement de celui du *Health Promoting School* (HPS), car le HS soutient l'idée que l'école a le potentiel d'offrir un environnement favorable à la santé et au bien-être des jeunes, en

agissant avec l'ensemble de la communauté éducative sur le curriculum, l'environnement scolaire et les liens entre l'école, la famille et la communauté[5].

Le Department of Health et le Department of Education and Skills de la Grande-Bretagne définissent les bénéfices du HS de la façon suivante :

« *A Healthy School promotes the health and well-being of its pupils and staff through a well-planned, taught curriculum in a physical and emotional environment that promotes learning and healthy lifestyle choices*⁵ »[4] (p. 5).

Pour soutenir le HS et s'assurer que la promotion de la santé en milieu scolaire bénéficie de l'apport des secteurs de la santé et de l'éducation, le *National Healthy School Program* (NHSP) a été lancé en Grande-Bretagne en octobre 1999[5;42;65]. Géré conjointement par le Department of Health et le Department of Education and Skills de la Grande-Bretagne[42], les buts du NHSP sont :

- De soutenir les jeunes dans le développement de comportements de santé;
- D'aider à la réussite éducative des élèves;
- D'aider à réduire les inégalités de santé;
- D'aider à promouvoir l'inclusion sociale;
- De bonifier le travail de collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation[4;65].

Le NHSP requiert que les écoles utilisent une approche milieu impliquant toute la communauté éducative et comprenant 10 composantes :

- Leadership et gestion du changement;
- Élaboration de politiques;
- Planification du curriculum et travail avec les organismes de la communauté;
- Enseignement et apprentissage;
- Culture de l'école et environnement;
- Participation des enfants et des jeunes;
- Offre de services de soutien pour les enfants et les jeunes;
- Développement professionnel continu sur la santé et le bien-être pour les employés;
- Partenariat avec les parents et la communauté locale;
- Évaluation des résultats scolaires des enfants et des jeunes.

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

- La formation personnelle et sociale et l'éducation à la santé, incluant l'éducation à la sexualité, aux relations interpersonnelles et ce qui a trait à la consommation de substances;

⁵ Le *Healthy School* fait la promotion de la santé et du bien-être de la communauté scolaire à travers un processus de planification tenant compte du curriculum scolaire et de l'environnement physique et affectif pour promouvoir l'apprentissage de modes de vie sains. [Traduction libre]

- L'alimentation saine;
- L'activité physique;
- La santé émotionnelle et le bien-être (incluant la prévention de l'intimidation)[4;65].

Les écoles doivent aussi démontrer comment le NHSP a été utilisé en lien avec les quatre thèmes de santé ci-dessus[4]. Le NHSS comporte 3 niveaux. Le 1^{er} niveau indique une connaissance générale du NHSS et de ses buts. Le 2^e exige que les écoles aient reçu de la formation ou du soutien en lien avec le NHSS. Le 3^e niveau correspond à l'initiation d'un processus détaillé d'audit, de définition des cibles et de planification des actions[40].

2.3 LE COORDINATED SCHOOL HEALTH PROGRAM (CSHP)

Le *Coordinated School Health Program* (CSHP) se définit comme :

« An integrated set of planned, sequential, school-affiliated strategies, activities, and services designed to promote optimal, physical, emotional, social, and educational development of students. The Program involves and is supportive of families and is determined by the local community based on community needs, resources, standards, and requirements. It is coordinated by a multidisciplinary team and accountable to the community for program quality and effectiveness⁶ »[66] (p. 2).

Principalement répandu aux États-Unis[66] et au Canada[50], le CSHP est une approche qui vise la santé et la réussite éducative des élèves[46]. Il compte huit domaines d'intervention interactifs (figure 4) :

- L'éducation à la santé;
- L'éducation physique;
- Les services de santé;
- Les services alimentaires;
- Les services psychologiques et de counseling;
- L'environnement scolaire;
- La promotion de la santé du personnel;
- L'implication de la famille et de la communauté [15;16].

⁶ Un ensemble de stratégies, d'activités et de services intégrés, planifiés, successifs et affiliés à l'école, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel, social et cognitif de l'élève. Le programme implique et soutient les familles. Il est également élaboré par la communauté locale à partir des besoins, ressources, normes et exigences du milieu. Le programme est coordonné par une équipe multidisciplinaire qui est responsable, face à la communauté, de sa qualité et de son efficacité. [Traduction libre]



Figure 4 **Modèle du *Coordinated School Health Program (CSHP)***

Tiré du site Internet du National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (www.cdc.gov/healthy youth/CSHP).

L'éducation à la santé réfère à un programme scolaire (curriculum) planifié et séquentiel qui vise les dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale de la santé et qui est destiné aux élèves de la maternelle à la douzième année. Ce programme permet aux élèves de développer et d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés liées à la santé[15;16]. L'éducation physique porte sur le programme d'activités physiques déployées pour les élèves du primaire et du secondaire. Les services de santé ciblent l'amélioration, la protection et la promotion de la santé des élèves. Les services alimentaires concernent l'accès à une variété de mets nutritifs qui répondent aux besoins de la santé des élèves. Les services psychologiques et de counseling sont offerts pour améliorer la santé mentale des élèves. Ils incluent des interventions de groupe ou individuelles. L'environnement scolaire a trait à l'aspect physique de l'école (édifice, terrain, installations, bruits, éclairage, etc.), au climat et à la culture de l'école. La promotion de la santé du personnel correspond aux activités destinées à améliorer leur santé et leurs habitudes de vie. Enfin, l'implication de la famille et de la communauté permet de soutenir les efforts de l'école en matière de santé.

En résumé, le *Health Promoting School (HPS)*, l'approche École en santé (AÉS), le *Healthy School (HS)*, le *Coordinated School Health Program (CSHP)* représentent autant d'approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire qui visent l'amélioration de la santé des jeunes et leur réussite éducative. Ces approches ont toutes la particularité de s'adapter au contexte dans lequel elles sont implantées. Bien que leurs domaines d'intervention varient en appellation (ex. : dans l'AÉS, il est question de facteurs clés plutôt que de domaines) et en nombre, il est souhaitable, comme le soutient Young[14] dans son article sur l'évolution de la promotion de la santé à l'école, de tableer sur ce qui est commun entre ces approches globales plutôt que sur ce qui les différencie. Ainsi, il se dégage de ces

approches trois principaux domaines d'intervention, lesquels peuvent être répartis en un plus grand nombre de domaines. Ces trois domaines, illustrés à la figure 5, sont :

- Le curriculum formel et informel de santé;
- L'environnement scolaire;
- Les liens entre l'école, la famille et la communauté (figure 5).

Notons que les différents modèles exposés précédemment n'illustrent pas les liens entre ces domaines et la réussite scolaire de même qu'avec l'environnement éducatif, à l'exception de l'approche École en santé qui rend explicite dans son schéma l'ancrage de la promotion de la santé dans le fonctionnement de l'école et de la communauté.

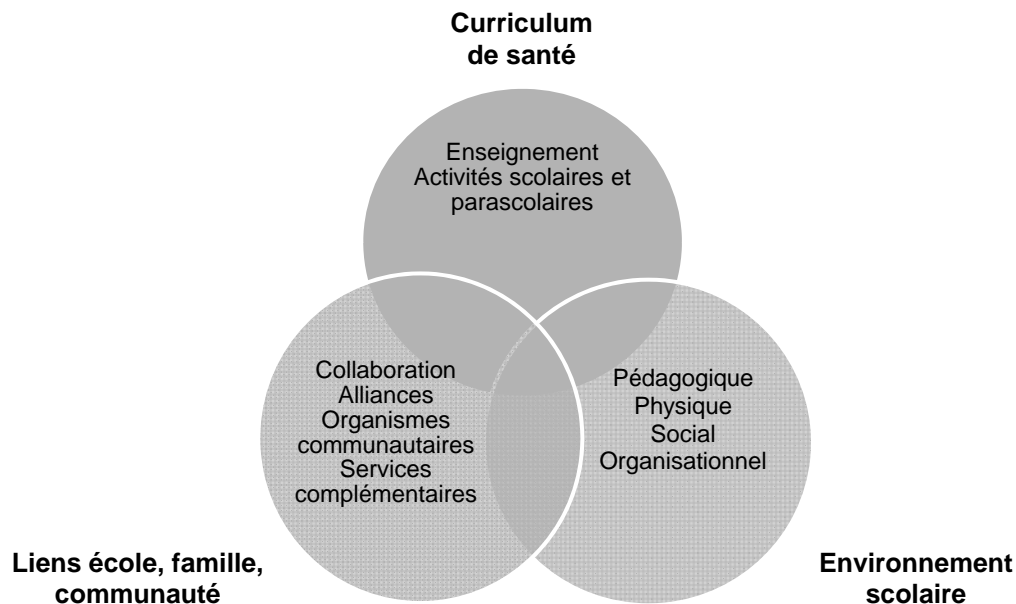


Figure 5 Principaux domaines d'intervention d'une approche scolaire globale en promotion de la santé

3 PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

3.1 LE LEADERSHIP ET LE SOUTIEN AU SEIN DU GOUVERNEMENT ET DE L'ÉCOLE

Le leadership et le soutien sont deux conditions étroitement liées. Alors que le leadership peut référer à une orientation prise à l'égard d'une thématique précise, ou encore à une direction à suivre, le soutien représente une de ses manifestations tangibles permettant d'actualiser le passage de la parole à l'acte. Qu'il soit au niveau du gouvernement ou de l'école, le soutien peut prendre plusieurs formes telles que les politiques sociales, les ressources financières ou le développement professionnel. Ainsi, les lois et les politiques ministérielles peuvent influencer les interventions de promotion de la santé qui sont implantées dans les écoles[30;38].

Le leadership et le soutien des instances gouvernementales

Lee *et al.*[71] ont clairement exposé que le gouvernement hongkongais révisait, en 2000, le système d'éducation afin de mieux répondre aux exigences du nouveau millénaire. Selon ces chercheurs, le discours politique tenu en 1999 par le chef exécutif de Hong Kong soulignait l'importance du développement sain des élèves et de l'éducation. Bien que ce propos ne soit pas directement associé à l'implantation du HPS à Hong Kong, il reflète une prise de position gouvernementale formelle à l'égard du bien-être des enfants et des jeunes et une volonté politique d'agir à cet égard. Pour financer des projets visant à améliorer la qualité de l'enseignement, le gouvernement hongkongais a versé 640 millions de dollars américains au *Quality Education Fund*[70;79]. Le Centre for Health Education and Health Promotion de la Faculté de médecine de la Chinese University of Hong Kong (CUHK) et plusieurs conseils d'école ont alors convaincu les membres de ce Fonds que la santé et l'éducation étaient liées à la performance économique et à la cohésion sociale d'une société moderne industrialisée [70]. Pour lancer le HPS à Hong Kong, le *Quality Education Fund* a ainsi versé 3 millions de dollars américains entre 1998 et 2000. Dans le but de préparer les enseignants au HPS, un diplôme professionnel sur la promotion et l'éducation à la santé a été offert en 1999 par la CUHK.

Le concept du HPS a également été appliqué dans certaines écoles chinoises grâce à l'aval des ministères de la Santé et de l'Éducation de la Chine. En lien avec la promotion de la santé dans les écoles, Xin-Wei *et al.*(2008) [36] font mention que certains projets-pilotes ont d'abord été conduits par divers chercheurs dans le but de réduire les maladies parasitaires dans des écoles rurales (Xu *et al.*, 2000), de prévenir le tabagisme (Ma *et al.*, 2002) ou encore d'améliorer la nutrition (Xia *et al.*, 2005). À la suite des résultats positifs issus de ces études-pilotes, les ministres de la Santé et de l'Éducation de Zhejiang ont décidé, en 2003, d'implanter le HPS dans d'autres écoles afin d'améliorer la santé des jeunes et d'appliquer la politique sur « l'éducation de qualité » formulée par le gouvernement chinois. Aldinger[68] ajoute que la politique sociale d'un enfant par famille en Chine a favorisé le processus d'implantation du HPS dans les écoles de Zhejiang. D'après les entrevues que cette chercheuse a conduites, cette politique fait en sorte que les parents souhaitent que leur enfant réussisse et qu'il devienne prospère. Conséquemment, ces derniers entretiennent à

l'égard de leur enfant des attentes élevées en termes de réussite scolaire, ce qui crée une certaine pression chez celui-ci afin qu'il performe. De plus, Aldinger[68] estime qu'étant donné que les parents n'ont qu'un seul enfant, considéré comme un « petit empereur », celui-ci a le pouvoir d'influencer l'ensemble des membres de sa famille; il incarne un vecteur de sensibilisation quant aux comportements de santé à adopter.

Des études réalisées dans d'autres pays ont révélé que l'octroi de ressources financières à l'école de la part du gouvernement s'était avéré indispensable au succès d'une approche globale[4;9;18;30;73;74]. Les ressources financières, de même que la flexibilité dont les écoles disposent pour les utiliser, semblent importantes pour implanter une approche globale[9]. Enfin, le soutien des instances locales, telles que les commissions scolaires et les agences de santé, apparaît également important pour soutenir concrètement le déploiement de ce type d'approche dans les écoles[28;49;80].

Le leadership et le soutien de l'école

Le leadership et le soutien de l'école s'avèrent être une autre condition de succès à l'implantation d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire[18]. Ce leadership concerne la direction de l'école, le comité responsable de la promotion de la santé dans l'école et la personne responsable de coordonner les activités inhérentes à l'approche globale. Par exemple, la direction de l'école peut manifester concrètement son leadership en permettant aux enseignants d'assister à des formations visant leur développement professionnel en lien avec l'approche mise en œuvre, selon Leithwood et Jantzi, 1999, cités dans Viig et Wold, 2005[30]. Elle peut également leur accorder du temps afin qu'ils prennent part au développement d'une telle approche et qu'ils l'intègrent dans leurs pratiques professionnelles[4;9;18;30].

Certains enseignants interrogés dans l'étude norvégienne de Viig et Wold[30] ont rapporté que le leadership de la direction de l'école avait facilité l'implantation du HPS dans leur institution en le priorisant au sein de l'école, en accordant du temps aux enseignants pour en discuter et le planifier et en achetant du matériel pour réaliser des activités avec les élèves[30]. L'étude d'Inchley *et al.*[9] portant sur le processus d'implantation du HPS en Écosse a aussi révélé que le leadership de la direction de l'école avait aidé à l'intégration du concept du HPS dans la vie de l'école grâce à la planification. Ce leadership s'est aussi manifesté en offrant des ressources, en déléguant des responsabilités parmi les membres clés du personnel et en établissant des liens avec les organismes externes.

L'existence, au sein de l'école, d'un comité responsable de la promotion de la santé représentatif de l'ensemble des acteurs clés de la communauté éducative (personnel scolaire, parents, élèves, professionnel en promotion de la santé) peut également exercer une certaine influence sur la mise en œuvre d'une approche globale[49;73]. Aldinger *et al.*[35] ont également observé dans leur recherche que l'implantation du HPS à Zhejiang avait été facilitée par la mise en place, dans les neuf écoles de leur étude, d'un comité responsable de la planification et de l'implantation des activités de l'approche. Chacun de ces comités avait son *modus operandi* et était composé de membres différents (directeur, administrateurs, enseignants). Certains groupes se composaient d'élèves, de parents et de membres de la communauté élargie. De plus, tous les comités étaient dirigés par un leader,

principalement le directeur d'école. À cet effet, les résultats de l'étude de Weiler *et al.*[74] sur l'implantation du *Coordinated School Health Program* (CSHP) dans huit écoles pilotes floridiennes font ressortir qu'un leader fort et dédié dans les équipes responsables d'implanter le CSHP représentait un facteur favorisant le succès des équipes. À l'inverse, un leadership inefficace, un épuisement professionnel, un faible moral des membres et un taux élevé de roulement du personnel constituaient plutôt des facteurs réduisant leur succès.

Idéalement, le leader connaît adéquatement les domaines d'intervention de l'approche globale, détient de bonnes habiletés relationnelles, est respecté par ses pairs[49] et est visionnaire et planificateur[81]. Certains participants de l'étude de Viig et Wold[30] ont aussi signalé les capacités du leader à coordonner l'approche globale, à formuler des buts et des objectifs concrets s'y rapportant, à transmettre de l'information sur l'approche et à motiver les enseignants à y prendre part.

Des études font également mention que différents acteurs peuvent tenir le rôle de leader d'une approche globale comme : le directeur de l'école, un enseignant, un membre du personnel de l'école, un responsable des programmes de santé instaurés dans l'ensemble des écoles d'une région[9;30;33;35;69]. Cependant, étant donné sa position hiérarchique, il semble, selon Datnow et Castellano, cités dans Viig et Wold[30], que le directeur soit la personne la mieux placée pour façonner les conditions organisationnelles nécessaires au succès d'une telle approche et pour assurer sa mise en œuvre. Selon Leithwood et Jantzi, cités dans Viig et Wold[30], il appert également que le directeur d'école est susceptible d'avoir un impact plus important sur l'approche globale si les enseignants perçoivent qu'il la soutient activement en contribuant au développement de leurs capacités professionnelles et en y facilitant leur participation.

Bien que l'étude de Deschesnes *et al.*[37] ait porté sur l'adoption d'une approche globale dans les écoles du Québec, et non sur son implantation, elle montre également que la présence de leaders à l'intérieur de l'école constituait un des principaux prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé (AÉS). Ainsi, dans les écoles où il n'y avait pas de leader avec une influence positive à l'égard de l'approche, celles-ci étaient moins susceptibles de l'adopter, et ce, en dépit du niveau élevé de réceptivité des participants scolaires à son égard.

Enfin, quel que soit le palier gouvernemental où se situe le leadership, Hoyle[69] affirme qu'il doit être efficace. Ce qui signifie un leadership se caractérisant par une prise de décisions éclairées, une gestion efficace des ressources humaines, un but moral, une compréhension des processus de changement, un renforcement des relations interpersonnelles, un développement des connaissances et une habileté à être cohérent[82].

Il ressort de cette section que les manifestations du leadership du gouvernement et de l'école doivent permettre de répondre directement aux besoins de l'école où l'approche globale est implantée. Afin que ce leadership ne soit pas vécu comme une obligation d'implanter ce type d'approche, laquelle pourrait susciter de la résistance chez les membres concernés, une autre condition apparaît essentielle à la lumière des documents consultés, soit la participation de l'ensemble du personnel scolaire, des élèves et de leurs parents.

3.2 LA PARTICIPATION DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET NON ENSEIGNANT, LA PARTICIPATION DES PARENTS ET LA PARTICIPATION DES ÉLÈVES

L'importance de la participation du personnel enseignant et non enseignant[9;36;73;83], la participation des parents des élèves[9;36;73] et celle des élèves[7;9;36;75;76;84] est souvent évoquée dans les écrits sur les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Cette participation est une dimension essentielle au principe de démocratie qui est préconisée dans une approche globale[2;59;61].

Dans l'étude d'Inchley *et al.*[9], les chercheurs ont mis en évidence que les membres du personnel scolaire étaient plus susceptibles de l'adopter lorsqu'elle était enracinée dans l'école et qu'ils avaient un certain contrôle sur son développement et son implantation. Tjomsland *et al.*[29] ont observé que lorsque les enseignants croyaient que l'approche implantée améliorerait leurs relations professionnelles et que ses retombées correspondraient à leurs attentes, alors ils devenaient plus enclins à prendre part à son développement et à y maintenir leur participation.

Quant à la participation des parents, certains écrits en font mention en indiquant qu'ils font partie du comité responsable du développement et de l'implantation de l'approche globale[35;48;69]. Toutefois, plusieurs recherches la présentent comme un défi[7;9;35], surtout au niveau secondaire[7]. En effet, les parents dont les enfants fréquentent une école de niveau primaire entretiennent des relations plus étroites et soutenues avec le personnel de l'école que ceux dont les enfants fréquentent l'école secondaire. Cela peut s'expliquer en partie par l'âge des élèves et le fait que les enfants du primaire sont plus dépendants de leurs parents pour leurs besoins de base (ex. : alimentation, loisirs).

L'étude qualitative d'Aldinger *et al.*[35] ayant pris pour objet le processus d'implantation du *Health Promoting Schools* (HPS) dans 9 écoles de la province de Zhejiang en Chine a offert des informations intéressantes sur la participation des parents. Dans ces écoles, des comités responsables du HPS ont été établis. Certains se composaient du directeur de l'école, d'administrateurs et d'enseignants, tandis que d'autres incluaient également des élèves, des parents et des membres de la communauté. Selon ces chercheurs, la compréhension du concept du HPS par les parents a été particulièrement ardue au début de son implantation. Ainsi, des parents redoutaient, entre autres, que les activités du HPS empêchent leurs enfants de se concentrer sur leurs études. Une autre de leur préoccupation était la durée requise pour changer les habitudes des élèves étant donné que la promotion de la santé est une visée à long terme. Les chercheurs ont mentionné que les relations avec les parents représentaient un défi, surtout si la communication entre l'école et les parents ou entre ces derniers et leur enfant était faible. Ils ont aussi remarqué qu'il était particulièrement laborieux d'étendre la promotion de la santé dans les familles et la communauté lorsque les gens étaient peu réceptifs à recevoir des conseils sur la santé (ex. : fumeurs) ou encore s'il y avait peu d'événements ou d'occasions sollicitant la participation de la communauté et des familles.

Dans les entrevues réalisées par Warwick *et al.*[7] sur le *Healthy Schools*, les parents interrogés ont indiqué que des efforts supplémentaires devraient être faits afin de favoriser la participation des enfants et des parents à la vie scolaire. Par exemple, certains parents ont

souligné que les consultations et les actions découlant de l'approche globale implantée apparaissaient plus souvent liées aux intérêts des professionnels qu'à ceux des élèves et des parents, ce qui questionne la nature de leur participation au processus de décision et à la mise en œuvre.

Inchley *et al.*[9] ont aussi constaté que les parents avaient eu peu de place dans la planification et l'implantation des activités de l'approche globale. Dans ce cas-ci, la participation des parents s'est limitée à leur présence à des rencontres présentant les résultats de l'analyse des besoins des écoles. Dans une école primaire faisant partie de l'étude, le personnel de la cafétéria a rencontré les parents des élèves afin de leur transmettre de l'information sur les services alimentaires. Dans ce contexte, l'implication des parents ne semble pas avoir eu de véritable impact sur l'implantation de l'approche, peut-être en raison de la nature de leur participation qui s'apparente davantage à une activité de transmission d'informations plutôt qu'à une participation au développement de l'activité. Reprenant les propos de Rifkin *et al.*, Simovska[75] mentionne qu'une activité participative en santé publique comporte trois caractéristiques clés. Tout d'abord, la participation doit être active : le fait de recevoir des services de santé ou des connaissances dans ce domaine ne peut être qualifié de véritable participation. Ensuite, la participation comprend la notion de choix : la possibilité de contrôler les conditions liées à la santé et les conditions d'apprentissage est comprise dans la participation. Enfin, le choix doit être efficace et nécessite par conséquent un mécanisme approprié pour l'actualiser, sinon la question du choix n'a pas de sens. Selon cette définition, il semble donc que la participation des parents dans un contexte d'approche globale comme le HPS ait été plutôt mitigée dans la plupart des expériences rapportées dans les écrits retenus.

En ce qui a trait à la participation des élèves dans le contexte du HPS, Simovska[75] la définit en référence aux caractéristiques de l'environnement scolaire, c'est-à-dire en termes de structures démocratiques et inclusives, de relations de soutien, de valeurs et de normes sociales positives, d'occasions de réaliser des succès et de développer des compétences. Ainsi, les élèves doivent avoir la possibilité d'influencer à la fois le contenu et le processus de leur apprentissage. Il a été possible d'identifier, dans quelques études, certains bénéfices qu'en ont retirés des élèves à participer à une approche globale : se sentir respectés[77] et écoutés[7], échanger avec autrui et comprendre leur point de vue[40;77], acquérir et construire de nouvelles connaissances[75-77] et développer des compétences d'action liées à la santé[75].

En somme, les écrits montrent que la participation du personnel enseignant et non enseignant facilite l'enracinement de l'approche globale en fonction des besoins de l'école et de la communauté dans laquelle elle est située. Quant à la participation des parents, elle paraît difficile à établir et elle s'apparente dans la plupart des cas étudiés à une transmission de l'information par rapport à l'approche globale. Pour ce qui est de celle des élèves, les documents répertoriés indiquent qu'une participation démocratique et active des élèves est possible et qu'elle génère des effets positifs pour eux.

3.3 LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE ET LA COLLABORATION AU SEIN DE L'ÉCOLE

De façon générale, la collaboration entre divers acteurs est souvent mentionnée dans les écrits comme facteur favorable à l'implantation d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire[9;17;28;78;81;85]. De façon plus spécifique, elle semble requise entre les diverses institutions et secteurs (école, organismes communautaires, départements de santé et de l'éducation)[62;83;85] et au sein de l'école (membres du personnel de l'école, enseignants, parents). Dans le cas de la collaboration intersectorielle, celle-ci constitue un défi de taille qui prend du temps à se construire[86]. Les résultats de la recherche de Deschesnes *et al.*[62] sur les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé (AÉS) ont en effet révélé que le manque de concertation et de coordination entre les instances ministérielles de l'Éducation, du Loisir et du Sport et de la Santé et des Services sociaux au regard de l'AÉS avait constitué une contrainte à sa dissémination et à son adoption dans les écoles québécoises. Malgré la volonté des représentants des deux ministères de travailler ensemble, certains mécanismes ne semblaient pas encourager la communication et la collaboration. Selon plusieurs participants impliqués dans le déploiement de cette approche, la collaboration interministérielle se devait d'être renforcée afin de soutenir plus efficacement le déploiement de l'AÉS.

Les résultats de Mikhailovich *et al.*[18] mettent en lumière l'importance d'un réseau professionnel fort, de la collaboration et du partenariat pour l'établissement et la pérennité du HPS. Tous les participants de leur étude ont mentionné que leur réseau professionnel et la Community Health Association avaient eu un rôle clé dans leur compréhension du HPS et les manières de l'intégrer dans l'école ainsi que pour le développement de nouvelles alliances. Les participants ont aussi rapporté que les occasions de développement professionnel offertes en partenariat entre les différentes écoles avaient été essentielles au succès du HPS. Malgré ces résultats qui témoignent d'une certaine collaboration intersectorielle, Mikhailovich *et al.*[18] suggèrent que des stratégies devraient être déployées afin de la renforcer et par extension, de mieux desservir les communautés éducatives.

En Écosse, Inchley *et al.*[9] ont également rapporté que la collaboration avec des professionnels en promotion de la santé avait aidé le personnel scolaire à obtenir une vue d'ensemble de l'approche globale. Perçus comme des sources de soutien et de motivation, ces professionnels ont encouragé le personnel scolaire à approfondir cette approche en plus de servir de liant social. Cette collaboration a été rendue possible par la présence de partenaires clés du secteur de l'éducation qui ont donné une direction stratégique à l'approche globale et ont soutenu le personnel des écoles par la formation, les politiques et les orientations en lien avec le curriculum.

L'appartenance au réseau du *Health Promoting Schools* de la Norvège a également représenté un moyen pour certains enseignants membres de ce pays de collaborer entre eux, leur permettant ainsi de développer de nouvelles idées en lien avec l'approche globale et de systématiser leurs réflexions par rapport à celle-ci[30].

Afin d'assurer une collaboration intersectorielle efficace, divers mécanismes ont été suggérés, tels que le développement d'une vision partagée, un climat de travail positif, un leadership efficace, un processus participatif de prise de décision, une clarification des rôles de chaque partenaire et des accords partagés et négociés[8;9]. Rowling[17] ajoute qu'un langage commun et des méthodes de travail partagées entre les diverses parties aideraient aussi à mieux comprendre le point de vue d'autrui, ce qui apparaît évidemment souhaitable pour travailler en équipe avec des personnes qui n'ont pas nécessairement des intérêts semblables et qui appartiennent souvent à des cultures différentes. Pour assurer la collaboration intersectorielle, la rédaction d'un contrat entre les écoles adoptant une approche globale et les partenaires externes serait également utile[81].

3.4 LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Il est reconnu que l'agent fondamental d'un programme de promotion de la santé instauré dans une école est l'enseignant[83;84]. Le succès de la mise en œuvre d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire dépendra en grande partie de la compréhension qu'ils ont des domaines d'intervention de cette approche et de leur capacité à l'implanter[72]. Ces personnes ont donc besoin de nouvelles compétences ou encore d'enrichir celles qu'elles possèdent déjà afin de mettre en œuvre l'approche globale et de relever les défis qu'elle soulève. Une telle approche représente un changement substantiel par rapport au courant traditionnel de promotion de la santé dans les écoles. Elle nécessite, entre autres, que les enseignants soient plus proactifs à l'extérieur de leur classe en travaillant avec les autres membres de la communauté éducative (élèves, parents, agences de santé) à ses processus de développement et d'implantation[83]. Le développement professionnel peut fournir aux enseignants l'occasion d'enrichir leurs compétences afin d'intégrer l'approche globale dans leur programme scolaire et d'en actualiser ses principes dans leurs méthodes d'enseignement.

À cet égard, le développement professionnel constitue un élément clé de toute réforme destinée à améliorer les capacités des enseignants[87]. Il peut également améliorer les capacités de l'école s'il est ciblé et soutenu dans le temps[87]. Dans certains écrits portant sur les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, le développement professionnel des enseignants est perçu comme une composante cruciale pour soutenir ce type d'approche[10;72;81]. Rowling[52], dans son article sur le développement et l'implantation du *MindMatters*, un programme global de promotion de la santé mentale dans des écoles australiennes, relate que le développement professionnel des enseignants a été essentiel pour renforcer leurs capacités à mettre en œuvre le *MindMatters*. Dans leur étude, Aldinger *et al.*[34] ont constaté que les enseignants des écoles de leur échantillon n'étaient pas tous au même niveau par rapport aux connaissances en promotion de la santé. Au fur et à mesure que le projet de recherche gagnait en intensité, certains enseignants souhaitaient avoir plus d'entretiens avec des experts en promotion de la santé. Les chercheurs ont observé que même si les écoles avaient rempli tous les questionnaires requis en lien avec le HPS, elles éprouvaient des difficultés à interpréter les données et à les utiliser pour la planification des actions en lien avec cette initiative. Pour Aldinger *et al.*[34], leur recherche confirme l'importance de la formation des enseignants et souligne la nécessité que le développement professionnel porte sur les concepts, les connaissances et les compétences requises pour implanter une approche globale en promotion de la santé en milieu scolaire

telle que le HPS. Les conclusions de l'étude longitudinale de trois ans de Turunen *et al.*[73] sur le Réseau finlandais des écoles promotrices de santé (Finnish ENHPS), de même que l'étude de Deschesnes *et al.*[62] sur la dissémination de l'AÉS au Québec abondent dans le même sens. Turunen *et al.*[73] concluent que la progression du HPS est exigeante et qu'elle requiert des actions au niveau administratif, comme une planification appropriée des responsabilités, des ressources et de la formation sur les méthodes d'évaluation de la promotion de la santé. Quant aux participants de la recherche de Mikhailovich *et al.*[18], ceux-ci ont identifié que le temps et l'apprentissage professionnel avaient été des ressources jugées cruciales pour l'adoption complète du HPS. Ils ont mentionné que le développement professionnel constituait un élément clé dans la compréhension de l'approche globale. Cela rejoint les propos des informateurs clés ayant pris part à l'étude de Deschesnes *et al.*[62]. Ceux-ci ont noté que les activités de formation et d'accompagnement dispensées en lien avec le déploiement de l'AÉS représentaient un facteur ayant facilité son adoption par les écoles.

Ainsi, les écrits issus d'études empiriques indiquent que les enseignants ont besoin non seulement de connaissances sur les initiatives globales en promotion de la santé dans les écoles, mais aussi de compétences pour réaliser les activités qu'elles englobent. Il apparaît donc très pertinent d'accroître les occasions de développement professionnel des enseignants, notamment en s'appuyant sur leurs compétences existantes puisque c'est une manière de consolider le sentiment de confiance qu'ont les enseignants envers leur rôle dans l'approche globale[2;29].

3.5 LA PLANIFICATION

L'importance de la planification en lien avec la mise en œuvre d'une approche globale a été soulignée par plusieurs auteurs[8;10;30;88;89]. Pour faciliter concrètement son implantation et préserver sa nature globale, une démarche de planification systématique mais flexible et négociée s'avère nécessaire[2]. Une telle démarche permet de suivre l'avancement des travaux, de coordonner les activités associées à ses divers domaines d'intervention, de réfléchir collectivement sur les besoins et actions à mettre en place et parvenir à une entente négociée concernant les actions à mettre en œuvre. Afin que les actions à déployer dans le cadre d'une approche globale correspondent aux besoins de l'école, il est souhaitable d'établir un portrait initial de l'école au regard de la santé et du bien-être de sa population[2]. À partir de ce portrait et des sources d'information consultées, certaines actions prioritaires dans l'école peuvent alors être identifiées. Dans leur étude sur le processus d'implantation du HPS à Zhejiang en Chine, Aldinger *et al.*[35] ont noté que chaque école devait choisir un « point d'entrée », c'est-à-dire un thème considéré pertinent pour l'école, après une enquête et des observations sur place. Cette activité constituait une étape de préimplantation permettant d'initier la mise en œuvre du HPS.

Lors de la planification, il apparaît essentiel que le comité responsable de l'implantation de l'approche globale dans l'école établisse une relation claire entre les objectifs de cette dernière et les activités déployées[74] et qu'il s'assure que les actions en lien avec l'approche et le curriculum scolaire aient des buts partagés[30]. Selon des enseignants interrogés dans l'étude de Viig et Wold[30], cet aspect s'est révélé un élément ayant encouragé leur participation au HPS. Ce facteur est non négligeable étant donné que l'on

sait que la participation du personnel enseignant est une des conditions de succès au processus d'implantation d'une approche globale. Ceux-ci ont également mentionné qu'une planification systématique sous le leadership d'un coordonnateur scolaire qui accorde une priorité à la promotion de la santé, qui est capable de formuler des objectifs concrets en lien avec le HPS et de les communiquer à l'ensemble du personnel scolaire, avait représenté une condition favorable à l'implantation de ce type d'approche.

Un autre aspect de la planification est l'intégration des activités de l'approche globale dans les structures et la vie de l'école. Les écoles peuvent se sentir accablées par les réformes constantes et percevoir l'approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire comme une nouvelle activité qui s'ajoute à leurs tâches éducatives[9]. C'est pourquoi, selon Inchley *et al.*[9], il est important que l'approche globale ne soit pas comprise comme une initiative distincte de l'école, mais une façon d'être et de faire qui imprègne tous les aspects de la vie scolaire.

Enfin, l'évaluation des interventions d'une approche globale et du processus d'implantation constitue également une étape à anticiper lors de la planification, car elle apporte une réflexion à propos des facteurs favorables ou nuisibles à l'implantation des actions retenues ainsi qu'à leurs impacts dans l'école. Cette réflexion peut déboucher sur l'amélioration des interventions ou leur remise en question. De plus, afin de mieux cerner et comprendre le processus d'implantation d'une approche globale, l'évaluation pourrait comporter certains indicateurs de qualité comme la consultation, la participation des jeunes, le travail intersectoriel. Ces indicateurs, qui concordent avec les principes d'une approche globale, rejoignent les suggestions émises par les participants de la recherche de Rivers *et al.*[90] sur le *National Healthy Schools Standards*.

Certains auteurs suggèrent aussi que la planification devrait inclure la conception d'instruments d'évaluation qui sont conviviaux pour les acteurs impliqués. Par exemple, les participants de l'étude de Barnes *et al.*[44] ont rapporté que l'usage d'un portfolio les avait aidés à évaluer les progrès de l'approche globale, avait facilité la transition lors de l'arrivée de nouvelles personnes dans le groupe de travail et avait consolidé les efforts du groupe. Semblable à un journal de bord, le portfolio laisse des traces sur le travail accompli et celui à entreprendre. Son usage pourrait potentiellement améliorer la rigueur de la démarche de planification.

Les publications consultées pour la présente recension font ressortir l'importance de certaines conditions qui facilitent l'adoption et l'implantation d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire. Ces conditions ont été présentées en les groupant sous les rubriques suivantes : le leadership et le soutien des instances gouvernementales et de l'école, la participation du personnel enseignant et des autres membres de la communauté éducative, la collaboration intersectorielle et le travail conjoint au sein de l'école, le développement professionnel du personnel scolaire et la planification.

4 RÉSULTATS D'IMPLANTATION ET D'IMPACT RELATIFS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

Cette dernière section se divise en deux parties, présentant respectivement les résultats d'implantation et les résultats d'impact d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire. Les résultats d'implantation ont été guidés par la question suivante : jusqu'à quel point les écoles ont-elles implanté les domaines d'intervention⁷ d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire? Bien que certaines études[7;27] font état de certains changements en lien avec les trois grands axes d'intervention associés à ces approches, d'autres études ont évalué systématiquement les domaines d'intervention du HPS, comme celles d'Aldinger *et al.*[34], de Xin-Wei *et al.*[36] en Chine et celle de Lee *et al.*[55] à Hong Kong. Cette partie repose principalement sur ces travaux.

Quant à la deuxième partie, elle cible des recherches qui ont présenté des résultats d'impact d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire. Rappelons, en lien avec la deuxième partie de cette section, que nous n'avons pas retenu les publications ayant évalué les impacts d'une approche globale qui reposaient sur des devis de recherche dont la méthodologie était peu ou pas explicite ou qui avaient laissé écouler trop peu de temps (moins de deux ans) entre l'implantation de l'approche globale et la mesure de ses impacts.

4.1 RÉSULTATS D'IMPLANTATION DES DOMAINES D'INTERVENTION D'UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

Le premier volet de l'évaluation du *National Healthy School Standard* (NHSS) en Grande-Bretagne[7] qui avait pour objectif d'examiner son processus d'implantation aux niveaux national, régional, local et dans l'école a fourni certains résultats à propos de l'implantation du *Healthy School* à partir d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de 12 représentants des domaines de la santé, de l'éducation et des services aux jeunes (niveau national), de 9 coordonnateurs du NHSS (niveau régional) et de répondants de 31 écoles des 9 régions du NHSS. En ce qui a trait à la nature des activités implantées dans les écoles, les résultats montrent que les répondants ont perçu certains changements tels que le réaménagement de la cour d'école, la création de conseils d'écoles, l'introduction de produits alimentaires frais à la cantine, l'amélioration du curriculum en santé, l'établissement de politiques sur les médicaments et des mesures contrant l'intimidation. Certains élèves du secondaire ont noté que leur participation active dans les activités du NHSS leur avait permis d'acquérir de nouvelles compréhensions sur la vie des autres et sur eux-mêmes. Malgré ces aspects positifs, les membres du personnel et les élèves n'étaient pas toujours d'accord avec le choix des actions de santé devant être implantées. Certains parents ont aussi observé que les actions et les consultations semblaient parfois correspondre aux intérêts des professionnels, plutôt qu'aux besoins des élèves et des parents.

⁷ Comme mentionné précédemment, ces approches englobent trois principaux domaines d'intervention, lesquels peuvent être répartis en un plus grand nombre de domaines, soient : 1) le curriculum formel et informel de santé; les politiques scolaires; 2) l'environnement physique; l'environnement social; les services sociaux et de santé; et 3) les liens entre l'école, la famille et la communauté.

L'étude d'Omarova *et al.*[27] montre également que le HPS en Lettonie a apporté des changements positifs sur le développement d'une infrastructure pour l'éducation et la promotion de la santé à base scolaire. Ainsi, comparativement aux enseignants d'écoles non HPS, les enseignants d'écoles HPS ont acquis davantage de qualifications pour l'enseignement de la santé et ont davantage intégré cette dimension dans leur enseignement. À titre d'exemples, 53 % des enseignants d'écoles HPS ont suivi au moins un cours d'éducation à la santé, contre 26 % des enseignants d'écoles sans HPS ($p < 0,001$), de même 48 % des enseignants d'écoles HPS ont mentionné avoir intégré l'éducation à la santé dans d'autres matières contre 32 % des enseignants d'écoles sans HPS ($p < 0,001$). L'étude montre aussi que le HPS peut favoriser une bonne collaboration avec les parents, les autres écoles et la communauté élargie. Plus d'enseignants dans les écoles HPS (60 %) ont rapporté avoir un haut degré de collaboration avec les parents que dans les écoles sans HPS (40 %) ($p < 0,001$).

Les études réalisées en Chine montrent qu'à la suite de l'implantation positive de trois projets pilotes HPS dans 10 écoles de la province de Zhejiang, les responsables de la santé et de l'éducation de cette province ont décidé d'étendre le HPS dans l'ensemble de la province et de suivre son implantation dans une cohorte de 51 écoles, situées en milieux urbain et rural de cette province[34-36]. À partir de cette cohorte, diverses études ont été conduites. Des articles scientifiques découlant de ces recherches ont fait état des étapes du processus d'implantation du HPS zhejiangais et des résultats d'implantation des domaines d'intervention du HPS.

Dans l'une des études, Xin-Wei *et al.*[36] ont examiné jusqu'à quel point les 51 écoles de la cohorte avaient implanté les 6 domaines d'intervention⁸ du HPS tels que définis par l'OMS, et avaient amélioré leur environnement psychosocial. Le personnel des écoles de la cohorte a évalué à trois reprises l'implantation du HPS, à l'aide d'un tableau présentant chacun des domaines d'intervention. Chaque école de la cohorte a aussi rempli le questionnaire sur l'environnement psychosocial de trois à six mois après l'implantation du HPS (2003) et à la fin de la deuxième année d'implantation (2005). De façon générale, leur étude révèle que 49 des 51 écoles participantes ont atteint les critères minimaux du HPS chinois, ce qui signifie qu'elles ont été reconnues comme des écoles promotrices de santé de niveau « bronze ». Ce niveau de certification⁹ a été établi à partir des critères du système de reconnaissance du statut du HPS dans une communauté éducative[1] lesquels ont été adaptés en fonction du contexte chinois et de l'évolution du HPS en Chine, selon Tian (2005), cité dans Xin-Wei *et al.*[36]. Les résultats de l'étude de Xin-Wei *et al.* indiquent que les 49 écoles ayant obtenu une certification de niveau « bronze » ont toutes implanté les 6 domaines d'intervention du HPS.

⁸ Soit : 1) Politiques de santé; 2) Environnement physique; 3) Environnement psychosocial; 4) Habiletés personnelles en santé; 5) Services de santé; 6) Liens école-communauté.

⁹ Ce système de reconnaissance comporte trois niveaux de certification : bronze, argent et or. Selon l'OMS (1996), l'atteinte de ces niveaux est fondamentale pour améliorer la santé des jeunes. À titre d'exemple, pour atteindre le niveau de certification « bronze », les écoles doivent démontrer qu'elles ont développé une charte sur le HPS, qu'elles ont été actives dans les 6 domaines du HPS sur une période d'un an, et qu'elles rencontrent les critères minimaux de ce niveau. Pour obtenir une certification « or », les écoles doivent prouver qu'elles ont développé une charte sur le HPS, qu'elles ont été actives dans les 6 domaines du HPS pendant trois ans, qu'elles rencontrent les critères minimaux du niveau « or » et qu'elles ont aidé une école à devenir promotrice de santé.

Ainsi, par rapport au domaine « politiques de santé », toutes les écoles avaient des politiques portant sur l'intégration de la promotion de la santé dans le programme scolaire global, sur l'alimentation scolaire et sur la non-consommation de tabac, de drogues et d'alcool sur le campus. Pour ce qui est du domaine de « l'environnement physique », l'ensemble des écoles avaient également une cuisine et une cantine conformes aux normes et exigences de salubrité et maintenaient un environnement propre afin de se conformer aux exigences de la loi sur le contrôle des maladies infectieuses. Quant au domaine de « l'environnement psychosocial », ces mêmes écoles ont rapporté qu'elles ne toléraient pas les insultes et les punitions physiques, qu'elles adoptaient une devise scolaire reflétant un bon esprit et qu'elles avaient des plans et mesures pour soutenir les élèves éprouvant des difficultés de tout ordre (handicap, problèmes d'apprentissage). Au regard « des compétences personnelles en matière de santé », un cours sur l'éducation à la santé avait lieu deux fois par mois dans toutes les écoles. En ce qui a trait aux services de santé, toutes offraient des examens médicaux aux élèves et aux enseignants. Enfin, par rapport au domaine « liens école-communauté », les 49 écoles informaient la communauté de la planification du HPS et de ses activités et invitaient ses membres à y participer.

Bien que deux écoles de la cohorte étudiée n'aient pas été reconnues promotrices de santé, Xin-Wei *et al.*[36] estiment qu'il est possible d'implanter le HPS dans des écoles zhejiangaises urbaines ou rurales pauvres en ressources. Quant à l'analyse du profil de l'environnement psychosocial des écoles, une amélioration significative sur les 7 items de l'indice¹⁰ ($p < 0,01$) a été observée lorsque les écoles devenaient promotrices de santé. Par exemple, le score moyen de l'item sur les liens entre l'école et la communauté est passé de 3,071 en 2003 à 3,317 en 2005 ($p < 0,01$). Celui sur la non-tolérance de l'intimidation et du harcèlement est passé de 3,246 en 2003 à 3,444 en 2005 ($p < 0,01$). D'après Xin-Wei *et al.*[36], l'amélioration, dans le temps, du profil de l'environnement des écoles tend à être associée à l'implantation du HPS.

À partir de 9 des 51 écoles de la cohorte zhejiangaise, une autre étude qualitative visant à approfondir les interventions reliées aux domaines d'intervention du HPS et à relever les changements autorapportés sur les attitudes, les connaissances et les comportements de santé a été réalisée[34]. Ces changements sont présentés dans la section 5.2 de ce rapport. La collecte des données de la recherche d'Aldinger *et al.*[34] a eu lieu à trois moments, mais à chaque fois dans trois écoles différentes : juin 2004 (3 écoles), novembre 2004 (3 écoles) et novembre 2005 (3 écoles). À chacun de ces moments, quatre entrevues de groupes ont été menées afin d'y documenter respectivement la planification, l'implantation et l'évaluation du HPS. Au total, 191 personnes¹¹ provenant des 9 écoles zhejiangaises retenues ont été rencontrées dans cette recherche. Les résultats présentés dans la recherche d'Aldinger *et al.*[34] concordent avec ceux rapportés dans l'étude de Xin-Wei *et al.*[36]. Ainsi, selon les auteurs, ils montrent que pour les politiques de santé, les écoles ont édicté des règles liées au HPS pour chaque département et elles ont établi des politiques sur le non-tabagisme.

¹⁰ Soit : 1) Offrir une atmosphère amicale, axée sur le soutien et la reconnaissance; 2) Coopération et apprentissage actif; 3) Interdire les châtiments corporels et la violence; 4) Ne pas tolérer l'intimidation et le harcèlement; 5) Valoriser le développement des activités créatrices; 6) Établir des liens entre l'école et la famille; 7) Promouvoir l'égalité des chances et la participation.

¹¹ Les 191 personnes étant réparties ainsi : 26 administrateurs scolaires, 56 enseignants et membres du personnel scolaire, 64 élèves et 45 parents.

Pour créer un environnement physique sain, les écoles ont amélioré les installations sportives et la propreté des lieux. Afin de bonifier l'environnement psychosocial, les écoles ont rapporté avoir créé une atmosphère harmonieuse et avoir établi de bonnes relations entre les enseignants et les élèves. Concernant ce dernier point, les auteurs ne précisent pas les activités ou les moyens déployés par les écoles pour parvenir à améliorer leur climat social. Pour implanter l'éducation à la santé, les enseignants ont intégré dans leur programme scolaire habituel des thèmes sur la santé. En ce qui a trait aux services de santé, les écoles ont offert aux membres du personnel et aux élèves des contrôles médicaux. Enfin, pour rejoindre la famille et la communauté, les écoles ont transmis des lettres portant sur la santé aux familles des élèves.

À Hong Kong, Lee *et al.*[55] ont réalisé une étude comparative visant à évaluer les domaines d'intervention du HPS avant (2001) et après (2003) l'implantation du *Hong Kong Healthy Schools Award Scheme* (HKHSA), dans une cohorte de 56 écoles primaires et secondaires. Le HKHSA est une structure basée sur le HPS qui vise à faciliter le développement de la gestion et les pratiques d'une école promotrice de santé[91]. Cette structure a pour buts de promouvoir le développement professionnel du personnel, l'éducation des parents, la participation de tous les membres de la communauté éducative et d'établir des liens avec de multiples partenaires pour améliorer la santé et le bien-être des élèves, du personnel, des parents et de la communauté élargie. Elle permet de développer les 6 domaines d'intervention du HPS, en plus d'offrir un système pour suivre les progrès et reconnaître ce qui a été atteint par l'obtention d'une certification (selon le système à trois niveaux proposé par l'OMS : « bronze », « argent » et « or »). Pour qu'une école obtienne un niveau particulier de certification HPS, elle doit avoir cumulé des points en lien avec des éléments des 6 domaines d'intervention¹². L'implantation du système de certification HKSHA vise à renforcer la qualité des écoles désignées promotrices de santé[79]. Les résultats rapportés dans cette recherche de Lee *et al.*[55] proviennent de l'analyse de 2 questionnaires, le *Youth risk behaviour Surveillance* (YRBS) et le *Wessex Healthy Schools Award Scheme Students Evaluation Questionnaire* (WHSASE-students), de même que de 2 échelles, le *Satisfaction with Life Scale* (LIFE) et le *Depression Self-Rating Scale* (DSRS). Après 2 ans d'implantation du HKSHA, les chercheurs ont noté des améliorations statistiquement significatives concernant les 6 domaines d'intervention du HPS ainsi qu'au niveau de la santé mentale des élèves. Par exemple, en 2003, toutes les écoles de leur cohorte (56 écoles) avaient développé une politique liée à une saine alimentation alors que 57 % ($p < 0,05$) des écoles de l'échantillon en avaient une en 2001. En ce qui a trait au curriculum, la proportion des écoles ayant implanté un programme scolaire de santé a significativement augmenté après 2 ans d'implantation du HKSHA, passant de 26,8 % à 83,9 % ($p < 0,05$). Pour ce qui est des liens entre l'école et la communauté, l'étude révèle que le pourcentage d'écoles de l'échantillon, ayant fait participer les membres de la communauté à la formulation et la révision des politiques de santé dans l'école, est passé de 12,5 % à 82,1 % ($p < 0,05$). Les services de santé se sont aussi bonifiés après l'implantation du HKSHA. La proportion des écoles analysant et suivant le poids des élèves est passée de 5,4 % à 76,8 % ($p < 0,05$) des écoles de l'échantillon.

¹² Les éléments des 6 domaines se basent sur des écrits scientifiques et s'adaptent au contexte des pays où l'approche globale est implantée[23].

Dans une autre étude transversale, Lee *et al.*[92] ont comparé les perceptions des élèves provenant d'écoles ayant obtenu une certification HPS à ceux provenant d'écoles n'ayant pas adopté le HPS, concernant certains domaines d'intervention du HPS. L'échantillon comportait des élèves de 12 écoles avec certification HPS (5 écoles primaires et 7 écoles secondaires) et de 15 écoles sans HPS (8 écoles primaires et 7 écoles secondaires). En ce qui a trait aux politiques scolaires, la proportion d'élèves des écoles secondaires HPS qui perçoivent que leur école encourage le port du masque lors d'une infection respiratoire est significativement plus élevée que celle des écoles secondaires sans HPS (HPS : 86,8 % et sans HPS : 80,4 %, $p = 0,001$). Les proportions d'élèves des écoles primaires et secondaires HPS qui reçoivent beaucoup d'informations de santé du responsable de la santé dans l'école sont plus élevées que celles des écoles primaires et secondaires sans HPS (primaires HPS : 32,8 % et primaires sans HPS : 17,7 %, $p < 0,001$ - secondaires HPS : 19 % et secondaires sans HPS : 10,5 %, $p < 0,001$). Le pourcentage d'élèves des écoles secondaires HPS qui perçoivent que leur école organise des activités de promotion de la santé est significativement plus élevé que celui des écoles secondaires sans HPS (HPS : 53,7 % et sans HPS : 37,0 %, $p < 0,001$).

4.2 RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

Cette dernière partie couvre les résultats d'études ayant porté sur les impacts de l'implantation d'une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire. Elle repose sur les résultats des études de Schagen *et al.*[43] en Angleterre, d'Omarova *et al.*[27] en Lettonie, de Havlinova et Kolar[32] en République tchèque, de Rosas *et al.*[46] aux États-Unis, de Stewart *et al.*[19] et de Sun et Stewart[20] en Australie, d'Aldinger *et al.*[34] en Chine et de Lee *et al.*[23;92] à Hong Kong. Une synthèse des principaux résultats est présentée sous forme de tableau à l'annexe 1.

Le 2^e volet de l'évaluation du *National Healthy School Standard* (NHSS) en Grande-Bretagne a porté sur les impacts du *Healthy School* sur la santé des élèves[43]. L'étude a comparé les résultats de santé des écoles ayant atteint le niveau 3 du NHSS¹³ à ceux des autres écoles en s'appuyant sur le *Health-related behaviour questionnaire* (HRBQ) et la base de données d'Ofsted sur l'inspection des écoles (*Ofsted database of school inspection ratings*) par une équipe d'inspecteurs qui passent quelques jours dans l'école à observer dans les classes et à discuter avec les enseignants et les élèves afin d'évaluer la performance des écoles, entre autres sur des aspects pertinents au regard du *Healthy School*, comme l'inclusion sociale, le bien-être émotionnel, la participation et les attitudes envers l'école. Les données sur le HRBQ ont été recueillies auprès de 361 écoles, dont 227 ayant atteint le niveau 3 du NHSS. À titre d'exemple, les dimensions étudiées réfèrent à l'estime de soi, la consommation régulière de fruits et de légumes frais, avoir fumé la semaine dernière, l'intimidation, etc. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le score total du HRBQ obtenu par les élèves des écoles primaires ayant atteint le niveau 3 du NHSS et celui obtenu par les élèves des autres écoles. Par contre, les données ont révélé que les

¹³ Comme mentionné précédemment, le NHSS comporte 3 niveaux. Le 1^{er} niveau indique une connaissance générale du NHSS et de ses buts. Le 2^e exige que les écoles aient reçu de la formation ou du soutien en lien avec le NHSS. Le 3^e niveau correspond à l'initiation d'un processus détaillé d'audit, de définition des cibles et de planification des actions.

élèves des écoles secondaires ayant atteint le niveau 3 du NHSS obtenaient de meilleurs scores sur certains indicateurs de santé que ceux des autres écoles.

Les données issues de la base d'Ofsted, concernant 7 666 écoles primaires et 1 402 écoles secondaires de l'Angleterre, montrent que respectivement 33 % et 39 % des écoles ont atteint le niveau 3 du NHSS. Les 11 échelles d'inspection d'Ofsted couvrent des dimensions telles que les attitudes face à l'école, les comportements d'exclusion, le développement personnel et les relations sociales, la surveillance et l'élimination de comportements oppressifs. Une relation significativement positive dans les écoles primaires a été observée entre le fait d'avoir atteint le niveau 3 du NHSS et dix des onze échelles. Cette relation était particulièrement forte avec deux des dix échelles soit le développement personnel et les relations sociales. Pour les écoles secondaires, les résultats montrent une relation positive entre le fait d'être une école de niveau 3 et 6 des 11 échelles (ex. : attitudes à l'école, développement personnel et relations sociales, enthousiasme face à l'école, intérêt et engagement dans les activités). Cependant, cette relation n'est pas aussi forte que celle observée pour les écoles primaires.

En 2000, Omarova *et al.*[27] ont réalisé, en Lettonie, une étude comparative transversale concernant certains indicateurs de santé dans 16 écoles HPS et 16 écoles sans HPS. Le questionnaire élaboré pour les fins de l'étude a été rempli par 1 001 élèves d'écoles HPS et 1 169 élèves d'écoles sans HPS. Par ailleurs, 462 enseignants l'ont aussi rempli (234 enseignants d'écoles HPS et 228 enseignants d'écoles sans HPS). Afin de mieux interpréter les résultats issus du questionnaire, des entrevues ont été conduites avec des directeurs d'écoles, des membres des conseils étudiants et de l'équipe de santé de chaque école. Des différences ont été observées entre les écoles HPS et les écoles sans HPS quant aux impacts intermédiaires étudiés (environnement scolaire et habiletés des élèves). Ainsi, dans les écoles HPS, la proportion d'élèves disant aimer leur école était plus élevée que dans les écoles sans HPS (33 % c. 29 %, $p < 0,05$). La même tendance était observée concernant la perception que l'école était un lieu plaisant et agréable (44 % c. 42 %, $p < 0,05$). Le pourcentage d'élèves fréquentant des écoles HPS ayant rapporté avoir de bonnes ou de très bonnes compétences à communiquer avec les autres et à résoudre des conflits était plus élevé que celui des écoles sans HPS (66 % c. 60 %, $p < 0,01$).

En République tchèque, Havlinova et Kolar[32] ont réalisé une étude comparative transversale sur la perception du climat social. Des données ont été recueillies auprès de 4 088 élèves ainsi que de leurs enseignants dans 33 écoles primaires participant au réseau HPS et 33 écoles primaires n'y ayant pas adhéré. Différents questionnaires ont été utilisés : le *Czech adaptation of the standardised CES Questionnaire*; le *Questionnaire on Bullying in School for Pupils*, le *Questionnaire on Problems of Bullying in School for Primary School Teachers* et le *Questionnaire about the School for Headmasters*. Des différences assez faibles, mais statistiquement significatives, ont été observées en faveur des écoles HPS, concernant les scores moyens de 3 des 6 dimensions du climat social, soit la concentration des élèves sur la tâche (HPS : 10,46 c. sans HPS : 10,06, $p = 0,001$); l'intérêt des élèves pour les cours (HPS : 7,79 c. sans HPS : 7,60, $p = 0,008$); et la paix et l'ordre dans la classe (HPS : 5,55 c. sans HPS : 5,41, $p = 0,027$). Par rapport à l'intimidation, des différences statistiquement significatives ($p < 0,001$), ont aussi été observées entre les 2 groupes d'écoles, en faveur des écoles HPS. Comparativement aux élèves d'écoles sans HPS, ceux

des écoles HPS - demandent plus souvent à leurs enseignants de les aider au regard de l'intimidation; - perçoivent plus positivement les effets de l'aide des enseignants; - pensent que leur école peut les protéger contre l'intimidation; - sont plus informés par leurs enseignants sur ce qu'il faut faire en cas d'intimidation.

Cependant, dans les écoles HPS, 44 % des élèves ont admis vivre de l'intimidation ou intimider les autres contre 38 % des élèves des écoles sans HPS. Havlinova et Kolar[32] estiment que cette situation est probablement attribuable au fait que ces écoles encouragent les jeunes à ne pas avoir peur de dénoncer l'intimidation. Les auteurs estiment que leurs résultats montrent que le HPS peut être efficace pour établir un environnement social sécuritaire.

Dans la même veine, aux États-Unis, Rosas *et al.*[46] ont réalisé une étude rétrospective et comparative (2002-2005) sur les liens entre le niveau d'implantation du *Coordinated School Health Program Model* (CSHP) et l'amélioration de certains indicateurs de réussite scolaire dans le temps, dans 158 écoles publiques de Delaware. Ces écoles ont d'abord été classées selon leur niveau d'implantation du CSHP. Le groupe de comparaison est composé de 110 écoles n'ayant pas reçu de formation sur le CSHP. Les auteurs mentionnent toutefois que cela ne signifie pas que ces écoles n'aient pas implanté certains domaines d'intervention du CSHP. Les 48 autres écoles formées au CSHP ont été catégorisées en fonction de leur degré de mise en œuvre du CSHP (faible ou élevé), à partir des données d'une recherche antérieure¹⁴. Ainsi, 27 écoles ont été classées dans la catégorie « niveau élevé » d'implantation CSHP et 21 écoles dans la catégorie « niveau faible ». Dans les trois groupes d'écoles de leur échantillon, les chercheurs ont analysé, à l'aide du *School Performance Ratings* (SPR) et du *Adequate Yearly Progress* (AYP), les taux de performance et de progrès des écoles en fonction du niveau d'implantation du CSHP. De plus, ils ont évalué le rendement des élèves aux examens standardisés du système scolaire du Delaware dans trois matières : lecture, mathématiques et écriture. Les données ont été recueillies et analysées une fois par année pendant les trois ans de la durée de la recherche et en fonction du niveau d'implantation (élevé, faible, aucun) du CSHP. De façon générale, les résultats de l'étude de Rosas *et al.* ont montré que les 3 groupes d'écoles avaient connu, au cours de cette période de 3 ans, une amélioration significative des indicateurs de performance, en termes de progrès scolaire et de rendement des élèves dans les 3 matières. Ces résultats attendus étaient vraisemblablement dus aux efforts liés à la réforme scolaire qui a touché l'ensemble du système d'éducation de l'état. Toutefois, des différences ont été observées entre les 3 groupes. Ainsi, dans les écoles ayant un faible niveau d'implantation du CSHP, il y a eu une proportion significativement plus faible d'élèves qui ont atteint les standards en mathématique et en lecture que dans les écoles ayant un niveau élevé d'implantation du CSHP, ou encore, que dans les écoles n'ayant pas du tout implanté le CSHP. Selon Rosas *et al.* ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs qui influencent le niveau académique influencent aussi la qualité d'implantation du CSHP. Les variations entre les niveaux d'implantation du CSHP refléteraient ainsi les

¹⁴ Cette évaluation portait, entre autres, sur les expériences professionnelles et disciplinaires des membres de l'équipe, les rôles et les responsabilités qu'ils assumaient dans le CSHP, la fréquence de rencontres d'équipe, la participation du personnel scolaire au CSHP, etc. Les écoles qui avaient intégré au moins 75 % des caractéristiques clés favorisant l'implantation du CSHP ont été classées niveau élevé d'implantation CSHP et les autres, de niveau faible.

capacités de l'organisation et du personnel telles que le soutien de la direction de l'école et du district, les attitudes et le niveau de connaissances du personnel ainsi que l'étendue de leur perfectionnement professionnel. Selon les auteurs, l'utilisation de ressources restreintes à des fins autres qu'académiques peut susciter de vives critiques et se solder par un manque d'adhésion et d'investissement de la part des écoles. Trouver des moyens d'intégrer la planification et l'implantation du CSHP dans les processus d'amélioration de l'école qui sont en cours constitue selon les auteurs une avenue pour éviter de dupliquer les efforts et augmenter la pérennité du CSHP. Étant donné les différences constatées avant la mise en œuvre du CSHP, Rosas *et al.* estiment qu'il est probable que les variations observées entre les niveaux d'implantation faible et élevé du CHSP reflètent les capacités organisationnelles et celles du personnel à l'égard de plusieurs activités scolaires, incluant celles relevant de la promotion de la réussite scolaire (développement professionnel, leadership et pédagogie). Selon ces chercheurs, certains facteurs, comme le soutien administratif et les ressources, n'ont pas été systématiquement « contrôlés » parmi les groupes d'école. Il est donc possible que les résultats de l'étude reflètent simplement le fait que les écoles ayant plus de ressources et une direction efficace sont aussi plus susceptibles d'avoir pleinement implanté le CSHP et d'avoir obtenu une meilleure performance en termes de réussite scolaire. Les auteurs mentionnent que leur devis de recherche était exploratoire et que leurs résultats indiquent seulement une association entre l'implantation du CSHP et les indicateurs de réussite scolaire mais qu'ils ne permettent pas de conclure que le niveau d'implantation du CSHP est responsable des changements observés au regard des indicateurs retenus.

Dans le Queensland, en Australie, Stewart *et al.*[19] ont réalisé une recherche dont le but était de vérifier si le HPS constituait un modèle pour améliorer la résilience chez les élèves d'écoles primaires australiennes. Un devis transversal a été utilisé pour étudier une cohorte d'élèves provenant de 20 écoles urbaines et rurales. La collecte des données a été effectuée en 2003. Pour mesurer la résilience chez les élèves, ces derniers ont rempli une version modifiée du questionnaire *California Healthy Kids Survey*. Pour obtenir de l'information sur les climats scolaire et familial, les parents ont répondu à des questions provenant d'une combinaison d'échelles. Le personnel scolaire a établi un portrait de leur école, documentant les facteurs organisationnels liés au HPS à l'aide d'une liste de contrôle du HPS[93] et d'une version modifiée du *Staff Survey* de Hart *et al.*(2000) cités dans Stewart *et al.*[19]. La population à l'étude est composée de 2 585 élèves âgés de 8, 10 et 12 ans (taux de réponse : 83,8 %), de 1 291 parents (taux de réponse : 42,5 %) et de 422 membres du personnel scolaire (taux de réponse : 40,7 %). Sur la base de leur score à l'échelle HPS, les 20 écoles de la cohorte ont été réparties en 3 groupes¹⁵ : faible, moyen et élevé. Les résultats ont montré des différences statistiquement significatives entre les trois groupes d'écoles. Par exemple, les écoles de niveau élevé HPS ont obtenu des scores plus élevés à l'échelle de résilience des élèves (ex. : empathie, buts et aspirations), à l'échelle des facteurs de protection (ex. : soutien des pairs, expériences d'autonomie) ainsi qu'au niveau de l'environnement scolaire (ex. : climat scolaire; règlements et discipline; engagement parental) que les écoles HPS de niveaux faible ou moyen. Selon Stewart *et al.* (2004), les résultats suggèrent que pour les enfants d'écoles primaires, le degré avec lequel les écoles soutiennent et appliquent le HPS est associé au développement de la résilience, au

¹⁵ Il est à noter que cette répartition ne repose pas sur l'obtention d'une certification HPS.

sentiment d'attachement des élèves envers les adultes et les enseignants, aux bonnes relations avec les pairs, à un fort sentiment d'autonomie et de compétences personnelles.

Toujours dans des écoles primaires australiennes, Sun et Stewart[20] ont exploré le lien entre le HPS et le capital social¹⁶ dans une étude comparative longitudinale de 3 ans. La population de leur étude comportait 20 écoles primaires urbaines ayant des caractéristiques similaires et réparties en 2 groupes : groupe intervention HPS (10 écoles) et groupe de comparaison sans HPS (10 écoles). La première phase de collecte des données (préintervention) a eu lieu en novembre et décembre 2003 et la seconde en octobre 2006 (postintervention). Les données ont été recueillies auprès du personnel scolaire. Dans les écoles du groupe intervention, 262 membres du personnel ont participé à la première phase de la collecte des données (taux de réponse de 50 %) et 228 à la phase de post intervention (taux de réponse de 60 %). Dans les écoles du groupe de comparaison, 156 membres du personnel ont pris part à la collecte des données de la phase préintervention (taux de réponse de 36 %) et 261 à la phase de postintervention (taux de réponse de 58 %). Un questionnaire comportant 2 échelles modifiées, soit le *Health Promoting School Scale* et le *Social Capital Scale*, a été utilisé. L'échelle du HPS avait 32 items ayant pour but de mesurer les 6 domaines d'intervention du HPS. L'échelle du capital social contenait 20 items. Les sous-échelles du capital social incluaient : les sentiments de confiance et de sécurité, la proactivité dans un contexte social, la tolérance à la diversité et le sentiment d'appartenance au travail. Les chercheurs ont trouvé que le HPS était significativement relié à l'ensemble des scores du capital social, particulièrement aux sentiments de confiance et de sécurité du personnel, à la tolérance à la diversité et aux relations de travail entre collègues. Selon eux, le HPS a la capacité d'affecter substantiellement les relations que les gens entretiennent entre eux ainsi que la pro activité en milieu scolaire. Bref, les résultats de leur étude suggèrent l'existence d'une forte relation entre le HPS et l'amélioration du capital social après 3 ans d'implantation dans des écoles primaires.

L'étude qualitative d'Aldinger *et al.*[34] avait pour but, entre autres, de documenter rétrospectivement les changements autorapportés suite à l'implantation des interventions reliées aux domaines d'intervention du HPS dans des écoles zhejiangaises. Les auteurs mentionnent une liste de changements évoqués par les participants lors d'entrevues concernant leurs attitudes, leurs connaissances et leurs comportements de santé. Ainsi, certains d'entre eux ont affirmé qu'ils portaient plus d'attention à leur santé et qu'ils se sentaient plus détendus. D'autres ont mentionné qu'ils avaient élargi leur conception de la santé et enrichi leurs connaissances quant à certaines problématiques de santé comme le tabagisme et qu'ils avaient acquis une meilleure compréhension du HPS. Quant aux changements de comportements, des élèves ont mentionné qu'ils avaient amélioré leurs habitudes sanitaires (ne pas jeter les déchets au sol, se brosser les dents 2 fois par jour, se laver les mains avant et après les repas). Des parents et des élèves ont aussi dit qu'ils avaient diffusé de l'information sur la santé à leurs amis et voisins et qu'ils avaient participé aux divers événements organisés par l'école. Enfin, certaines personnes ont affirmé qu'elles

¹⁶ Selon plusieurs auteurs cités dans cet article (p. 557), les domaines du capital social (tels que le climat scolaire soutenant, le sentiment d'appartenance à l'école) agissent comme des facteurs de protection sur les plans individuel et environnemental. Ils peuvent améliorer les capacités des individus à faire face à certaines situations (grossesse chez les adolescentes, délinquance, consommation de psychotropes, échec scolaire).

avaient cessé de fumer et qu'elles faisaient plus d'activité physique. Selon Aldinger *et al.*[34], les résultats de leur étude suggèrent qu'il est possible d'implanter le HPS dans une école zhejiangaise et que cette implantation génère des retombées positives pour les participants. Il faut toutefois souligner que ces changements n'ont pas été mesurés par des instruments validés et que le contexte des entrevues est susceptible d'avoir occasionné certains biais d'information. De plus, les méthodes utilisées ne permettent pas d'établir l'importance de ces changements.

Enfin, les études de Lee *et al.*[23] réalisées à Hong Kong, avec un devis comparatif pré-post, visaient à tester l'hypothèse que les élèves des écoles ayant obtenu une certification HPS obtiendraient de meilleurs scores au regard de leurs comportements de santé, de leurs statuts de santé et de leur performance scolaire que ceux des écoles n'ayant pas obtenu une telle certification. Les élèves de l'étude provenaient d'une cohorte de 9 écoles (5 primaires et 4 secondaires) ayant demandé une certification HPS en 2004, suite à leur adoption et implantation du HPS pendant 2 ans (2001-2003). L'échantillon se composait de 962 élèves de la 4^e année du primaire et de 1 221 élèves de la 3^e année du secondaire. Les données ont été recueillies par divers questionnaires validés, comme le *Hong Kong Student Health Survey Questionnaire* (HKSHSQ), le *Youth risk behaviour Surveillance* (YRBS), le *Wessex Healthy Schools Award Scheme Students Evaluation Questionnaire* (WHSASE-students) et par 2 échelles, soit le *Satisfaction with Life Scale* (LIFE) et le *Depression Self-Rating Scale* (DSRS). Les résultats de cette étude indiquent des différences en termes d'impacts sociaux et de santé et d'impacts intermédiaires entre les élèves des écoles avec certification HPS et ceux des écoles n'ayant pas obtenu cette certification, et ce, malgré que toutes les écoles aient adopté le HPS depuis 2 ans. En ce qui a trait aux impacts sur le plan scolaire, la proportion d'élèves du secondaire ayant des résultats scolaires médiocres à passables dans les écoles avec certification HPS a diminué significativement après 2 ans d'implantation du HPS (de 43 % à 28 %, $p < 0,001$) tandis que pour les élèves des écoles secondaires sans certification HPS, ce pourcentage a augmenté (de 34 % à 37 %, n.s.). La proportion d'élèves ayant rapporté avoir un statut de santé médiocre à faible a diminué dans l'ensemble des écoles au cours des deux années d'observation. Dans les écoles primaires avec certification HPS, le pourcentage d'élèves des écoles ayant été impliqués dans une bagarre a diminué significativement après 2 ans d'implantation du HPS (de 17 % à 11 %, $p = 0,024$) alors qu'il a augmenté dans les écoles non certifiées (de 8 % à 16 %, n.s.). Les résultats de l'étude de Lee *et al.*(2006) indiquent également que les écoles primaires et secondaires ayant obtenu une certification HPS ont rapporté une plus grande augmentation des scores de satisfaction face à la vie que les écoles non certifiées. Les résultats montrent également une prévalence plus faible de problèmes émotionnels, une plus grande amélioration des habitudes alimentaires et une diminution d'épisodes de comportements à risque ou antisociaux chez les élèves des écoles avec certification HPS que chez les élèves d'écoles sans certification.

Dans une autre étude transversale, Lee *et al.*[92] ont comparé les perceptions, les connaissances en matière de santé et les comportements de santé des élèves provenant d'écoles ayant obtenu une certification HPS à ceux provenant d'écoles n'ayant pas adopté le HPS. L'échantillon aléatoire de cette étude comportait des élèves de 12 écoles avec certification HPS (5 écoles primaires et 7 écoles secondaires) et des élèves de 15 écoles sans HPS (8 écoles primaires et 7 écoles secondaires). Les données ont été recueillies entre

mai et juin 2005 à l'aide d'un questionnaire sur les connaissances en santé et les pratiques d'hygiène conçu par les chercheurs et basé sur les instruments utilisés dans des études antérieures[22;55]. Dans l'ensemble, les élèves appartenant aux écoles certifiées HPS ont obtenu de meilleurs résultats concernant les pratiques d'hygiène comparativement à ceux d'écoles sans certification. Par exemple, la proportion d'élèves des écoles primaires HPS qui se brossent toujours les dents après avoir mangé est significativement plus élevée que celle des écoles primaires sans HPS (HPS : 28,2 % et sans HPS : 19,7 %, $p = 0,001$). La proportion d'élèves des écoles primaires avec certification HPS percevant les aires de jeux comme propres ou très propres est significativement plus élevée que celle des écoles primaires sans HPS (HPS : 42,7 % et sans HPS : 31,9 %, $p < 0,001$).

DISCUSSION¹⁷

Cette recension des écrits publiés au cours de la décennie 2000 sur les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire visait à circonscrire les contours de ces approches et à étayer les résultats d'évaluation s'y rapportant, en termes de processus, d'implantation et d'impacts. Celle-ci a mis en lumière trois principales approches, lesquelles ont été initiées dans les années 80 : le *Health Promoting School* (HPS), dont l'approche École en santé au Québec est une variante; le *Healthy School* (HS) et le *Coordinated School Health Program* (CSHP). Bien que les domaines d'intervention de ces approches se distinguent en nombre et en appellation, il est toujours possible de les regrouper selon les trois axes généraux proposés initialement par l'Organisation mondiale de la Santé, et ce, quelque soit le moment considéré au cours de la période couverte par cette recension. Ces axes sont :

- Le curriculum formel et informel de santé (enseignement et activités scolaires et parascolaires);
- L'environnement scolaire (dimensions pédagogique, physique, sociale et organisationnelle);
- Les liens entre l'école, la famille et la communauté (alliances, partenariat, autres services).

À l'instar de Young[14], nous croyons qu'il est préférable de tabler sur ce qui est commun à ces approches globales plutôt que sur ce qui les différencie, ce qui permet alors aux acteurs concernés par l'implantation et l'évaluation de ce type d'approche d'échanger entre eux et de partager leurs expériences tout en facilitant les comparaisons inter-initiatives. Toutes ces approches visent l'amélioration de la santé des jeunes et de leur réussite scolaire en s'appuyant sur une approche milieu (*setting approach*) qui met l'accent sur le besoin de créer des environnements favorables à la santé, en investissant dans les milieux de vie des personnes, et sur un modèle socioécologique de la santé qui tient compte de l'interaction entre le contexte, les acteurs et les multiples facettes de l'intervention.

Les variations dans les domaines d'intervention que nous avons relevées entre le HPS, le HS, le CSHP et l'approche ÉS, reflètent une appropriation différenciée et contextualisée de ce type d'approche par les acteurs locaux des pays ou états qui les définissent et les implantent. Les écrits montrent également certaines modulations sur le plan conceptuel quant aux principes qui les sous-tendent comme, par exemple, la démocratie, l'équité, l'autonomisation, l'adaptabilité ou encore, quant à certaines modalités d'action, comme la participation des acteurs concernés, la collaboration intersectorielle ou le développement professionnel des enseignants[28;61;94]. Ainsi, ces principes sont davantage mis en évidence par le HPS et le HS que le CSHP. À cet égard, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation (UIPES) réitérait en 2007 l'importance des principes clés associés au HPS[95]. Pour certains auteurs, la prise en compte de ces principes est fondamentale lorsqu'il est question de mettre en œuvre une approche telle que le HPS et le fait d'avoir une multitude d'activités en promotion de la santé dans une école serait insuffisant pour la qualifier d'école promotrice de santé[6;31;58].

¹⁷ Cette section a comme première auteure Marthe Deschesnes, avec la collaboration des autres auteurs.

Les publications recensées montrent toutefois que ces principes ne sont pas nécessairement pris en compte lors des évaluations des approches globales. Ainsi, de façon générale, les études portant sur le CSHP aux États-Unis et celles concernant le HPS en Asie insistent davantage sur la présence des domaines d'intervention et sur les résultats d'impact en termes de changement de comportements que sur les processus qui permettent aux écoles de devenir des milieux promoteurs de santé. À l'inverse, certaines études se concentrent sur ces processus, lesquels s'appuient sur plusieurs des principes énumérés précédemment et qui fondent une approche globale telle que le HPS.

Il est reconnu que la pluralité des domaines d'intervention et l'ensemble des principes qui fondent les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire pose un défi de taille quant à leur actualisation et leur évaluation[8-11;96-98]. Par exemple, lorsqu'une école implante une approche globale en promotion de la santé en contexte scolaire, cela implique théoriquement un croisement entre certaines thématiques de santé choisies (priorités locales) et les domaines d'intervention (ex. : n thématiques x 3 domaines d'intervention au minimum), ce qui peut vite représenter un défi colossal si plusieurs thématiques sont considérées, lesquelles ne se situent pas toujours au cœur de la mission première de l'école qui est celle d'instruire. À cela il faut ajouter la prise en compte des principes clés évoqués précédemment, qui teintent la nature de ces approches et guident leur processus de mise en œuvre, de même que de l'environnement changeant qui vient moduler ce processus. Ce cas de figure illustre la difficulté que représente l'opérationnalisation concrète d'une approche globale. Pour faire face à cette complexité, les écrits consultés montrent que différentes voies ont été empruntées pour transposer ce type d'approche sur le terrain. Par exemple, les initiatives chinoises ont décidé de choisir un point d'entrée qui correspond à une thématique de santé sur laquelle les acteurs se concentrent en premier lieu pour initier une approche globale, tout en s'assurant que les différents domaines d'intervention soient touchés. Au Québec, des travaux sont en cours afin de développer les balises de pratiques intégrées de promotion et de prévention en milieu scolaire et de les illustrer concrètement pour faciliter leur mise en œuvre au sein de l'école. Ces travaux font suite à une synthèse de recommandations d'experts portant sur un ensemble de thématiques touchant les jeunes d'âge scolaire. Ces recommandations, adaptées à la perspective d'une école promotrice de réussite, de santé et de bien-être, ont été élaborées pour soutenir une réflexion sur les pratiques actuelles en contexte scolaire de même qu'une planification concertée[99]. Selon les auteurs de ces recommandations, celles-ci ne constituent que la première étape vers l'élaboration de pratiques intégrées de promotion et de prévention en milieu scolaire, résultant d'une combinaison d'actions qui permettraient d'agir simultanément sur plus d'une thématique et qui seraient ancrées dans les structures et processus de l'école tels que le programme de formation de l'école québécoise, le plan de réussite, les méthodes pédagogiques et les modalités de travail. À cet égard, l'AÉS établit explicitement l'ancrage des divers domaines d'intervention de ce type d'approche dans les structures de l'école.

Les diverses initiatives qui ont fait l'objet d'évaluation montrent que la complexité de ces approches peut conduire à des adaptations plus ou moins importantes quant à la façon de les concevoir mais surtout quant à la façon de les opérationnaliser. Tout en étant essentielles pour répondre aux besoins locaux et tenir compte des contraintes du milieu,

certaines adaptations peuvent se solder par une implantation diluée et insuffisante pour produire les changements désirés. La mise en œuvre réussie d'une approche globale est toutefois une question déterminante pour l'obtention d'impacts sur l'environnement scolaire et sur la santé et le bien-être des personnes de la communauté éducative (élèves, personnel scolaire, parents)[100].

Au cours de la période couverte, plusieurs écrits ont fait état de multiples contraintes (ressources, temps et marge de manœuvre restreintes) dans les milieux scolaires, lesquelles représentent des obstacles importants à une mise en œuvre réussie de ce type d'approche. En partie pour pallier cette difficulté, l'importance de mieux articuler ces approches globales en promotion de la santé avec les objectifs éducationnels du milieu scolaire apparaît désormais comme une condition incontournable pour favoriser son implantation et sa pérennité. Cette avenue a comme fondement le fait que les facteurs qui permettent aux écoles de devenir des écoles en santé sont souvent les mêmes que ceux qui produisent les écoles efficaces[14;46]. De plus, elle répond à la nécessité de maximiser l'efficacité des nombreuses activités réalisées en milieu scolaire puisque la capacité des écoles d'incorporer dans leur fonctionnement de nouveaux savoirs qui ne sont pas directement liées à leur mission première est somme toute limitée, notamment en raison des contraintes de temps et de ressources. En intégrant ce type d'approche au sein des opérations courantes de l'école, la vraisemblance de leur implantation et de leur pérennité en serait augmentée. Par conséquent, cette situation soulève l'enjeu des aménagements organisationnels et professionnels nécessaires à cette intégration, et ce, à tous les niveaux du système.

En lien avec ce qui précède, plusieurs des évaluations répertoriées ont porté leur regard sur les conditions et mécanismes organisationnels qui sous-tendent une mise en œuvre réussie d'une approche globale. Ainsi, les publications consultées font ressortir l'importance de conditions telles que le leadership et le soutien des différents paliers du système, le leadership et le soutien de la direction scolaire, la participation du personnel enseignant, des élèves et de leurs parents, la collaboration intersectorielle entre la santé et l'éducation, la concertation au sein de l'école, le développement professionnel des enseignants et la planification.

Alors que le leadership et le soutien du gouvernement s'apparentent à des conditions macrocontextuelles, le leadership et le soutien de la direction, de même que la participation et le développement du personnel de l'école rappellent des conditions localisées. L'importance du développement professionnel des enseignants ressort des écrits recensés comme une condition clé pour renforcer les capacités d'une école à absorber une approche globale en promotion de la santé. Les enseignants sont considérés par plusieurs auteurs comme les ressources premières d'une école, au cœur des apprentissages des élèves[30;83]. De plus, ils maintiennent des relations constantes avec les autres acteurs de l'ensemble de la communauté éducative, constituant un point charnière entre l'atteinte des objectifs éducationnels et ceux liés à la promotion de la santé. Dans une approche globale, ils incarnent des agents de changement par rapport à la manière de promouvoir la santé dans les écoles. Ceux-ci ont donc besoin d'occasions de formation, de réflexion et d'outils adaptés à leur contexte afin d'être en mesure de s'approprier les fondements d'une telle approche et de les intégrer à leurs pratiques.

D'autres conditions facilitantes ont été mises en relief dans cette recension, soit le travail conjoint au sein de l'école et la collaboration intersectorielle. Ces conditions soulèvent la question des intérêts multiples et parfois divergents, et par conséquent, l'importance de la négociation et du dialogue[38]. La collaboration correspond au dispositif relationnel indispensable à la réalisation du travail d'équipe que requiert la mise en œuvre d'une telle approche qui est ancrée dans deux secteurs ayant des traditions et des pratiques qui leur sont propres. La participation des élèves est également apparue comme un des principes centraux de ce type d'approche dans plusieurs documents publiés au cours de la décennie étudiée et cette question a fait l'objet de publications spécifiques[28;30;73;75;76;101]. Enfin, bien que la collaboration entre l'école et les parents représente un des domaines d'intervention d'une approche globale en milieu scolaire, les études recensées indiquent que celle-ci constitue un défi dans la plupart des cas. Plusieurs questions restent donc à approfondir quant à la façon d'actualiser le principe démocratique de participation active des enseignants, des jeunes et de leurs parents en lien avec une approche globale de promotion de la santé en contexte scolaire.

En ce qui a trait aux résultats portant sur l'implantation et les impacts de ce type d'approche, ceux-ci sont encore rares. Quelques unes des études recensées laissent entendre qu'il est possible d'implanter l'ensemble des domaines d'intervention du HPS et de choisir des activités et interventions adaptées aux contextes social et scolaire dans lesquels elles s'implantent. Il importe toutefois de souligner que cette conclusion est très contextualisée. Comme le souligne Lee[70] à propos de l'implantation du HPS dans certaines écoles de Hong Kong, plusieurs actions ou mesures ont appuyé son déploiement, dont :

- L'important soutien financier de la part du gouvernement;
- Le lancement d'un diplôme universitaire professionnel en éducation à la santé et en promotion de la santé pour les intervenants en milieu scolaire;
- Les regroupements d'enseignants pour la mise en place de projets de promotion de la santé en contexte scolaire;
- La solide collaboration entre les différents partenaires de la communauté et la participation des associations de parents et d'enseignants;
- Le lancement, par la Chinese University Of Hong Kong, du *Hong Kong Healthy Schools Award Scheme* (HKHSA) pour faciliter, valoriser et « gérer » le HPS.

Pour sa part, Aldinger[68] rapporte que plusieurs facteurs ont aussi contribué à l'implantation du HPS à Zhejiang en Chine, dont l'engagement de diverses parties prenantes envers l'amélioration de la santé et le développement global de leur communauté et le fait que les écoles aient priorisé la santé, considérée comme une coresponsabilité entre les parents et l'école. L'ensemble de ces actions ou moyens destinés à soutenir une approche globale rappelle que sa mise en œuvre est complexe et qu'elle requiert un soutien et des engagements de toutes sortes, aux divers paliers gouvernementaux (ressources financières, formation et accompagnement) et au niveau des écoles et de leurs partenaires qui désirent collaborer en vue de prioriser la réussite scolaire et la santé des jeunes. Les différents cas exposés montrent que la mise en place d'une infrastructure de soutien au sein du système est essentielle à la mise en œuvre de ces initiatives[40;55;74;80]. De plus, la présence d'une structure de certification mérite d'être mentionnée puisqu'il s'agit d'une mesure préconisée

par l'OMS visant à valoriser la qualité du travail accompli par les écoles tout en identifiant les aspects à améliorer. Cette mesure semble avoir facilité l'implantation de ce type d'approche dans certains contextes. Ainsi, les résultats de Lee *et al.*[55] suggèrent que l'usage du HKSHA dans les écoles hongkongaises a facilité l'implantation des domaines d'intervention d'une approche globale, augmentant ainsi la vraisemblance que les écoles intègrent véritablement cette dernière dans leur fonctionnement. Bien que leurs résultats ne permettent pas de conclure de façon certaine que le système du HKSHA est responsable des changements positifs au regard des domaines d'intervention du HPS, cette relation est plausible. Moon *et al.*[56] vont dans le même sens en avançant que le recours au *Wessex Healthy Schools Award* (WHSA) aurait positivement influencé l'implantation du HS dans les onze écoles secondaires de leur étude. Ces chercheurs estiment néanmoins que leurs résultats ne permettent pas d'affirmer hors de tout doute que l'obtention d'une certification est efficace pour que les écoles deviennent promotrices de santé.

La présente recension montre que les données probantes concernant les impacts de ce type d'approche sur l'environnement scolaire, la réussite scolaire, le bien-être et la santé des jeunes sont encore rares. À partir des études recensées qui ont évalué ces impacts, il est plausible que leur implantation puisse améliorer l'environnement scolaire ainsi que diverses facettes de la santé et de la réussite scolaire des élèves. Les résultats des études de Lee *et al.*[23;92] suggèrent en effet que l'implantation du HPS dans les écoles hongkongaises certifiées HPS selon le HKSHA a eu des impacts positifs sur la performance scolaire des élèves, leur statut de santé, leur satisfaction face à la vie, leurs pratiques d'hygiène et d'activités physiques, leurs comportements alimentaires et tabagiques. Les résultats de Aldinger *et al.*[34], Havlinova et Kolar[32], Omarova *et al.*[27], Rosas *et al.*[46], Stewart *et al.*[19] et Sun et Stewart[20] abondent dans le même sens que ceux de Lee et ses collaborateurs[23;92]. Toutefois, ces études sont plus limitées, soit en termes d'impacts étudiés, soit sur le plan méthodologique. Par exemple, les travaux de Rosas[46] se sont concentrés sur les impacts éducationnels (réussite scolaire) en lien avec le CSHP alors que Stewart *et al.*[19] et Sun et Stewart[20] ont étudié des impacts psychosociaux comme la résilience en lien avec le HPS et des impacts intermédiaires tels que le capital social.

En ce qui a trait aux résultats d'Aldinger *et al.*[34] à propos des changements d'attitudes, de connaissances et de comportements rapportés, ils permettent difficilement d'estimer leur ampleur, de même que d'établir des liens entre ces changements et l'implantation du HPS, en raison de limites méthodologiques. Ainsi, de l'avis même des auteurs, le contexte des entrevues, la désirabilité sociale, les différences culturelles et langagières sont des facteurs susceptibles d'avoir influencé les réponses des participants et par conséquent les résultats obtenus. Par exemple, les auteurs rapportent que parmi les personnes interrogées, certains s'étaient présentés avec des notes sur l'implantation du HPS et que des représentants de l'Institut de l'éducation à la santé et du ministère de la Santé et de l'Éducation étaient présents lors des entrevues. Selon Aldinger *et al.*[34], ce contexte particulier reflète l'importance que les Chinois accordent à la présence d'experts étrangers. Cependant, l'inclination culturelle chinoise à l'autoritarisme, qui incite au respect des autorités en place[102] appelle à la prudence quant à l'interprétation des résultats. Il est en effet impossible de savoir si les participants se sentaient libres de partager leurs véritables perceptions par rapport à l'implantation du HPS et de faire part des changements réels

attribuables au HPS. De plus, les résultats de *Xin-Wei et al.*[36] qui ont porté sur l'implantation du HPS dans ces mêmes écoles chinoises ne permettent pas de se prononcer sur la qualité des interventions implantées en lien avec les domaines d'intervention du HPS. Ces résultats reposent essentiellement sur l'utilisation d'une liste de contrôle pour vérifier la présence des domaines. Conséquemment, leur conclusion de recherche à l'effet que l'implantation des domaines d'intervention du HPS a été un succès dans 49 écoles de la cohorte sur 51 mérite d'être nuancée.

CONCLUSION

Certains des écrits recensés suggèrent qu'il est possible pour les écoles d'implanter l'ensemble des domaines qui fondent une école en santé. Cependant, la qualité d'implantation de ces domaines (intensité, durée et fondements des interventions) n'a pas fait l'objet d'une analyse approfondie et peut donc difficilement être appréciée. En termes d'impacts, plusieurs études rapportent des effets positifs en lien avec l'implantation d'approche globale pour promouvoir la santé, le bien-être et la réussite scolaire. Cependant, les résultats ne permettent pas de conclure avec certitude que les effets observés sont, en tout ou en partie, attribuables à l'implantation de ce type d'approche. Par exemple, dans l'étude de Rosas *et al.*[46], une réforme scolaire a été implantée au même moment que le CSHP, ce qui ne permet pas d'inférer les changements observés à la seule implantation de cette approche. Il faut toutefois reconnaître que les effets observés en lien avec une intervention complexe ne sont jamais attribuables qu'à celle-ci puisqu'elle se déploie en interaction avec un contexte particulier (conditions, événements, acteurs) qui fixe les limites de son efficacité[103].

Les résultats disponibles soulèvent par ailleurs la question de la validité externe car plusieurs des résultats d'implantation et d'impact des études recensées ne sont pas nécessairement généralisables à d'autres contextes, compte tenu que ces initiatives, en conformité avec les fondements mêmes de ce type d'approche, ont été développées et adaptées à leurs contextes socioéconomique, politique, scolaire ou sanitaire qui sont très différents les uns des autres (Zhejiang, Hong Kong, Lettonie, Australie, etc.). Cependant, la description approfondie des interventions déployées en lien avec une approche ainsi que du contexte dans lequel elles ont été implantées peut fournir des indications sur les résultats qui peuvent être extrapolés d'un contexte particulier à un autre. Comme le suggère Cronbach[104], l'inférence externe est toujours une extrapolation, c'est-à-dire une projection d'une situation à l'extérieur des limites où l'information a été recueillie. Par conséquent, plus les contingences qui affectent une intervention sont prises en considération, plus il est possible de transférer efficacement les pratiques et connaissances acquises à d'autres sites ou contextes. Certains des écrits recensés n'ont toutefois pas suffisamment étayé le contexte général d'intervention dans lequel l'approche globale était implantée de même que la qualité d'implantation des interventions en termes d'intensité, de pertinence et de durée, ce qui réduit la possibilité d'extrapolation de leurs résultats.

Cette diversité dans la façon de transposer les fondements de ce type d'approche dans la réalité montre toutefois, à travers les études recensées, une configuration de conditions structurales, organisationnelles et professionnelles relativement semblable pour assurer la viabilité d'une telle approche. Les conditions organisationnelles au sein de l'école représentent un niveau d'intervention à comprendre davantage afin d'unir les efforts des différents acteurs concernés et faciliter l'absorption de ce type d'approche dans les divers aspects de la vie scolaire. Il est présumé que, si les écoles sont en mesure de l'incorporer dans leur fonctionnement, la vraisemblance d'observer des impacts positifs pour les élèves et l'ensemble de la communauté éducative s'en trouvera augmentée. Le lien entre les capacités organisationnelles d'une école à mettre en œuvre ces conditions et ses résultats d'implantation et d'impacts reste toutefois à être élucidé. Par ailleurs, il importe de souligner que ces conditions organisationnelles locales ne peuvent être dissociées de conditions

structurelles plus larges. Comme le souligne Debowski (2008)[105], les innovations proposées dans les milieux scolaires opèrent à l'intérieur d'un cadre plus large de contraintes systémiques, culturelles et professionnelles, qui doivent être prises en compte en conjonction avec les changements éducationnels désirés. Les écoles appartiennent à des systèmes dont les règles et les habitudes sont fortement enracinées et donc difficiles à changer[106].

Limites de la recension

Bien que la présente recension ait suivi un processus rigoureux pour la sélection des publications, elle se limite à des documents de langue française et anglaise, ce qui réduit la masse de connaissances disponibles, sachant que les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire sont implantées dans plusieurs régions du monde. De plus, cette recension repose sur un corpus réunissant des études s'étant intéressées à divers aspects de ce type d'approche et ayant utilisé une diversité de devis et méthodes. Nous croyons que ce choix est justifié car il tient compte de la nature même du phénomène d'intérêt, qui ne peut être appréhendée par un seul type de devis, tout particulièrement par le devis expérimental, en raison de la nature multidimensionnelle contextualisée de ce type d'approche qui prend place dans des systèmes dynamiques et ouverts. Comme le soulignent Pawson *et al.*[12] les interventions complexes ne peuvent être isolées et garder constantes car elles sont perméables à l'environnement. En termes d'évaluation, ceci met en lumière la centralité du contexte et par conséquent, le besoin d'explorer ce qui donne des résultats positifs, comment et sous quelles conditions[107]. Compte tenu de la complexité que revêt ce type d'approche, force est de constater qu'il importe de sortir des cadres méthodologiques qui s'appuient sur des devis contrôlés[108] et d'explorer de nouvelles façons de générer des résultats permettant à la fois de mieux comprendre les mécanismes qui rendent possible l'intégration de cette approche dans le fonctionnement des écoles et d'attribuer avec plus de confiance les effets observés à la mise en œuvre d'un ensemble d'actions liées à ce type d'approche, dans un contexte particulier. Dans cette optique, les approches de recherche prometteuses pour l'étude d'interventions sociales complexes doivent tenir compte du caractère dynamique et systémique de ces interventions. À ce titre, l'évaluation réaliste[103] s'inscrit dans cette logique. Elle entend ainsi étudier la chaîne d'influence entre les mécanismes sous-jacents à l'intervention, les différents niveaux du contexte d'intervention et le patron de résultats, lequel est contingent à la période et au lieu d'observation et lequel va au-delà du verdict « succès/échec »[109].

Malgré certaines limites méthodologiques relevées dans les études ayant étudié les résultats d'implantation et d'impacts, et qui invitent à une certaine prudence ou nuance concernant leurs conclusions, il importe de saluer les efforts d'objectivation des chercheurs au regard de l'évaluation de ce type d'approche dans plusieurs régions du monde. Afin de capturer la complexité de ce type d'approche qui évolue en interaction constante avec un contexte dynamique et ouvert, il importe que la communauté des chercheurs poursuive le développement de devis et méthodes d'évaluation qui tiennent compte de ces interactions entre l'approche et son contexte. Le recours à des instruments validés et la documentation en profondeur du milieu et du contexte d'implantation plus large s'avèrent également importants afin d'améliorer la crédibilité et la « transférabilité » des résultats au regard de l'implantation et de l'efficacité d'une telle approche.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] World Health Organization. *Health promoting schools: regional guidelines. Development of health promoting schools. A framework for action*. Manila, Philippines: WHO Regional Office for the Western Pacific; 1996.
- [2] Martin C, Arcand L, Rodrigue Y. *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec (Québec): ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2005.
- [3] Marx E, Wooley SF, Northrop D. *Health is academic: a guide to coordinated school health programs*. New York: Teachers College Press; 1998.
- *[4] Department for education and skills, Department of Health. *National Healthy School Status: A Guide for Schools*. London: Department of Health; 2005.
- *[5] Morrison M, Harrison J, Kitson N, Wortley A. Joined-up thinking in theory and practice: the case of healthy schools? *Curriculum Journal* 2002;13(3):313-37.
- [6] Noble C, Robson C. Just how far can healthy schools go? *Health Educ* 2005;105:161-3.
- *[7] Warwick I, Aggleton P, Chase E, Schagen S, Blenkinsop S, Schagen I, Scott E, Eggers M. Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents. *Health Educ Res* 2005;20(6):697-708.
- [8] Deschesnes M, Martin C, Hill AJ. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot Int* 2003 Dec;18(4):387-96.
- *[9] Inchley J, Muldoon J, Currie C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promot Int* 2007 Mar;22(1):65-71.
- *[10] Rowling L, Jeffreys V. Capturing complexity: integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health Educ Res* 2006 Oct;21(5):705-18.
- [11] Colquhoun D. Complexity and the Health Promoting School. In: Cliff S, Jensen B, editors. *The Health Promoting School: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005. p. 41-54.
- [12] Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* 2005 Jul;10(Suppl. 1):21-34.
- [13] St Leger L, Kolbe L, Lee A, McCall D, Young I. School Health Promotion, Achievements, Challenges and Priorities. In: McQueen D, Jones CM, editors. *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer Science; 2007. p. 107-24.

- [14] Young I. Health promotion in schools: a historical perspective. *Promot Educ* 2005;12(3):112-7.
- [15] Allensworth DD, Kolbe LJ. The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *J Sch Health* 1987 Dec;57(10):409-12.
- [16] National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy youth! Coordinated School Health Program*. 2008.
- [17] Rowling L. The adaptability of the health promoting schools concept: A case study from Australia. *Health Educ Res* 1996;11(4):519-26.
- *[18] Mikhailovich K, Morrison P, Mann K. *Evaluation of the Health Promoting Schools Model in the Australian Capital Territory*. University of Canberra / Healthpact Research Centre for Health Promotion & Wellbeing; 2007.
- *[19] Stewart D, Sun J, Patterson C, Lemerle K, Hardie M. Promotion and Building Resilience in Primary School Communities: Evidence from a Comprehensive 'Health Promoting School' Approach. *Int J Ment Health Promot* 2004;6(3):26-33.
- *[20] Sun J, Stewart D. How effective is the health-promoting school approach in building social capital in primary schools? *Health Educ* 2007;107(6):556-74.
- [21] Inchley J, Currie C, Young I. Evaluating the health promoting school: a case study approach. *Health Educ* 2000;100(5):200-6.
- *[22] Lee A, Cheng FF, St-Leger L. Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework. *Health Promot Int* 2005 Jun;20(2):177-86.
- *[23] Lee A, Cheng FFK, Fung Y, St-Leger L. Can Health Promoting Schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(6):530-6.
- [24] Lee A, St-Leger L, Cheng FF. The status of health-promoting schools in Hong Kong and implications for further development. *Health Promot Int* 2007 Dec;22(4):316-26.
- [25] Lee A, Cheng FF, Yuen H, Ho M, Lo A, Fung Y, Leung T. Achieving good standards in health promoting schools: preliminary analysis one year after the implementation of the Hong Kong healthy schools award scheme. *Public Health* 2007 Jun 2;121(10):752-60.
- *[26] Yoshimura N, Jimba M, Poudel KC, Chanthavisouk C, Iwamoto A, Phommasack B, Saklokham K. Health promoting schools in urban, semi-urban and rural Lao PDR. *Health Promot Int* 2009 Jun;24(2):166-76.
- *[27] Omarova S, Mikelson V, Kalnins I. An Evaluation of the Impact of Health Promoting Schools in Latvia 1993-2000. In: Clift S, Jensen BB, editors. *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005. p. 423-46.

- *[28] Simovska V. Student participation: a democratic education perspective: experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Educ Res* 2004;19(2):198-207.
- *[29] Tjomsland HE, Iversen AC, Wold B. The Norwegian Network of health Promoting Schools: A three-Year Follow-Up Study of Teacher Motivation, Participation and Perceived Outcomes. *Scand J Educ Res* 2009;53(1):89-102.
- *[30] Viig NG, Wold B. Facilitating teachers' participation in school-based health promotion: a qualitative study. *Scand J Educ Res* 2005 Feb;49(1):83-109.
- [31] Cushman P. Health promoting school: a New Zealand perspective? *Pastoral Care in Education* 2008;26(4):231-41.
- *[32] Havlinova M, Kolar M. Is the Social Climate More Secure in Health Promoting Schools? A Comparative Research Study. In: Clift S, Jensen BB, editors. *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhag: Danish University of Education Press; 2005. p. 409-22.
- *[33] Aldinger C. *The process of implementing health-promoting schools in Zhejiang province, China*. Cambridge, MA: Lesley University; 2006.
- *[34] Aldinger C, Zhang XW, Liu LQ, Pan XD, Yu SH, Jones J, Kass J. Changes in attitudes, knowledge and behavior associated with implementing a comprehensive school health program in a province of China. *Health Educ Res* 2008 Dec;23(6):1049-67.
- *[35] Aldinger C, Zhang XW, Liu LQ, Guo JX, Yu SH, Jones J. Strategies for implementing Health-Promoting Schools in a province in China. *Promot Educ* 2008;15(1):24-9.
- *[36] Xin-Wei Z, Li-Qun L, Xue-Hai Z, Jun-Xiang G, Xue-Dong P, Aldinger C, Sen-Hai Y, Jones J. Health-promoting school development in Zhejiang Province, China. *Health Promot Int* 2008 Sep;23(3):220-30.
- [37] Deschesnes M, Trudeau F, Kebe M. Factors influencing the adoption of a Health Promoting School approach in the province of Quebec, Canada. *Health Educ Res* 2010;25:438-50.
- [38] Deschesnes M, Couturier Y, Laberge S, Campeau L. How divergent conceptions among health and education stakeholders influence the dissemination of healthy schools in Quebec. *Health Promot Int* 2010 Jun 5;25(4):435-43.
- *[39] Blenkinsop S, Eggers M, Schagen I, Schagen S, Scott E, Warwick I, et al. *Evaluation of the impact of the national healthy school standard: final report*. London: Slough: NFER and Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London; 2004.
- *[40] Warwick I, Mooney A, Oliver C. *National healthy schools programme: developing the evidence base*. London: Thomas Coram Research Unit; 2009.

- [41] Warwick I, Blenkinsop S, Aggleton P, Eggers M, Chase E, Schagen S, *et al.* *Evaluation of the impact of the national healthy school standard*. London: Thomas Coram Research Unit / National Foundation for Educational Research; 2004.
- *[42] Wicklander MK. Implementing and evaluating the national healthy school program in England. *The Journal of School Nursing* 2006;22(5):250-8.
- *[43] Schagen S, Blenkinsop S, Schagen I, Scott E, Eggers M, Warwick I, Chase E, Aggleton P. Evaluating the impact of the National Healthy School Standard: using national datasets. *Health Educ Res* 2005 Dec;20(6):688-96.
- *[44] Barnes SP, Torrens A, George V, Brown KM. The use of portfolios in coordinated school health programs: benefits and challenges to implementation. *J Sch Health* 2007 Apr;77(4):171-9.
- [45] Evans RR, Roy J, Geiger BF, Werner KA, Burnett D. Ecological strategies to promote healthy body image among children. *J Sch Health* 2008 Jul;78(7):359-67.
- *[46] Rosas S, Case J, Tholstrup L. A retrospective examination of the relationship between implementation quality of the coordinated school health program model and school-level academic indicators over time. *J Sch Health* 2009 Mar;79(3):108-15.
- [47] Sherwood-Puzzello CM, Miller M, Lohrmann D, Gregory P. Implementation of CDC's School Health Index in 3 midwest middle schools: motivation for change. *J Sch Health* 2007 Aug;77(6):285-93.
- *[48] Leurs M.T., Jansen M., Schaalma HP. The tailored schoolbeat-approach: new concepts for health promotion in school. In: Clift S, Jensen BB, editors. *Health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. Danish University of Education Press ed. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005. p. 89-107.
- *[49] Leurs MT, Schaalma HP, Jansen MW, Mur-Veeman IM, St-Leger LH, de Vries N. Development of a collaborative model to improve school health promotion in The Netherlands. *Health Promot Int* 2005 Sep;20(3):296-305.
- [50] Canadian Association for School Health. *CSH Consensus statement*. Can Assoc Sch Health 2006 [cited 2010]; Available from: URL: <http://www.cash-aces.ca/index.asp?Page=Consensus>.
- *[51] Hazell T. *MindMatters: Evaluation of the professional development program and school-level implementation. Final report*. Australia: Hunter Institute of Mental Health; 2006.
- *[52] Rowling L. School mental health promotion: MindMatters as an example of mental health reform. *Health Promot J Austr* 2007 Dec;18(3):229-35.
- [53] Rowling L, Mason J. A case study of multimethod evaluation of complex school mental health promotion and prevention: the mindmatters evaluation suite. *Australian Journal of Guidance & Counselling* 2005;15(2):125-36.

- *[54] Wyn, J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L, Carson S. MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 Aug;34(4):594-601.
- *[55] Lee A, St-Leger L, Moon A. Evaluating health promotion in schools: a case study of design, implementation and results from the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. *Promot Educ* 2005;12(3-4):123-30.
- *[56] Moon AM, Mullee MA, Rogers L, Thompson RL, Speller V, Roderick P. Helping schools to become health-promoting environments: an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. *Health Promot Int* 1999;14(2):111-22.
- *[57] Rowe F, Stewart D, Patterson D. Promoting school connectedness through whole school approaches. *Health Educ* 2007;107(6):524-42.
- [58] Rowling L. Dissonance and debates encircling 'health promoting schools'. *Health Promot J Austr* 2005 Apr;16(1):55-7.
- [59] St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. *Promoting health in schools. From evidence to action*. France: International union for Health Promotion and Education; 2010.
- [60] Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promot Int* 2004 Sep;19(3):357-68.
- [61] UIPES. *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*. France: Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé; 2009.
- *[62] Deschesnes M, Couturier Y, Laberge S, Trudeau F, Kebé M, Campeau L, et al. *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé : Une mesure pour favoriser les saines habitudes de vie chez les jeunes : Synthèse de recherche et recommandations*. Hull: Université du Québec en Outaouais, Institut national de santé publique du Québec; 2008.
- [63] Ministère de l'Éducation. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes : Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec (Québec): ministère de l'Éducation; 2003.
- [64] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec (Québec): ministère de la Santé et des Services sociaux; 2003.
- [65] Government of United Kingdom, Department for children schools and families, Department of Health. *Healthy Schools*. Government of United Kingdom 2010 [cited 2010]; Available from: URL: <http://home.healthyschools.gov.uk>.
- [66] Allensworth DD, Wyche J, Lawson E, Nicholson L. *Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement*. Washington, DC: Division of Health Sciences Policy, National Academy Press; 1995.

- [67] Whitman CV, Aldinger C, Zhang XW, Magner E. Strategies to address mental health through schools with examples from China. *Int Rev Psychiatry* 2008 Jun;20(3):237-49.
- *[68] Aldinger C. China: Implementing Health-Promoting Schools in Zhejiang Province, China. In: Whitman CV, Aldinger C, editors. *Case Studies in Global School Health Promotion*. New York: Springer; 2009. p. 283-96.
- [69] Hoyle TB, Samek BB, Valois RF. Building capacity for the continuous improvement of health-promoting schools. *J Sch Health* 2008 Jan;78(1):1-8.
- *[70] Lee A. Hong Kong: Health-Promoting Schools. In: Whitman CV, Aldinger C, editors. *Case Studies in Global School Health Promotion*. New York: Springer; 2009. p. 297-314.
- *[71] Lee A, Tsang CKK, Lee SH, To CY, Kwan TF. Challenges in the development of Health Promoting Schools: a review of Hong Kong innovations and initiatives. *Health Educ* 2001;101(2):83-9.
- [72] St Leger L. Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health Promot Int* 1998;13(3):223-35.
- *[73] Turunen H, Tossavainen K, Jakonen S, Vertio H. Did Something Change in Health Promotion Practices? A Three-Year Study of Finnish European Network of Health Promoting Schools. *Teachers & Teaching* 2006;12(6):675-92.
- *[74] Weiler RM, Pigg RM, Jr., McDermott RJ. Evaluation of the Florida Coordinated School Health Program Pilot Schools Project. *J Sch Health* 2003 Jan;73(1):3-8.
- *[75] Simovska V. The changing meanings of participation in school-based health education and health promotion: the participants' voices. *Health Educ Res* 2007 Dec;22(6):864-78.
- *[76] Simovska V, Jensen BB. On-line learning environments and participatory health education: teachers' reflexions. *Journal of Curriculum Studies* 2008;40(5):651-69.
- [77] Wilson L. Pupil participation: comments from a case study. *Health Educ* 2009;109(1):86-102.
- *[78] Leurs MT, Mur-Veeman IM, van der Sar R, Schaalma HP, de Vries NK. Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion - a case study. *BMC Public Health* 2008;8:382.
- *[79] Lee A. An analysis of the main educational factors influencing the implementation of health promoting schools in Hong Kong. *Promot Educ* 2004;11(2):79-84, 115, 131.
- [80] Mooney A, Boddy J, Statham J, Warwick I. Approaches to developing health in early years settings. *Health Educ* 2008;108(2):163-77.
- *[81] Denman S. Health promoting schools in England: a way forward in development. *J Public Health Med* 1999;21(2):215-20.

- *[82] Rowling L. Strengthening "school" in school mental health promotion. *Health Educ* 2009;109(4):357-68.
- [83] St Leger L. Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. *Health Educ* 2000;100(2):81-7.
- *[84] Turunen H, Tossavainen K, Jakonen S, Salomyaki U, Vertio H. Initial results from the european network of health promoting schools program on development of health education in Finland. *J Sch Health* 1999;69(10):387-97.
- [85] St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999 Feb;14(1):51-69.
- [86] Lawson H. The logic of collaboration in education and the human services. *J Interprog Care* 2004 Aug;18(3):225-37.
- [87] Wisconsin Center for Education Research. Professional development that changes practice. *WCER research highlights* 2003;15(1):1-5.
- [88] Kaye G, Wolff T. *Concertation locale : les clefs du succès*. Réseau québécois de Villes et Villages en santé; 1998.
- [89] Wolff T, Foster D. Principles of success in building community coalitions. In: Kaye G, Wolff T, editors. *From the Ground Up! A workbook on coalition building & community development*. Amherst, MA: AHEC/Community Partners; 1997.
- [90] Rivers K, Aggleton P, Chase E, Downie A, Mulvihill C, Sinkler P, et al. *Setting the standard: research linked to the development of the National Healthy School Standard (NHSS)*. London: Healthy Schools; Department of Health; Department for Education and Employment; 2000 Jun.
- *[91] Lee A. Helping schools to promote healthy educational environments as new initiatives for school based management: the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. *Promot Educ* 2002;Suppl 1:29-32.
- *[92] Lee A, Wong MC, Keung VM, Yuen HS, Cheng F, Mok JS. Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practices to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong? *BMC Public Health* 2008;8:42.
- [93] Lemerle KA. *Evaluating the impact of the school environment on teachers' health and job commitment: is the health promoting school a healthier workplace?* Brisbane, Australia: Submitted for Completion of a Doctor of Philosophy, School of Public Health Queensland University of Technology; 2005.
- [94] Rasmussen V, Rivett D. The european network of health promoting schools: an alliance of health, education and democracy. *Health Educ* 2000;2:61-7.
- [95] International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). *Protocols and guidelines for health promoting schools*. Paris: IUHPE; 2009.

- [96] Clift S, Jensen BB. *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhag: Danish University of Education Press; 2005.
- [97] Nutbeam D. The challenge to provide "evidence" in health promotion. *Health Promot Int* 1999;14(2):99-101.
- [98] Parsons C, Stears D. Evaluating health-promoting schools: step to success. *Health Educ* 2002;102(1):7-15.
- [99] Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge MC. *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- [100] Durlak JA, Dupre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:327-50.
- [101] Jensen BB, Simovska V. Involving students in learning and health promotion processes- clarifying why? what? and how? *Promot Educ* 2005;12(3-4):150-6.
- [102] Cabestan J-P. *La Chine évoluerait-elle vers un autoritarisme « éclairé » mais ploutocratique?* Perspectives chinoises 2004 [cited 2010 Oct 1]; Available from: URL: <http://perspectiveschinoises.revues.org/672>.
- [103] Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: SAGE; 1997.
- [104] Cronbach LJ. *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*. San Francisco: Jossey-Bass; 1982.
- [105] Debowski S. *Achieving sustainable systemic change: an integrated model of educational transformation*. 2008 [cited 2010]; Available from: URL: <http://www.aare.edu.au/07pap/deb07328.pdf>.
- [106] Jensen BB. Inequality health and action for health: do children and young people have an opinion? In: Clift S, Jensen BB, editors. *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. København: Danish University of Education Press ed. 2005. p. 193-216.
- [107] Dooris M, Poland B, Kolbe L, de Leeuw E, McCall D, Wharf-Higgins J. Healthy settings: Building evidence for the effectiveness of whole system health promotion – challenges and future directions. In: McQueen D, Jones C, editors. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media; 2007. p. 327-52.
- [108] Denman S, Moon A, Parsons C, Stears D. *The health promoting school: policy, research and practice*. New York: Routledge Farmer; 2002.
- [109] Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. *Realist synthesis: An introduction. RMP Methods Paper 2/2004*. Manchester: ESRC Research Methods Programme, University of Manchester; 2004.

ANNEXE 1

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
Angleterre	Schagen <i>et al.</i> 2005 Étude transversale Écoles primaires et secondaires	<p><i>Comparaison des écoles ayant atteint le niveau 3 selon le National Healthy School Standard^a (NHSS) et les autres écoles</i></p> <p><u>Résultats <i>Health-related behavior questionnaire (HRBQ)</i></u> Écoles primaires niveau 3 : Aucune différence entre les résultats au HRBQ pour les écoles primaires niveau 3 et les autres écoles</p> <p>Écoles secondaires niveau 3 : Il semble que pour les élèves d'écoles secondaires niveau 3, l'école a eu un impact positif sur les connaissances et les comportements liés à la santé et l'inclusion sociale.</p> <p><u>Résultats <i>Ofsted database of school inspection rating</i></u> Écoles primaires niveau 3: Il y a relation positive significative entre le fait d'être une école primaire de niveau 3 et les dix échelles suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes face à l'école - Comportements y compris l'exclusion - Développement personnel et relations sociales - Enthousiasme face à l'école - Intérêt et engagement dans les activités - Comportement - Absence de comportements oppressifs - Présence de programmes pour l'éducation personnelle, sociale et de santé - Suivi et promotion des bons comportements - Suivi et élimination des comportements oppressifs </p> <p>Écoles secondaires de niveau 3 : Il y a relation positive significative entre le fait d'être une école secondaire de niveau 3 et les six échelles suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes à l'école - Développement personnel et relations sociales - Enthousiasme face à l'école - Intérêt et engagement dans les activités - Présence de programmes pour l'éducation personnelle, sociale et de santé - Suivi et soutien pour le développement personnel </p>

^a Le NHSS comporte 3 niveaux. Le 1^{er} niveau indique une connaissance générale du NHSS et de ses buts. Le 2^e exige que les écoles aient reçu de la formation ou du soutien en lien avec le NHSS. Le 3^e niveau correspond à l'initiation d'un processus détaillé d'audit, de définition des cibles et de planification des actions.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
Lettonie	Omarova <i>et al.</i> 2005 Étude transversale Élèves niveau 5, 9 et 12	<p><i>Comparaison des écoles HPS et les écoles sans HPS^b</i></p> <p><u>Environnement scolaire</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont mentionné : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'ils aiment leur école - Que l'école est un lieu plaisant et agréable - Que les enseignants les évaluent de manière équitable Moins d'élèves des écoles HPS ont mentionné se conformer de <u>façon stricte</u> au code de conduite de l'école^c.</p> <p><u>Environnement en classe</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont mentionné : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'ils aimaient être ensemble dans la classe </p> <p><u>Relation avec les autres étudiants : violence physique</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont mentionné : <ul style="list-style-type: none"> - Avoir subi de la violence - Avoir participé à la violence envers les autres^d </p> <p><u>Développement des habiletés des élèves</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont mentionné : <ul style="list-style-type: none"> - Avoir de bonnes ou très bonnes compétences à communiquer avec les autres et à résoudre des conflits - Comprendre et aider les autres lors de situation difficile dans leur vie </p>

^b Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

^c Les auteurs émettent l'hypothèse qu'il se peut que, dans les écoles HPS, il n'y ait pas la nécessité de respecter les règles de façon stricte étant donné que les bons comportements sont encouragés par un environnement scolaire plus positif.

^d Les auteurs mentionnent que ces résultats significativement plus élevés dans les écoles HPS à propos de la violence sont difficiles à expliquer, puisqu'ils vont à l'encontre des objectifs du HPS. Lors d'échanges avec les enseignants et les élèves à ce sujet, il a été suggéré que les élèves des écoles HPS ont peut-être une plus grande conscience des actions qui représentent de la violence physique et seraient ainsi plus susceptibles de les remarquer.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
République tchèque	Havlinova et Kolar, 2005 Étude transversale Écoles primaires	<p><i>Comparaison des écoles HPS et des écoles sans HPS^e</i></p> <p><u>Climat social (adaptation du <i>standardised CES Questionnaire</i>)</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont obtenu de meilleurs résultats pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La concentration sur la tâche - L'intérêt pour les cours - La paix et l'ordre en classe <p><u>Intimidation</u> Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demandent plus souvent à leurs enseignants de les aider au regard de l'intimidation - perçoivent plus positivement les effets de l'aide des enseignants - pensent que leur école peut les protéger contre l'intimidation - sont plus informés par leurs enseignants sur ce qu'il faut faire en cas d'intimidation <p>Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS ont mentionné avoir vécu de l'intimidation ou avoir intimidé les autres que les écoles sans HPS. Un plus fort pourcentage d'élèves des écoles HOS passe leur temps libre dans diverses activités parascolaires. Une plus grande proportion d'élèves des écoles HPS recommanderaient leur école à leurs amis.</p>
États-Unis	Rosas <i>et al.</i> 2009 Étude rétrospective (3 ans) Écoles primaires, niveau 3 ^e année Écoles secondaires, niveau 8 ^e année et 10 ^e année	<p><i>Comparaisons des écoles selon leur niveau d'implantation du CSHP (aucune, faible, élevé)^f</i></p> <p>Les écoles des trois niveaux ont rapporté une amélioration des indicateurs de performance, en termes de progrès scolaire et de rendement des élèves dans les trois matières (lecture, mathématique et écriture)</p> <p>Différences observées entre les trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écoles ayant un niveau faible d'implantation ont une proportion plus faible d'élèves qui ont atteint les standards en mathématique et en lecture que les écoles au niveau élevé d'implantation et que les écoles n'ayant pas implanté le CSHP

^e Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

^f Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
Australie	Stewart <i>et al.</i> 2004 Étude transversale Écoles primaires, 3 ^e année, 5 ^e année et 7 ^e année	<p><i>Comparaison des écoles selon leur score à l'échelle HPS (faible, moyen, élevé)⁹</i></p> <p><u>Résilience des élèves</u> Les écoles de niveau élevé HPS ont obtenu des résultats plus élevés que les écoles de niveau moyen et/ou faible pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication et coopération - Estime de soi - Empathie - Buts et aspirations <p><u>Facteurs de protection</u> Les écoles de niveau élevé HPS ont obtenu des résultats plus élevés que les écoles de niveau moyen et/ou faible pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation significative avec un adulte à la maison - Relation significative avec un adulte à l'école - Expérience d'autonomie - Support des pairs - Fréquentation de pairs prosociaux - Appartenance à un groupe prosocial <p><u>Environnement scolaire</u> Les écoles de niveau élevé HPS ont obtenu des résultats plus élevés que les écoles de niveau moyen et/ou faible pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le moral dans l'école - Tension à l'école et personnel sous pression - Règles, règlements et discipline - Gestion des comportements des élèves - Croissance et développement des élèves - Attente des élèves face à l'école - Participation et engagement parental - Relation entre personnel scolaire et familles

⁹ Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
	<p>Sun et Stewart, 2007 Étude prospective (3 ans) avec groupe de comparaison Écoles primaires</p>	<p><i>Comparaison des écoles HPS et des écoles sans HPS^h</i></p> <p><u>Relation entre le HPS et les indicateurs du capital social suivants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment confiance et de sécurité chez le personnel - Tolérance envers la diversité - Sentiment du travail en équipe <p><u>Effets des interventions dans l'école et le HPS</u> L'ensemble des indicateurs de HPS et de capital social se sont améliorés dans la phase post-intervention. Amélioration pour les trois indicateurs de HPS suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement social - Amélioration des relations école-communauté - Augmentation de l'accès à des activités de renforcements des compétences personnelles <p><u>Effets des interventions dans l'école et le capital social</u> Amélioration pour les trois indicateurs du capital social suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de confiance et de sécurité chez le personnel - Sentiment d'efficacité personnelle et collective - Sentiment de travail en équipe

^h Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
Chine	Aldinger <i>et al.</i> 2008 Étude qualitative descriptive Écoles primaires et secondaires	<p><i>Changements autorapportés suite à l'implantation des interventions reliés au HPSⁱ</i></p> <p><u>Changements d'attitudes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser l'importance de leur santé et de faire plus attention à celle-ci (Participants^j) - Atteindre de meilleures compétences sociales et une meilleure confiance (Élèves et certains membres du personnel scolaire) - Amitiés qui se forment entre les enseignants et les élèves - Se sentir plus relaxe (parents, certains élèves et directeurs) <p><u>Changements connaissances</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des connaissances à propos de la santé, incluant la nutrition l'hygiène, la sécurité, les dangers du tabac, comment éviter les blessures, les connaissances sur la santé psychologique. (Participants) - Développement d'une conception plus large de la santé incluant la santé physique, mentale et sociale (Participants) - Acquérir une meilleure compréhension du concept de HPS (Participants) <p><u>Changements de comportements</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer activement au projet (exemple : publiciser les connaissances en santé auprès des amis et des voisins) (Élèves et parents) - Augmenter l'activité physique (Certains participants) - Amélioration des habitudes sanitaires (Élèves) - Réduction ou arrêt tabagique (Enseignants, pères et grands-pères) - Changement de diverses mauvaises habitudes (Plusieurs participants) - Manger plus sainement (Élèves et leur famille) - Augmentation des comportements sécuritaires (Élèves, parents et enseignants) - Maintien de la diminution des blessures (Écoles) - Améliorer la communication parent-enfant

ⁱ Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

^j Participants incluant quatre catégories d'acteurs : directeur, enseignants et personnel scolaire, élèves, parents.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
Hong Kong	Lee <i>et al.</i> 2006 Étude prospective (2 ans) avec groupe de comparaison Écoles primaires, 4 ^e année Écoles secondaires, 3 ^e année	<p><i>Comparaison des écoles ayant une certification HPS et les écoles sans certification HPS (mais qui ont tout de même adopté HPS)</i></p> <p><u>Impact sur le plan scolaire</u> Amélioration des résultats académiques (rapportée par les élèves) pour les écoles primaires et secondaires avec certification HPS</p> <p><u>Impact sur la santé</u> Amélioration du statut de santé déclaré pour toutes les catégories</p> <p><u>Habitudes alimentaires (7 jours précédant l'enquête)</u> Réduction de la consommation d'aliments non nutritifs (chips, chocolat) plus forte dans les écoles HPS</p> <p><u>Comportements violents et antisociaux à l'école (12 mois précédant l'enquête)</u> Réduction des comportements antisociaux (bagarre, vol, vandalisme) dans les écoles primaires et secondaires ayant la certification HPS</p> <p><u>Santé mentale</u> Amélioration de la santé mentale (exemple : satisfaction face à la vie, symptômes de santé mentale) dans les écoles ayant la certification HPS, et ce, de façon plus accentuée pour les écoles secondaires</p>

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACT LIÉS À UNE APPROCHE GLOBALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE (SUITE)

Pays	Auteurs Type d'étude Population	Impacts
	<p>Lee <i>et al.</i> 2008 Étude transversale Écoles primaires et secondaires</p>	<p><i>Comparaison des écoles avec une certification HPS et celles qui n'ont pas adopté le HPS^k</i></p> <p><u>Pratiques d'hygiène personnelle à l'école, à la maison et dans les endroits publics</u></p> <p><u>Se laver les mains</u> Proportion plus élevée d'élèves qui se lavent toujours les mains avant de manger dans les écoles secondaires HPS que dans celles avec HPS</p> <p><u>Se brosser les dents</u> Pour les écoles primaires, proportion plus élevée d'élèves des écoles HPS qui se brossent toujours les dents après avoir mangé</p> <p><u>Prendre soin d'eux lorsqu'ils avaient la fièvre</u> Proportion plus élevée d'élèves pour les écoles primaires et secondaires avec certification HPS qui ont su se soigner correctement lorsqu'ils avaient la fièvre</p> <p><u>Participation de la communauté</u> Pour les écoles primaires avec HPS, proportion plus élevée d'élèves qui perçoivent leur terrain de jeux comme étant propre ou très propre Pour les écoles secondaires avec HPS, proportion plus élevée d'élèves qui perçoivent les escaliers et la cantine comme étant propres ou très propres</p> <p><u>Littéracie sur la santé et l'hygiène</u> Pourcentage plus élevé d'élèves des écoles primaires avec HPS qui ont une bonne connaissance de la santé</p>

^k Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés.

