

## Contexte et objectifs du projet

Plusieurs recherches mettent en lumière l'accumulation de comportements favorables ou défavorables à la santé (sommeil, alimentation, temps d'écran) dès l'enfance avec des associations entre certains comportements. Concernant les habitudes de sommeil, une association inverse significative entre durée de sommeil et statut pondéral a été confirmée par une revue systématique (Morrissey et al., 2020), et un lien négatif a été observé entre temps d'écran prolongé et durée de sommeil, notamment chez les collégiens de 11 à 12 ans (Messaadi et al., 2020). Selon le rapport 2020 de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, 93 % des enfants et adolescents français dépassent les recommandations de deux heures de temps d'écran par jour (Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, 2020). Or, une étude de la cohorte EDEN a révélé qu'un temps de télévision élevé et de mauvaises habitudes alimentaires chez les jeunes enfants sont liés à une masse grasse corporelle plus importante à cinq ans (Saldanha-Gomes et al., 2020). C'est également lors des premières années de vie que les inégalités sociales et territoriales s'ancrent et influent sur ces comportements (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015). Ces constats posent des enjeux de santé publique, d'autant que les impacts des comportements liés au sommeil, à l'alimentation et au temps d'écran, observés dès l'enfance, peuvent se prolonger et contribuer à des problématiques chroniques à l'âge adulte (Léger et al., 2019).

Il est donc nécessaire d'aborder ces enjeux de manière globale, dans une démarche de promotion de la santé mettant l'accent sur les modes de vie favorables à la santé en particulier chez les enfants.

Comme mentionné dans le guide de santé jeunesse de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, « *la responsabilité de la santé de l'enfant incombe d'abord à son entourage et, dès que sa maturité le permet, à lui-même* » (Agence régionale de santé A.-R.-A., 2020). Cependant, pour pouvoir gérer leur santé en grandissant, les enfants ont besoin de connaissances et de compétences liées à la santé pour trouver, comprendre, traiter et utiliser ces informations au quotidien.

En ce sens, la littératie en santé, définie comme les connaissances et compétences nécessaires pour comprendre et utiliser les informations liées à la santé, constitue un déterminant crucial de la santé à tous les âges (Sorensen & Okan, 2020). Intégrée aux programmes éducatifs ainsi qu'aux stratégies recommandées pour améliorer la santé et le bien-être (Organisation mondiale de la Santé, 2013), elle constitue un pilier essentiel pour préparer les élèves à adopter des comportements favorables à leur santé. (Paakkari & Paakkari, 2012). En effet, éducation et santé sont étroitement liées : l'éducation favorise la santé et une bonne santé améliore les apprentissages (Jourdan et al., 2021).

Autre levier en la matière, les compétences psychosociales correspondent à la capacité des individus à faire face efficacement aux exigences et défis de la vie quotidienne, avec des effets bénéfiques sur la santé mentale et la réussite scolaire, ainsi que la prévention des addictions, de la violence ou encore des comportements sexuels à risque (Lambooy, 2018). Ces compétences de vie favorisent le bien-être global et préviennent divers comportements nuisibles à la santé, les plaçant ainsi au cœur des approches holistiques de promotion de la

santé (Anctil et al., 2012). L'amélioration de ces compétences répond à la nécessité identifiée dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022, « *d'investir dans l'éducation à la santé et de développer les capacités des individus à adopter des comportements plus sains* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). De plus, l'Académie nationale de médecine souligne, encore récemment, l'urgence d'une prévention en santé dès la maternelle et recommande une éducation systémique, se basant sur le parcours éducatif en santé instauré en 2016 mais inégalement appliqué (Académie nationale de médecine, 2024).

En ce sens, la démarche des Écoles promotrices de santé (EPSa) se déploie progressivement en France depuis 2020 et s'inscrit pleinement dans cette optique. Elle préconise une approche intersectorielle et coordonnée de promotion de la santé en milieu scolaire. Les recherches ont montré que cette approche est positivement associée aux performances éducatives et scolaires ainsi qu'aux bénéfices sanitaires, humains et économiques attendus à long terme chez les enfants (Sorensen & Okan, 2020). Au portage politique croissant, elle est reconnue comme une stratégie pertinente pour améliorer le bien-être des élèves et réduire les inégalités sociales et de santé (Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2018). Elle dispose d'un vade-mecum publié en février 2020 qui définit les grandes orientations, présente les principes-clés de l'approche et valorise les actions mises en œuvre dans les établissements via la labellisation « Édusanté » (Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2020). Cette approche constitue ainsi un cadre pertinent pour développer une culture commune autour de la promotion de la santé et du bien-être à l'école. En parallèle, le cadre Villes-Santé soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé vise à promouvoir la santé et le bien-être dans les environnements urbains, en offrant des orientations aux villes pour développer des politiques, des programmes et des infrastructures favorisant des modes de vie et des environnements plus sains pour leurs habitants (Organisation mondiale de la Santé, 2020).

Bien que les cadres des Écoles promotrices de santé et des Villes-Santé fassent consensus, comment peuvent-ils être concrètement traduits, ensemble, en pratique sur les territoires ? Comment les environnements des élèves des écoles primaires peuvent-ils devenir promoteurs de santé à l'échelle scolaire et municipale ? Quels sont les leviers et les obstacles à cette mise en œuvre ? Peu de recherches interventionnelles complexes impliquant des environnements avec, à la fois, les écoles primaires et les municipalités, existent ou ont été évaluées. Les données restent insuffisantes concernant ce type d'intervention et leur mise en œuvre.

À l'initiative du député du Rhône Dr Cyrille Isaac-Sibille, du Pr Franck Chauvin (PU Santé publique et ancien Président du Haut Conseil de Santé Publique – Équipe 1) et du Pr Didier Jourdan (PU Sciences de l'éducation et titulaire de la Chaire OMS-Unesco Éducation et santé – Équipe 2), l'expérimentation *Alliance pour la santé* a été lancée en 2019. Cette expérimentation implique, dans un comité de pilotage, les parties prenantes et partenaires suivants :

- Trois Académies de l'Éducation Nationale en région AuRA : Académie de Clermont-Ferrand, Académie de Grenoble et Académie de Lyon.
- Deux laboratoires de recherche universitaires : laboratoire P2S « Parcours Santé Systémique » de l'université Jean Monnet (P2S UR 4129 UJM/UCBL) ; laboratoire ACTÉ « Activité, Connaissance, Transmission, éducation » (ACTÉ UR 4281 de l'Université Clermont-Auvergne – UCA)

- L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS).
- La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).
- Des parlementaires des quatre départements ciblés par l'expérimentation.
- Les Comités départementaux de la Ligue contre le cancer de la Loire et du Rhône
- L'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS).

A travers le déploiement d'une recherche interventionnelle multi partenariale, quatre objectifs ont été définis :

- Développer les actions de promotion de la santé portées par les enseignants auprès de leurs élèves en primaire en lien avec le bien-être, les compétences psychosociales, le sommeil, l'alimentation, l'activité physique et l'usage des écrans (thèmes définis en co-construction avec les enseignants),
- Développer un environnement favorable à la santé dans les écoles primaires et identifier les leviers et les obstacles,
- Développer un environnement favorable à la santé dans les municipalités et identifier les leviers et les obstacles,
- Évaluer l'efficacité de cette intervention à plusieurs niveaux.

A travers la formation, l'accompagnement et la mise à disposition de ressources, les écoles primaires et municipalités impliquées peuvent mettre en place des actions concrètes orientées vers différentes thématiques de santé. Le principe du programme est celui d'une approche collaborative et participative impliquant enseignants, élèves, familles et collectivités, dans une co-construction des interventions autour de la santé.

## **Méthodologie (2 pages maximum)**

### **1. Méthodologie des stratégies d'intervention**

Les stratégies d'intervention sont déployées à trois niveaux pour trois types de populations-cibles : (1) les équipes scolaires au niveau des écoles, (2) les équipes pédagogiques au niveau de l'Éducation nationale (niveau institutionnel) et (3) les équipes périscolaires et municipales au niveau des communes. Les élèves des écoles primaires concernées sont les bénéficiaires ultimes du déploiement de l'intervention, grâce à la création d'un environnement favorable à leur bien-être et au développement des pratiques pédagogiques des enseignants en matière d'éducation à la santé. Les bénéficiaires directs du programme sont les équipes de circonscription, les enseignants et les équipes périscolaires. Par ailleurs, les parents d'élèves ainsi que les habitants des municipalités bénéficient indirectement des retombées positives de ce projet. Au niveau géographique, le programme se déploie sur quatre départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, à savoir le Cantal, l'Isère, la Loire et le Rhône, présentant chacun des caractéristiques propres permettant de rassembler plusieurs contextes d'intervention.

Fondées sur la littérature existante et coconstruites par des membres de l'Éducation nationale et des équipes de recherche, les stratégies d'intervention Alliance se déclinent en quatre volets : (1) diagnostic de l'état de santé des élèves, (2) formation des équipes scolaires et périscolaires, (3) accompagnement dans le choix et la mise en place d'action(s) et (4) mise à

disposition de ressources d'intervention. Le modèle logique de l'intervention est présenté en Annexe de la synthèse longue.

Formation : Dispensée en 2x3h par des formatrices de l'équipe de recherche, elle sensibilise les professionnels scolaires et périscolaires à la promotion de la santé, aux démarches des Écoles promotrices de santé et des Villes-Santé, ainsi qu'à la démarche projet en santé. Ces éléments théoriques et méthodologiques constituent un cadre dans lequel les actions pourront être planifiées.

Diagnostic : A l'issue de la formation, les résultats du diagnostic réalisé à l'aide des données recueillies auprès des élèves par un questionnaire *Alliance* (voir la section 2. Méthodologie de l'évaluation), sont présentés aux équipes, leur permettant d'identifier les priorités et d'orienter le choix d'action(s) à mener avec leurs élèves.

Accompagnement : Une fois les priorités définies avec les équipes, elles sont accompagnées par des chargées de projet tout le long de la mise en œuvre de leurs actions. A travers cet accompagnement (jusqu'à 2h), l'objectif de l'équipe de recherche est la construction d'un réseau local de partenaires stable, dédiés à la promotion de la santé dans et en dehors de l'école, pour assurer la cohérence et potentiellement la pérennité des actions déployées. De plus, elle veille à maintenir les dynamiques initiées lors des temps de formation. Le chargé de projet reste à disposition pour fournir des ressources complémentaires et pour assurer un suivi.

Ressources : Des ressources pédagogiques et méthodologiques sont fournies aux équipes formées, elles concernent : (1) du matériel de formation, des ressources pratiques et outils adaptés et (2) un inventaire de ressources pédagogiques, constamment réactualisées.

Entre 2019 et 2022, les stratégies ont été déployées auprès de 48 écoles et 47 communes.

**Grâce à ce financement IReSP, le second groupe de 53 écoles et 50 communes a bénéficié des interventions en 2022/2023.**

## 2. Méthodologie de l'évaluation

Une évaluation réaliste est menée afin d'analyser des différents contextes d'implémentation (représentés par les différentes écoles et communes incluses) et leurs interactions avec l'intervention (Pawson & Tilley, 1997). Des recueils quantitatifs et qualitatifs sont menés poursuivant 3 objectifs : (1) analyser les contextes dans les différentes zones d'intervention, (2) analyser la mise en œuvre réelle des stratégies d'intervention *Alliance* et (3) étudier les effets et les mesure des stratégies d'intervention *Alliance*.

Une étude contrôlée randomisée multicentrique par grappes a été réalisée, avec l'école comme unité statistique de randomisation. 101 écoles primaires (10.000 élèves) ont été recrutées à travers un tirage au sort au sein de 4 départements, et une répartition aléatoire entre un groupe intervention (5.000 élèves) et un groupe témoin (5.000 élèves). Le tirage au sort a été réalisé en tenant compte des caractéristiques identifiées comme corrélées au bien-être et à la santé des élèves (localisation géographique, taille de l'école, niveau socio-économique). Des recueils quantitatifs et qualitatifs ont été réalisés à partir de 2019 auprès de différents publics.

Recueils élèves : Questionnaires en classe auprès des élèves de CE2, CM1 et CM2 (8-11 ans). Les différents recueils réalisés (T0, T2, T3 et T4) permettent le suivi de l'évolution des données des élèves de l'école au court du temps et des actions mises en place. Plusieurs thématiques

sont abordées (santé mentale, comportements déclarés et compétences en santé, données sociodémographiques), et les indicateurs sont issus d'échelles validés.

Recueils enseignants : Questionnaires en ligne auprès des enseignants. Les différents recueils réalisés (T0, T2, T3 et T4) les ont interrogés sur : leurs représentations et leurs pratiques professionnelles (individuelles et collectives) en matière de bien-être, d'éducation à la santé, de CPS et de littératie en santé, la relation école-familles et, à partir du T2, leur perception sur le projet et les modifications qu'il a apporté.

Recueils de transférabilité : Réalisation de 27 entretiens semi-directifs auprès de différents professionnels des écoles (directeurs), de l'Éducation nationale (référénts académiques et rectoraux) et des municipalités (élus, parlementaires) issus du groupe témoin, permettant l'étude de la transférabilité des stratégies d'intervention du groupe intervention au groupe témoin. Les entretiens ont été menés selon les cadres RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) et CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*) (Nilsen, 2015). Il est ensuite apparu que le modèle « Fonctions-clés / Implémentation / Contextes » (FIC) (Villeval et al., 2015) pouvait être utilisé comme cadre d'analyse complémentaire, notamment dans l'objectif de déterminer les « fonctions-clés » des stratégies d'intervention *Alliance*.

## Principaux résultats obtenus

Ce financement de l'IReSP a permis, à l'issue des trois premières années d'expérimentation au cours desquelles le programme *Alliance* a été déployé au groupe intervention, d'en faire bénéficier également le groupe contrôle. Durant l'année scolaire 2022/2023, 53 écoles et leurs communes associées ont pu bénéficier de l'intervention *Alliance*. 102 enseignants et 39 agents périscolaires ont été formés et ont bénéficié d'un accompagnement et d'une mise à disposition de ressources pour la mise en place d'actions de promotion de santé en direction des élèves. Un quatrième temps de recueil (T4) a pu être réalisé au sein de ces écoles.

Ainsi, à l'issue des quatre années d'expérimentation et de recueils, les indicateurs ont été recueillis selon le calendrier suivant au sein des groupes intervention et contrôle :

Population	<b>Élèves</b>	
Mode de recueils	Questionnaires	
Temporalité et nombre de recueils réalisés	Pour le groupe intervention : Sept 2019 – Recueil T0 (1880 élèves) Juin 2021 – Recueil T2 (2148 élèves) Juin 2022 – Recueil T3 (1620 élèves)	Pour le groupe contrôle : Sept 2019 – Recueil T0 (1227 élèves) Juin 2021 – Recueil T2 (2340 élèves) Juin 2022 – Recueil T3 (2251 élèves) Juin 2023 – Recueil T4 (1952 élèves)
Population	<b>Enseignants</b>	
Mode de recueils	Questionnaires	

Temporalité et nombre de recueils réalisés	Sept 2019 - Recueil T0 (243 enseignants) Juin 2021 - Recueil T2 (93 enseignants) Juin 2022 - Recueil T3 (76 enseignants)	Pour le groupe contrôle uniquement : Juin 2024 – Recueil T4 (33 enseignants)
Population	<b>Professionnels scolaires (directeurs d'école), municipaux (élus à la scolarité), référents Rectorat et DSDEN (inspecteur, médecin conseiller technique, conseiller pédagogique de circonscription), politique (porteur)</b>	
Mode de recueils	Entretiens semi-directifs	
Temporalité et nombre de recueils réalisés	Entre mars et juin 2023 (27 interviewés)	

➤ *Recueil des données et analyse des mesures Impact de l'intervention auprès des élèves.*

D'importants obstacles opérationnels ont ralenti le recueil, le traitement puis l'analyse de ces données. La fermeture des écoles en Mars 2020 a conduit à l'annulation d'un recueil de données (prévu au printemps 2020). De nombreuses erreurs ont été relevées au sein de la saisie de ces données, confiée à des prestataires professionnels extérieurs. Elles concernaient deux recueils, à savoir le recueil T3 (printemps 2022) ainsi que le recueil T4 (printemps 2023). Une ressaisie intégrale de ces deux temps de recueils a été choisie par l'équipe de recherche, retardant la disponibilité des bases de données mais assurant la qualité du traitement des données. Ainsi, une mobilisation de nouveaux prestataires a été nécessaires avec une formation renforcée en amont afin d'éviter de nouvelles erreurs de saisie. La procédure de contrôle des saisies a également été renforcée, avec la réalisation de contrôles aléatoires par l'équipe de recherche de questionnaires saisis pour chaque classe d'école impliquée.

Des analyses des scores établis à partir des indicateurs recueillis auprès des élèves de CE2, CM1 et CM2 sont réalisées, afin de comparer leur évolution entre les deux groupes et au cours des trois années de suivi. Ces résultats ne sont pas encore consolidés au moment de la rédaction de ce rapport car ils doivent être complétés par des analyses complémentaires et une interprétation tenant compte de plusieurs éléments contextuels et méthodologiques. Ils seront ensuite présentés au comité de pilotage (fev-mars 2025). Les résultats seront ensuite présentés à un comité externe réunissant notamment les financeurs du projet.

La crise sanitaire Covid-19 a fortement impacté le déroulé du programme. Les contraintes imposées, telles que le port du masque et les mesures de distanciation, ont constitué des freins importants au bien-être des élèves et à la qualité des relations au sein des établissements. Il faudra tenir compte de ces données car les résultats refléteront le programme *Alliance* tel qu'il a été déployé entre 2019 et 2022.

Depuis, plusieurs ajustements ont été apportés aux outils et stratégies d'interventions : réduction de la durée de passation du questionnaire élèves, enrichissement des formations et approfondissement des contenus relatifs aux compétences psychosociales ou encore remaniement du kit de ressources fournies avec l'élaboration de fiches-actions plus pratiques et plus facilement mobilisables pour les professionnels formés. Ces ajustements seront évalués dans les données de transférabilité

- *Résultats concernant le rôle médiateur des compétences psychosociales entre les déterminants et les comportements de santé.*

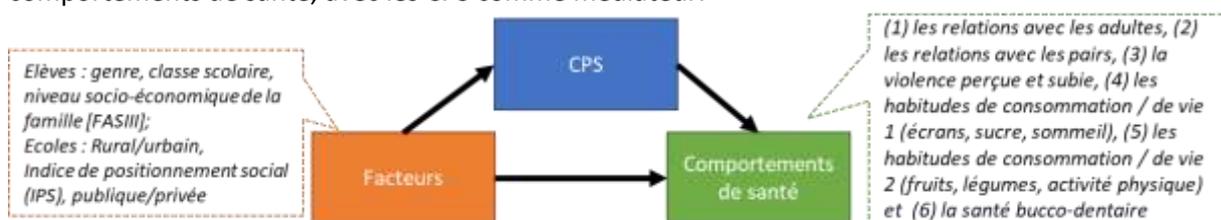
Une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée à partir des données recueillies auprès des élèves et des enseignants au cours du recueil T0, et a permis d'identifier 6 dimensions parmi les comportements de santé : (1) les relations avec les adultes, (2) les relations avec les pairs, (3) la violence perçue et subie, (4) les habitudes de consommation / de vie 1 (écrans, sucre, sommeil), (5) les habitudes de consommation / de vie 2 (fruits, légumes, activité physique) et (6) la santé bucco-dentaire. Un score a été calculé pour chaque dimension.

Par ailleurs, les compétences psychosociales des élèves ont été mesurées à l'aide d'une échelle comprenant 3 sous-dimensions pour chacune des compétences émotionnelles (reconnaissance des émotions, biais d'attribution de la colère, régulation émotionnelle) cognitives (persistance, stratégies superficielles, autorégulation) et sociales (aider les autres, demander de l'aide, résolution des conflits) soit 9 compétences.

Notre analyse des données conduit à conclure que les comportements de santé sont globalement positivement et modérément corrélés aux CPS ( $0,08 < r < 0,33$ ,  $p < 0,05$ ), à l'exception du biais d'attribution de la colère. Les relations avec les adultes de l'école présentent les corrélations les plus fortes avec les compétences psychosociales, tandis que la santé bucco-dentaire affiche les plus faibles.

Les analyses ont également permis de mettre en évidence le rôle médiateur des compétences psychosociales dans la relation entre les comportements de santé et leurs déterminants (caractéristiques des élèves, contexte de l'école, pratiques enseignantes, et leurs spécificités) (voir Figure 1).

Figure 1 : Schéma représentation la modélisation de l'analyse de médiation entre les facteurs et les comportements de santé, avec les CPS comme médiateur.



La figure 2 ci-dessous indique pour chaque couple Facteur - Comportement de santé : le nombre de compétences psychosociales ayant un rôle médiateur significatif (N) et l'étendue (min et max) de la part de l'effet médiateur de ces compétences psychosociales (R). Les principaux résultats sont les suivants :

- les compétences psychosociales jouent un rôle médiateur significatif pour tous les comportements de santé ;
- excepté pour le genre, les effets médiateurs sont plus forts pour les relations avec les adultes et la consommation d'écrans, de sucre et au sommeil ;

- pour les caractéristiques liées à l'école, ce sont les relations entre pairs qui sont les plus fortement médiées ;
- les compétences sociales ont un effet médiateur plus fréquemment significatif que les compétences cognitives ou émotionnelles.

Figure 2 : Effet médiateur des compétences psychosociales entre les caractéristiques des élèves et des écoles et les comportements de santé des élèves.

	Relationships with Adults	Relationships with Peers	Violence	Consumptions [1]	Consumptions [2]	Oral health
<b>Gender</b>	N: 7 R: 6% - 29%	N: 7 ▲ R: 20% - 31%	N: 7 R: 5% - 14%	N: 7 R: 5% - 14%	N: 7 R: 53% - 67% ★	N: 3 ▲ R: 6% - 12%
<b>School grade</b>	N: 2 ▲ R: 24% - 33%	N: 2 R: 12% - 15%	N: 3 R: 4% - 30%	N: 3 ▲★ R: 44% - 54%	N: 3 R: 9% - 11%	N: 1 R: 21%
<b>FAS</b>	N: 6 ▲ R: 21% - 28%	N: 6 R: 9% - 29%	N: 6 ▲ R: 9% - 23%	N: 6 ▲ R: 27% - 40%	N: 6 R: 4% - 15%	N: 2 ▲★ R: 21% - 26%
<b>PSI</b>	N: 2 ▲ R: 16% - 24%	N: 2 R: 83% - 93% ★	N: 3 R: 3% - 10%	N: 3 R: 2% - 10%	N: 3 R: 8% - 13%	N: 2 R: 5% - 7%
<b>Public/ Private</b>	N: 4 ▲★ R: 36% - 44%	N: 4 ★ R: 44% - 81%	N: 5 R: 8% - 24%	N: 4 R: 8% - 18%	N: 4 R: 26% - 52%	N: 1 R: 26%
<b>Rural/ Urban</b>	N: 1 ▲★ R: 33%	N: 1 ▲★ R: 62%	N: 1 ▲ R: 12%	N: 1 ▲ R: 15%	N: 1 ★ R: 84%	N: 1 ★ R: 96%

N : Nombre de CPS ayant un rôle médiateur significatif (/9)  
R : Etendue de l'effet médiateur des CPS (en %)

▲ Effets directs et indirects ont des signes opposés  
★ Effets directs non significatifs

Ces résultats montrent l'importance de développer les compétences psychosociales dans le cadre des Écoles promotrices de santé. Le renforcement de ces compétences, à travers des pratiques éducatives adaptées, s'avère donc un levier essentiel pour améliorer les comportements de santé des élèves et atténuer les inégalités sociales et territoriales.

- *Impact de l'intervention sur les représentations en éducation à la santé des enseignants, et influence sur les comportements en santé des élèves.*

Les enseignants constituent un des publics-cibles des stratégies d'intervention déployées, à travers leur formation, accompagnement et la mise à leur disposition de ressources pour la mise en place d'actions au sein des écoles. L'impact du programme *Alliance* sur leurs représentations et pratiques a été étudié, ainsi que les conséquences de cette activité enseignante, développée par la participation au programme, sur le développement des compétences psychosociales des élèves.

Les représentations des enseignants sur l'éducation à la santé ont été recueillies via des questions ouvertes et ont fait l'objet d'analyses lexicales et de classifications.

Les résultats montrent une évolution significative des représentations des enseignants au fur et à mesure du déploiement du programme. Au premier recueil T0, celles-ci étaient réparties en trois classes : une centrée sur les thématiques de santé (hygiène, alimentation, sommeil...) (40 %), une sur les compétences psychosociales (45 %) et une centrée sur l'ancrage des apprentissages (16 %). Au recueil suivant le déploiement des formations, même si les thématiques de santé restaient présentes (42 %), une classe relative à la littératie en santé (17 %) a émergé et les compétences psychosociales se réparties en deux classes, l'une autour des compétences sociales (20 %) et l'autre en lien avec les compétences émotionnelles et

cognitives (22 %). La prise en compte des compétences psychosociales dans le travail en éducation à la santé est positivement corrélée à une violence perçue et subie plus faible ( $r=0,07$ ,  $p<0,01$ ) et à de meilleures compétences émotionnelles chez les élèves ( $r=0,05$ ,  $p=0,03$ ).

➤ *Apports de l'intervention au développement du travail collectif en éducation à la santé et des pratiques promotrices de santé*

Par ailleurs, une analyse factorielle en composantes multiples et une classification, réalisées à partir des données recueillies auprès des élèves et enseignants lors des temps de recueils T0 et T2, ont permis de créer une typologie du travail collectif des enseignants en éducation à la santé. Des analyses univariées puis multivariées ont permis d'identifier (1) les déterminants du travail collectif et (2) le poids de celui-ci dans le développement de pratiques favorisant la qualité de l'implantation de la démarche Écoles promotrices de santé.

Trois degrés de travail collectif en éducation à la santé ont été mis en évidence : travail individuel (50% d'entre eux), travail collectif avec des intervenants extérieurs (16%) et travail collectif avec l'équipe éducative (34%). La formation en éducation à la santé et en particulier dans le cadre du dispositif Alliance favorise cette approche collective (72% des enseignants travaillant collectivement ont participé aux formations *Alliance* vs 35% des enseignants travaillant seuls,  $p=0,04$ ). Les résultats ont aussi montré l'importance du travail collectif dans le développement de pratiques promotrices de santé en milieu scolaire. En effet, les enseignants engagés dans cette dynamique collective accordent une place accrue à l'éducation à la santé et au développement des CPS (6,42/10 vs 5,26,  $p=0,02$ ). Ils identifient davantage les besoins des élèves (60% vs 25%,  $p<0,01$ ). Enfin, ils encouragent plus d'initiatives concertées avec leurs collègues, partenaires ou familles (76% vs <29%).

Ces résultats montrent l'influence de la formation en éducation à la santé dans le développement du travail collectif et mettent l'accent sur l'importance du travail collectif. Ils soulignent la nécessité de soutenir et promouvoir la collaboration au sein des écoles pour assurer la pérennité de pratiques favorables à la santé et plus généralement pour l'implantation de la démarche des Écoles promotrices de santé.

### **Apports scientifiques**

L'analyse de l'activité enseignante a permis la production de connaissances et la mesure de l'impact du programme sur leurs représentations et pratiques, notamment en termes d'éducation à la santé, de compétences psychosociales et de littératie en santé. Nous relevons notamment l'introduction de nouvelles thématiques au sein de leurs pratiques avec l'adoption d'une approche plus globale de la santé ou encore l'identification et la mobilisation croissante des compétences psychosociales au cours du temps. Les stratégies d'intervention, et notamment le contenu des formations dispensées, ont été adaptées en conséquence. Les résultats de cette étude suggèrent qu'une approche intégrée combinant compétences psychosociales, éducation à la santé et littératie en santé peut améliorer durablement les comportements et le bien-être des élèves. Cependant, l'analyse met en lumière la complexité

de mesurer l'impact des pratiques sur les comportements en santé des élèves. Il est nécessaire de renforcer la formation des enseignants sur les compétences psychosociales et l'éducation à la santé, la promotion du travail collectif au sein des établissements, l'évaluation et l'ajustement des pratiques pédagogiques, ainsi que le soutien d'une culture commune de santé. Il est également suggéré de favoriser une approche globale et inclusive impliquant enseignants, familles et élèves. Même si la mise en œuvre d'Alliance n'a pas permis lors des premières années de son déploiement le développement d'un partenariat avec les familles, le dispositif *Alliance* est une base solide pour renforcer l'intégration de l'éducation à la santé dans les pratiques scolaires et contribuer à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les leviers et les freins à l'implémentation du programme *Alliance* ont été identifiés, ainsi que des premiers éléments de transférabilité garantissant son succès. Ces conditions relèvent notamment de l'articulation entre terrain et recherche, de la collecte des besoins des élèves et des enseignants, de la formation pluriprofessionnelle et de l'accompagnement méthodologiques et des équipes ou encore du soutien institutionnel de l'Éducation nationale. L'inclusion d'un nouveau groupe d'écoles et de communes lors de l'année scolaire 2024/2025 permettra de renouveler cette étude au sein de contextes différents, de confirmer les éléments précédemment identifiés mais aussi de les approfondir, à l'instar de l'impact de l'intervention sur les inégalités de santé. Les résultats de ces travaux seront également intégrés aux réflexions portant sur les modalités de pérennisation autonome du programme, c'est-à-dire sans la coordination apportée à ce jour par l'équipe de recherche. Ces travaux sur la transférabilité sont menés dans le cadre du réseau So-RISP, rassemblant des équipes de recherche déployant des recherches interventionnelles en santé des populations.

En termes de communication scientifique et de valorisation, deux articles sont en cours de publication : l'un constituant l'article protocole de la recherche *Alliance* et l'autre portant sur l'étude de la transférabilité de l'intervention. D'autres publications sont prévues pour l'année 2025, portant notamment sur les résultats de l'évaluation réaliste ainsi que sur les différentes études menées en lien avec l'activité enseignante. Des communications autour de la recherche et de ses résultats ont pu être réalisées auprès d'acteurs variés (scientifiques, institutionnels, opérationnels) et seront activement poursuivies en 2025.

### **Apports de santé publique**

Un grand nombre de professionnels issus des équipes scolaires et périscolaires ont été intégrés au programme, avec 102 enseignants et 39 agents périscolaires issus du groupe contrôle formés. Au total, à l'issue des quatre premières années, 340 enseignants et 73 agents auront bénéficié des formations *Alliance*. Ces formations ont contribué à renforcer leurs connaissances, compétences et leurs pratiques professionnelles en matière de promotion de la santé en milieu scolaire. Par ailleurs, elles ont favorisé le développement de dynamiques collectives de travail, essentielles pour garantir une approche concentrée et durable.

Le déploiement du programme auprès des professionnels scolaires et périscolaires a permis la mise en place de nombreuses actions de promotion de la santé au sein des écoles. Parmi les écoles ayant bénéficié du programme durant l'année scolaire 2022/2023, les principales thématiques d'actions choisies portaient sur le bien à l'école (12 écoles), le climat scolaire (11 écoles), la gestion de la violence et des conflits (8 écoles), ou encore le sommeil (6 écoles), la

vie affective et sexuelle (5 écoles) et l'usage des écrans (5 écoles). Ces actions fournissent aux élèves des connaissances et compétences en santé, qui leur permettront de devenir, en grandissant, des acteurs informés et engagés en matière de santé.

Le questionnaire utilisé pour effectuer les différents temps de recueils au sein des groupes intervention et contrôle intègre l'indice de position sociale (IPS). Cet indicateur a permis d'identifier, lors de l'analyse des données, les écoles nécessitant une implication plus importante. Cela a orienté les équipes de circonscription de l'Éducation nationale dans cette direction, selon une approche d'universalisme proportionné qui vise à offrir un soutien adapté en intensité en fonction des besoins spécifiques (Marmot, 2010).

A travers son développement de la démarche des Écoles promotrices de santé au sein des écoles et communes intégrées au programme, une école du Cantal a pu valoriser sa participation à *Alliance* et les actions mises en place avec l'obtention d'une labellisation Edusanté, soulignant son engagement pour la santé et le bien-être des élèves.

En parallèle, une dynamique partenariale forte a été développée durant ces années, notamment par l'instauration et l'animation d'un comité de pilotage participatif qui rassemble divers acteurs intervenant à différents niveaux au sein du même territoire. Cette mise en réseau a favorisé une cohérence des actions et une complémentarité des interventions. Cette dynamique a également permis, en parallèle de l'obtention de financements complémentaires, l'inclusion de nouvelles écoles et communes volontaires au cours des deux années scolaires qui ont suivies (2023/2024 et 2024/2025).

### **Conditions de transférabilité de la recherche interventionnelle**

Ce projet prend la forme d'une recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), ce qui soulève la question de la transférabilité d'une intervention reconnue comme étant efficace dans un contexte donné (Hawe & Potvin, 2019). Le modèle « FIC » a été utilisé pour analyser et améliorer la transférabilité de l'intervention *Alliance*, en distinguant ses fonctions-clés (dimensions transférables) des formes (éléments spécifiques aux contextes) (Villeval et al., 2015). Cette approche remet en question la notion de "fidélité" d'une intervention, en postulant qu'elle peut rester fidèle à ses fonctions-clés tout en adaptant ses activités selon les contextes (formes) (Hawe, 2015).

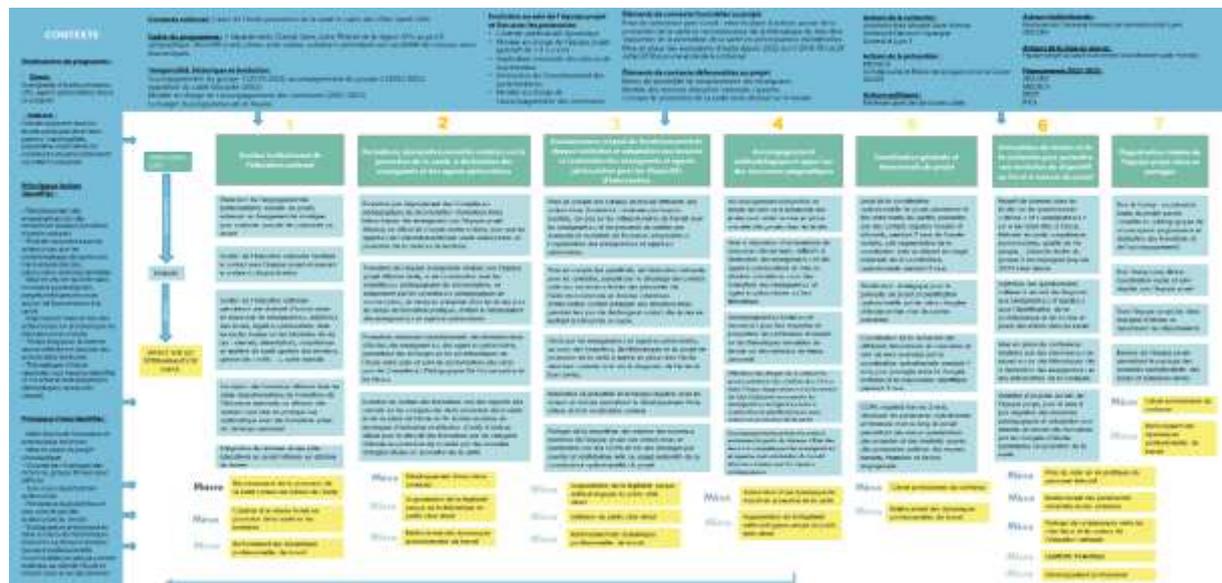
Une première étude a été menée dans le but d'analyser le transfert du programme *Alliance* du groupe intervention au groupe contrôle. L'analyse des données a été réalisée avec l'appui méthodologique du laboratoire CERPOP, dans le cadre du réseau national de recherche So-RISP. Dans la lignée de la méthode « FIC », cette étude poursuivait trois objectifs :

- Améliorer la transférabilité des interventions, distinguant leurs dimensions transférables (fonctions-clés) des activités liées au contexte spécifique (formes) ;
- Déconstruire une intervention dans le but de la décrire finement, en identifiant ses fonctions clés, qui pourraient alors être potentiellement transférées dans d'autres contextes ;
- Mieux anticiper et analyser les effets d'une intervention au regard des inégalités sociales de santé par cette déconstruction.

Au vu de contraintes de ressources (temporelles et humaines), l'objectif de réduction d'impact sur les inégalités sociales de santé n'a pu être exploré. Cette étude sera renouvelée afin de confirmer les éléments identifiés et mieux appréhender les effets de l'intervention au regard de ces inégalités (cf. Perspectives de recherches).

Une description fine du programme *Alliance* (objectifs, historique, publics ciblés, modèle théorique, méthode, mise en œuvre, outils mobilisés, évaluation) a pu être réalisée à partir des multiples documents de cadrage préexistants. A travers l'identification des freins et leviers à la mise en place du programme *Alliance*, les fonctions-clés et formes ont pu être identifiées. Le contexte a également été formalisé à partir d'éléments descriptifs et des leviers et freins perçus par les acteurs du projet. 61 entretiens semi-directifs ont été réalisés en 2 vagues de 2020/21 et 2023 auprès des écoles et communes du groupe intervention (31) et écoles et communes du groupe contrôle (30). Enfin, les conséquences des fonctions-clés en termes d'impact sur les déterminants de santé ont été analysées. Ainsi, le modèle « fonctions-clés » présenté en Figure 1 a été élaboré, présentant les sept fonctions-clés identifiées : le soutien institutionnel de l'éducation nationale ; les formations en promotion de la santé Alliance des enseignants et agents périscolaires ; la connaissance et le respect du fonctionnement de chaque institution par les équipes projet et porteuse de projet et l'adaptation des dispositifs d'intervention aux besoins et contraintes des enseignants et agents périscolaires ; l'accompagnement des agents et personnel enseignant par des ressources méthodologiques et pédagogiques, mené par l'équipe projet ou des conseillers de circonscription ; la coordination générale et transversale ; l'articulation du terrain et de la recherche ; l'organisation interne de l'équipe projet claire et partagée. Les formes, ici au nombre de 30, peuvent évoluer au cours du programme.

Figure 3 : Schéma « fonctions-clés » obtenus pour la phase 2021/2022 du programme *Alliance*.



L'élaboration du modèle « fonctions-clés » offre une photographie du programme *Alliance* dans un contexte donné, en formalisant les conditions nécessaires au transfert de l'intervention. Il permet la formalisation de conditions nécessaires (fonctions-clés) au transfert de l'intervention d'un contexte (groupe intervention) à un autre (groupe témoin). Ce travail a donné lieu à un article en cours de publication.

## Perspectives de recherches

### *Résultats d'Impact de l'intervention*

Les analyses des données recueillies auprès des élèves et des enseignants sont à poursuivre. Des analyses stratifiées par département ainsi que des modélisations intégrant davantage de variables décrivant le contexte d'implémentation permettront d'affiner les résultats obtenus et intégrer les disparités départementales existantes (en termes de déploiement de l'intervention, en termes de politiques départementales déployées ...). Cette dernière phase d'analyse permettra de finaliser l'évaluation réaliste du programme durant l'année 2025. Des valorisations écrites et orales de ces résultats sont prévues.

Les analyses déjà engagées et en lien la démarche Écoles promotrices de santé, le développement des compétences psychosociales et de la littératie en santé des élèves se poursuivront également. Elles contribueront à la production de résultats au plus près des politiques actuelles de promotion de santé à l'école.

### *Etude de transférabilité*

L'élargissement des sources de financement pour ce projet de recherche a permis l'inclusion d'un nouveau groupe d'écoles et de communes pour l'année scolaire 2023/2024 (AAP INCA PREVPRIM 2022). Ainsi, l'étude de transférabilité sera renouvelée auprès de ce public, avec la participation d'enseignants et d'agents communaux, non-inclus lors de la précédente étude de transférabilité réalisée. Il s'agira également de préciser l'impact de l'intervention au regard des inégalités sociales de santé, aspect non-étudié lors de la précédente étude par manque de temps et de ressources humaines. Cette étude fera l'objet d'une valorisation scientifique, venant ainsi compléter la première étude de transférabilité réalisée en 2023 et en cours de publication.

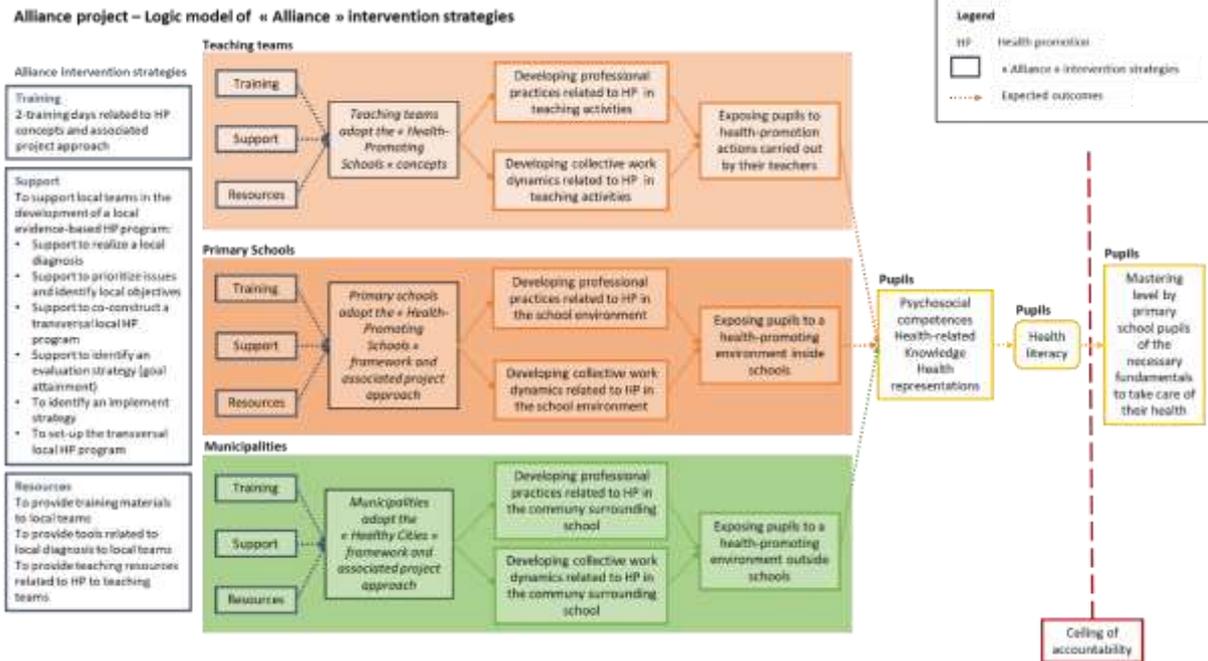
Ce financement, qui court jusqu'au 31/12/2025, permet également l'initiation d'une démarche de co-construction d'outils permettant la mise en œuvre du programme ALLIANCE avec les ressources disponibles au sein des académies et des communes. Celle-ci a démarré en septembre 2024 avec l'établissement de groupes de travail mixtes (chercheurs, institutions, terrain). Le co-développement des outils (Formations, ressources, diagnostic) prend du temps et leur réalisation n'est pas totalement assurée pour fin 2025

L'ensemble des résultats issus de l'évaluation et de l'étude de la transférabilité seront intégrés aux réflexions menées en vue d'une mise à l'échelle du programme au sein d'autres territoires. Sous réserve de disponibilité de financements, une nouvelle phase est envisagée, mobilisant les sciences de l'implémentation pour l'étude des processus et des stratégies de mise en œuvre de l'intervention rendue autonome. Cette recherche permettra la formulation de *guidelines* opérationnelles, adaptées à chaque type d'acteur impliqué dans le programme, en vue de son déploiement au sein de nouveaux territoires. En ce sens, une demande a été déposée à l'IRESP dans le cadre de l'AAP SIP 2025.

## Références bibliographiques principales

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T, Guthmann JP, Ragot M, Delmas MC, et al. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. 2015;Etudes et résultats(924). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des>
- Agence Régionale de Santé, A.-R.-A. (2020). *Guide—Parcours santé des jeunes* (p. 32). <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/guide-parcours-sante-des-jeunes>
- Sørensen K, Okan O. Health literacy. Health literacy of children and adolescents in school settings. Global Health Literacy Acad./ Fac. of Educational Science, Univ. Bielefeld / Internat. School Health Network.; 2020 p. 32. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2942282>
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education, 112*, 133-152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>
- Jourdan D, Gray NJ, Barry MM, Caffè S, Cornu C, Diagne F, et al. Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(4):295-303.*
- Lamboy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : Enjeux et méthodes. *Devenir, 30(4)*, 357. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0357>
- Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et Direction générale de l'enseignement scolaire. Vademecum Ecole promotrice de santé - Eduscol. 2023. <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>
- Académie nationale de médecine. Bonnin A, Rives N, Lévi Y. Pour une éducation des jeunes citoyens à la prévention en santé. 2024. Report No.: 24-04. <https://www.academie-medecine.fr/pour-une-education-des-jeunes-citoyens-a-la-prevention-en-sante/>
- Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et Direction générale de l'enseignement scolaire. Vademecum Ecole promotrice de santé - Eduscol. 2023. <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>
- World Health Organization. (2020). *Healthy Cities*. WHO. <http://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation* (Sage Publications). [https://www.academia.edu/28484254/Realistic\\_evaluation\\_by\\_Ray\\_Pawson\\_and\\_Nick\\_Tilley\\_Sage\\_Publications\\_1997\\_235\\_pp](https://www.academia.edu/28484254/Realistic_evaluation_by_Ray_Pawson_and_Nick_Tilley_Sage_Publications_1997_235_pp)
- Villeval M, Bidault E, Gaborit E, Grosclaude P, Haschar-Noé N, Lang T. Un programme de recherche interventionnelle (AAPRISS) visant à réduire les inégalités sociales de santé: méthodes et validation. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2015;106(6):e434-41.*

## Annexe



Annexe 1. Modèle logique des stratégies d'intervention du programme Alliance.