



HAL
open science

Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire

Sandrine Broussouloux

► **To cite this version:**

Sandrine Broussouloux. Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire. Education. Université de Lyon, 2016. Français. NNT : 2016LYSE1028 . tel-01378570

HAL Id: tel-01378570

<https://theses.hal.science/tel-01378570v1>

Submitted on 10 Oct 2016

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

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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I
UFR Sciences de l'Education
Ecole doctorale Education Psychologie Information et communication (EPIC n°485)

THÈSE
Pour obtenir le grade de docteur
Mention : Sciences de l'Education (70^{ème} section)

**Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé
en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire.**

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2016

Sandrine Broussouloux

Laboratoire HESPER / Laboratoire CRIS

Composition du jury :

Dominique BERGER (Directeur de thèse)
Professeur des Universités – Université Claude Bernard – Lyon 1

Franck CHAUVIN
Professeur des Universités – Université Jean Monnet – Saint-Etienne

Eric DEBARBIEUX
Professeur des Universités – Université Paris Est Créteil - Créteil

Graça DE CARVALHO (Rapporteur)
Professeure des Universités - Université du Minho à Braga – Portugal

Didier JOURDAN (Rapporteur)
Professeur des Universités – Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand

Alain MOUGNIOTTE
Professeur des Universités – Université Claude Bernard – Lyon 1

Françoise MOULIN-CIVIL (Présidente)
Professeure des Universités – Rectrice de l'Académie de Lyon

Remerciements

Je remercie sincèrement l'équipe d'encadrement du rectorat de Lyon qui a su s'engager en faveur de l'expérimentation d'ABMA et les membres du CESC académique qui ont permis de lui donner une assise institutionnelle.

Je salue et remercie chaleureusement toutes les équipes des établissements qui se sont lancés dans cette aventure. Les échanges que nous avons eus ont toujours été passionnants et (re)motivants. Je voudrais surtout leur témoigner de ma gratitude envers leurs indéniables qualités humaines, leur disponibilité et leur investissement qui ont tant apporté à ce travail.

Le travail de thèse est perçu, à tort, comme une entreprise solitaire, je peux témoigner qu'il n'en est rien. Ce rapport n'est que la transcription d'une épopée collective et je voudrais que les référents départementaux (ils se reconnaîtront et vous, lecteur, saurez ce qu'est un référent départemental si vous poursuivez votre lecture jusqu'à la deuxième partie de cet opus) soient bien assurés que je les remercie amicalement pour avoir partagé avec moi leurs réflexions, leurs certitudes et leurs doutes, les trajets en voiture, le café et les chouquettes...

J'adresse une pensée particulière à Josette Morand, à qui ce travail de recherche doit tant, pour sa profonde gentillesse, son hospitalité... et sa terrasse ensoleillée qui a vu naître la première ébauche du dispositif.

Je remercie amicalement Dominique Berger d'avoir supervisé ce travail avec bienveillance, et d'avoir répondu avec constance à mes "questions existentielles" de doctorante déboussolée.

Je remercie l'équipe de la DATER pour sa compréhension et particulièrement, Paule pour sa confiance, Andréa, Aurore, Angélique, Anne-Sophie, Eric, Florence, Karine, Madeleine, Manuela pour leur soutien, leur contribution et leur écoute, sans oublier Marie qu'ABMA a emmenée jusqu'à Saint-Denis !

Je remercie aussi chaleureusement tous les ami(e)s qui ont su m'entourer de leurs encouragements jusqu'à la fin de cette aventure, et particulièrement Christine et Elisabeth.

Un très grand merci à Ariane, Faustine et Hugues pour leur patience et leur soutien et qui espèrent que c'est bien la dernière fois que je reprends des études ... A mes parents qui savent être là quand il le faut.

Et pour finir, je fais une caresse aux chats de la maison, Ichi et Orion, qui se sont révélés être de fidèles compagnons d'écriture de jour comme de nuit.

Résumé

Après la famille, l'École est le second lieu de vie en importance des enfants et des jeunes. Sa responsabilité n'a fait que croître en ce qui concerne la formation des futurs citoyens, en particulier dans le domaine de la santé. S'il y a plus d'un siècle les pouvoirs publics se servaient de l'École pour transmettre largement des messages sanitaires, peu à peu l'institution scolaire s'est appropriée de la question de la santé des élèves qu'elle accueille quotidiennement. A partir des années 1970, le ministère de l'Éducation nationale édicte sa propre politique de santé, en coordination avec les autorités sanitaires. Dès lors la question de l'efficacité des politiques de santé, et surtout des interventions mises en œuvre, devient prédominante.

A partir de la fin des années 1990, l'OMS développe le concept d'écoles promotrices de santé. L'école est perçue comme un milieu de vie qui influence la santé de tous ceux qui le fréquentent. Afin que ce milieu favorise le bien-être et la santé, il convient de l'appréhender de manière globale en agissant simultanément sur plusieurs dimensions : l'environnement physique et social, la dimension pédagogique et le développement des compétences psychosociales.

La littérature internationale souligne l'efficacité de ce type d'approche en matière de prévention primaire et de promotion de la santé comparativement à des interventions plus traditionnelles basées sur les thématiques de santé et la prévention des risques. Toutefois, dans la pratique le déploiement des écoles promotrices de santé s'avère encore relativement confidentiel et partiel.

Notre étude a consisté à identifier quels étaient les facteurs favorables et défavorables à l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé globale en milieu scolaire. Ce premier volet de l'étude a pour ambition de dégager des pistes pragmatiques et adaptées au système éducatif français afin de généraliser une approche globale de promotion de la santé. Le second volet de l'étude a porté sur les effets d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire sur le climat scolaire et les résultats scolaires.

L'élaboration et l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé, « aller bien pour mieux apprendre » (ABMA), élaboré dans l'académie de Lyon en partenariat avec l'Inpes nous a servi de terrain de recherche. Le dispositif ABMA identifie quatre stratégies d'intervention : informative, éducative, pédagogique et organisationnelle et propose six domaines sur lesquels intervenir : la gestion du temps, des espaces, des relations

interpersonnelles, le développement des compétences psychosociales, la communication et le partenariat. Les établissements qui expérimentent le dispositif nomment des référents ABMA chargés du suivi de l'implantation de la démarche qui commence par la réalisation d'un état des lieux et l'identification des priorités d'actions. Des ressources sont mises à la disposition des équipes des établissements, qui sont également invitées à participer à trois journées de formation par an. Elles bénéficient aussi d'un accompagnement individualisé réalisé par un référent départemental issu des services départementaux de l'Education nationale.

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de la recherche interventionnelle. L'évaluation du dispositif, tout comme son élaboration, ont fait l'objet d'une co-construction étroite entre l'équipe de recherche et les acteurs impliqués dans le dispositif.

La méthode d'évaluation est mixte, quantitative mais principalement qualitative. Les variables indépendantes renvoient aux caractéristiques de l'établissement, aux résultats scolaires et au climat scolaire. Les variables dépendantes réfèrent au niveau et à la qualité d'implantation du dispositif dans l'établissement ainsi qu'au processus d'accompagnement des établissements.

Les résultats soulignent l'importance de l'accompagnement des établissements et montrent que l'engagement de la direction académique devient essentiel pour pérenniser la démarche. Au niveau des établissements, les principaux leviers à l'implantation d'une approche globale de promotion de la santé sont l'implication du chef d'établissement, une communication régulière à destination de l'ensemble de la communauté éducative, la réalisation d'un état des lieux adapté et un accompagnement individualisé.

Dans les établissements pilotes dans lesquels le dispositif a été implanté de façon satisfaisante, une amélioration des résultats scolaires et du climat scolaire est observée.

Mots clés : promotion de la santé - écoles promotrices de santé - éducation pour la santé - recherche interventionnelle en santé des populations.

Abstract

After home life, school is the second most important setting in the lives of children and adolescents. The responsibility of schools in training children as future citizens is steadily increasing, especially with regards to health. The state has used schools as a vehicle for public health messages for over a century and over time, schools have embraced the issue of the health of its students. In the 1970s, the Ministry of Education established its own health policy for the first time, in consultation with health authorities. As of that moment, both health policy and health programming efficacy emerged as important concerns.

By the end of the 1990s, the WHO developed the concept of Health Promoting Schools. Indeed, schools are viewed as a setting that influences the health of the individuals who frequent it. In order for schools to contribute to health and wellbeing, there must be a global approach, working simultaneously on several aspects: the social and physical environment, pedagogy and the development of psychosocial skills.

International literature highlights the efficacy of this type of approach in primary prevention and health promotion in comparison to more traditional risk-based and thematic programming. However, in practice, the implementation of the Health Promoting School concept has not been wide spread.

Our study consisted of identifying the enabling and inhibiting factors in the implementation of a health promotion programme in schools. The goal of the first part of the study is to identify pragmatic approaches that are adapted to the French education system in order to generalize a global health promotion approach. The second part of the study looked at the effects of a global health programme in schools on school climate and academic performance.

The planning and implementation of the health promotion programme ABMA (increased well-being for better learning), was constructed in the Lyon school board in a partnership with INPES and used as base for the study. ABMA identifies four implementation strategies: informational, educational, pedagogical, and organizational and proposes six intervention domains: time management, space management, interpersonal relationships, psychosocial skill development, communication and partnerships. Each school that participated in the experimental phase of ABMA named a team in charge of the implementation of the initiative, which started with evaluating current conditions in the school and identifying first priorities. School teams are given the necessary resources and are invited to participate in three training days annually. They are also given individualised support by the local school board.

This project is within the framework of interventional research. The research unit and the teams from the schools worked together on the programme development and its evaluation. Evaluation methods are mixed: quantitative, but primarily qualitative. Independent variables correspond to individual characteristics of the school, to academic performance and to school climate. The dependent variables correspond to the level and quality of implementation of the programme as well as the support process in the school. The results highlight the importance of the support process and show that the implication of the school board is essential for the long-term success. For schools, the main facilitating factors for global health promotion development are the involvement of the principal, regular communication to the entire educational community, a good initial evaluation of current conditions and individualized support.

In pilot schools where the programme implementation was successful, improvement in both academic performance and school climate is observed.

Key words: Health Promotion, Health Promoting Schools, Health Education, Interventional Research in Population Health.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	5
SOMMAIRE	7
Liste des tableaux, des figures et des encadrés	12
Liste des sigles et acronymes utilisés	13
Avertissement	16
INTRODUCTION	18
PREMIÈRE PARTIE :	26
LES ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ	26
CHAPITRE 1 – Approche historique des écoles promotrices de santé	28
1.1. La genèse d’un nouveau concept.....	28
1.1.1. Les précurseurs.....	28
1.1.2. Des événements fondateurs	29
1.2. Le temps des réseaux.....	30
1.2.1 European Network of Health Promoting School.....	30
1.2.2 School for Health in Europe network.....	33
1.3. Les écoles promotrices de santé à travers le monde.....	36
1.3.1 Les principaux modèles.....	36
1.3.2 Une expansion mondiale	39
<i>A travers les continents : un déploiement international, des réalités plurielles.....</i>	<i>39</i>
1.4. Focus sur l’histoire des écoles promotrices de santé en France	40
1.4.1. Un pays pionnier mais un réseau resté confidentiel	40
1.4.2 Un partenariat renouvelé	45
CHAPITRE 2 – Pour définir les écoles promotrices de santé.....	48
2.1. De l’hygiénisme à la promotion de la santé en milieu scolaire	48
2.1.1 Aperçu historique	48
2.1.2 Les différentes stratégies d’intervention d’éducation à la santé en milieu scolaire	51
2.2. De la promotion de la santé aux écoles promotrices de santé	55
2.2.1 Fondements conceptuels des écoles promotrices de santé	55
2.2.2 Définir le concept de l’école promotrice de santé.....	59
2.2.3 L’école promotrice de santé : de la théorie à la pratique	62

DEUXIÈME PARTIE :	66
PRÉSENTATION DU DISPOSITIF "ALLER BIEN POUR MIEUX APPRENDRE" .	66
CHAPITRE 3 – Contextes d'élaboration du dispositif	68
3.1. Contexte institutionnel	68
3.1.1. Un système éducatif questionné	68
3.1.2. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République de 2013	71
3.2. Contextes personnel et professionnel	77
3.2.1 Un master 2 "Santé et éducation" et après.....	77
3.2.2 En lien avec ma pratique professionnelle	78
3.3. Contexte "au hasard des rencontres"	81
3.3.1 Des intentions convergentes	81
3.3.2 Le CESC académique de Lyon : un cadre porteur	82
CHAPITRE 4 – Il était une fois... "Aller bien pour mieux apprendre"	84
4.1. Genèse d'un dispositif.....	84
4.1.1 Constitution du groupe projet ABMA	84
4.1.2 Les documents ABMA	87
4.2. Description du dispositif	88
4.2.1 Objectifs et titre	88
4.2.2 Organisation générale.....	89
4.3. L'expérimentation.....	96
4.3.1 Dans les établissements scolaires	96
4.3.2 L'accompagnement des établissements pilotes.....	98
4.3.3 Les réunions de suivi des référents départementaux	100
4.3.4. Comment financer ABMA ?	101
CHAPITRE 5 – Évaluation du dispositif, méthodologie de recherche	104
5.1. Pourquoi évaluer ABMA ?.....	104
5.1.1 Évaluer pour généraliser.....	104
5.1.2 Les hypothèses de recherche	105
5.2. Comment évaluer ABMA ?.....	106
5.2.1 La sélection des établissements évalués	106
5.2.2 Les méthodes de recherche.....	107
5.2.3 La méthode de recueil des données	110
5.2.4 Les corpus de variables	112

5.2.5 Les techniques de recueil de données.....	115
TROISIÈME PARTIE :	120
L'IMPLANTATION DU DISPOSITIF ABMA	120
CHAPITRE 6 – Du côté des établissements.....	122
6.1. À chacun son histoire – les établissements pilotes au cas par cas	122
6.1.1. Établissement A.....	122
6.1.2. Établissement B.....	126
6.1.3. Établissement C.....	131
6.1.4. Établissement D.....	141
6.1.5. Établissement E.....	146
6.1.6. Établissement F.....	150
6.1.7. Établissement G.....	154
6.1.8. Établissement H.....	160
6.1.9. Établissement I.....	164
6.1.10. Établissement J.....	168
6.1.11. Établissement K.....	172
6.2. Résultats de l'évaluation du processus d'implantation du dispositif ABMA	174
6.2.1 Caractéristiques des établissements pilotes – données synthétiques	174
6.2.2 Appréciation du niveau d'implantation du dispositif ABMA dans les établissements	177
6.2.3 Caractéristiques des principales actions mises en œuvre	195
6.3 Des pistes pour une évaluation d'impact du dispositif ABMA.....	199
6.3.1 Effets d'ABMA sur les résultats scolaires.....	199
6.3.2 Effets d'ABMA sur le climat scolaire	200
CHAPITRE 7 – Du côté de l'accompagnement.....	202
7.1 Et ainsi ABMA créa le référent départemental.....	202
7.1.1 Le référent départemental, retour sur une co-construction.....	202
7.2 L'accompagnement vu par les équipes des établissements.....	213
7.2.1 En ce qui concerne le suivi individuel.....	213
7.2.2 En ce qui concerne l'accompagnement collectif.....	215
Synthèse des résultats des chapitres 6 et 7	217
CHAPITRE 8 - Attention travaux ! Dispositif en co-construction !.....	220
8.1 Le "chantier" vu par les référents ABMA des établissements.....	220
8.2 Le "chantier" vu par les référents départementaux.....	221
QUATRIÈME PARTIE :	224

RÉSULTATS - ÉLÉMENTS CLÉS POUR IMPLANTER UN DISPOSITIF DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE	224
CHAPITRE 9 – Introduction	226
9.1 Présentation des principaux résultats.....	226
9.2 Comparaisons internationales.....	227
CHAPITRE 10 – Éléments clés du processus d'implantation d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire : analyse des freins et des leviers	232
10.1 Le soutien de l'institution scolaire	232
10.1.1 Le soutien du rectorat et des directions départementales des services de l'Éducation nationale	232
10.1.2 Le soutien du ministère et le cadre législatif	234
10.1.3 Comparaisons internationales.....	235
10.2 L'accompagnement des établissements	235
10.2.1 L'accompagnement individualisé et collectif des établissements.....	236
10.2.2 La fonction du référent départemental/de l'accompagnateur.....	238
10.2.3 Comparaisons internationales.....	239
10.3 Les acteurs clés de l'établissement scolaire	240
10.3.1 Le chef d'établissement	240
10.3.2 Le référent ABMA	242
10.3.3 L'équipe ABMA	243
10.3.4 Comparaisons internationales.....	244
10.4 La participation de la communauté éducative	245
10.4.1 Participation des personnels enseignants et non enseignants	245
10.4.2 Participation des élèves	247
10.4.3 Participation des parents.....	248
10.4.4 Comparaisons internationales.....	249
10.5 La planification/La démarche de projet.....	251
10.5.1 Réaliser la phase d'analyse de la situation	251
10.5.2 Mettre en place des actions. Lesquelles ?.....	252
10.5.3 Comparaisons internationales.....	253
10.6 La communication.....	255
10.6.1 Communiquer dans les établissements.....	255
10.6.2 Communiquer au niveau du macrocontexte des établissements.....	256
10.6.3 Comparaisons internationales.....	256
10.7 Les financements.....	257

10.7.1 Une expérimentation sans financement expérimental (résultats)	257
10.7.2 Sur quoi portent les financements d'une école promotrice de santé ?	258
10.7.3 Comparaisons internationales.....	258
DES CONCLUSIONS AUX PERSPECTIVES	262
BIBLIOGRAPHIE	268

Liste des tableaux, des figures et des encadrés

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Codification des personnels et des lieux du dispositif ABMA.....	p.17
Tableau n°2 : Présentation synthétique des documents ABMA.....	p.87
Tableau n°3 : Présentation synthétique de l'organisation générale.....	p.89
Tableau n°4 : Les frais à prévoir pour implanter ABMA ci-dessous présente une vue synthétique du coût annuel d'ABMA.....	p.102
Tableau n° 5 : Effectifs des établissements engagés dans l'expérimentation et de l'évaluation d'ABMA de 2012 à 2015.....	p.107
Tableau n°6 : Les variables indépendantes.....	p.113
Tableau n°7 : Les variables dépendantes.....	p.113
Tableau n°8 : Les variables indépendantes rajoutées en cours d'évaluation.....	p.114
Tableau n°9 : Les variables dépendantes rajoutées en cours d'évaluation.....	p.115
Tableau n°10 : Répartition des établissements engagés dans l'expérimentation ABMA selon l'effectif des élèves.....	p.174
Tableau n°11 : Récapitulatif de la réalisation de la phase d'analyse par les établissements..... pilotes	p.188
Tableau n°12 : Utilisation des documents ABMA par les référents des établissements.....	p.192
Tableau n°13 : Effectifs des journées de rassemblement.....	p.194
Tableau n°14 : Effectifs et des fonctions des RD par département et par année.....	p.204

Liste des figures

Figure n° 1 : Figure n°1 : Schéma du protocole des méthodes mixtes.....	p.111
---	-------

Liste des encadrés

Encadré n°1 : Encadré n°1 : Présentation des "cellules bien-être" - Extrait du document "cellule bien-être. Dispositif-pilote de mise en place de "cellule bien-être" dans les établissements.....	p.229
--	-------

Liste des sigles et acronymes utilisés

ABMA Aller bien pour mieux apprendre

AES Approche école en santé

AS Assistante sociale

AFAE Association française des acteurs de l'éducation

AG Assemblée générale

ARS Agence régionale de santé

ASSR Attestation scolaire de sécurité routière

BTS Brevet de technicien supérieur

Cardie Cellule académique recherche et développement en innovation et en expérimentation

CBE Cellule bien-être

CDC Center for Disease Control and promotion. Centre pour le contrôle et la prévention des maladies

CDI Centre d'information et de documentation

CEESC Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CFES Comité français d'éducation pour la santé

Codes Comité départemental d'éducation pour la santé

COP Conseiller d'orientation-psychologue

CPE Conseiller principal d'éducation

CPGE Classe préparatoire aux grandes écoles

CPS Compétences psychosociales

CSHP Comprehensive School Health Programme

CSHP Coordinated School Health Program

CSP Catégories socioprofessionnelles

CT Conseiller technique

CTSS conseillère technique de service sociale

Cres Comités régionaux d'éducation à la santé

CVC Conseil de la vie collégienne

DAFOP Délégation académique à la formation des personnels

DASEN Directeur académique des services de l'Éducation nationale

Desco Direction de l'enseignement scolaire

Dgesc Direction générale de l'enseignement scolaire

DNB Diplôme national du brevet (brevet national des collèges)

DDSEN Direction départementale des services de l'Éducation nationale

DSDEN Direction des services départementaux de l'Éducation nationale

ENHPS European Network of Health Promoting School – Réseau européen des écoles promotrices de santé

ENT Espace numérique de travail

EPLE Établissements publics locaux d'enseignement

EPS Éducation physique et sportive

FIL Formation d'initiatives locales

HBSC Health Behaviour in School-aged Children

HECAT Health Education Curriculum Analysis Tool

HPS Health Promoting School - École promotrice de santé

HS Healthy School

ISHN International School for Health network

IA-IPR Inspecteurs d'académie-inspecteurs pédagogiques régionaux

ICAPS Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité

ICTD infirmière conseillère technique départementale

ICTR infirmière conseillère technique auprès du recteur

IEN Inspecteur de l'Éducation nationale

Inpes Institut national de promotion et d'éducation pour la santé

INSPQ Institut national de santé publique du Québec

IST Infections sexuellement transmissibles

LGT Lycée général et technologique

LP Lycée professionnel

LPC Livret personnel de compétences

NHSP National Healthy School Program

NIGZ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (Institut national de promotion de la santé et de prévention des Pays-Bas)

OCDE Organisation de coopération et de développement économique

OMS Organisation mondiale de la santé

OP Ouvrier professionnel

PAF Plan académique de formation

PCS Professions et catégories socioprofessionnelles

Pisa Programme for International Student Assessment

RD Référent départemental ou Référents départementaux

REP Réseau d'éducation prioritaire

REP+ Réseau d'éducation prioritaire renforcé

REEPS Réseau français des écoles promotrices de santé

RI Recherche interventionnelle

Risp Recherche interventionnelle en santé des populations

SHE network School for Health in Europe network - Réseau européen des écoles promotrices de santé

SGPA Sections d'enseignement général et professionnel adapté

SPSE Services de promotion de la santé à l'école

SVT Sciences de la vie et de la terre

TZR titulaire sur zone de remplacement (TZR) est un professeur titulaire de l'enseignement secondaire français

UIPES Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

ULIS Unité locale d'inclusion scolaire

Avertissement

Afin de préserver leur anonymat, les établissements et les personnels ont été désignés par une lettre sans rapport avec leur véritable nom. Le masculin est employé uniformément pour toutes les personnes mentionnées dans le texte, qu'il s'agisse de femmes ou d'hommes. Ceux dont les propos sont rapportés sont identifiés par un numéro qui correspond à l'ordre chronologique dans lequel les entretiens ont été réalisés. Leurs fonctions ne sont pas systématiquement indiquées, toujours dans le souci de conserver leur anonymat.

Les villes ne sont pas nommées. Les départements ont été désignés par un numéro (1, 2 et 3) attribué de façon aléatoire sans aucun rapport avec l'ordre alphabétique de l'initiale du véritable nom.

Les référents départementaux (RD) ont été désignés par leur fonction et le féminin a été employé uniformément qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme. Comme les RD sont peu nombreux, il leur a été attribué un nom fictif afin de fluidifier la lecture du document. Ces patronymes ont été choisis à partir de la liste des noms de famille les plus portés en France¹. L'ordre d'attribution a suivi l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Ainsi le RD qui a été interviewé en premier s'est vu attribué le nom le plus donné, et ainsi de suite.

Comme toute règle qui se respecte, quelques exceptions subsistent. Ainsi trois personnes conservent leur véritable identité dans la thèse car le caractère unique de leur fonction rendait toute tentative d'anonymisation dérisoire. Avec leur accord, Mme Josette Morand, infirmière conseillère technique auprès de la rectrice et M. Dominique Berger, professeur des universités et directeur de ce travail de recherche conservent leurs noms. Bien entendu, cette exception s'applique également pour moi.

¹ <http://www.geopatronyme.com/cgi-bin/carte/hitnom.cgi?periode=5><http://www.geopatronyme.com/cgi-bin/carte/hitnom.cgi?periode=5>

Tableau n°1 : Codification des personnels et des lieux du dispositif ABMA

Rectorat	Code département	Fonction du RD	Lettre établissement	Numéro d'entretien du référent ABMA
ICTR Mme Morand	Département 1	ICTD (Mme Martin) CTSS (Mme Bernard)	A	9 10
			B	20 21
			C	16 27
			H	17 28
	Département 2	CTSS (Mme Thomas) CPE (Mme Petit)	F	11 18
			G	15 29
			K	12 19
	Département 3	ICTD (Mme Durand puis Mme Richard) Principal (M. Robert)	D	24 25 26
			E	13 14 22
			I	7 8
			J	23

INTRODUCTION

"La promotion de la santé est-elle soluble dans l'Éducation nationale ? Oui, mais elle fond lentement... "

Jean-Louis Michard²

I. Présentation de la problématique générale et des questions de recherche

Promouvoir la santé à l'École

Si elle n'est pas sa mission première, la santé est cependant l'affaire de l'École. Les liens étroits qui unissent santé et éducation ne sont plus à démontrer. La santé crée les conditions de l'éducation et l'éducation contribue au maintien de la santé. Les études révèlent également que de bons résultats scolaires sont étroitement liés à une bonne santé de l'élève, et qu'inversement de mauvais résultats scolaires sont plus fréquemment liés à de mauvaises conditions de santé. Aussi, un système scolaire qui vise la réussite de tous ses élèves ne peut pas ne pas se préoccuper de leur santé et se doit de définir une politique de santé globale ayant pour finalité le bien-être de tous ceux qui fréquentent quotidiennement ses établissements.

Bien sûr, la famille reste le premier lieu de vie de l'enfant et c'est d'abord dans ce cadre qu'il adopte le plus durablement valeurs et comportements en lien avec sa santé. C'est encore dans sa famille, de part les conditions de vie qui lui sont offertes, que les déterminants de santé seront les plus influents à court, moyen et long terme.

Néanmoins, parce qu'elle représente le deuxième milieu de vie des enfants en importance après l'environnement familial, l'École a également une influence non négligeable sur la santé des jeunes qu'elle accueille quotidiennement sur ses bancs.

Le milieu scolaire présente la particularité d'être un milieu "captif" qui accueille tous les enfants d'une classe d'âge, plusieurs heures par jour et plusieurs jours par semaine, pendant de nombreuses années (plus de dix dans les pays industrialisés). La prise en compte de leur santé s'inscrit dans un contexte de réduction des inégalités de santé d'origines sociales et territoriales³ à la fois parce qu'elle est en mesure d'atteindre tous les enfants, quelle que soit leur appartenance sociale et leurs conditions de vie, et aussi parce qu'en soi l'éducation constitue un des déterminants de santé majeur. Aussi favoriser une durée de scolarisation suffisante dans les conditions les meilleures constitue déjà une démarche de promotion de la

² Jean-Louis Michard, IA-IPR SVT lors d'une intervention aux Journées de la prévention en 2009.

³ OMS (2004)

santé. L'intérêt d'agir auprès des enfants en milieu scolaire est également lié aux caractéristiques de cette population qui la rendent très réceptive aux apprentissages. Enfin, intervenir précocement représente un enjeu véritable enjeu de santé publique quand on sait que l'état de santé de l'enfant est prédictif de l'état de santé du futur adulte⁴.

Depuis les années quatre-vingts, la place de la santé à l'École est un sujet en pleine évolution. Ce cheminement s'inscrit dans la lignée de l'introduction des concepts de santé globale et de promotion de la santé tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946⁵ puis en 1986⁶ avec la Charte d'Ottawa. Peu à peu, les actions en faveur de l'amélioration de l'état de santé des populations sortent du cadre strictement médical pour s'étendre aux milieux de vie. L'École, de par son caractère universel, est concernée au premier chef. Les démarches de promotion de la santé s'y développent. Des études permettent d'identifier quels sont les critères d'efficacité des interventions en milieu scolaire⁷. Ces dernières doivent :

- ✓ prendre appui sur une approche globale de la santé;
- ✓ être articulées avec le contenu des enseignements scolaires;
- ✓ concerner toute la communauté éducative y compris les parents;
- ✓ être cohérentes avec l'environnement scolaire;
- ✓ viser le développement des compétences psychosociales des élèves;
- ✓ s'inscrire dans la durée.

Introduction aux écoles promotrices de santé

Adaptant les préconisations de la Charte d'Ottawa au milieu scolaire, le Bureau européen de l'OMS, développe une démarche globale de promotion de la santé en milieu scolaire, ce sont les écoles promotrices de santé. Pour favoriser leur implantation, le Bureau européen de l'OMS impulse en 1992, avec l'aide financière du Conseil de l'Europe, un réseau européen des écoles promotrices de santé, *the European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS). La stratégie initialement adoptée par le ENHPS a été de proposer aux écoles des pays membres d'appliquer un programme pour devenir un établissement promoteur de santé.

Celui-ci est présenté dans un livret, intitulé en français "Réseau européen pour l'école en tant que lieu de promotion de la santé"⁸, qui résume les objectifs, la stratégie, les axes de développement et surtout les critères que devaient remplir les établissements scolaires pour

⁴ Blair, S.N. et al. (1989).

⁵ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

⁶ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁷ St Léger, L., § Nutbeam, D. (1999).

⁸ OMS (1993)

devenir promoteurs de santé et qui constituaient le cœur du programme. Celui-ci concerne le développement du bien-être des élèves et des personnels, il encourage les partenariats et la cohérence aussi bien au sein du système scolaire (entre le primaire et le secondaire) qu'avec les familles et les intervenants extérieurs.

La stratégie du *ENHPS* pour implanter son programme dans les écoles s'appuie aussi le déploiement d'une stratégie plus large qui repose sur une coopération entre les ministères de la Santé et de l'Education nationale au service d'un objectif de promotion de la santé en milieu scolaire. Pour l'atteindre deux aspects sont pris en compte outre le programme d'actions à mettre en œuvre dans les établissements, il s'agit de l'élaboration d'une politique nationale de santé en milieu scolaire et de programmes de formation à destination des enseignants. Le déploiement s'appuie sur la création d'un réseau d'établissements pilote chargés d'adopter le programme proposé par le *ENHPS* puis, par un effet boule de neige lié à la constitution d'un réseau d'écoles, de disséminer ces actions de promotion de la santé dans d'autres établissements.

En 2008, le réseau européen change de nom et devient désormais le *Schools for Health in Europe network (SHE network)*. Mais l'évolution majeure réside surtout dans le changement de stratégie du réseau pour implanter la démarche des écoles promotrices de santé au sein des établissements des états membres. Il ne s'agit plus de proposer un programme destinés aux écoles, le réseau se positionne comme une structure support, un centre de ressources, de partages, d'échanges et de soutien pour les acteurs qui élaborent et mettent en œuvre les politiques de santé en milieu scolaire.

Le *SHE network* communique davantage sur les valeurs et les principes fondamentaux qui sous-tendent la démarche. Un passage s'est ainsi opéré d'une dimension opérationnelle d'implantation de programme à une dimension plus conceptuelle de soutien à l'élaboration des politiques de promotion de santé à l'Ecole.

Une stratégie prometteuse

Le nombre de pays qui adhèrent au réseau s'accroît⁹ et des initiatives variées sont prises dans les établissements scolaires pour implanter cette démarche globale de promotion de la santé. Consécutivement à son développement, elle devient l'objet de plusieurs recherches. Certaines ont porté sur les différents effets qu'on pouvait en attendre, et il a été établi qu'implanter une démarche promotrice de santé n'était pas sans lien avec l'amélioration du climat scolaire et des

⁹ De sept pays à sa création il compte quarante-trois pays adhérents vingt ans plus tard.

performances académiques des élèves. Cette démarche est reconnue comme prometteuse pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ces résultats contribuent à la rendre potentiellement attrayante pour être déployée plus largement en milieu scolaire.

Pourquoi le déploiement des écoles promotrices au sein du système éducatif français a tourné court il y a vingt ans

Pourtant, alors que la France faisait partie des premiers pays à avoir intégré le réseau européen des écoles promotrices, la démarche n'a pas été déployée au sein du système scolaire.

Comprendre ce qui avait pu entraver l'implantation de la démarche des écoles promotrices de santé dans les écoles françaises avait servi de point de départ à un travail de recherche de master en 2009. Pourquoi la France n'avait-elle pas poursuivi dans cette voie alors qu'elle avait adhéré au réseau européen ? Pourquoi ne s'était-elle pas emparée de cette démarche à l'instar d'autres pays ? J'avais conclu qu'une des principales raisons de cet abandon reposait sur une incompréhension fondamentale des concepts sous-jacents à l'école promotrice de santé en général, renforcée par une impossibilité pour ces mêmes concepts de pouvoir s'intégrer dans notre système scolaire. L'approche de la santé par ses déterminants, le développement des compétences personnelles et sociales comme facteur de protection ne trouvaient, à l'époque, pas de point d'ancrage à partir desquels se développer en milieu scolaire. Les bénéfices potentiels, pour les écoles, de la convergence qui existe entre les finalités des écoles promotrices de santé et les missions du système éducatif n'avaient pas été perçus dans toute leur étendue. Faute de soutien institutionnel suffisant, l'adhésion de la France au ENHPS a fini par tourner court.

Vingt ans plus tard, des évolutions favorables à une approche globale de la promotion de la santé en milieu scolaire

En vingt ans, la démarche des écoles promotrices de santé s'est implantée durablement dans plusieurs pays. En conséquence la littérature à leur sujet s'est beaucoup enrichie, qu'il s'agisse de productions scientifiques, portant sur l'analyse de leur processus d'implantation ou sur la recherche de leur efficacité, ou de manuels et de guides pour accompagner la mise en place de la démarche dans les écoles. En France, le manque de soutien officiel de la part de l'institution

scolaire n'a pas empêché le déploiement de plusieurs initiatives¹⁰ en faveur d'une approche globale de la promotion de la santé.

En vingt ans, le système scolaire français a évolué le rendant ainsi plus perméable à cette approche. Il serait vain de chercher à rendre compte de tous les facteurs qui ont pu influencer cette évolution mais on pourra en citer quelques-uns, dans le désordre, comme l'introduction du Socle commun de connaissances et de compétences, les questions soulevées par les enquêtes internationales sur la comparaison des systèmes éducatifs, l'intérêt porté au climat scolaire, etc.

De telle sorte, qu'aujourd'hui on ne peut que constater des conditions institutionnelles plus favorables et un intérêt renouvelé pour ce type d'approche qui amène à reconsidérer les conditions de son implantation dans le système éducatif français.

De l'intention d'une école promotrice de santé à l'action : le défi de l'implantation

L'implantation, c'est bien à ce niveau que réside toute la complexité d'une approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire à laquelle les écoles promotrices de santé n'échappent pas. Passer de l'intention à l'action, du modèle théorique à sa mise en pratique dans les établissements se révèle être une tâche ardue. L'implantation de cette démarche représente un défi tant les éléments dont il faut tenir compte pour le faire sont nombreux et tant les interactions qui existent entre chacun d'entre eux multiplient les situations rencontrées.

Notre recherche s'inscrit dans cette problématique large qui cherche à documenter les conditions d'implantation dans les établissements scolaires d'une approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire comme celle des écoles promotrices de santé.

Un objectif de recherche : identifier les éléments clés à mobiliser pour implanter une démarche globale de promotion de la santé dans les établissements scolaires

Notre premier objectif de recherche est d'identifier les éléments clés à partir desquels peut se réaliser l'implantation d'une démarche globale de promotion de la santé comme celle des écoles promotrices de santé dans un établissement scolaire. L'identification de ces éléments doit pouvoir être très opérationnelle et cohérente avec le vécu quotidien des établissements. Ce point est très important puisque secondairement notre objectif est lié à une perspective de généralisation en vue d'un déploiement élargi de la démarche.

¹⁰ Par exemple : Fortin, J. (2001)

II. Présentation de l'objet de la recherche et de son cadre théorique

L'expérimentation d'une démarche globale de promotion de la santé, le dispositif "Aller bien pour mieux apprendre"

Afin de se donner les moyens d'atteindre notre objectif de recherche et d'apporter des éléments de réponse à la question complexe de l'implantation des approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire, s'appuyer sur la mise en place d'une démarche de ce type apparaissait incontournable.

Pour comprendre véritablement quels sont les éléments qu'un établissement va mobiliser ou non pour implanter ce type de démarche, il était nécessaire de laisser une certaine latitude aux équipes des établissements quant à la construction même du dispositif qu'ils allaient expérimenter. L'idée étant d'être en capacité d'appréhender ce qu'elles mobiliseraient spontanément sans que cela ne soit par trop fléché à l'avance par le dispositif.

En conséquence, le dispositif qui a été proposé aux établissements volontaires pour l'expérimenter ne présentait au départ que les grandes lignes de la démarche. Il était volontairement un peu "flou" afin que les équipes des établissements puissent "faire la mise au point" elles-mêmes sur les objectifs à atteindre.

Le dispositif sur lequel repose cette recherche s'intitule "Aller bien pour mieux apprendre" (ABMA). Il a été coconstruit par le rectorat de Lyon et l'Inpes dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) académique. Il s'appuie largement sur les travaux relatifs aux écoles promotrices de santé.

Le choix de la recherche interventionnelle

La méthode de recherche retenue est celle de la recherche interventionnelle qui présente l'avantage d'impliquer les acteurs de terrain dans la démarche d'évaluation et de leur laisser une part de créativité quant à l'élaboration de l'expérimentation. Elle permet de s'adapter à la réalité des différents contextes et de s'ajuster en fonction des résultats intermédiaires obtenus au fur et à mesure de l'avancée de la recherche.

Elle a été privilégiée par rapport à une méthode expérimentale, basée sur les essais contrôlés randomisés, dont la littérature scientifique sur l'évaluation des approches globales de promotion de la santé en milieu scolaire¹¹ reconnaît qu'elle n'est ni adaptée ni pertinente.

¹¹ Simard, C. & Deschesnes, M. (2011).

La structure de la thèse

La présentation des travaux de recherche sera structurée autour de quatre parties :

La première partie s'attachera à présenter la démarche des écoles promotrices de santé à la fois dans une perspective historique, en rappelant le contexte de leur création, et dans leurs dimensions théoriques et conceptuelles.

La deuxième partie exposera de façon détaillée le dispositif expérimental "Aller bien pour mieux apprendre" ainsi que la démarche évaluative dont il a fait l'objet. Les hypothèses de recherche et le protocole d'évaluation seront alors précisés.

La troisième partie analysera précisément la façon dont le dispositif ABMA a été implanté dans chacun des établissements volontaires pour l'expérimenter. Cette analyse permettra déjà de définir quelques repères en vue d'identifier les éléments à mobiliser pour implanter une démarche globale de promotion de la santé en milieu scolaire. Les hypothèses de recherche énoncées dans la deuxième partie seront confrontées aux résultats de l'analyse des implantations du dispositif dans chacun des établissements.

Enfin, la quatrième partie présentera les éléments clés à mobiliser pour implanter un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire identifiés à partir des éléments analysés dans la troisième partie. Ces éléments seront mis en perspective avec les résultats de recherches internationales sur le même sujet.

PREMIÈRE PARTIE :

LES ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ

CHAPITRE 1 –Approche historique des écoles promotrices de santé

1.1. La genèse d'un nouveau concept

1.1.1. Les précurseurs

En Europe

Le concept d'école promotrice de santé s'est construit progressivement en lien avec le "nouveau concept de promotion de la santé apparu en 1984"¹². À cette époque, l'influence de l'École, en tant que milieu de vie, sur la santé des populations accueillies (élèves et personnels) était loin d'être (re)connue. Cependant, avant même la désignation du concept par l'expression "école promotrice de santé", l'idée selon laquelle la prévention en matière de santé ne pouvait pas reposer uniquement sur la diffusion d'information ou l'acquisition de connaissances par les élèves sur les différentes thématiques de santé avait déjà été envisagée par quelques auteurs^{13 14}. Ces derniers affirmaient déjà que la dimension éducative devait être présente dans l'éducation à la santé et que les dimensions affectives et sociales devaient être prises en compte, ainsi qu'une approche collective et pas uniquement individuelle.

Aux États-Unis

Les fondements d'une "école promotrice de santé" peuvent être retrouvés dès les années cinquante aux États-Unis par la prise en compte des facteurs environnementaux de la santé¹⁵. Une approche de l'éducation à la santé plus large que la seule transmission d'information se développe, dès les années quatre-vingt, sous l'expression "*Comprehensive School Health Programme*" (CSHP). Cette dernière rapprochait l'éducation à la santé, l'action des services de santé scolaire et la prise en compte de l'environnement scolaire.

En résumé :

Ainsi, avant même que le concept d'école promotrice de santé ne soit créé, les idées fondamentales qui le sous-tendent étaient déjà développées par différents auteurs tant en Europe qu'aux États-Unis.

¹² Young, I. (2005).

¹³ Kickbusch, I. (1981).

¹⁴ Young, I. (2005).

¹⁵ Young, I. (2005).

1.1.2. Des événements fondateurs

Le symposium de Peebles en 1986

L'histoire des écoles promotrices de santé prend réellement son origine à la fin des années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt-dix. La paternité de la dénomination revient à Ian Young, alors professeur en sciences de l'éducation en Ecosse, il relate la naissance du concept dans plusieurs articles^{16 17}.

Le terme de *Health Promoting School*¹⁸ (école promotrice de santé) apparaît pour la première fois dans le cadre d'un symposium organisé sous l'égide du Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à Peebles (Écosse) en 1986. À cette date, l'Europe est divisée et les restrictions de circulation des populations importantes. Néanmoins, certains ressortissants d'Europe de l'Est peuvent assister à la manifestation grâce à l'insistance de l'OMS. Au total, le symposium rassemblera cent cinquante participants venus de vingt-huit pays. Il s'intitule "*L'école promotrice de santé*" et se consacre au développement de ce concept. À sa suite, I. Young et T. Williams sont chargé de rédiger un rapport¹⁹ publié par l'OMS. Pour la petite histoire, Young rapporte que le document prend pour titre "*Healthy School*" en référence aux "*Healthy Cities*" (Villes en santé) que l'OMS implantait alors. Cependant, c'est bien la dénomination de "*Health Promoting School*" qui s'est imposée en Europe et partout dans le monde.

Le colloque de Dublin en 1990

Des pays européens se mobilisent autour de la lutte contre le cancer : une conférence internationale "L'éducation à la santé et la prévention des cancers dans les écoles, l'Europe contre le cancer" est organisée à Dublin du 7 au 9 février 1990. À l'issue de cette conférence, plusieurs recommandations sont élaborées dont certaines concernent le milieu scolaire et évoquent la constitution d'un réseau européen d'écoles promotrices de santé.

L'Université d'été de Southampton

En juillet 1990, une université d'été européenne d'une durée de trois semaines est organisée à Southampton dans le but de diffuser le concept des *Health Promoting School* et leurs stratégies d'intervention qui mettaient l'accent, à cette époque, sur le renforcement de l'estime de soi par le biais de méthodes participatives. Cette formation s'adressait principalement aux

¹⁶ Young, I. (2005).

¹⁷ Young, I. in Simovoska V. § Mannix-McNamara, P. (2015).

¹⁸ L'ensemble de ce paragraphe est largement inspiré des articles de I. Young.

¹⁹ Young, I. § Williams, T. (1989).

personnels des établissements scolaires, se déroulait en anglais et rassemblait des représentants de nombreux pays européens. Son organisation s'inscrivait dans le processus de création d'un futur réseau européen des écoles promotrices de santé car les participants nouvellement formés avaient alors pour mission d'organiser à leur tour des formations dans leur pays afin de disséminer l'approche des écoles promotrices de santé. Une nouvelle fois, le Bureau européen de l'OMS était à l'initiative de cet événement^{20 21}.

Cette université était novatrice à la fois sur le plan des idées : elle diffuse largement le concept émergent d'école promotrice de santé ; et sur le plan pédagogique : la démarche participative à laquelle les organisateurs veulent former les participants est mise en pratique pendant l'université. La transmission de données théoriques en séances plénières est rare, les ateliers pratiques sont monnaie courante²².

En résumé :

La création des écoles promotrices de santé a été largement portée par l'OMS à une époque où elle cherchait à développer une approche par milieux de vie²³. En effet, c'est au même moment qu'ont été lancés les travaux qui allaient aboutir aux grands réseaux tels que "villes en santé²⁴" ou "hôpitaux promoteurs de santé²⁵". Concernant les écoles, le Bureau européen de l'OMS a porté cette initiative avec le soutien logistique et financier de la Commission européenne et du Conseil de l'Europe.

1.2. Le temps des réseaux

1.2.1 European Network of Health Promoting School

Création

En 1992, le Bureau européen de l'OMS, la Communauté européenne et le Conseil de l'Europe financent la création du premier réseau européen des écoles promotrices de santé, le *European Network of Health Promoting School* (ENHPS). À son démarrage, le réseau compte sept pays membres²⁶. Pour adhérer, les pays doivent s'engager formellement en nommant un

²⁰ Larue, R. et al. (2000).

²¹ Broussouloux, S. (2009).

²² Broussouloux, S. (2009).

²³ Young, I. (2005).

²⁴ http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Le%20mouvement%20Villes-Sante.pdf.

²⁵ http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/96/hopital_le_reseau_des_hopitaux_promoteurs_de_sante.asp.

²⁶ Belgique, République Tchèque, Danemark, Grèce, Hongrie, Irlande, Pologne.

coordinateur national mandaté par les ministères chargés de la santé et de l'éducation, et en constituant un réseau d'écoles pilotes chargées de mettre en œuvre le projet et de le disséminer dans les autres établissements, épaulées pour cela par un centre support. Le projet^{27 28} porté par l'ENHPS repose essentiellement sur le développement des compétences psychosociales et le renforcement de l'estime de soi.

Fonctionnement

La Commission européenne est le principal financeur de la création de réseau dans les différents pays membres et des projets mis en place dans les établissements. Elle finance également des formations. Ce sont les coordinateurs nationaux qui remplissent les demandes de subvention et participent aux rencontres internationales. Outre le financement et l'animation de réseaux d'écoles nationales, l'ENHPS a également pour mission de produire des outils et documents ressources pour venir en appui des coordinateurs nationaux et des écoles²⁹.

Il est à noter que la création de l'ENHPS est contemporaine de la chute du mur de Berlin et de l'émergence des pays issus de la dissolution de l'URSS. La reconstruction politique de ces pays les a conduits à réfléchir sur un certain nombre de sujets sociétaux, dont l'éducation. Ce n'est donc sans doute pas par hasard si ces pays ont adhéré en nombre à ce réseau, et si le Bureau européen de l'OMS a favorisé leur inscription à ce mouvement³⁰.

L'ENHPS organise aussi les conférences européennes sur les écoles promotrices de santé. Elles permettent de réunir les différents acteurs concernés et de faire se rencontrer les représentants des différents pays.

La première conférence européenne organisée par l'ENHPS s'est déroulée du 1^{er} au 5 mai 1997 à Thessalonique en Grèce³¹, réunissant des représentants de quarante-trois pays. Elle donne lieu à la rédaction d'une déclaration qui énonce les principes et les valeurs des écoles promotrices de santé qui sont au nombre de dix : la démocratie ; l'équité ; la participation, l'autonomie³² et la capacité à agir ; l'environnement de l'école ; l'éducation à la santé³³ ; la formation des enseignants ; la célébration des succès ; le partenariat ; les liens avec la communauté ; et la pérennité.

²⁷ Stewart-Burgher M. *et al.* (1999)

²⁸ Piette, D., *et al.* (2000)

²⁹ En particulier, l'ENHPS publie une fois par an une newsletter « Network News ».

³⁰ Thomas C., Parsons C., Stears D. (1998).

³¹ Conference report (1997).

³² Traduction approximative pour « empowerment ».

³³ Adaptation de « curriculum » qui renvoie à un programme d'éducation à la santé dans les textes anglo-saxons.

L'organisation de cette conférence marque un tournant pour l'ENHPS. Après une première phase consacrée à la mise en place d'expérimentations dans les écoles afin de développer le projet d'une école promotrice de santé, une deuxième s'ouvre pendant laquelle le réseau déploie des stratégies pour influencer sur les politiques nationales et régionales des pays adhérents³⁴.

Évaluation

Le principal financeur de l'ENHPS commande une évaluation du réseau qui se déroule en deux temps. Entre 1994 et 1995, l'effort porte principalement sur les concepts et les méthodes. Puis en 1998, EVA2³⁵ s'intéresse aux indicateurs d'impact des projets implantés. Seuls les pays de l'Union européenne sont évalués par l'équipe de chercheurs qui consultent les documents produits par les réseaux nationaux et procèdent à des interviews des personnes clés tant dans le réseau, que dans le système éducatif et le monde politique. Pour chacun des pays, cela donne lieu à la rédaction d'un rapport, le "*Country report*". La synthèse de l'ensemble des analyses nationales est publiée en 2000 sous le titre "*Tracking down ENHPS successes for sustainable development and dissemination - the EVA2 project - Final report*". L'évaluation³⁶ identifie deux principaux facteurs de réussite pour implanter la démarche des écoles promotrices de santé :

- ✓ l'implication du secteur de l'éducation;
- ✓ l'existence d'un partenariat entre les différentes parties prenantes à la fois au niveau national, local ou régional, mais aussi au sein des établissements scolaires entre l'ensemble de la communauté éducative : élèves, parents, personnels enseignants et non enseignants.

Les résultats de l'évaluation ont également permis de définir les différentes étapes qui jalonnent la mise en place de la démarche des écoles promotrices de santé dans un pays :

- ✓ une reconnaissance du sujet par les décideurs;
- ✓ la diffusion de l'information;
- ✓ la construction d'une crédibilité;
- ✓ la démonstration de la pertinence de la démarche;
- ✓ la démonstration de la faisabilité de la démarche;
- ✓ l'intégration à la politique gouvernementale.

³⁴ Stewart-Burgher M., *et al.* (1999).

³⁵ Piette, D. (1999).

³⁶ Barnekow, V. (2005).

Chacun des "Country report", qui ont servi de support à l'analyse globale de l'évaluation du fonctionnement de l'ENHPS, a également permis de dégager des typologies qui définissent le stade de développement des écoles promotrices de santé pour les pays engagés dans le réseau.

Évolution

L'ENHPS avait été conçu plutôt comme un projet pilote à réaliser dans les établissements réunis en réseau, sous la houlette d'un comité national superviseur chargé de les soutenir et de valoriser les initiatives mises en place. L'idée qui guidait cette organisation était que la mise en réseau des établissements pilotes favoriserait la dissémination du concept dans les établissements scolaires n'ayant pas fait partie du réseau initial. Avec le changement d'orientation stratégique du réseau qui s'opère lentement après la Conférence de Thessalonique, il apparaît que l'ENHPS doit s'adapter pour faire face aux évolutions du concept et de ses conditions d'implantation dans les pays et dans les établissements scolaires. L'évolution de l'ENHPS se concrétise pendant l'année 2007 alors que le secrétariat, alors assuré par le Bureau européen de l'OMS est transféré au NIGZ^{37 38}.

En résumé :

Quand le Réseau européen des écoles promotrices de santé est créé en 1992, il rassemble sept pays. Près de vingt-cinq ans plus tard, il en compte quarante-cinq. Le Réseau a d'abord été conçu comme un projet pilote à expérimenter dans des établissements volontaires, dans un deuxième temps, il est devenu un appui pour le développement de politiques nationales et/ou régionales en faveur de la promotion de la santé dans les écoles.

1.2.2 School for Health in Europe network

Création

Le 1^{er} janvier 2008, le *School for Health in Europe network (SHE network)* succède à l'ENHPS. Son secrétariat est toujours assuré par le NIGZ. Ce nouveau réseau se présente plutôt comme une structure d'appui au développement des politiques de promotion de la santé en milieu scolaire pour les acteurs des pays adhérents, alors que l'ENHPS apportait son soutien à l'application de projets dans des écoles pilotes.

³⁷ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (Institut national de promotion de la santé et de prévention des Pays-Bas)

³⁸ School for Health in Europe newsletter (2007).

*"But that changed because we realized that it was more sustainable to have formally appointed coordinators and to change from a pilot project in a program to more of a policy. And that's also a shift in the network, it started as pilot project and now is much more on how to develop and implement national policies, structures."*³⁹

Fonctionnement

À la suite des travaux commencés par l'ENHPS, le *SHE network* poursuit l'organisation de Conférences européennes sur les écoles promotrices de santé, en 2009 à Vilnius⁴⁰ et en 2013 à Odense⁴¹, au Danemark. Lors de ces deux dernières conférences, la participation des élèves eux-mêmes est particulièrement recherchée. Pendant la durée de la Conférence d'Odense, une manifestation parallèle est organisée pour des élèves de plusieurs pays qui communiquent par webcams interposées afin de réfléchir à leur propre représentation de la santé et à l'idée qu'il se font d'une école promotrice de santé. Pour clore la Conférence, les élèves viennent présenter les résultats de leurs travaux sous forme de vidéos. Leurs conclusions seront intégrées au document de résolution de la conférence⁴². Cette implication croissante des jeunes eux-mêmes lors de ces manifestations témoignent de la volonté des membres du *SHE network* d'agir en cohérence avec les principes défendus par le réseau. Les écoles promotrices de santé insistent sur la participation des élèves, l'exercice de la démocratie, du développement de compétences personnelles et sociales relatives à la santé (empowerment, choix, etc.). Aussi les organisateurs de la conférence ont-ils voulu appliquer ces principes à eux-mêmes, et plutôt que d'organiser une conférence sur la promotion de la santé des jeunes par les seuls professionnels, ils ont cherché les moyens d'associer les bénéficiaires à ces réflexions. Plutôt que de parler des jeunes sans les jeunes, ils ont voulu faire parler des jeunes sur eux-mêmes.

Le *SHE network* organise également une rencontre annuelle des coordinateurs des 45⁴³ pays membres. Ces réunions permettent de préciser les stratégies du réseau, de définir le rôle des coordinateurs nationaux, de servir de plateforme d'échange à la fois théorique et pratique.

³⁹ "Mais cela a changé car nous avons réalisé qu'il était plus pérenne de désigner officiellement des coordinateurs et d'évoluer d'un projet pilote inscrit dans un programme vers une véritable politique. Et cela a été aussi un tournant pour le réseau qui avait été créé comme un projet pilote et qui devient plutôt une ressource pour développer et implanter des politiques nationales, des structures." [notre traduction]. Extrait de l'entretien de G. Buijs, coordinateur du SHE network in Broussouloux, S. (2009).

⁴⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf

⁴¹ <http://school-forhealth.ru/upload/The%20Odense%20Statement.pdf>

⁴² <http://school-forhealth.ru/upload/The%20Odense%20Statement.pdf>

⁴³ Source : site internet du SHE network juin 2015.

À la différence de l'ENHPS qui s'inscrivait dans le cadre d'un projet pilote, les pays membres du *SHE network* ne reçoivent plus de financement de la part du Conseil de l'Europe pour la mise en œuvre de leur réseau respectif ni pour les actions entreprises dans les établissements scolaires. Les financements qui subsistent permettent de faire fonctionner le Secrétariat avec des salariés, d'organiser les conférences internationales et les rencontres annuelles des coordinateurs nationaux dont une partie des frais de déplacement est ainsi pris en charge.

La stratégie du *SHE network* s'orientant de plus en plus vers le soutien des politiques nationales et régionales en matière de promotion de la santé en milieu scolaire, les productions du réseau se sont considérablement accrues ces dernières années. Tous les documents sont accessibles sur le site⁴⁴ du réseau, et un effort a été fait récemment pour en traduire un certain nombre dans les différentes langues. En effet, la publication exclusivement en anglais peut être un frein pour la diffusion plus large, par exemple auprès des personnels des établissements scolaires, dans la plupart des pays.

La recherche

Enfin, le *SHE network* a étendu ses activités au domaine de la recherche et a mis en place un groupe de recherche international⁴⁵ qui compte 65 membres issus de 25 pays. L'objectif du *SHE research group* est de soutenir la promotion de la santé en milieu scolaire en produisant des données tant sur le plan conceptuel que sur le plan des pratiques, avec l'établissement d'expérimentations. Avec l'appui du *SHE research group*, le *SHE network* organise également des universités d'été⁴⁶ depuis 2010.

Quel avenir pour le SHE network ?

En octobre 2015, la structure qui hébergeait le *SHE network* aux Pays-Bas a fait faillite. En dépit du financement de certaines de ses activités (comme le maintien et l'animation du site internet du *SHE network*) par l'Union européenne, le devenir du réseau reste incertain.

En résumé :

L'influence de l'OMS pour promouvoir les écoles comme lieu de vie influençant la santé de ceux qui les fréquentent s'est concrétisée par la création d'un réseau européen d'écoles

⁴⁴ <http://www.schools-for-health.eu/she-network>

⁴⁵ <http://www.schools-for-health.eu/she-network/research-group>

⁴⁶ <http://www.schools-for-health.eu/she-network/news/calendar/175/5th-she-summer-school.html>

promotrices de santé. Ce dernier a permis d'installer une dynamique sur ce concept dans de nombreux pays, de l'Islande au Kirghizistan⁴⁷. Dans un premier temps le réseau s'est consacré à la mise en application d'un projet pilote, puis il s'est orienté vers le soutien aux politiques nationales et régionales, dans le but d'implanter ce concept dans tous les systèmes éducatifs.

1.3. Les écoles promotrices de santé à travers le monde

1.3.1 Les principaux modèles

Les résolutions des différentes conférences internationales sur les écoles promotrices de santé, ainsi que les enseignements tirés de l'évaluation du réseau européen ont établi les principes de base, les valeurs et les objectifs d'une école promotrice de santé. Néanmoins, la concrétisation d'une telle école reste largement tributaire du contexte dans lequel elle s'inscrit. Ainsi, selon le pays d'implantation, elle peut prendre diverses appellations. Généralement, trois modèles⁴⁸ sont identifiés^{49 50} :

Le Health Promoting School (HPS)

Le modèle HPS, qui peut être traduit en français par "écoles promotrices de santé", est le plus proche des valeurs et concepts prônés par le réseau européen des écoles promotrices de santé (ENHPS puis *SHE network*). Au Québec, il existe sous l'appellation "Approche école en santé" (AES)⁵¹.

Dans ce modèle, la communauté éducative dans son ensemble doit être mobilisée pour développer le bien-être. Les dimensions environnementales, à la fois sociales et physiques sont aussi prises en compte. Le HPS soutient qu'il est plus pertinent d'agir sur plusieurs déterminants de la santé simultanément. Dans leur recension, C. Simard et M. Deschesnes en donnent la définition suivante :

"Le HPS est considéré comme une approche par milieu, en promotion de la santé, qui s'appuie sur le modèle écologique et repose sur une conception sociale et globale"

⁴⁷ Barnekow, V. (2005)

⁴⁸ « La notion de modèle renvoie d'abord à la réalisation concrète de quelque chose plutôt qu'à une théorie à propos de cette chose. » Willet, G. (2012). Le terme « modèle » employé dans ce paragraphe renvoie à une modalité spécifique de mise en œuvre élaborée à partir de la théorie des écoles promotrices de santé.

⁴⁹ Gausse, M. (2012).

⁵⁰ Simard, C. & Deschesnes, M. (2011).

⁵¹ Martin, C., Arcand, L. Rodrigue, Y. (2005).

*de la santé considérant que les facteurs personnels, les caractéristiques sociales globales (niveau socio-économique, 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."*⁵²

Plus concrètement, l'implantation de ce modèle dans un établissement scolaire concerne *"l'éventail des actions qui vont englober les cours pour s'étendre au climat de l'école, à l'environnement physique et social et aux liens et partenariats internes et externes, en particulier avec les services de santé"*⁵³.

Cependant, l'ensemble de ces actions doivent être conduites en concertation et avoir comme objectif de favoriser le bien-être et la santé des élèves et des personnels pour s'inscrire véritablement dans une démarche d'école promotrice de santé. Multiplier les actions pour répondre à tel ou tel sujet de santé sans engagement réel de l'ensemble de l'établissement ne fait pas de ce dernier une école promotrice de santé⁵⁴.

Le Healthy School (HS)

Le modèle HS est la déclinaison des écoles promotrices de santé développée principalement en Grande-Bretagne. Il s'agit d'un programme mis en place conjointement par les ministères chargés de la santé et de l'éducation à partir de 1999^{55 56 57}. Le programme encourage les collaborations intersectorielles (santé et éducation) au niveau local, afin de déployer une approche globale de quatre sujets de santé :

- ✓ un curriculum d'éducation à la santé dispensé dans une discipline scolaire intitulée "Éducation personnelle et sociale" qui inclut l'éducation à la sexualité, les relations interpersonnelles et les consommations de substances psychoactives;
- ✓ l'alimentation saine;
- ✓ l'activité physique;
- ✓ la santé émotionnelle et le bien-être (y compris la prévention du harcèlement).

Ces quatre sujets de santé doivent faire l'objet d'actions spécifiques qui vont être déclinées de façon cohérente et concertée par plusieurs acteurs de la communauté à partir de l'école.

Le *National Healthy School Program* (NHSP) fait l'objet d'une certification à trois niveaux.

⁵² Simard, C., Deschesnes, M. (2011), p. 9.

⁵³ Désy, M. 2009 cité par Gausse, M. (2012).

⁵⁴ Simard, C. & Deschesnes, M. (2011), p. 8.

⁵⁵ Department for education and skills. Department of Health, (2005).

⁵⁶ Warwick, I., *et al.* (2009).

⁵⁷ Anne Lee, A. (2010).

"Le 1^{er} niveau indique une connaissance générale du NHSP et de ses buts. Le 2^e niveau exige que les écoles aient reçu de la formation ou du soutien en lien avec le NHSP. Le 3^e niveau correspond à l'initiation à un processus détaillé d'audit, de définition des cibles et de planification des actions."⁵⁸

Le Coordinated School Health Program (CSHP)

Alors qu'en Europe, les écoles promotrices de santé se développaient sous l'égide du Bureau européen de l'OMS, aux États-Unis c'est l'approche des *Comprehensive School Health Program*⁵⁹ qui a vu le jour sous la houlette du *Center for Disease Control and promotion (CDC)*⁶⁰. Le programme CSHP comporte huit domaines d'intervention : l'éducation à la santé; l'éducation physique; les services de santé; les services alimentaires; les services psychologiques et de counseling⁶¹; l'environnement scolaire; la promotion de la santé du personnel et l'implication de la famille et de la communauté^{62 63 64 65 66}. Ces domaines font l'objet d'un curriculum spécifique qui peut être réalisé à partir des outils conçus par le CDC, dont le *Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT)*⁶⁷. Le CSHP est appliqué dans l'établissement scolaire sous la supervision d'une équipe spécifique, avec l'appui de la communauté et des familles. Le CDC met à disposition des États fédéraux de nombreux outils et études qui leur servent à construire leur propre programme de promotion de la santé⁶⁸.

En résumé :

Parmi les trois principaux modèles d'école promotrice de santé identifiés dans la littérature internationale, le CHSP et le HS ont des similarités car ils se présentent sous forme de programme à exécuter à l'échelle de l'établissement dans un partenariat étroit avec les familles et la communauté, tandis que le HPS s'apparente plus à une politique de santé à l'école. Néanmoins, ainsi que le souligne I. Young [2005] "(...) *il est beaucoup plus*

⁵⁸ Simard, C., Deschesnes, M. (2011), p.14.

⁵⁹ Cette approche évoluera par la suite en Coordinated School Health Program.

⁶⁰ Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (américain).

⁶¹ Peut être traduit par conseil accompagnement

⁶² Allensworth, D. § Kolbe, L. (1987).

⁶³ Rosas, S., *et al.* (1995).

⁶⁴ Tholstrup, L. (2009).

⁶⁵ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

⁶⁶ Gausse, M. (2012).

⁶⁷ Centers for Disease Control and Prevention. (2012).

⁶⁸ Par exemple : Health framework for California health public school, <http://www.californiahealthykids.org/product/4520>; Wisconsin standards for health education, <http://dpi.wi.gov/standards>

intéressant de se pencher sur les similitudes entre les modèles, et sur le fait que celles-ci représentent, dans une certaine mesure, des points de vue convergents sur la manière dont l'ensemble de l'expérience scolaire peut affecter la santé des jeunes, de leurs parents et du personnel scolaire."

1.3.2 Une expansion mondiale

A travers les continents : un déploiement international, des réalités plurielles

La démarche d'école promotrice de santé a largement été impulsée par l'OMS et ses différents bureaux régionaux. Aussi, il n'est pas étonnant de constater que, partout dans le monde, des initiatives aient été prises dans ce sens⁶⁹. Cependant, la façon dont les écoles promotrices de santé sont développées dans un pays est largement tributaire :

- ✓ du système éducatif et du taux de scolarisation ;
- ✓ de la situation socio-économique et politique ;
- ✓ des caractéristiques sanitaires ;
- ✓ de l'implication des décideurs politiques et de la qualité du partenariat qui existe entre les secteurs de l'éducation et de la santé⁷⁰.

Cela explique que cette démarche prenne des formes différentes selon les pays et que celles-ci évoluent dans le temps pour un même pays.

Le réseau international des écoles promotrices de santé

Il existe un *International School for Health network (ISHN)* (réseau international des écoles promotrices de santé) qui se donne pour but d'être un centre de ressources, d'échanges et de réflexions à l'échelle internationale sur les questions de promotion de la santé en milieu scolaire⁷¹.

En résumé :

Partir à la recherche des écoles promotrices de santé à travers les continents revient à coup sûr à faire un tour du monde assez complet qui nécessite de s'arrêter quasiment dans chaque pays, tant est prégnant au niveau international à l'heure actuelle le lien entre santé et éducation. Même si les formes que la promotion de la santé en milieu scolaire peut prendre

⁶⁹ Vince-Whitman, C., Aldinger, C.E. (2009)

⁷⁰ Barnekow- Rasmussen [2005] dans Union (attention à la lettre alphabétique dans bibliographie)

⁷¹ <http://www.schools-for-all.org/>

sont multiples pour s'adapter et refléter la pluralité des situations sanitaires, politiques, économiques et culturelles.

1.4. Focus sur l'histoire des écoles promotrices de santé en France

1.4.1. Un pays pionnier mais un réseau resté confidentiel

La participation française aux événements fondateurs

En 1990, la France dépêche dix-sept délégués à la conférence internationale de Dublin, en grande partie des médecins et des représentants du CFES (Comité français d'éducation pour la santé, devenu Inpes en 2002), mais aucun enseignant⁷². Lorsque le Bureau européen de l'OMS organise la première université d'été sur le sujet à Southampton (Angleterre), le ministère de l'Éducation nationale envoie deux de ses représentants. Sans avoir pleinement conscience du profond changement de paradigme concernant l'éducation à la santé apportée par cette formation de Southampton, le ministère de l'Éducation nationale, par l'intermédiaire de la Direction de l'enseignement scolaire (Descro), semble adhérer à la dynamique ainsi créée et il organise à son tour une conférence nationale en octobre 1990 à Montpellier. Elle a pour but de former des formateurs et de démultiplier les formations de formateurs sur le modèle de Southampton. Mais dès sa conception, le fossé avec l'esprit de Southampton est visible : les deux représentants français présents en Angleterre ne sont pas associés à l'organisation, et pour finir, l'approche pédagogique est radicalement différente : pas d'ateliers participatifs mais des conférences magistrales et des visites guidées de la ville...

*"On était à des années lumières, pour l'Inspection générale, l'éducation à la santé c'était les profs de bio. Donc ça a été très difficile et c'est apparu comme un contresens total à l'esprit de Southampton"*⁷³.

En dépit de cette incompréhension fondamentale sur le sens des écoles promotrices de santé, le ministère de l'Éducation nationale poursuit l'application des préconisations de Dublin et de Southampton en mettant en place un groupe de formateurs national et en organisant, en 1991 et en 1992, des rencontres inter-académiques sur l'ensemble du territoire pour démultiplier la démarche. Ainsi, dès les prémises du mouvement européen, la France tout en adhérant à la dynamique sur la forme, n'avait pas encore pris la mesure des changements conceptuels inhérents à l'approche des écoles promotrices de santé.

⁷² Larue, *et al.* (2000).

⁷³ Extrait de l'entretien d'un des représentants français à l'université d'été de Southampton cité dans Broussouloux, S. (2009).

La création du Réseau français des écoles promotrices de santé (REEPS)

Un an après la création du Réseau européen des écoles promotrices de santé (ENHPS), en 1993, la France constitue à son tour son Réseau d'écoles promotrices de santé (le REEPS). L'administration centrale du ministère de l'Éducation nationale en assume le pilotage. Le chef du Bureau de la vie de l'élève, de l'action sociale et de la santé scolaire de la Desco est le coordinateur national, le suivi administratif est assuré par son adjoint. Un soutien technique est apporté par une infirmière de l'Éducation nationale, chargée d'une mission d'éducation pour la santé, d'un consultant auprès de l'OMS (qui avait participé à la création de l'ENHPS), et du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

En mai 1994, la France adhère officiellement au ENHPS sur décision du ministère de l'Éducation nationale, avec l'accord du ministère de la Santé. Le chef du bureau de la vie de l'élève, de l'action sociale et de la santé scolaire devient le représentant officiel de la France auprès de l'ENHPS dont il est l'interlocuteur.

Description du fonctionnement : phase de démarrage sous le pilotage de la Direction de l'enseignement scolaire

L'analyse des documents⁷⁴ permet de retracer les grandes lignes du fonctionnement du REEPS. En 1994, année de mise en route du réseau, les établissements pilotes sont choisis.

"Au début, il y avait un petit groupe d'établissements qu'on avait contacté et qui s'était porté volontaire pour entrer dans ce réseau et il y avait tout un nombre de réunions pour caller les concepts"⁷⁵.

Ils sont dix-sept en 1995 (et ne seront pas plus de vingt-cinq en 1998) de la maternelle au lycée. Le Bureau de la vie de l'élève, de l'action sociale et de la santé scolaire joue pleinement son rôle de coordinateur national et organise des réunions des établissements adhérents à Paris pour échanger des informations sur les projets en cours dans les établissements, préparer des actions concernant des thèmes fédérateurs comme "la formation des personnels des établissements scolaires et des écoles en matière d'éducation à la santé"⁷⁶, et expliquer le financement du projet par la Commission européenne. D'après les documents consultés, au moins six rencontres de la sorte ont eu lieu entre mai 1994 et décembre 1997.

⁷⁴ Documents Inpes.

⁷⁵ Extrait de l'entretien d'un participant au REEPS cité dans Broussouloux, S. (2009).

⁷⁶ Document CFES.

La Desco ne se contente pas d'animer le réseau, elle remplit également les demandes de subvention adressées à la Commission européenne pour financer les actions mises en place dans les établissements ainsi que les formations des personnels. Parmi les documents conservés par le CFES se trouvent les copies de trois demandes de subvention pour les années 1995, 1996 et 1997, pour des montants d'environ 30 000 écus⁷⁷ chacun.

Les projets testés dans les écoles pilotes sont valorisés dans *REEPS info*, un quatre pages qui va paraître quatre fois entre septembre 1995 (n°1) et mars 1997. Par ailleurs, un groupe issu des personnels des établissements du REEPS élabore un « référentiel des savoir-être en éducation à la santé ». Ce document est diffusé à tous les recteurs en février 1997. Il est transmis au Réseau européen qui le traduira en anglais.

Rapidement, la question de la langue se pose et une première tentative de rapprochement avec les autres pays francophones du REEPS a lieu en mai 1995. Cette rencontre se déroule dans un lycée du nord de la France dont le proviseur est très impliqué dans le réseau. Le CFES et la Desco sont présents. Un an plus tard, en mai 1996, un colloque des réseaux français et belge francophone des écoles promotrices de santé se tient à Paris. Cependant, cette initiative ne semble pas avoir eu de suite.

Description du fonctionnement : deuxième phase – le temps des coordinateurs nationaux

De 1993 à 1996, l'Éducation nationale semble être l'acteur principal du REEPS : le ministère de la Santé est seulement mentionné lors de l'adhésion officielle de la France au réseau européen ; le CFES est positionné comme conseiller technique du réseau, sa représentante intervient lors de manifestations et conférences. À partir, de juin 1996 les documents font apparaître le rôle croissant du CFES, ou pour le moins, témoignent de sa volonté de s'investir plus fortement dans ce réseau aux côtés de l'Éducation nationale. À peu près à la même période, un changement s'opère dans l'organisation du Réseau français. À côté du pilotage national assuré par le Bureau de la vie de l'élève, de l'action sociale et de la santé scolaire, un second pilotage se met en place. Un proviseur et une directrice d'un comité départemental d'éducation pour la santé (Codes)⁷⁸ (mandatée par le CFES) tiennent le rôle de coordinateurs pédagogiques. Il semble que ce fonctionnement « s'institutionnalise » peu à peu, et le ministère de l'Éducation nationale reverse une partie de la subvention qu'il reçoit de la Commission européenne pour le REEPS au CFES, qui le reverse à son tour au Codes. En

⁷⁷ Unité de compte de la Communauté européenne avant l'adoption du nom de l'euro

⁷⁸ Les comités départementaux d'éducation pour la santé (Codes) sont des structures associatives réparties sur l'ensemble du territoire. Elles ont pour mission de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé. Les liens entre le CFES et les comités étaient très étroits.

1997, l'organisation du REEPS est la suivante : le pilotage administratif et financier est toujours confié à la Desco, et le pilotage pédagogique revient aux deux animateurs nationaux. Ces derniers effectuent deux vagues de visites des établissements pilotes : la première à la fin de l'année 1996, la seconde pendant l'année scolaire 1997-1998. Ces visites ont pour but d'évaluer les écoles. Elles font partie de l'engagement de la France vis-à-vis du réseau européen l'ENHPS. Une grille d'évaluation est adressée aux écoles visitées, ainsi qu'une lettre qui précise cependant que "*cette évaluation est davantage un bilan ou un état des lieux qu'une véritable évaluation*"⁷⁹.

Parmi les documents conservés au CFES se trouve le premier jet du *Country Report France*, daté de mars 1998. La chercheuse qui a évalué la France l'a rédigé et adressé à la co-animatrice pédagogique du REEPS, qui l'a transmis à son tour au CFES. Ce document est resté confidentiel. Néanmoins sa lecture se révèle des plus intéressante car il s'agit en fait d'une analyse du fonctionnement, des dysfonctionnements, et des mesures à prendre pour résoudre les difficultés du réseau français, améliorer son efficacité et garantir sa pérennité.

Le *Country Report France* est basé sur des entretiens qui ont été réalisés auprès des animateurs pédagogiques, de la chargée de mission responsables des relations du CFES avec le milieu scolaire, des représentants de la Desco, et d'une conseillère technique du Cabinet de Ségolène Royal⁸⁰. L'évaluation du réseau y est plutôt négative. Elle porte principalement sur son fonctionnement, en particulier le pilotage, et peu sur les projets réalisés dans les écoles pilotes.

En premier lieu l'analyse pointe le manque de soutien politique : il apparaît que la conseillère technique du Cabinet de Ségolène Royal n'avait jamais entendu parler ni du réseau, ni de la démarche des écoles promotrices de santé, quand elle apprend qu'un proviseur fait office d'animateur national, elle déclare pendant l'entretien qu'il n'est pas possible que cela continue ainsi et que "*si le REEPS doit continuer d'exister, alors une nouvelle coordination devrait être désignée officiellement par le ministère de l'Éducation nationale*"⁸¹. Le manque de légitimité des animateurs pédagogiques apparaît comme un problème majeur pour l'existence même du réseau. Cet élément est repris lors des entretiens :

"(le proviseur) *est allé aux rencontres internationales, mais justement son positionnement n'était pas le bon, parce qu'il était chef d'établissement donc il n'avait pas de légitimité au niveau national*".

⁷⁹ Document CFES.

⁸⁰ Ministre déléguée à l'enseignement scolaire de 1997 à 2000 sous le gouvernement Jospin.

⁸¹ « Country Report France », document CFES.

Pour ne prendre qu'un exemple, le coordinateur national du Réseau européen des écoles promotrices de santé est le chef du bureau de la Desco. Or les informations qui lui sont transmises ne sont quasiment pas relayées aux animateurs pédagogiques. Aussi, peu d'informations circulent entre le réseau national et le réseau européen. Le rapport pointe de fait la faiblesse de la participation française aux rencontres internationales organisées par le réseau, et l'absence de participations aux travaux européens... Le document met également en avant l'absence totale de visibilité du réseau et le manque de circulation des informations. Les établissements sont peu informés de ce que font les autres et quand l'un d'entre eux est reconnu pour un projet innovant, son appartenance au réseau n'est pas mentionnée. Globalement les informations circulent mal à l'intérieur du réseau français, entre lui et le réseau européen, et entre les différents partenaires : Desco, DGS et CFES. Il apparaît à la lecture du document que l'Éducation nationale est bien reconnue par tous comme l'institution qui a le pouvoir de mettre un tel projet en place, mais que le semblant d'engagement politique qui existait au début des années 90, et qui avait permis la participation française à Southampton, l'organisation de la Conférence de Montpellier, la création du REEPS et l'adhésion au ENHPS, s'est atténué si ce n'est volatilisé. Et si le réseau continue d'exister c'est en grande partie grâce à l'engagement individuel de quelques personnels et peut-être aussi parce que les écoles pilotes ont compris tout l'intérêt d'adopter cette démarche favorable à la santé.

"le fait que les écoles continuent de travailler avec aussi peu de soutien est un indicateur que le REEPS apporte quelque chose d'important aux écoles"⁸² .

La fin du rapport est assez pessimiste et laisse craindre un arrêt du REEPS du fait du désengagement officiel de l'Éducation nationale et de l'essoufflement des bonnes volontés. Une formule semble assez bien résumer la situation: *"The main problem encountered by the REEPS is that the REEPS is not fitting in the picture"⁸³*; *"Le problème majeur rencontré par le réseau français des écoles promotrices de santé est qu'il ne cadre pas dans le tableau"*.

La disparition du réseau français des écoles promotrices de santé

Les documents et les propos recueillis lors des entretiens ne permettent pas de savoir ce qu'il est advenu du REEPS après 1999. Tout porte à croire qu'il s'est arrêté faute d'un soutien national. En même temps, il est intéressant de noter que pour certains observateurs, ce soutien n'a jamais eu lieu :

⁸² « Country Report France » document CFES

⁸³ « Country Report France » document CFES

"Ça n'a pas existé en France parce qu'il n'y a pas eu au niveau politique de décision de faire entrer la France dans ce réseau, elle y est entrée par la bande, par le bouche à oreille. Quelques écoles se sont jointes à ce réseau mais de façon sauvage, mais pas de façon institutionnelle"⁸⁴.

En résumé :

La France a fait partie des premiers pays ayant adhéré au Réseau européen des écoles promotrices de santé mais cette adhésion est restée confidentielle.

1.4.2 Un partenariat renouvelé

La recherche comme vecteur de rapprochement

Après plusieurs années d'absence de représentation française aux rencontres internationales, le lien a été rétabli à travers l'adhésion du laboratoire PAEDI, EA 4281⁸⁵ au groupe de recherche récemment créé au sein du *SHE network*. Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois en mai 2008.

La représentation française actuelle au sein du SHE network

Depuis février 2009, lors des rencontres annuelles du *SHE network*, la France compte trois représentants : deux pour la coordination nationale qui est assurée conjointement par un représentant de la Dgesco et un représentant de l'Inpes⁸⁶ et un représentant du laboratoire PAEDI pour le groupe de recherche.

Les coordinateurs nationaux sont présents chaque année aux rencontres annuelles et peuvent témoigner des liens qui existent en France entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation sur le sujet de l'éducation à la santé.

Le réseau des écoles promotrices de santé et ses fondements théoriques ainsi que des illustrations issues des expériences conduites dans différents pays ont été présentées lors des

⁸⁴ Broussouloux, S. (2009).

⁸⁵ Laboratoire Processus d'actions des enseignants : déterminants et impacts.

⁸⁶ Respectivement Direction générale de l'enseignement scolaire et Institut national de prévention et d'éducation à la santé.

journées de la prévention organisées par l'Inpes en 2010⁸⁷. Depuis, plusieurs articles ont été publiés à ce sujet dans la revue éditée par l'Inpes, *la Santé en action*^{88 89}.

La communication sur le concept des écoles promotrices est reconnue comme étant une des étapes de son implantation au niveau d'un pays⁹⁰.

En résumé :

Après plusieurs années d'absence, la représentation française est à nouveau assurée lors des rencontres internationales du Réseau européen des écoles promotrices de santé. Ce rapprochement a servi de prétexte à une communication sur le concept des écoles promotrices.

⁸⁷ Session « Les écoles promotrices de santé : quelle stratégie de développement ? », Paris, Journées de la prévention, Inpes, 8 et 9 avril 2010.

⁸⁸ Le dossier central du n°427 de la revue *La Santé en action* est consacré aux écoles promotrices de santé. Promouvoir la santé des élèves dans les établissements scolaires, mars 2014.

⁸⁹ Woynarowska-Soldan, M. (2015).

⁹⁰ Barneskow Rasmussen, V. (2005).

CHAPITRE 2 – Pour définir les écoles promotrices de santé

2.1. De l'hygiénisme à la promotion de la santé en milieu scolaire⁹¹

Aborder la question de l'éducation à la santé ou de la promotion de la santé en milieu scolaire revient à s'intéresser au rôle de l'École⁹² en ce qui concerne la santé des élèves et des personnels qu'elle accueille quotidiennement. Dans ce contexte, la santé est traitée sous l'angle de la prévention et de la santé publique⁹³, la scolarisation des enfants malades constitue un autre sujet d'étude. La prévention en milieu scolaire peut être abordée selon deux points de vue qu'il est pertinent d'avoir à l'esprit simultanément :

- ✓ d'une part, il s'agit d'appréhender la façon dont les pouvoirs publics se sont servis de l'École pour agir en matière de prévention ;
- ✓ d'autre part, il s'agit de comprendre comment l'École s'est emparée de la question de la prévention, pour l'intégrer à ses missions.

2.1.1 Aperçu historique

Combattre les fléaux, prévenir les risques

Fin XIX^e, début du XX^e siècle, les principales préoccupations sanitaires se concentrent sur la diffusion des mesures d'hygiène et de la prévention des maladies transmissibles et des fléaux. La prévention est un moyen essentiel de cette lutte. L'idée première est que l'information relative aux mesures d'hygiène, aux fléaux et à la façon de s'en prémunir permettra de les enrayer. Les enfants et les jeunes constituent alors une cible de choix et l'école, devenue obligatoire jusqu'à 13 ans⁹⁴, un lieu de prévention privilégié⁹⁵. À travers l'institution scolaire, un grand nombre d'enfants sont destinataires des messages de prévention et il est attendu qu'ils s'en fassent le relais auprès de leurs parents. C'est le temps de la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, etc. Des affiches édifiantes sont apposées sur les murs des classes. L'approche est sanitaire, hygiéniste et s'appuie sur la morale. Un parallèle est fait entre les bons et les mauvais comportements en matière de santé et le bien et le mal en termes

⁹¹ Cette partie se réfère principalement à la situation de l'éducation à la santé en France, mais les grandes lignes peuvent être retrouvées dans nombre de pays industrialisés.

⁹² École avec une majuscule désigne l'institution scolaire.

⁹³ La scolarisation des enfants malades constitue un autre sujet d'étude.

⁹⁴ En 1882, l'instruction devient obligatoire de 6 à 13, mais l'obtention du Certificat d'études permet de quitter l'école à partir de 11 ans. En 1936, l'âge limite est repoussé à 14 ans, et à 16 ans en 1959.

⁹⁵ Nourrisson, D. (2002).

de morale. L'alcoolisme⁹⁶ est par exemple, associé à la fainéantise, la sottise, la pauvreté, aux comportements violents, tandis que la sobriété renvoie au travail, au sens des responsabilités familiales, à l'aisance matérielle. De la même façon, c'est bien à partir d'un fondement hygiéniste que la gymnastique acquiert son statut de discipline scolaire obligatoire en 1880. La gymnastique suédoise est privilégiée, elle a pour objectif de "*corriger les attitudes défectueuses qu'impose trop souvent le travail scolaire au corps de l'enfant*" et « *développer ses qualités physiques, sa force, son adresse et son agilité*⁹⁷."

Tout en évoluant et en s'adaptant à la fois aux avancées de la médecine et aux valeurs de la société, la transmission de connaissances sur la santé et de bonnes pratiques reste le modèle prégnant de l'éducation à la santé pendant plusieurs décennies. "*L'école enseigne aux enfants les moyens de garder leur corps en bon état de fonctionnement. On pense qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour être capable d'y renoncer*⁹⁸."

Vers une reconnaissance de la complexité des comportements à risque

Si la pratique de l'éducation à la santé reste stable durant des décennies, "*à partir des années soixante, on perçoit de plus en plus les limites d'une approche exclusivement organique de la santé, d'une part, et de méthodes pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre, d'autre part.*"⁹⁹

L'éducation à la santé est un concept multidimensionnel. Ses définitions et ses pratiques sont donc largement influencées par l'évolution respective de chacune de ses composantes, en particulier celles relatives à la représentation de la santé; à la dimension éducative; aux théories du comportement et aux les missions de l'école.

- ✓ L'évolution des représentations de la santé. En 1946¹⁰⁰, l'OMS donne une définition de la santé bien plus large que celle de la seule santé biomédicale réduite à l'absence de maladie. La santé devient « globale », elle ne concerne plus seulement la santé physiologique, mais prend en compte ses dimensions psychologique, sociale et environnementale. Cette nouvelle définition de la santé va permettre d'élargir les champs d'action de l'éducation à la santé et d'intervenir sur les différents facteurs qui l'influencent.

⁹⁶ L'alcoolisme au début du XX^e siècle renvoie à une consommation d'alcool « distillé » comme l'alcool de betterave ou de pomme de terre, mais la consommation modérée d'alcool fermenté comme le vin, le poiré et la bière, est considérée avec bienveillance.

⁹⁷ Instruction officielle de 1923, Terret, T (2002), in Nourrisson, D. (2002) (vol.1).

⁹⁸ Sandrin-Berthon, B. (2000).

⁹⁹ Sandrin-Berthon, B. (2000).

¹⁰⁰ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

- ✓ L'avancée des théories psychologiques relatives à l'adoption des comportements. Le modèle d'un être humain rationnel, dont les comportements sont la résultante des seules connaissances et de la rationalité, devient obsolète. La complexité des comportements humains est reconnue. Il s'agit de tenir compte de nouvelles dimensions, en particulier des représentations sociales liées à tel ou tel comportement ayant une influence sur la santé et de l'acquisition de compétences personnelles et sociales qui favorisent, ou non, l'adoption de certains comportements.
- ✓ Les différents modèles de l'éducation. À côté du modèle « transmissif » qui reste le plus répandu, d'autres modèles se développent en lien avec les travaux des psychologues et des pédagogues, surtout dans la période d'après-guerre, marquée par la massification de l'enseignement et l'allongement de la durée de la scolarité obligatoire. Les modèles qui se développent se centrent sur l'apprenant, repensent les places respectives du savoir, de l'apprenant et du maître. L'élève n'est plus cette *tabula rasa* que le maître pouvait remplir d'un savoir neuf, mais ses connaissances, ses compétences et ses représentations sur les savoirs sont peu à peu pris en compte par les différents modèles qui se dessinent alors. C'est l'émergence des pédagogies actives.
- ✓ Les missions de l'École. Elles vont évoluer en particulier sur deux aspects : la redéfinition des frontières de la co-éducation famille/école et l'émergence de nouvelles questions de santé publique. Depuis l'Antiquité les débats autour des missions de l'École animent les philosophes et les politiques. L'École est-elle là pour instruire ou pour éduquer ? Où se situent les frontières de la co-éducation entre l'École et la famille ? Il s'agit d'un débat sans cesse renouvelé teinté des caractéristiques de la société dans laquelle il se déroule. Au cours des quarante dernières années, l'École s'est trouvée confrontée à l'évolution de son public, en partie liée à la démocratisation de l'enseignement¹⁰¹ et à la création du collège unique¹⁰². Les familles se sont diversifiées socialement¹⁰³ et leurs relations avec l'École ont dû être réinventées. De nouvelles questions de santé publique ont franchi les murs de l'École, en particulier les conduites à risques et les différentes formes de toxicomanies, la prévention des infections sexuellement transmissibles avec la découverte du sida, la prise en compte de l'obésité croissante dans les pays occidentaux, etc. L'École se trouve, ainsi, fortement sollicitée pour prendre sa part dans la prise en compte de ces problèmes de

¹⁰¹ Merle, P. (2009).

¹⁰² Loi Haby du 11 juillet 1975.

¹⁰³ Dubet, F. (2003).

société tandis que certaines familles sont plus ou moins disqualifiées pour le faire car considérées comme "démissionnaires"¹⁰⁴.

En résumé :

En un peu plus d'un siècle, on a assisté à la transformation d'une École instrument des pouvoirs publics et de la santé publique pour diffuser les principes hygiénistes et enseigner les bonnes pratiques, à une École qui intègre la prévention dans ses missions au titre de la formation du citoyen. L'éducation à la santé est un concept multiple qui évolue, non seulement au gré de l'avancée des connaissances scientifiques, mais tout autant de l'évolution des valeurs et des représentations que la société associe à ces comportements qui seront tour à tour reconnus comme favorables ou défavorables à la santé.

2.1.2 Les différentes stratégies d'intervention d'éducation à la santé en milieu scolaire

Comme le souligne B. Sandrin-Berthon¹⁰⁵ "*l'évolution des idées et des pratiques est toujours capricieuse*". De fait, on constate que dans notre pays, plusieurs pratiques d'éducation à la santé coexistent, parfois au sein d'un même établissement.

Le modèle transmissif

Le modèle transmissif, aussi appelé modèle "traditionnel", s'inscrit dans la démarche préventive issue de la représentation biomédicale de la santé. Il est centré sur la maladie ou le risque qu'il convient de prévenir par l'information sur la nature de la pathologie et sur ses conséquences, et les moyens de l'éviter. La responsabilité vis à vis du risque est portée par le seul individu, sans que les facteurs environnementaux et sociaux ne soient pris en compte.

Concrètement, ce modèle se traduit en milieu scolaire par l'organisation de séances d'information dispensées par un expert devant des élèves, sur le sujet d'une maladie ou d'un risque pour la santé (comportements, consommations, etc.).

Ce modèle, le plus ancien, est encore fréquemment appliqué. Il a pourtant fait l'objet de nombreuses critiques, en particulier parce qu'il repose sur une vision simpliste et dépassée d'un être humain rationnel, totalement maître de ses comportements et parce que c'est un modèle culpabilisant qui ne prend pas en compte les facteurs environnementaux. Par ailleurs,

¹⁰⁴ Verba, D. (2006).

¹⁰⁵ Sandrin-Berthon, B. (2000).

des études ont démontré son inefficacité en matière de prévention des conduites à risques¹⁰⁶, voire sa contre-productivité.

*"Si les approches traditionnelles échouaient à modifier les comportements des jeunes visés par celles-ci, c'est souvent parce qu'elles ne s'attardaient qu'à un seul problème à la fois, en ne visant que leurs causes proximales, qu'elles souffraient donc d'une certaine myopie quant à ce qui se trouve en amont des dits comportements à risque, particulièrement ceux liés au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'activité sexuelle et à la nutrition."*¹⁰⁷

Certains auteurs affirment même que ce modèle ne relève pas d'une démarche éducative à proprement parler¹⁰⁸.

Les modèles éducatifs

A la suite des nombreuses critiques portées au modèle transmissif, et surtout devant son inefficacité, d'autres stratégies ont vu le jour. Elles ont en commun :

- ✓ de reposer sur une approche globale de la santé ;
- ✓ de prendre en compte la complexité des comportements humains et d'intégrer les apports des théories sociales et psycho-sociales ;
- ✓ de tenir compte des facteurs environnementaux et sociaux ;
- ✓ d'affirmer l'importance de la dimension éducative dans les projets et actions mis en œuvre.

Ces modèles ont pu recevoir différentes dénominations selon les auteurs et les approches théoriques qui les sous-tendent. On peut proposer la typologie suivante pour simplifier leur présentation :

- ✓ Les modèles construits à partir des théories sociales, sociocognitives et psychocognitives : ils visent principalement le développement des compétences psychosociales des élèves (il s'agit de renforcer une bonne estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, les compétences communicationnelles, la reconnaissance et l'expression des émotions, etc.) et/ou s'intéressent aux représentations sociales des élèves concernant les comportements qui influencent leur santé, qu'il convient de faire émerger et éventuellement de faire évoluer.

¹⁰⁶ Stewart-Brown, (2006).

¹⁰⁷ Désy (2009).

¹⁰⁸ Larue, R., Fortin, J., Michard, J-L. (2000).

En pratique, ces modèles se traduisent dans les établissements scolaires par des interventions qui ont pour cadre un débat sur un thème de santé donné. Le plus souvent l'infirmière scolaire ou un intervenant extérieur animent ces séances en présence (ou non) d'un enseignant. Ce sont également toutes les interventions qui reposent sur la mise en situation des élèves telles que les "théâtre forum" ou autres "jeux de rôle". On peut également classer dans ce modèle les actions qui ont pour objet l'implantation de programmes de développement des compétences psychosociales¹⁰⁹. Ces derniers se présentent sous forme de séquences construites autour d'une progression pédagogique qui permet l'acquisition des différentes compétences personnelles et sociales. Ces séquences se déroulent dans la classe, il est possible que ce soit l'enseignant lui-même qui les anime après avoir reçu une formation adéquate. Le programme s'étend sur plusieurs semaines.

C'est également en référence à ce modèle que l'on peut regrouper ce qu'il convient d'appeler les "outils pédagogiques en éducation à la santé"¹¹⁰. Les enseignants ou les intervenants extérieurs sont invités à puiser dans ces ressources pour animer des séances d'éducation à la santé sur un sujet de santé tout en développant les compétences des élèves. Il en existe un grand nombre. À la différence des programmes précédemment cités, les enseignants peuvent puiser à leur guise dans les fiches d'animation proposées et leur efficacité n'est pas tributaire du respect des modalités d'implantation (contrairement à certains programmes de développement des compétences psychosociales nord-américains qui ont fait l'objet de validations scientifiques).

- ✓ Les modèles "intégrés" ou "approches globales" : ils se réfèrent à la Charte d'Ottawa¹¹¹ qui distingue plusieurs niveaux d'intervention¹¹² en promotion de la santé et s'intègrent à différents aspects de la vie de l'établissement. Une démarche intégrée sur la nutrition mobiliserait : des activités de classe au travers des contenus des enseignements ; le gestionnaire pour le choix de l'approvisionnement du restaurant scolaire ; la création d'une "commission menus" qui associerait les personnels de cantine, le gestionnaire, des élèves et des enseignants ; l'organisation d'un "café des parents", des projets

¹⁰⁹ Ces programmes sont pour la grande majorité nord-américains, comme le programme "Life Skills Training". Pour la France on pourra se référer, par exemple, aux programmes "Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle" développé par J. Fortin et "Apprendre à mieux vivre ensemble" coordonné par D. Jourdan.

¹¹⁰ Le CFES, et à sa suite l'Inpes, a élaboré un certain nombre de ces outils à destination du milieu scolaire, on pourra citer les quatre coffrets de la collection "Les chemins de la santé" ou des outils plus thématiques comme "Fourchette et baskets" pour la nutrition, et "Libre comme l'air" sur le tabagisme.

¹¹¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

¹¹² Broussouloux, S. § Houzelle, N. (2006), p. 105.

transversaux comme l'installation d'un composteur, la création d'un potager, la réalisation d'un petit déjeuner thématique, etc.

Un exemple intéressant d'une approche intégrée développée à partir des collèges est le projet ICAPS¹¹³. Il mobilise en effet différents partenaires autour d'un établissement scolaire et comprend plusieurs actions concertées dans le but d'accroître le niveau d'activité physique quotidien des élèves. Cela passe par l'élaboration d'emplois du temps qui permettent la pratique d'une activité physique pendant la pause méridienne, le partenariat avec les collectivités locales pour financer des postes d'animateur sur ces pauses, l'aménagement de pistes cyclables dans la ville pour favoriser les circulations actives des élèves, ainsi que la création de parkings à vélo dans l'établissement, la mise en cohérence des horaires de ramassage scolaire et des horaires d'ouverture des infrastructures sportives (gymnases, piscines, stades, etc.) pour inciter les élèves à les fréquenter, etc.

On le voit, les approches intégrées ne peuvent se concevoir sans un partenariat fort tant entre les différentes catégories de personnels au sein de l'établissement scolaire qu'à l'extérieur de l'école avec les partenaires institutionnels et associatifs. Ces approches combinent plusieurs actions qui agissent sur différents déterminants de santé de façon cohérente et concertée.

Et la promotion de la santé ?

Même si historiquement, la promotion de la santé s'est construite à partir de l'éducation à la santé et en est, en quelque sorte, une émanation, il existe désormais un consensus pour considérer que la promotion de la santé en milieu scolaire se réfère aux approches intégrées et que par conséquent l'éducation à la santé est l'une de ses composantes. L'éducation à la santé est alors comprise comme la dimension de la promotion de la santé qui se réfère aux thématiques de santé soit au niveau du curriculum, soit par le développement de compétences personnelles et sociales, soit par un travail sur les représentations sociales.

En résumé :

L'éducation à la santé en milieu scolaire est l'héritière de l'approche préventive. L'évolution de la société, de la représentation de la santé, des problèmes de société, ont fait évoluer les pratiques d'éducation à la santé. Désormais, celle-ci recouvre plusieurs réalités qui vont des séances d'information sur un risque, à la mise en place d'actions concertées et intégrées à tous

¹¹³ Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité.

les niveaux de la vie de l'établissement autour d'un déterminant de santé, en passant par le développement des compétences personnelles et sociales des élèves.¹¹⁴ Avec l'évolution des concepts, l'éducation à la santé est devenue une des composantes de l'approche plus globale qu'est la promotion de la santé.

2.2. De la promotion de la santé aux écoles promotrices de santé

2.2.1 Fondements conceptuels des écoles promotrices de santé

Une approche globale de la santé

Le concept de santé auquel se réfère l'école promotrice de santé est celui qui a été défini par l'OMS à partir de 1946¹¹⁵. Ainsi l'état de santé d'une personne n'est pas établie sur la base d'un continuum qui irait d'un état où la maladie est absente à un état où la maladie est déclarée, mais il prend en compte plusieurs dimensions qui s'agrègent les unes aux autres. Il s'agit des dimensions physiques, psychiques, sociales et environnementales de la santé. Ainsi l'état de santé qui était principalement objectivé par le constat d'un professionnel de santé peut tout autant être un état subjectif apprécié par la personne elle-même en référence à la représentation de son propre bien-être physique, mental et social.

Corolaire de cette nouvelle approche de la santé, les facteurs susceptibles de l'influencer sont également redéfinis. En plus des déterminants personnels, biologiques et génétiques, sont ainsi identifiés des déterminants sociaux, économiques et environnementaux. L'ensemble de ces facteurs sont reliés et interagissent les uns avec les autres.

La promotion de la santé

L'introduction d'une pluralité de déterminants, en plus des facteurs personnels, pour définir la notion de santé conduit l'OMS à produire une charte qui précise les moyens d'agir pour prévenir les maladies et conserver un état de santé satisfaisant, voire de l'améliorer. Ce texte de référence a été signé à Ottawa en 1986, il introduit pour la première fois la notion de "promotion de la santé"¹¹⁶.

Si la signification anglo-saxonne de l'expression "*health promotion*" est sans ambiguïté, en français le rapprochement des deux termes n'est pas très heureux. Le terme de "promotion"

¹¹⁴ Sandrin-Berthon B. Approche historique de l'éducation pour la santé à l'École, *La Santé de l'homme*, n°346 - mars-avril 2000, p.17-18.

¹¹⁵ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

¹¹⁶ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

étant d'abord entendu dans sa connotation commerciale et publicitaire. Alors qu'il ne s'agit pas tant de "faire la promotion" d'un "produit" qui serait la santé, que de chercher à la préserver, la favoriser, l'améliorer... La promotion de la santé est avant tout un ensemble principes directeurs et de stratégies pour l'action.

" La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas simplement du secteur de la santé, elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est bien le bien-être complet de l'individu."¹¹⁷

Pour atteindre cet objectif, la Charte d'Ottawa préconise de mettre en œuvre simultanément cinq axes stratégiques qui visent autant la modification de l'environnement social et politique que le renforcement des compétences individuelles et collectives.

Les cinq axes stratégiques de la Charte d'Ottawa sont :

- ✓ axe 1 : le développement de politiques publiques favorables à la santé ;
- ✓ axe 2 : la création d'environnements favorables à la santé ;
- ✓ axe 3 : le renforcement de l'action communautaire ;
- ✓ axe 4 : le développement d'aptitudes individuelles ;
- ✓ axe 5 : la réorientation des services de santé.¹¹⁸

La réalisation de l'ensemble de ces axes sont concomitants avec la mise en œuvre de deux principes devenus centraux en promotion de la santé : l'*empowerment* et la participation.

D'origine anglo-saxonne, la notion d'*empowerment* n'a pas de traduction précise en français et se retrouve le plus souvent employée telle qu'elle dans la littérature francophone. Sa signification renvoie à "la capacité de prendre du pouvoir", "d'avoir du pouvoir dans l'action". On peut la définir comme "*un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus,*

¹¹⁷ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

¹¹⁸ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie."¹¹⁹

Elle est en grande partie issue des travaux de Paolo Freire sur la pédagogie dans lesquels il affirme que :

*"le but de l'éducateur n'est pas seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur mais de rechercher avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel il vit."*¹²⁰

Il prône une méthode d'éducation active qui se retrouve de manière sous-jacente dans la dimension éducative de la promotion de la santé (axe 3 et axe 4). Les actions de promotion de la santé doivent avoir pour finalité de développer les capacités d'*empowerment* des publics bénéficiaires, de les rendre acteurs de leur propre santé et de les mettre en capacité de prendre des décisions autonomes et éclairées.

Un autre principe central de la promotion de la santé est la participation des populations, autrement dit la notion de "démarche participative". Si d'un point de vue conceptuel, celle-ci est relativement proche de celle d'*empowerment* vue précédemment, d'un point de vue pratique elle se rencontre beaucoup plus fréquemment puisqu'elle est inscrite dans quasiment toutes les actions et programmes de promotion de la santé. Il n'en reste pas moins que :

*"les interprétations de la notion de participation sont multiples. Elles sont fonction de représentations faisant appel à un système de valeurs qui sont chargées à la fois d'un idéal et d'un souci d'efficacité. (...) Le niveau d'implication dans les actions et les programmes se mesure grâce au niveau de pouvoir octroyé aux individus dans la prise de décision."*¹²¹

Pour en rendre compte, plusieurs échelles permettent de mesurer le niveau de participation des usagers à une action de promotion de la santé, à l'instar celle proposée par la Société française de santé publique¹²² en cinq échelons :

- ✓ la participation consommation consiste à valider un projet par la participation effective des consommateurs ;
- ✓ la participation approbation vise à consulter les usagers intéressés quant à la mise en place d'une action :

¹¹⁹ Dossier thématique, Cultures§Santé asbl, L'empowerment, n°4, mise à jour mai 2014. http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=16234

¹²⁰ Freire, P. (1974)

¹²¹ Liesse A., *et al.* (2000).

¹²² Schapman, S. *et al.* (2000).

- ✓ la participation alibi a pour objectif d'associer les usager à un projet sans leur donner les moyens de le comprendre et de l'analyser ;
- ✓ la participation action implique d'associer les usagers à l'ensemble du projet ;
- ✓ la participation gestion sous-entend que la décision est déléguée aux usagers.

Le concept d'école promotrice de santé s'est construit sur cette base conceptuelle, il repose sur le déploiement d'actions relatives aux cinq axes de la charte d'Ottawa et met particulièrement l'accent sur la démarche participative¹²³.

L'approche systémique

Parce qu'il appréhende l'école dans sa globalité, le concept d'école promotrice de santé prend également appui sur les théories relatives à l'approche systémique. Celle-ci s'ancre dans l'étude des systèmes particulièrement développée à partir du vingtième siècle. Les deux étapes fondatrices sont d'une part les travaux du biologiste autrichien Bertalanffy qui étudient les caractéristiques des organismes comme un tout et non plus comme la somme de leurs parties. Il conclut qu'il existe bon nombre d'objets pour lesquels les caractéristiques "des totalités dont les éléments, en interaction dynamique, constituent des ensembles ne [peuvent] être réduits à la somme de leurs parties."¹²⁴ Les travaux du mathématicien Wiener constitue la seconde étape fondatrice de l'approche systémique. En fondant la cybernétique, sciences des systèmes, il modélise la notion de rétroaction ou de feed-back qui analyse les effets d'une action sur sa propre cause¹²⁵.

L'approche systémique a été appliquée à de nombreux domaines y compris les sciences humaines avec ses développements sur la psychologie, la communication, les organisations, etc.

En résumé :

Le concept d'école promotrice de santé a été construit principalement en référence aux concepts issus de la promotion de la santé inscrits dans la Charte d'Ottawa et à ceux issus des travaux sur l'approche systémique.

¹²³ Cf infra, première partie, chapitre 2, sous-partie 1.2.2.

¹²⁴ Von Bertalanffy, L. (1968).

¹²⁵ Weiner, N. (1950).

2.2.2 Définir le concept de l'école promotrice de santé

Dans un premier temps, établir le concept à partir de l'éducation à la santé

Le passage de l'éducation à la santé en milieu scolaire à l'école promotrice de santé va se construire tout d'abord comme "une combinaison entre l'éducation pour la santé et toutes les autres actions qu'une école entreprend pour protéger et améliorer la santé de ceux qui la fréquentent".¹²⁶

Aussi dès l'origine, il est à noter que l'école promotrice de santé est définie en référence aux pratiques de l'éducation à la santé, et non pas à partir de la promotion de la santé en milieu scolaire qui est encore balbutiante.

Le concept d'école promotrice de santé est créé dans un rapport rédigé par Young et Williams en 1989 pour le compte de l'OMS¹²⁷. Dans ce document, l'école promotrice de santé est décrite à partir de trois éléments principaux¹²⁸ :

- ✓ l'inscription de questions relatives à la santé dans les programmes d'enseignement de certaines disciplines scolaires comme la biologie ou l'éducation physique, ce qui implique qu'un contenu spécifique de ces enseignements soit consacré à des questions de santé ;
- ✓ la prise en compte du *hidden curriculum* ou "programme caché" qui renvoie à des éléments constitutifs de l'école qui influent sur les apprentissages disciplinaires sans que les personnels ou les élèves en aient nécessairement conscience. Les éléments du "programme caché" de l'école en lien avec la mise en place d'une école promotrice de santé sont : la nature des relations interpersonnelles entre élèves et personnels, les relations de l'école et de la communauté environnante, ou encore la qualité de certains services comme les repas servis dans le cadre de la restauration scolaire ;
- ✓ le rôle des services de santé au sein de l'école qui promeuvent la santé des élèves en organisant les dépistages et en assurant des actions de prévention.

Cette première définition, de ce que devrait être une école promotrice de santé, est relativement succincte et le concept s'est par la suite étoffé afin de mieux rendre compte les différents aspects de la vie de l'école concernés par cette approche.

¹²⁶ Young I., Williams, T. (1989).

¹²⁷ Young I., Williams T. (1989).

¹²⁸ Ce chapitre reprend largement de l'article de Ian Young, *La promotion de la santé à l'école - une perspective historique*, Promotion et Education vol XII n°3-4, 2005, p184 - 190

Dans un deuxième temps, déterminer les contours des écoles promotrices de santé à partir de la promotion de la santé à l'école

Au fil des années, le concept d'école promotrice de santé s'est considérablement développé et répandu sur les cinq continents. S'il a pris des appellations différentes selon les différentes régions du monde, toutes ces approches ont des points communs que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) a identifié dans une synthèse intitulée *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*¹²⁹.

Les six critères communs aux différentes approches sont les suivants :

- ✓ l'élaboration d'une politique d'établissement favorable à la santé;
- ✓ la prise en compte de l'environnement physique de l'école;
- ✓ la prise en compte des relations interpersonnelles au sein de l'établissement;
- ✓ le développement des compétences individuelles en matière de santé et de la capacité à agir (que ces compétences soient développées dans le cadre des programmes d'enseignement ou dans le "programme caché");
- ✓ le développement de liens avec l'environnement social de l'école, c'est à dire les partenaires de l'école mais aussi les infrastructures hors école (ceux qui participent aux instances de l'école et les ressources extérieures) ;
- ✓ l'implication des services de santé.

Ces critères témoignent de la proximité conceptuelle entre l'école promotrice de santé et les stratégies d'action présentées dans la Charte d'Ottawa.

Ainsi, on peut définir l'école promotrice de santé comme une stratégie par laquelle l'établissement scolaire prend en compte et contribue à la santé de l'ensemble de la communauté scolaire (élèves et personnels).

Il arrive que la désignation "approche globale de la santé à l'école" se substitue à celle d'école promotrice de santé, cela souligne bien l'évolution de ce concept qui est parvenu à s'intégrer à tous les aspects de la vie de l'école, bien au-delà de ceux traditionnellement rattachés à l'éducation à la santé.

¹²⁹ *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*, UIPES; Saint-Denis : 20XX

Dans un troisième temps, la mise en pratique du concept d'école promotrice de santé : vers un changement de paradigme ?

En pratique une école promotrice de santé est d'abord une école qui organise son fonctionnement et son organisation autour de la préservation et de l'amélioration de la santé globale de ceux qui la fréquentent. Qu'il s'agisse des déterminants de la santé physique liés à l'ergonomie des bâtiments et du mobilier mais aussi de la qualité de l'air, de l'eau, de la nourriture, des déterminants de la santé psychique liés au climat éducatif, à la nature des relations interpersonnelles, au développement des compétences individuelles, de déterminants de la santé sociale (liés au climat éducatif). L'école promotrice de santé est consciente que tous ces aspects influence la santé et que même une "non-décision" n'est pas sans conséquence.

On le voit bien, il ne s'agit pas seulement d'introduire les thématiques de santé dès que cela est possible dans les différentes disciplines (par exemple, illustrer les exercices de mathématiques par des calculs de prévalence de telle ou telle maladie).

Dans leur recension Simar et Duchenes (2011) souligne à quel point :

"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 les attitudes des jeunes et leur environnement"

Complémentarité et différences du modèle écologique de la santé et de l'école promotrice de santé

C'est pourquoi de notre point de vue, l'approche écologique de la santé en milieu scolaire et les écoles promotrices de santé sont deux approches distinctes même si elles sont construites à partir des mêmes concepts théoriques : l'approche systémique et la promotion de la santé.

L'approche écologique de la santé a été modélisée par Bronfenbrenner dans un ouvrage publié en 1979¹³⁰. Il y décrit les échanges de l'individu avec les cinq niveaux de systèmes¹³¹ qui constituent son environnement plus ou moins proche. Chacun des cinq systèmes interagissent les uns avec les autres. Le modèle proposé par Bronfenbrenner a été simplifié et peut ne prendre en considération que trois niveaux : l'individu, son milieu de vie, l'environnement global. Les stratégies d'intervention en promotion de la santé qui reposent sur l'approche

¹³⁰ Bronfenbrenner, U. (1979).

¹³¹ Il s'agit des : ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème.

écologique de la santé sont des interventions qui agissent simultanément sur les différents niveaux décrits par le modèle, comme les interventions de type ICAPS¹³² dont l'objectif est de favoriser l'activité physique chez les collégiens. Elles s'intègrent aux différents niveaux d'environnement des jeunes pour leur donner la possibilité d'accroître leur pratique d'activité physique.

Toutefois, un établissement scolaire qui participe à une intervention de type ICAPS n'en est pas pour autant devenu une école promotrice de santé. En effet, dans le cas de l'école promotrice de santé c'est tout l'établissement qui est orienté vers le bien être alors que dans l'approche écologique c'est le problème de santé qui est pris en compte de façon globale dans une démarche de promotion de la santé. Dans l'approche écologique l'intervention met en place des stratégies qui cibles les différents déterminants **d'une** problématique de santé identifiée, alors que l'école promotrice de santé est **toute entière** préoccupée à améliorer la santé globale, donc elle s'attache à la fois à prévenir tous les problèmes de santé en même temps qu'elle n'en cible aucun en particulier.

On le voit ces deux approches sont complémentaires sans néanmoins pouvoir être substituées l'une à l'autre.

En résumé :

L'école promotrice de santé est une stratégie d'intervention en milieu scolaire qui vise à promouvoir la santé de tous ceux qui fréquentent un établissement scolaire (élèves et adultes). Elle repose sur une prise de conscience qui s'exerce en permanence des effets que peuvent avoir sur la santé l'ensemble des décisions et des actes, pris et mis en œuvre quotidiennement, dans l'établissement.

2.2.3 L'école promotrice de santé : de la théorie à la pratique

L'école promotrice de santé : nouvelle utopie ?

L'école promotrice de santé à l'instar d'Utopia¹³³ est-elle une école qui ne peut se rencontrer en aucun lieu ? Il ne s'agit pas de faire preuve de pessimisme exagéré mais au contraire de pragmatisme. La mise en place d'une école promotrice de santé complète qui réponde de

¹³² Rostan, F. et al. (2011).

¹³³ Utopia, nom éponyme du roman de Thomas More en 1561 qui désigne une île idéale qui ne se trouve nulle part. Le nom est construit à partir du préfixe latin privatif « ú » et du grec « τοπος » lieu.

façon pleinement satisfaisante à tous les critères¹³⁴ qui la définissent se rencontre rarement. Le plus souvent, les implantations sont partielles. De façon pragmatique, l'école promotrice de santé dans sa réalisation pleine et entière est avant tout un idéal à l'aune duquel mesurer les pratiques et vers lequel tendre.

Une efficacité toute théorique ?

Les deux problèmes qui se posent pour évaluer les écoles promotrices de santé sont la mise en œuvre partielle et la contextualisation qui rend difficile la reproductibilité

Désy note page 13 "néanmoins un examen de la littérature semble indiquer qu'il n'existe pas d'initiatives d'AES qui aient été déployées dans toutes ses facettes et qui aient été adéquatement évaluées ».

En fait, l'évaluation de l'efficacité des écoles promotrices de santé repose principalement sur une construction théorique et sur l'absence d'efficacité (démontrée cette fois) d'autres approches plus traditionnelles axées sur la prévention des risques et souvent circonscrites à une seule problématique de santé. Les études ont montré que les stratégies qui s'appuient sur des interventions prenant en compte les déterminants de santé sont parmi les plus efficaces, et que les stratégies d'intervention qui prennent en compte les caractéristiques des environnements dans une perspective systémiques sont les plus efficaces. Ainsi les écoles promotrices de santé devraient être efficaces. Deuxième question soulevée par l'évaluation, la généralisation des évaluations réalisées. L'adaptation au contexte est intrinsèque au concept d'école promotrice de santé.

*"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 socio-économiques, politiques, scolaires ou sanitaires qui sont très différents les uns des autres."*¹³⁵

Toutefois cela n'est peut-être pas très satisfaisant scientifiquement mais certainement suffisant pour la pratique.

¹³⁴ cf infra les critères identifiés par l'IUPES

¹³⁵ Simard C., § Deshenes, M. (2011).

En résumé :

L'école promotrice de santé dans sa forme la plus aboutie reste bien souvent à l'état de concept. Néanmoins c'est un idéal vers lequel tendre qui permet d'orienter les pratiques vers une prise en compte et une amélioration du bien-être de tous. L'évaluation de sa mise en œuvre reste encore souvent non généralisable, toutefois les résultats obtenus même partiels sont suffisamment prometteurs pour promouvoir ce type de stratégie.

DEUXIÈME PARTIE :

**PRÉSENTATION DU DISPOSITIF "ALLER BIEN POUR
MIEUX APPRENDRE"**

CHAPITRE 3 – Contextes d'élaboration du dispositif

Plusieurs éléments convergents ont permis l'élaboration du dispositif "Aller bien pour mieux apprendre" (ABMA), ils en constituent le contexte et appartiennent à différents registres : institutionnel, personnel et professionnel, et éléments contingents dus au hasard des rencontres. Ces éléments, tous liés entre eux, sont pourtant indépendants les uns des autres. Cette présentation des contextes pluriels d'ABMA est un travail de reconstruction rétrospectif.

3.1. Contexte institutionnel

Cette partie se propose d'analyser très succinctement quelques évolutions récentes du système éducatif français qui peuvent constituer des éléments favorables à la démarche des écoles promotrices de santé.

3.1.1. Un système éducatif questionné

Les résultats des enquêtes internationales

Depuis plusieurs années, les résultats des enquêtes internationales, telles que *Programme for International Student Assessment* (PISA¹³⁶) ou *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC¹³⁷), montrent que le système éducatif français est mal classé.

L'enquête HBSC "est destinée à appréhender la perception qu'ont les élèves¹³⁸ de leur santé et de leur vécu au sein de l'école, et leurs déterminants"¹³⁹. Si les collégiens français estiment que leur santé est globalement bonne et que la proportion d'élèves déclarant aimer l'école progresse depuis l'enquête de 2006¹⁴⁰, ces éléments positifs doivent être modérés:

*"Peu d'élèves français estiment avoir de bons résultats scolaires, en outre cette perception se détériore au fur et à mesure de l'avancée au collège. (...) De plus, la France est l'un des pays où les collégiens s'autoévaluent le plus négativement."*¹⁴¹

Enfin, le sentiment d'ennui à l'école est également très présent dans les réponses des élèves français. L'enquête met aussi en évidence que les inégalités sociales de santé sont "présentes dès l'adolescence"¹⁴².

¹³⁶ Programme international pour le suivi des acquis des élèves, ensemble d'études pilotées par (OCDE) et pour la première fois en 2000. <https://data.oecd.org/fr/resultatrecherche/?q=pisa>

¹³⁷ Godeau, E. *et al.* (2012).

¹³⁸ Élèves de 11 à 15 ans.

¹³⁹ Godeau, E. § Navarro, F. (2014).

¹⁴⁰ Godeau, E. § Navarro, F. (2014).

¹⁴¹ Godeau, E. § Navarro, F. (2014).

L'enquête PISA permet de comparer les compétences acquises en mathématiques, lecture, sciences et résolution de problèmes par des élèves de 15 ans dans 65 pays.

Depuis la première enquête PISA en 2000, le classement de la France s'est dégradé, situant le pays en queue de peloton des pays comparables d'un point de vue socio-économique. De plus, l'enquête révèle que les inégalités scolaires sont très importantes en France et qu'elles sont largement corrélées aux inégalités sociales.

"Depuis 2003, les écarts de niveaux entre élèves se sont creusés et le poids des inégalités sociales sur la réussite scolaire s'est alourdi."¹⁴³

La publication des résultats de ces deux enquêtes et les comparaisons internationales qu'elles permettent, ouvrent un débat dans l'opinion qui questionne le fonctionnement du système éducatif^{144 145}. Elles ne se contentent pas d'évaluer uniquement des savoirs scolaires mais contextualisent les apprentissages scolaires en les mettant en relation avec le vécu scolaire, l'autoperception des résultats scolaires, l'estime de soi et le soutien des enseignants.

Les pays qui obtiennent les meilleurs résultats ne sont pas ceux qui ont la politique la plus élitiste mais ceux qui parviennent à faire réussir le plus grand nombre d'élèves, indépendamment de l'appartenance sociale.

"L'Australie, le Canada, l'Estonie, la Finlande, Hong-Kong (Chine), le Japon, la Corée, le Liechtenstein, les Pays-Bas et Macao (Chine) se distinguent par une performance globale supérieure à la moyenne de l'OCDE et par une faible corrélation entre la performance des élèves et leur milieu socio-économique. (...) Ils apportent donc la preuve qu'amener tous les élèves à des niveaux élevés de compétence n'a rien d'impossible."¹⁴⁶

De plus, l'enquête PISA est construite autour de l'évaluation de l'acquisition de compétences :

"L'enquête PISA ne cherche pas simplement à évaluer la faculté des élèves à reproduire ce qu'ils ont appris, mais vise aussi à déterminer dans quelle mesure ils sont capables de se livrer à des extrapolations à partir de ce qu'ils ont appris et d'utiliser leurs connaissances dans des situations qui ne leur sont pas familières, qu'elles soient ou non en rapport avec l'école. Cette approche reflète le fait que les

¹⁴² Godeau, E. & Navarro, F. (2014).

¹⁴³ <http://www.education.gouv.fr/pisa2012/#la-france-dans-pisa>

¹⁴⁴ Chacune des publications de ces enquêtes est l'objet de nombreux articles de presse, notamment en ce qui concerne les résultats de l'enquête PISA.

¹⁴⁵ Le "choc" PISA ?, *Administration et Éducation*, n°145, janvier 2015.

¹⁴⁶ OCDE, (2014). p 14.

sociétés modernes apprécient les individus moins pour leurs connaissances que pour leur capacité à utiliser ces dernières."¹⁴⁷

Or le système éducatif français est construit autour de la transmission de savoirs disciplinaires¹⁴⁸. La pédagogie par compétences, la transversalité s'y invitent de manière récente, et non sans susciter des résistances¹⁴⁹. La mauvaise place occupée par la France dans les résultats de l'enquête PISA depuis plusieurs années contribue à alimenter un débat plus profond sur les missions de l'école et sur ce qu'elle doit transmettre aux élèves.

Les débats qui se font jour autour de ces enquêtes sont utiles à la cause des écoles promotrices de santé. Premièrement ces enquêtes rappellent le lien qui existe entre santé et éducation. C'est particulièrement le cas d'HBSC qui atteste de la corrélation entre le fait de ne pas aimer l'école, de ne pas se sentir soutenu par les enseignants, d'avoir une mauvaise perception de ses résultats scolaires et l'augmentation de la consommation de produits psychoactifs comme le tabac ou l'alcool¹⁵⁰. Ensuite ces études ont le mérite de ne pas se contenter d'évaluer l'acquisition de savoirs mais de s'intéresser aussi à la manière dont ces savoirs scolaires sont transmis. Les sujets alors débattus sur la place publique portent sur la qualité des apprentissages et leurs liens avec la pédagogie et le climat scolaire.

Des inégalités scolaires et sociales bien ancrées

Les inégalités scolaires, très marquées en France, sont en étroite corrélation avec l'appartenance socio-économique et l'inscription dans un territoire donné¹⁵¹. Ces inégalités persistantes interrogent avec force le système éducatif français qui loin d'arriver à les résorber semble les renforcer¹⁵². Plus un élève appartient à un milieu socio-économique défavorisé moins il a de chance d'obtenir un diplôme élevé et plus il a de probabilités de ne pas être bon élève. A contrario, plus un élève appartient à un milieu socio-économiquement favorisé, plus il a la possibilité d'être un bon élève et d'obtenir un diplôme élevé¹⁵³.

Ces inégalités scolaires expliquent en partie le mauvais classement de la France à l'enquête PISA, car si les bons élèves réussissent plutôt bien, ce sont surtout les résultats des mauvais élèves qui sont pénalisants, car ils réussissent de moins en moins bien¹⁵⁴.

¹⁴⁷ OCDE. (2014). p.3. <http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview-FR.pdf>

¹⁴⁸ Perrenoud, P. (2000).

¹⁴⁹ Perrenoud, P. (2000).

¹⁵⁰ Godeau, E. (2013).

¹⁵¹ Ly, S-T. § Riegert, A. (2015).

¹⁵² <http://www.education.gouv.fr/pisa2012/#la-france-dans-pisa>

¹⁵³ Ly, S-T. § Riegert, A. (2015).

¹⁵⁴ En 2012, 22,4% des élèves français étaient en difficulté en mathématiques contre 16,6% en 2003, alors que la proportion de bons élèves est restée stable, 13%.

Réduire les inégalités scolaires représente donc un enjeu sociétal majeur. Cependant, les solutions sont complexes. L'une d'elles pourrait consister à allouer des moyens financiers supplémentaires à l'éducation, mais l'enquête PISA de l'OCDE montre :

"qu'au-delà d'un certain niveau de dépenses par élève, l'excellence n'est pas qu'une question d'argent : le mode de répartition des ressources est aussi important que le volume de ces ressources"¹⁵⁵.

Les inégalités scolaires qui tiennent le système éducatif français en échec depuis plusieurs années, contribuent également à interroger les pratiques. Le sujet est au cœur des débats sur les missions de l'école et la nature de ce qu'elle doit transmettre entre savoirs et compétences¹⁵⁶.

L'échec scolaire est aussi l'occasion de mettre en avant la réflexion et la démarche menées par les écoles promotrices de santé. Car l'échec scolaire ne résume pas à de mauvaises notes. Ces dernières sont la partie visible d'un processus plus complexe qui associe absentéisme, violence, faible estime de soi, jugement dépréciatif porté sur ses résultats scolaires, et finalement... bien-être à l'école.

En résumé :

Les mauvais résultats de la France aux enquêtes internationales comme PISA ou HBSC et l'incapacité du système éducatif à endiguer l'échec scolaire ouvrent les débats sur la qualité des apprentissages et leurs liens avec la pédagogie et le climat scolaire. Ils contribuent à familiariser l'opinion publique et les acteurs du système éducatif avec des sujets essentiels à la démarche des écoles promotrices de santé.

3.1.2. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République de 2013

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République adoptée en juillet 2013¹⁵⁷ comporte des dispositions susceptibles de favoriser l'émergence d'un courant d'écoles promotrices de santé.

¹⁵⁵ OCDE. (2014), p.24.

¹⁵⁶ Perrenoud, P. (2000).

¹⁵⁷ Loi du n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

"L'école du socle"

Depuis 2005, les élèves français doivent avoir acquis en fin de scolarité obligatoire non seulement un ensemble de connaissances sanctionnées par le Diplôme national du brevet (DNB), mais aussi un ensemble de compétences définies dans le "socle commun des connaissances et des compétences"¹⁵⁸ dont l'acquisition est validée par le Livret personnel de compétences (LPC)¹⁵⁹. Le socle commun définit ce que *"nul élève n'est censé ignorer en fin de scolarité obligatoire : un ensemble de savoirs, de valeurs, de langages et pratiques"*¹⁶⁰. La loi de refondation prévoit de renouveler le socle commun et de lui ajouter la notion de culture¹⁶¹.

L'introduction du Socle commun dans le système éducatif français instaure un changement *"d'organisation et de fonction de l'École dans la société française pour le XXI^e siècle"*¹⁶². Certains ont pu mettre dans le socle commun l'espoir de la constitution d'une véritable "école du socle" avec

*"un socle commun défini comme un bagage commun à des fins à la fois cognitives et sociétales, donnant ainsi un contenu et un objectif à une scolarité obligatoire définie jusqu'ici ou du moins généralement perçue d'abord en durée ou en âge des élèves, en un primat des questions de forme et d'organisation sur celles des finalités cognitives du parcours scolaire. (...) En même temps que resurgissait la question des finalités cognitives de ce premier parcours scolaire, surgissait sa conséquence redoutable : ce socle défini comme un objectif pour tous impose une école conçue pour que tous y parviennent effectivement. Qu'on le veuille ou non, cela oblige à repenser les choses en profondeur, jusqu'aux formes les plus courantes et communément admises de l'organisation scolaire"*¹⁶³.

L'instauration d'une "école du socle" participe à la création d'un système éducatif favorable aux écoles promotrices de santé parce qu'il place l'acquisition des compétences au cœur des missions de l'école. Or, développer les compétences est l'un des axes de travail des écoles promotrices de santé.

¹⁵⁸ Décret du 11 juillet 2006 relatif au socle commun des connaissances et des compétences.

¹⁵⁹ <http://eduscol.education.fr/pid25572-cid49889/livret-personnel-de-competences.html>

¹⁶⁰ Décret du 11 juillet 2006 relatif au socle commun des connaissances et des compétences.

¹⁶¹ Décret du 2 avril 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

¹⁶² AFAE (2015).

¹⁶³ AFAE (2015), p. 39.

La notion de "bienveillance" dans la loi de refondation..

La notion de "bienveillance" est apparue lors de la consultation sur l'école organisée pour préparer la loi de refondation. Dans le rapport final de la concertation qui synthétisait l'ensemble des débats, un court chapitre lui est consacré, qui introduit la notion de la façon suivante :

"Quand l'école est bienveillante envers les élèves - qui sont d'abord des enfants et des adolescents -, quand elle accueille enfants - y compris en situation de handicap -, parents et personnels dans des locaux conviviaux et adaptés, quand elle respecte les rythmes et la santé des enfants et des jeunes en allégeant des journées trop longues et trop peu nombreuses, quand elle prévient la violence et crée les conditions d'un climat apaisé et serein dans les établissements, elle met toutes les chances de son côté pour faciliter les apprentissages dès les débuts de la scolarité"¹⁶⁴.

Cette définition de la bienveillance n'est pas sans faire écho à quelques-unes des caractéristiques d'une école promotrice de santé¹⁶⁵ :

- prise en compte de la santé des élèves;
- lien entre le climat d'établissement et la qualité des apprentissages scolaires;
- attention portée à l'environnement physique de l'école (les locaux);
- attention portée à la gestion des temps (rythmes scolaires qui facilitent les apprentissages);
- création d'un climat scolaire positif et sécurisant.

Le rapport fait d'autres recommandations, comme celles relatives à l'évaluation des élèves et au statut de l'erreur qui vont dans le sens d'une pédagogie "bienveillante" qui participerait à la construction d'une estime de soi positive des élèves, ou encore celle de l'incitation à une ouverture de l'école dans le cadre d'une collaboration avec ses partenaires¹⁶⁶.

La prise en compte du climat scolaire

Reprenant les recommandations du rapport de la concertation nationale sur l'école¹⁶⁷, la loi pour la refondation "souligne dans son rapport annexé la place importante du climat scolaire"¹⁶⁸.

¹⁶⁴ Dulot, A. *et al.* (2012), pages 28-29

¹⁶⁵ Cf. *infra* première partie, chapitre 2

¹⁶⁶ Dulot, A. *et al.* (2012).

¹⁶⁷ Dulot, A. *et al.* (2012).

¹⁶⁸ Dgesco (2013). Guide *Agir sur le climat scolaire au collège et au lycée*, p. 2.

Concrètement, cette attention portée au climat scolaire se traduit par l'installation d'une délégation ministérielle chargée de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire¹⁶⁹.

La délégation ministérielle a mis en exergue le rôle des violences dans le climat scolaire. Les actions visant à améliorer ce dernier étaient d'abord centrées sur la prévention des violences et, en particulier, de la lutte contre le harcèlement¹⁷⁰. Puis, la délégation ministérielle a déployé une stratégie plus large et créé des outils¹⁷¹ pour les établissements afin d'améliorer le climat scolaire en agissant sur :

*"les leviers identifiés par la recherche : la dynamique et les stratégies d'équipe; un cadre clair et un apprentissage des compétences sociales; des stratégies pédagogiques et éducatives; créer du lien : EPLE-famille, EPLE-partenaires; aide à la gouvernance par la mesure du climat scolaire."*¹⁷²

Afin d'accompagner les établissements dans cette dynamique, la délégation ministérielle a également encouragé la création de groupes académiques "climat scolaire" chargés de réaliser un état des lieux sur la question, de dégager les pistes d'amélioration et de veiller à la cohérence des actions mises en place¹⁷³.

La méthodologie employée par la délégation ministérielle pour améliorer le climat scolaire repose sur des leviers et une approche systémique similaires à ceux des écoles promotrices de santé. Cette similitude se retrouve jusque dans les résultats attendus *"d'un climat scolaire positif"*, semblables à ceux recherchés par les écoles promotrices de santé :

- *"l'amélioration des résultats scolaires;*
- *l'amélioration du bien-être des élèves et des adultes;*
- *la diminution notable du harcèlement;*
- *la diminution des problèmes de discipline;*
- *la diminution des inégalités scolaires;*
- *une baisse de l'absentéisme et du décrochage scolaire"*.¹⁷⁴

Si d'un point de vue théorique, les travaux et actions de la délégation ministérielle paraissent constituer un ancrage fort pour le développement des écoles promotrices de santé, d'un point de vue pratique et politique, ils sont plutôt un frein à leur implantation. En effet, d'un point de

¹⁶⁹http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/climat_scolaire/pdf/climat_scolaire_missions_dmplv_2013_p1.pdf

¹⁷⁰ www.agircontreleharcelementalecole.gouv.fr

¹⁷¹ <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/accueil.html>

¹⁷² Dgesco (2013). Guide *Agir sur le climat scolaire au collège et au lycée*, p. 8.

¹⁷³ <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/annuaire-reseaux/partenaire/partenaireId/la-cellule-climscol-academie-de-bordeaux.html>

¹⁷⁴ Dgesco (2013). Guide *Agir sur le climat scolaire au collège et au lycée*. p. 8

vue politique, l'approche climat scolaire portée par la délégation ministérielle devient directement concurrentielle avec une approche globale de promotion de la santé qui pourrait être soutenue par le Bureau de l'action sanitaire et sociale, de la santé et de la sécurité de la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc). Au lieu de créer une délégation ministérielle, le pouvoir politique aurait pu confier à cette dernière l'amélioration du climat scolaire...

En 2009, M. Désy relevait à propos de la coexistence de différentes approches intégrées, en particulier celles relatives au climat scolaire et celles relatives à la promotion de la santé, "*qu'il était fort probable que les deux soient interreliées*" cependant il précise en note de bas de page :

*"Cette conclusion mérite d'être soulignée, car il est possible que sur le plan **strictement politique**¹⁷⁵, ces deux approches intégrées quoique largement coextensives quant à leurs objectifs et leurs méthodes, se retrouvent en compétition plutôt qu'en synergie (...)."*¹⁷⁶

Le parcours éducatif de santé

La loi pour la refondation instaure également un "parcours de santé"¹⁷⁷, qui deviendra "parcours éducatif de santé" dans la loi de santé publique¹⁷⁸ qui sera adoptée à la fin de l'année 2015. L'évolution du "parcours de santé" en "parcours éducatif de santé" mérite de s'y arrêter car elle est révélatrice. L'ajout du terme "éducatif" souligne la contribution spécifique de l'école en ce qui concerne la santé des enfants et des jeunes.

*"La santé de l'enfant est sous l'autorité des parents, ce n'est pas l'école qui a la responsabilité de la santé des enfants. Elle [la santé des enfants] implique les familles, la médecine de ville, la médecine hospitalière, l'ensemble des acteurs territoriaux. L'école quelle est sa contribution ? Sa contribution c'est autour de la question éducative. Ce qu'il importe aujourd'hui pour notre pays c'est de mettre en œuvre un parcours éducatif de santé qui soit capable de mettre en cohérence l'ensemble de ces contributions à la santé de l'enfant."*¹⁷⁹

¹⁷⁵ Souligné par nous.

¹⁷⁶ Désy, M. (2009), p.15.

¹⁷⁷ Loi du n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

¹⁷⁸ Projet de loi de modernisation de notre système de santé (2015).

¹⁷⁹ Jourdan, D. (4 février 2015). Bâtir un parcours éducatif en santé à l'école. Didier Jourdan émission 2, Ecosystème santé. en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=vOSo-tTyG-8>

Le parcours éducatif de santé a vocation à mettre en cohérence l'ensemble des actions relatives à la santé des enfants et des jeunes de la maternelle au lycée. Il est un élément constitutif de :

"la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves. Sa mise en œuvre est coordonnée par une cellule clairement identifiée, pilotée par un proviseur (ou un inspecteur) vie scolaire et réunissant notamment les conseillers techniques du recteur (médecin, infirmier, conseillers techniques du recteur (médecin, infirmier, conseiller technique de service social, psychologue, ASH, etc.)."¹⁸⁰

Ce pilotage par la vie scolaire, et non par les conseillers techniques, souligne la dimension éducative du parcours éducatif de santé, dont l'implémentation au sein des établissements scolaires concerne l'ensemble de la communauté éducative.

Le parcours éducatif de santé a vocation à devenir le cadre dans lequel pourra s'inscrire toute la politique de santé de l'établissement. L'accent mis sur sa dimension éducative - plutôt que sur la dimension sanitaire - et le pilotage par la vie scolaire en font un levier favorable au déploiement d'une école promotrice de santé.

En résumé :

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République adoptée en 2013 comprend plusieurs axes qui peuvent favoriser le développement de la démarche des écoles promotrices de santé au sein des établissements scolaires : la notion de "bienveillance" est centrale; la redéfinition du socle commun renforce le développement des compétences des élèves; l'installation d'une délégation ministérielle chargée de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire met l'accent sur le climat scolaire dans la perspective d'une approche globale; enfin l'instauration d'un parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée pose un cadre pour la politique éducative de santé en milieu scolaire qui concerne l'ensemble de la communauté éducative.

¹⁸⁰ BOEN – Bulletin officiel – Ministère de l'éducation nationale n°21 du 22 mai 2014, annexe 19.

3.2. Contextes personnel et professionnel

3.2.1 Un master 2 "Santé et éducation" et après...

L'écriture de cette thèse est directement liée à la poursuite d'un travail de recherche mené en 2008/2009 dans le cadre d'un master professionnel "Éducation et santé publique" effectué à l'Université de Clermont-Ferrand.

Et déjà... l'histoire des écoles promotrices de santé

Le mémoire portait sur les écoles promotrices de santé et leur lien avec le système éducatif français. L'objet de la recherche comportait deux volets : retracer l'histoire française des écoles promotrices de santé depuis la création du réseau européen; et comprendre pourquoi cette démarche n'avait pas été intégrée au système éducatif français à l'instar de ce qui avait pu se produire dans d'autres pays européens¹⁸¹.

Les résultats de ce travail ont permis :

- ✓ de retrouver la trace de l'existence fugace d'un réseau français d'écoles promotrices de santé resté confidentiel ;
- ✓ d'identifier les freins à la généralisation de cette démarche :
 - les principes des écoles promotrices de santé étaient méconnus et mal compris, notamment en ce qui concerne l'approche globale ou le développement des compétences psychosociales (à une époque bien antérieure au socle commun de connaissances et de compétences) ;
 - une incompréhension du sens même de la démarche : là où l'école promotrice de santé considère l'école elle-même comme déterminant de santé, en France, il s'agissait toujours d'aborder les questions de santé dans le cadre scolaire ;
 - le système éducatif français est très centralisé, l'éducation est une fonction régaliennne alors que les écoles promotrices de santé ont été conçues pour des systèmes éducatifs gérés plus localement et plus soupagement.

Plus fondamentalement, l'École d'alors n'était pas encore prête à penser le bien-être, le partenariat, le climat scolaire comme étant liés à la réussite éducative et la promotion de la santé.

En outre, il est apparu très difficile de chercher à intégrer la démarche des écoles promotrices de santé alors que la majorité des acteurs du système éducatif n'arrivaient pas à se départir d'une représentation biomédicale de la santé et étaient enclins à confier toutes ces questions

¹⁸¹ En Pologne, en Suisse ou en Belgique par exemple.

aux professionnels compétents que sont les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale...

Et après la rédaction du mémoire ?

Après ce travail de recherche, deux constats se sont imposés à moi et qui ne sont pas sans lien avec l'élaboration d'ABMA :

- ✓ les freins identifiés comme étant responsables de l'échec de la création d'un réseau français d'écoles promotrices de santé étaient largement inhérents au système éducatif français lui-même, or vingt ans plus tard le contexte avait évolué¹⁸²;
- ✓ la réalisation des entretiens de recherche m'avait conduite à rencontrer plusieurs personnes, qui étant convaincues du bien-fondé de la démarche des écoles promotrices de santé, en appliquaient les principes dans leur travail quotidien, sans toutefois y faire référence explicitement auprès de leurs collègues.

L'envie était donc forte de reprendre l'histoire là où elle s'était arrêtée.

En résumé :

Le dispositif ABMA a été élaboré après un travail de recherche mené dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de master professionnel intitulé "Écoles promotrices de santé, promotion de la santé à l'école : quelles représentations ? quelles pratiques ?".

3.2.2 En lien avec ma pratique professionnelle

Chargée de mission à l'Inpes

Pour retracer l'histoire du réseau français des écoles promotrices de santé, j'avais réalisé des entretiens auprès des personnes qui avaient été directement impliquées dans ce réseau, mais j'avais aussi eu la possibilité d'entreprendre une analyse documentaire des archives qui se trouvaient dans mon bureau à l'Inpes. Ces documents dataient de l'époque du Comité français d'éducation à la santé (CFES)¹⁸³ et appartenaient à mes prédécesseurs sur ce poste.

Il faut se souvenir que le CFES s'était retrouvé impliqué dans le réseau français. Dans les dernières années, la Desco reversait une partie du financement européen qu'elle recevait au CFES, qui le reversait à son tour à un comité départemental d'éducation pour la santé (Codes)

¹⁸² Cf. infra deuxième partie, chapitre 3.1

¹⁸³ L'Inpes a été créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il s'est substitué au CFES dont il a repris les missions.

qui salariait une des "coordinatrice" du réseau français¹⁸⁴. Ainsi, développer la démarche des écoles promotrices de santé au sein du système éducatif français semble être une préoccupation constante des chargés de mission "milieu scolaire" du CFES, et à sa suite de l'Inpes, et ce depuis plus de vingt ans...

Au-delà de l'anecdote personnelle, il est intéressant de comprendre quelle a été l'évolution de la stratégie du CFES, puis de l'Inpes vis-à-vis du milieu scolaire au cours des dernières décennies. Dans la partie précédente, on a vu que le système éducatif avait connu des évolutions récentes dans des domaines qui intéressent particulièrement la prise en compte d'une approche globale telle que celle des écoles promotrices de santé¹⁸⁵. Sans surprise, les productions du CFES, puis de l'Inpes en direction du milieu scolaire se sont modifiées avec l'évolution des concepts de santé et de promotion de la santé¹⁸⁶, passant d'une dimension principalement informative à une dimension éducative s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales¹⁸⁷.

Le positionnement stratégique du CFES puis de l'Inpes vis à vis du milieu scolaire sont très différents. Le CFES était une association, tête de réseau des Comités départementaux d'éducation à la santé (Codes) et des Comités régionaux d'éducation à la santé (Cres)¹⁸⁸ répartis sur l'ensemble du territoire. Ces associations avaient vocation à intervenir en milieu scolaire pour faire des actions d'éducation à la santé et de promotion de la santé en direction des élèves, puis en accompagnant les équipes éducatives. Mais l'éducation à la santé et la promotion de la santé restaient des domaines extérieurs au milieu scolaire.

Peu à peu, la stratégie de l'Inpes a évolué, il ne s'agissait plus tant de produire des documents et des outils pédagogiques pour le milieu scolaire, que d'élaborer ces mêmes outils et documents en tenant compte des dynamiques propres de l'Éducation nationale, pour que les ressources proposées par l'Institut n'apparaissent plus comme "extérieures" et puissent être appropriées par les acteurs du milieu scolaire. C'est une stratégie partenariale de coconstruction qui s'engage alors petit à petit.

¹⁸⁴ Broussouloux, S. (2009).

¹⁸⁵ Cf. infra deuxième partie, chapitre 3, sous partie 3.1

¹⁸⁶ Cf. infra première partie, chapitre 2.

¹⁸⁷ De l'affiche sur le sommeil de l'enfant "Longues veillées... journées gâchées" aux coffrets pédagogiques "Les chemins de la santé", voir le catalogue <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsTPSP.asp#>

¹⁸⁸ La Fédération nationale d'éducation et de promotion pour la santé (Fnes) a été créée avec pour mission de fédérer et d'animer l'ensemble des comités comme pouvait le faire le CFES. Avec la création des agences régionales de santé (ARS) et la prédominance de l'échelon régional, les Codes et les Cres ont fusionné pour devenir des Instances régionales d'éducation à la santé (Ireps).

Ce changement est visible en 2006 avec la parution d'un guide méthodologique à destination du milieu scolaire¹⁸⁹, dont le titre emprunte la terminologie habituellement usitée à l'école: "éducation à la santé" - à la place d'"éducation **pour** la santé" qui signe la filiation avec la promotion de la santé et la Charte d'Ottawa. Les débats au sujet de cette simple préposition sont moins vifs aujourd'hui en 2015, mais en 2006, la parution de l'ouvrage avait été retardée, la substitution du "pour" par le "à" de la couverture suscitant des résistances au sein de l'Inpes.

Un ancrage du partenariat Inpes/ Dgesco

Si ABMA est un dispositif qui a été conçu et expérimenté avec l'académie de Lyon, il s'inscrit également dans le cadre du partenariat qui lie l'Inpes et la Dgesco. Les entretiens réalisés pour le master ont eu comme effet second de réactiver une mobilisation autour de la démarche des écoles promotrices de santé. La Dgesco, en partenariat avec l'Inpes, a alors réuni un groupe de travail¹⁹⁰ dont l'objectif était de définir des pistes concrètes pour appliquer cette démarche dans les établissements scolaires. Un des coordinateurs nationaux de « feu » le Réseau français des écoles promotrices de santé participait à ce groupe de travail. Il s'est vite avéré que pour être en cohérence avec les besoins et les réalités des établissements scolaires, il était nécessaire de poursuivre les travaux de ce groupe en association étroite avec des établissements volontaires qui pourraient expérimenter la démarche qui s'esquissait. La Dgesco a alors fait appel aux conseillers académiques en recherche-développement innovation et expérimentation (Cardie) pour identifier les établissements susceptibles d'être intéressés. Mais cette démarche n'a pas abouti.

L'expérimentation a donc pris une autre voie, une voie "lyonnaise". Toutefois, le projet de développer les écoles promotrices de santé reste inscrit parmi les actions communes¹⁹¹ du partenariat entre l'Inpes et la Dgesco.

En résumé :

L'élaboration de la démarche ABMA fait partie de mon exercice professionnel en tant que chargée de mission "milieu scolaire" à l'Inpes. Même si l'expérimentation est ancrée dans

¹⁸⁹ Broussouloux, S. & Houzelle, N. (2006).

¹⁹⁰ Le groupe de travail s'est réuni pour la première fois en novembre 2010. Il a ensuite supervisé la rédaction d'un cahier des charges sur la promotion de la santé à l'école destiné à élaborer une expérimentation auprès d'établissements pilotes. Documents Inpes.

¹⁹¹ Accord-cadre Inpes/Dgesco 2010-2014 et 2015-2019, documents Inpes. www.inpes.sante.fr/INPES/accords-cadre.asp

l'académie de Lyon, elle fait partie d'un projet national conduit conjointement par l'Inpes et la Dgesco.

3.3. Contexte "au hasard des rencontres"

3.3.1 Des intentions convergentes

La soutenance du mémoire : un "site" de rencontres...

La soutenance de mon mémoire de master a été l'occasion de faire la connaissance de l'infirmière conseillère technique départementale (ICTD) du département 1¹⁹². Par son entremise, j'ai pu rencontrer l'infirmière conseillère technique auprès du recteur (ICTR) de Lyon, co-pilote du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) académique. Ces rencontres ont été décisives pour l'élaboration d'ABMA. En effet, alors que le groupe qui travaillait sur la démarche des écoles promotrices de santé se mettait en place à l'initiative de la Dgesco, le CESC académique du rectorat de Lyon menait parallèlement un travail de réflexion sur la façon d'accompagner les établissements scolaires à développer une démarche de promotion de santé globale¹⁹³.

Une convergence de préoccupation avec le CESC académique du rectorat de Lyon

Au moment où la Dgesco se rapprochait de la Cardie (Cellule académique recherche et développement en innovation et en expérimentation) pour identifier -sans succès- des établissements volontaires pour expérimenter nos hypothèses, le CESC académique constatait qu'il était nécessaire de dépasser les initiatives de bon sens, et cherchait un appui méthodologique et théorique pour structurer les actions entreprises dans les établissements.

En résumé :

La soutenance du mémoire de master a été le point de départ de rencontres décisives pour ABMA, en particulier avec l'infirmière conseillère technique auprès du recteur du rectorat de Lyon. Les convergences de "préoccupations" entre la recherche d'établissements pilotes du côté de l'Inpes, et le besoin d'étayage théorique et méthodologique du côté du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté académique de Lyon ont fait le reste.

¹⁹² Cf. partie 2, Tableau n°1 synthétique des « personnages » et des « lieux » du dispositif ABMA.

¹⁹³ Longère, A. (2011).

3.3.2 Le CESC académique de Lyon : un cadre porteur

Le fonctionnement du CESC académique

Le rectorat de Lyon a mis en place un comité de pilotage académique des CESC départementaux dès la création des CESC¹⁹⁴. Il se réunit chaque mois et a su perdurer malgré les changements de recteurs et de coordinateurs. En parallèle, les équipes des établissements qui installaient un CESC pouvaient bénéficier d'un accompagnement facilitant le travail en équipe pluricatégorielle (enseignants, infirmière scolaire, médecin, CPE, etc.).

Le CESC académique publie chaque année, au mois d'avril, un appel à projet "CESC" en direction des établissements afin que ces derniers indiquent les actions qui seront démarrées à la rentrée suivante dans le cadre du CESC de l'établissement. Selon les actions, ce dispositif d'appel à projet peut octroyer un budget à l'établissement.

Le CESC académique et ABMA

Le groupe projet ABMA est une émanation du CESC académique auquel je suis venue me rajouter. Pendant l'élaboration d'ABMA et la durée de son expérimentation et de son évaluation, le CESC académique de Lyon a donc naturellement tenu le rôle de comité de pilotage du dispositif.

En résumé :

ABMA a été élaboré dans le cadre institutionnel du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté académique du rectorat de Lyon. Cette instance est par la suite devenue le comité de pilotage du dispositif.

¹⁹⁴ Circulaire 2006-197 du 30 novembre 2006 relative au Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

CHAPITRE 4 – Il était une fois... "Aller bien pour mieux apprendre"

4.1. Genèse d'un dispositif

4.1.1 Constitution du groupe projet ABMA

Au commencement, "quatre mariés"¹⁹⁵ et un enterrement¹⁹⁶ ..."

Le lancement du projet ABMA revient à l'infirmière conseillère technique auprès du recteur de Lyon. Elle relayait ainsi les travaux du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté académique visant à renforcer le développement de la promotion de la santé dans les établissements de l'académie. L'analyse du fonctionnement de quelques CESC¹⁹⁷ a révélé que plusieurs établissements présentaient les caractéristiques d'une structure promotrice de santé mais que ce lien était implicite, souvent méconnu par les équipes pédagogiques. Le CESC académique trouvait pertinent que la référence à la promotion de la santé devienne explicite afin d'améliorer la qualité, l'efficacité et la pérennisation de la démarche dans les établissements.

En novembre 2011, l'ICTR organisait une réunion entre le rectorat, l'Inpes et l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes sur le sujet des écoles promotrices de santé et de la possibilité d'une expérimentation dans des établissements volontaires à la prochaine rentrée scolaire. L'ARS finalisait alors son Programme régional de santé 2012-2017 dont la priorité 10 de l'axe 2 comprend l'objectif "développer chez les jeunes, avant l'adolescence, ses compétences psychosociales en favorisant une approche de santé globale"¹⁹⁸. Les stratégies des trois institutions paraissant converger, il a paru opportun d'élaborer un projet commun afin de renforcer la cohérence des actions sur le terrain auprès des publics bénéficiaires.

Au cours de cette réunion, une réflexion sur les grandes lignes de ce que pourrait être une expérimentation construite à partir des écoles promotrices de santé s'amorce : on définit le rôle de chacune des institutions et on s'accorde sur la nécessité de mettre en place une évaluation dès le démarrage du projet. Il est alors proposé de se rapprocher de l'Université de Lyon 1¹⁹⁹. Des chercheurs de l'Université de Lyon 1 sont invités à participer aux réunions

¹⁹⁵ Les quatre partenaires qui se sont réunis pour élaborer un projet commun : l'ARS, l'Inpes, l'Université de Lyon et le rectorat.

¹⁹⁶ L'enterrement est bien entendu celui du projet commun qui ne verra pas le jour...

¹⁹⁷ Cette analyse a fait l'objet d'un mémoire de master intitulé « Le projet des écoles promotrices de santé dans l'académie de Lyon », Longère, A. (2011).

¹⁹⁸ http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_maj_072013/20131001_Synthese_PRS.pdf (page 19)

¹⁹⁹ Compte-rendu de la réunion du 14 novembre 2011 - document INPES.

suivantes qui auront pour objet de préciser les contours de l'expérimentation, les questions évaluatives et la méthodologie de recherche.

Mais au fil des réunions, il apparaît que les objectifs et les contraintes propres aux trois institutions représentées ne peuvent être réunis autour d'un unique projet intégrateur. Pour l'ARS, le projet doit concerner l'application d'un programme de développement des compétences psychosociales (CPS) à destination des préadolescents. Ce programme est inscrit dans son projet régional de santé. Pour l'Inpes et le rectorat, il s'agit de concevoir un dispositif de promotion de la santé, à destination de tous les élèves de la maternelle au lycée, sur le modèle des écoles promotrices de santé. Si le développement des CPS en fait partie, les écoles promotrices de santé ne peuvent être réduites à cette seule dimension.

Aussi, en juin 2012, deux projets distincts coexistent avec deux équipes projets et deux protocoles d'évaluation. Néanmoins, les équipes se tiennent mutuellement informées de l'avancée des deux dispositifs.

Le département 1, berceau d'ABMA...

La deuxième réunion organisée par l'ICTR se déroule à l'Inspection académique du département 1²⁰⁰ pendant deux jours en décembre 2011. Elle donne l'opportunité de présenter les grandes lignes du dispositif élaboré à partir des principes des écoles promotrices de santé à l'Inspecteur d'académie. Ce dernier adhère au projet et souhaite qu'un territoire du département 1 devienne pilote de l'expérimentation à la prochaine rentrée. Néanmoins, il insiste sur le fait que le dispositif gagnerait à rendre clair son lien avec la mission première de l'école (les apprentissages scolaires) et que cette filiation soit lisible dès le titre du projet. À la suite de cette rencontre décisive, le nom définitif du dispositif est adopté : "Aller bien pour mieux apprendre" (ABMA)²⁰¹.

La deuxième journée est consacrée à élaborer l'organisation fonctionnelle du dispositif pour débiter l'expérimentation à la rentrée 2012. C'est un dispositif académique dont l'objectif général est *"d'implanter la démarche des écoles promotrices de santé dans les établissements publics locaux d'enseignements (EPL) et les écoles de l'académie de Lyon d'ici cinq ans."*²⁰² L'objectif spécifique est décrit en ces termes : *"Les EPL et les écoles volontaires de la*

²⁰⁰ Depuis le 1^{er} février 2012, les dénominations "Directions des services départementaux de l'éducation nationale" remplacent les "Inspections académiques" et les "Directeurs académiques des services de l'éducation nationale" remplacent les "Inspecteurs d'académie". Dans ce mémoire, les dénominations suivent ces changements de façon chronologique.

²⁰¹ Cf. infra deuxième partie, chapitre 4, sous partie- 4.2.1.

²⁰² Compte-rendu des réunions des 19 et 20 décembre 2011, document Inpes.

circonscription de [X] mettent en œuvre la démarche "ABMA" à la rentrée 2012 dans le cadre des projets du CESC²⁰³."

Les objectifs opérationnels sont les suivants : *"Élaborer une charte (outil de contractualisation symbolique entre les établissements et l'Inspection académique) ; établir une typologie des actions que les établissements peuvent déployer dans le cadre de la démarche ABMA ; rédiger une présentation argumentée de la démarche à destination des établissements et des partenaires ; élaborer des documents pour aider les établissements à mettre en œuvre la démarche ABMA : une fiche méthodologique et un guide explicatif des types d'actions."*²⁰⁴

La modélisation des différents types d'action et des domaines concernés²⁰⁵ dans le cadre de la démarche ABMA occupent le reste de la réunion.

C'est au cours de ces deux jours de travail que l'équipe projet qui va élaborer le dispositif et lancer l'expérimentation est véritablement constituée. Elle est composée de l'infirmière conseillère technique auprès de la rectrice de Lyon et de son adjointe, d'une chargée de mission de l'Inpes, de l'infirmière conseillère technique départementale, de la conseillère technique de service sociale (CTSS) du département 1 et d'un chercheur de l'Université de Lyon 1.

En janvier 2012, le dispositif ABMA (expérimentation et évaluation) est présenté pour la première fois au CESC académique et le sera ensuite régulièrement pendant toute la durée de l'expérimentation²⁰⁶. De janvier à juillet 2012, les réunions ont permis de construire l'expérimentation et de définir le protocole d'évaluation. Si bien qu'en avril 2012, l'appel à projet CESC du rectorat *"était envoyé dans les établissements sous son format habituel avec une mention supplémentaire relative à l'expérimentation ABMA"*²⁰⁷.

En résumé :

ABMA a été conçu dans le prolongement d'une réflexion du CESC académique de Lyon sur les écoles promotrices de santé. Le premier temps de cette élaboration a réuni le rectorat, l'Inpes, l'ARS et l'Université de Lyon. Les contraintes institutionnelles n'ont pas permis d'aboutir à un projet commun. Le groupe projet ABMA s'est véritablement constitué à partir de décembre 2012.

²⁰³ Compte-rendu des réunions des 19 et 20 décembre 2011, document Inpes.

²⁰⁴ Compte-rendu des réunions des 19 et 20 décembre 2011, document Inpes.

²⁰⁵ Cf. infra, deuxième partie, chapitre 4.2.

²⁰⁶ Cf. annexe 3 - calendrier chronologique d'ABMA.

²⁰⁷ Compte-rendu de la réunion du groupe projet ABMA du 27 avril 2012, document Inpes .

4.1.2 Les documents ABMA

Avant de commencer l'expérimentation, un certain nombre de documents ont dû être conçus pour présenter la démarche aux établissements volontaires. Ils ont aussi été utilisés pour promouvoir et légitimer le projet au sein du rectorat de Lyon, tant auprès de madame la Rectrice que des membres du CESC académique.

Les documents ABMA ont été rédigés à partir de 2012. Le travail de rédaction s'est poursuivi tout au long de l'expérimentation, s'adaptant ainsi et aux remarques et attentes des équipes des établissements pilotes et des référents départementaux (RD).

Tableau n°2 : Présentation synthétique des documents ABMA ²⁰⁸

Titre du document	Résumé	Date d'élaboration
Argumentaire	Document théorique qui présente le cadre conceptuel, les objectifs et les principes d'ABMA.	Juillet 2012
Feuille de route	Fichier qui décline en 8 étapes comment mettre en œuvre ABMA dans un établissement scolaire. Y sont définis les rôles du chef d'établissement, du référent ABMA et de l'équipe projet.	Juillet 2012
Charte des établissements	Description de l'engagement des établissements engagés dans l'expérimentation et l'évaluation.	Septembre 2012
Méthodologie de projet	Adaptation synthétique des 9 étapes de la méthodologie de projet décrite dans l'ouvrage " <i>Éducation à la santé en milieu scolaire - Choisir, élaborer et développer un projet</i> " ²⁰⁹ .	Février 2012
Concours "dessine le logo d'ABMA"	Règlement du concours de dessin du logo d'ABMA envoyé en décembre 2012 aux établissements engagés dans l'expérimentation.	Décembre 2012
Aide à la phase diagnostic	Quatre pages qui présentent les différentes techniques de recueil d'information en vue de la réalisation de la phase d'état des lieux.	Janvier 2013
Fiche sur le rôle du référent départemental	Document qui précise les missions et rôles du référent départemental. Cette fiche a été conçue pour recruter de nouveaux référents quand le nombre d'établissements engagés dans l'expérimentation a augmenté.	Juillet 2013 réactualisation en juillet 2014
Fiche climat scolaire	Fiche qui explique les liens entre l'expérimentation ABMA et les dispositifs mis en place sur le climat scolaire au niveau académique.	Juillet 2013
Flyer	Flyer de présentation du dispositif et de l'expérimentation conçu à la demande des équipes des établissements. Il est y utilisé comme support de communication auprès des différents personnels.	Août 2014
Diaporama "le B. A. BA d'ABMA"	Document qui présente le cadre conceptuel et l'expérimentation d'ABMA. Il est utilisé dans les présentations d'ABMA aux équipes des établissements.	Octobre 2014
Fiche "relevé de conclusion des équipes ABMA"	Fiche qui vient en appui des équipes des établissements pour garder une trace écrite de leurs réunions.	Octobre 2014
Fiche-action	Fiche conçue en vue de constituer une base de données des actions ABMA entreprises dans les établissements pilotes.	Juin 2015

²⁰⁸ L'ensemble des documents est présenté dans le tome 2, en annexe n°4.

²⁰⁹ Broussouloux, S. § Houzelle, N. (2006).

En résumé :

Plusieurs documents ont été rédigés pour présenter les principes et la méthodologie d'ABMA à partir de janvier 2012 et tout au long de l'expérimentation. Ces documents sont avant tout destinés aux établissements pilotes.

4.2. Description du dispositif

4.2.1 Objectifs et titre

Les objectifs

ABMA est un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire qui repose sur les principes et les valeurs développés par le courant des écoles promotrices de santé²¹⁰ depuis la fin des années 1990. Son objectif est de permettre à un établissement de pratiquer une démarche globale de promotion de la santé. Celle-ci concerne les élèves aussi bien que les personnels. ABMA repose sur une conception globale de la santé et une approche systémique de l'établissement scolaire.

ABMA ne vient pas se rajouter aux dispositifs, projets et actions préexistantes dans l'établissement. C'est un dispositif intégrateur qui a vocation à donner de la cohérence aux différentes actions déjà entreprises.

Le titre du dispositif

Volontairement, "Aller bien pour mieux apprendre" ne comporte pas le mot "santé" dans son titre. Il était à craindre que ce terme ne restreigne le champ d'action du dispositif à l'infirmerie de l'établissement scolaire, et ne désigne les personnels de santé comme les seuls maîtres d'œuvre légitimes. Ce qui aurait été contraire à ses principes et à ses valeurs. Aussi la référence à l'état de santé est suggérée par l'expression "aller bien" qui peut être associée au bien-être. La deuxième partie du titre "mieux apprendre" établit un lien avec la mission première de l'École, à savoir les apprentissages. L'association des deux éléments du titre permet de souligner le lien entre l'état de santé et les résultats scolaires. C'est aussi une façon de poser d'emblée que le dispositif concerne l'ensemble de la communauté éducative.

²¹⁰ Cf. infra première partie, chapitre 2.

En résumé :

ABMA est une démarche de promotion de la santé en milieu scolaire affiliée au courant des écoles promotrices de santé. C'est un dispositif intégrateur qui vise à donner de la cohérence aux actions déjà mises en place dans l'établissement. Il bénéficie à l'ensemble de la communauté éducative, élèves et personnels. Volontairement, le mot santé n'apparaît pas dans son titre. Ce dernier a été pensé de manière à souligner le lien qui existe entre le bien-être et la réussite scolaire.

4.2.2 Organisation générale

Un dispositif intégrateur

ABMA est un dispositif intégrateur de promotion de la santé qui agit sur les facteurs des déterminants de la santé²¹¹. Dans cette optique, ABMA est organisé autour de six domaines et de quatre stratégies d'intervention. Cette organisation contribue à la structuration des actions et des projets et à la mise en cohérence des différents niveaux d'action ainsi que l'articulation des différents intervenants au sein de l'établissement, intervenants internes (ex. infirmière) ou externes (ex. association).

Tableau n°3 : Présentation synthétique de l'organisation générale

Types d'actions Domaines d'intervention	Organisation et fonctionnement de l'établissement	Intervention à visée éducative	Lien avec le contenu des enseignements	Activités d'information
Temps				
Lieux, espaces				
Relations interpersonnelles				
Communication				
Développement des compétences psychosociales				
Partenariat				

Les domaines

Ce que l'on désigne sous le terme "domaine" dans le dispositif ABMA se rapporte à des éléments de la vie de l'établissement qui influent sur les facteurs qui agissent sur les déterminants de la santé, comme le climat d'établissement. Pour chacun des domaines, il s'agit

²¹¹ Cloetta, B. *et al.* (2007).

de se poser les questions suivantes : Quelles sont les "habitudes" de l'établissement le concernant ? Quelles sont les difficultés identifiées liées à ce domaine ? Fait-il l'objet d'une attention particulière ? Est-ce un "sujet" de préoccupation pour l'établissement ? Dans la perspective d'une amélioration du bien-être et du climat scolaire, ce domaine doit-il faire l'objet de modification ? Faut-il le faire évoluer ?, etc. Bref, un établissement ABMA est avant tout un établissement qui se pose des questions.

Bien entendu, la façon dont chacun de ces domaines s'actualise est très spécifique aux caractéristiques de chaque établissement scolaire. Il n'est pas possible de proposer des actions prédéfinies car ces domaines sont tributaires d'éléments intrinsèques qu'il n'appartient pas à l'équipe de l'établissement de modifier (par exemple l'architecture du bâtiment, l'époque de sa construction, sa localisation géographique, les modalités de dessertes, la taille des locaux, l'effectif des élèves, des personnels, le classement en zone d'éducation prioritaire, etc.). L'attention à porter aux domaines et les questions à se poser demeurent quant à elles intangibles. La démarche et la méthode utilisées constitue des invariants, à l'inverse des actions et des résultats.

Les temps

Dans la vie de l'établissement :

La gestion des temps²¹² renvoie bien sûr à la question des emplois du temps tant des élèves que de leurs enseignants. Qu'est-ce qui fait qu'un emploi du temps est plus ou moins favorable aux apprentissages ? Mais cette notion englobe aussi la gestion de tous les temps dans l'établissement : les horaires d'ouverture et de fermeture, la durée des récréations, des cours, de la pause méridienne, etc. La gestion du temps se pense aussi à différentes échelles : celle de la journée, de la semaine, du trimestre, de l'année scolaire. Elle intègre les moments ponctuels comme l'organisation des séjours, la banalisation de journées en fin de période, l'organisation de remise de diplômes, l'organisation des préparations et des passages de l'attestation scolaire de sécurité routière (ASSR), des formations aux premiers secours, etc.

En lien avec la promotion de la santé :

Pour les élèves, les emplois du temps ont un lien direct avec la qualité des apprentissages. (Certains emplois du temps des élèves vont être de nature à plus ou moins favoriser les apprentissages). La gestion du temps a un effet sur le stress (lié à l'amplitude horaire mais aussi à la possibilité de concilier vie personnelle et vie professionnelle), sur la fatigue, mais

²¹² Dans ABMA, la gestion du temps est abordée dans cette partie sous l'angle des temps qui peuvent être modifiés par l'établissement, la question des rythmes scolaires décidés par le ministère n'est pas prise en compte.

aussi sur les relations au sein de l'établissement (un emploi du temps peut intégrer ou non l'organisation de réunions, de temps d'échange et de concertation).

Les espaces

Dans l'établissement :

La gestion des espaces renvoie à la façon dont sont organisées les circulations à l'intérieur de l'établissement, par où passent les flux d'élèves au moment de la récréation, un seul escalier, plusieurs passages, une porte ? Par ailleurs, tous les lieux sont-ils surveillés ? Existe-il des endroits où les élèves n'osent pas aller, où les personnels ne se sentent pas en sécurité ? La gestion des lieux est directement en lien avec la dimension "sécurité" du climat scolaire. Au-delà des aspects sécurité et fluidité des circulations, c'est la localisation des différentes "composantes" de l'établissement qui doit être questionnée : Où se situe le bureau de la vie scolaire, l'infirmerie, le foyer des élèves ? Les lieux sont-ils facilement appropriables par les élèves et les personnels, même nouveaux ? Les différents espaces sont-ils bien indiqués, facilement identifiables et repérables ?

En lien avec la promotion de la santé :

La question des espaces est indissociable du sentiment d'appartenance et du sentiment de sécurité qui sont également deux composantes importantes du climat scolaire. Les espaces sont aussi attachés à la communication, aux relations interpersonnelles et aux partenariats. Ils participent de l'accueil. Ils contribuent au bien-être.

Les relations interpersonnelles

Dans l'établissement :

Toutes les relations de personne(s) à personne(s) sont à prendre en compte : relations entre les élèves ; entre les élèves et les personnels (enseignants et non enseignants) ; entre les personnels (à l'intérieur des différentes catégories de personnels et entre ces catégories) ; avec les parents d'élèves ; avec les personnels des services académiques et du rectorat ; avec les personnels des autres établissements (d'un même niveau, mais aussi inter-degré) ; avec les partenaires extérieurs à l'établissement tels que des collectivités chargées des bâtiments, des associations, etc.), etc.

Les relations interpersonnelles sont à interroger à tout moment de la vie de l'établissement, dans ses différentes instances et dans tous les lieux où ces dernières prennent place : dans les classes, les couloirs, à la récréation, à la cantine, dans les bureaux de la vie scolaire, les

bureaux administratifs, lors des conseils pédagogiques, les réunions de pré-rentrée, les conseils d'administration, les conseils de classe, les rencontres parents/ professeurs, etc.

Les modalités de ces différentes relations interpersonnelles doivent être évaluées : Comment peut-on les qualifier (agréables, courtoises, amicales, tendues, distantes, froides, agressives) ? Qu'est-ce qui est autorisé et qu'est-ce qui l'est pas? Quelles sont les règles implicites et explicites et quel traitement est-il fait de l'écart entre les deux ?

En lien avec la promotion de la santé :

Les relations interpersonnelles sont aussi imbriquées avec le stress et la violence. La nature des relations interpersonnelles est inséparable d'un certain nombre de déterminant de la santé comme le soutien social ou la gestion des conflits et des violences. Les relations interpersonnelles participent du développement de compétences telles que la confiance et l'estime de soi. Elles sont attachées au sentiment d'appartenance et de sécurité et contribuent également au développement des compétences personnelles et sociales.

La communication

En lien avec l'établissement :

En ce qui concerne la communication, il s'agit d'interroger ses différentes modalités à l'intérieur d'un établissement scolaire : communication entre les personnels, à destination des élèves, des élèves vers les personnels et à destination et en provenance des parents. Il convient également d'examiner les différents supports de communication utilisés (papier, oral, Internet, téléphone, courriel, talkie-walkie, etc.).

Cet état des lieux de la communication ne peut s'affranchir d'une réflexion sur les contenus de ce qui est communiqué. C'est un schéma de communication qu'il convient d'avoir en tête et de conserver pour analyser les différentes situations de communication dans l'établissement, et avec les partenaires extérieurs.

En ce qui concerne la promotion de la santé :

La communication sert à la mise en place d'une démarche participative, elle constitue l'une des modalités de participation des acteurs, dans un processus démocratique. Elle permet également de renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement et d'appropriation de ses actions et projets. La communication contribue à réduire le stress et à améliorer les relations interpersonnelles en ce qu'elle réduit les situations d'incompréhension.

Le développement des compétences psychosociales

Il existe plusieurs façons de dénommer les compétences psychosociales.

*"Également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales (CPS), elles sont des compétences individuelles de nature psychologique qui sont indispensables à toute vie sociale (life skills)."*²¹³

Dans le système éducatif français, les compétences sont plutôt décrites comme des compétences personnelles et sociales, voire civiques. Elles sont construites en référence aux compétences clés inscrites dans les recommandations du Parlement européen et du Conseil de l'Europe²¹⁴ et sont définies dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture²¹⁵. En ce qui concerne ABMA, le choix s'est porté sur la définition des compétences psychosociales de l'OMS²¹⁶, reprise également dans l'approche des écoles promotrices de santé.

Pour l'établissement scolaire :

L'acquisition des compétences psychosociales est par nature expérientielle²¹⁷. De façon très schématique, deux types de situations favorisent le développement des compétences : les programmes spécifiques²¹⁸ et les situations issues de la vie de l'établissement. Dans ce second cas de figure, on pourra encore distinguer entre les situations qui se situent dans la pratique de classe et celles qui appartiennent au domaine de la vie scolaire, ce dernier pouvant être défini *"comme le cadre normatif et les événements spécifiques à la vie collective en milieu scolaire"*²¹⁹. Dans la pratique de classe, en dehors des compétences disciplinaires, les situations où les élèves sont amenés à travailler en groupe, à faire des restitutions orales, etc. sont de nature à développer certaines de ces compétences. Dans la vie scolaire, ce sont particulièrement toutes les circonstances où les élèves sont amenés à prendre part à la vie de l'établissement. La façon dont est organisée l'élection des délégués de classe peut par exemple plus ou moins favoriser l'acquisition de ces compétences, selon les modalités de candidature, de présentation des professions de foi, de formation des délégués et de tâches qui peuvent leur être confiées au cours de l'année.

En lien avec la promotion de la santé :

Ces compétences sont des ressources qui permettent aux individus de faire face à de nombreuses situations rencontrées au quotidien et qu'il faudra surmonter. Les études indiquent

²¹³ Luis, E. & Lamboy, B. (2015).

²¹⁴ AFAE (2015).

²¹⁵ Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et décret n°2015-372 du 31 mars 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

²¹⁶ WHO (1997).

²¹⁷ Fortin, J. (2015).

²¹⁸ Le plus connu est le programme américain *Life skills training*, développé et évalué depuis la fin des années 70.

²¹⁹ Obin, J-P. (2007) p. 74.

une corrélation entre l'acquisition de ces compétences et la prévention de certains comportements à risque²²⁰. Le développement des compétences est également attaché à la prévention des violences. Les compétences psychosociales sont à relier avec les relations interpersonnelles et la communication.

Le partenariat

Le partenariat²²¹ est un élément intrinsèque à l'école promotrice de santé, car son existence suppose une cohérence des projets et des actions développés dans l'établissement scolaire que les professionnels impliqués en fassent partie ou non. Cette convergence de valeurs et de pratiques doit être discutée et négociée par toutes les personnes concernées²²².

Au niveau de l'établissement :

À partir du moment où le partenariat ne se réduit pas au seul fait de « faire appel à un partenaire » et qu'on le considère comme une modalité de négociation en vue de la réalisation d'une action commune, on le retrouve à plusieurs niveaux dans l'établissement scolaire. On peut ainsi considérer un partenariat en interne, entre les différents membres de la communauté éducative²²³ (enseignants de différentes disciplines, personnels enseignants et non enseignants, élèves, parents, etc.) et un partenariat qui associe les acteurs extérieurs à l'établissement scolaire (les membres du conseil d'administration, les représentants des collectivités, les professionnels des associations, etc.).

En lien avec la promotion de la santé :

La prise en compte du partenariat dans une démarche globale de promotion de la santé permet de veiller à la cohérence des actions entreprises et d'intervenir en considérant le public bénéficiaire dans sa globalité. C'est aussi établir un lien entre les actions entreprises dans l'établissement et celles émanant des autres milieux fréquentés par les enfants et les jeunes, comme la famille, le secteur associatif, les institutions²²⁴.

²²⁰ Luis, E. § Lamboy, B. (2015).

²²¹ « *Le partenariat est le minimum d'actions communes négociées visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnus communs.* » Mérini, C. (1997), p. 13.

²²² Bizzoni-Prévieux, C., et al. (2011).

²²³ Article L.111-3 du Code de l'éducation : « *Dans chaque école, collège ou lycée, la communauté éducative rassemble les élèves et tous ceux qui, dans l'établissement scolaire ou en relation avec lui, participent à l'accomplissement de ses missions. Elle réunit les personnels des écoles et établissements, les parents d'élèves, les collectivités territoriales ainsi que les acteurs institutionnels, économiques et sociaux, associés au service public de l'éducation.* »

²²⁴ Mérini, C. § Bizzoni-Prévieux, C. (2009).

Les stratégies d'intervention

Les stratégies d'interventions se rapportent à une typologie des projets et d'actions entrepris par une école promotrice de santé. Il est important d'expliquer cette typologie aux équipes des établissements car trop souvent, la prévention et la promotion de la santé sont assimilées à de simples actions d'information en direction des élèves. Dans ABMA, l'intention est de favoriser le déploiement d'une palette d'actions de nature variée au sein des établissements. C'est aussi une façon de donner de la cohérence aux actions entreprises dans les établissements, en montrant que des actions de différentes natures peuvent être mises en place autour d'un même objectif. Cette typologie d'interventions entre en résonance avec les différents axes de la Charte d'Ottawa²²⁵.

Interventions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement

Ces activités concernent la politique de l'établissement. Les décisions sont prises par le chef d'établissement, le conseil d'école, le conseil d'administration... elles peuvent être inscrites dans le projet d'établissement.

La prise en compte des temps et des espaces est particulièrement concernée par ce type d'actions.

Interventions à visée éducative

Ces activités répondent à plusieurs critères : elles visent l'acquisition de compétences, Elles sont basées sur les savoir-faire et les savoir-être et elles s'inscrivent dans la durée.

Ce sont par exemple, les actions qui vont se répéter sur le temps de la pause méridienne ou sur le temps périscolaire pendant toute l'année, comme la pratique d'une activité physique ou culturelle. Ce sont aussi les actions en rapport avec l'exercice de la représentativité des élèves et des parents (délégués), ou encore les actions développées dans le cadre de séquences éducatives spécifiques (comme l'éducation à la sexualité) intégrées aux programmes scolaires.

Interventions rattachées aux enseignements

Ces interventions visent l'acquisition de connaissances et de compétences et font référence aux programmes de l'Éducation nationale (contenus et compétences disciplinaires). Les postures pédagogiques des enseignants qui ne sont pas sans influence sur le développement

²²⁵ Broussouloux, S. § Houzelle, N. (2006), p. 105.

des compétences psychosociales des élèves peuvent être incluses dans cette stratégie d'intervention.

Interventions ponctuelles

Le plus souvent informatives, ces activités abordent un sujet de santé et s'inscrivent dans une démarche de prévention en lien avec un risque. Elles concernent en général un groupe constitué par une classe, se déroulent en face à face, et peuvent être animées par un intervenant extérieur.

La méthodologie de projet

Pour prendre en compte les différents domaines, l'établissement est invité à organiser ses actions en adoptant une démarche de projet et en respectant ses principales étapes, notamment la constitution d'une équipe, la réalisation d'un état des lieux et la priorisation des actions à mener. Encore une fois, cela ne signifie pas que l'établissement doive se lancer dans de nouvelles actions, mais que les actions déjà entreprises vont pouvoir être questionnées, voire évoluer.

En résumé :

Le dispositif ABMA est structuré autour d'une combinaison d'interventions (celles qui concernent l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, celles qui ont une visée éducative, celles liées aux enseignements, et les actions ponctuelles le plus souvent informatives) relatives aux six domaines identifiés comme étant des facteurs agissant sur les déterminants de la santé : les temps, les espaces, les relations interpersonnelles, la communication, le développement des compétences psychosociales et le partenariat. L'établissement est invité à adopter une démarche de méthodologie de projet pour réaliser les différentes interventions.

4.3. L'expérimentation

4.3.1 Dans les établissements scolaires

La sélection des établissements

Le dispositif ABMA a été expérimenté dans le cadre du CESC académique du rectorat de Lyon. Celui-ci diffuse chaque année, en avril-mai, un appel à projets en direction des établissements afin d'identifier les actions prévues pour la rentrée suivante et éventuellement d'accorder un financement pour certaines d'entre elles. Lors de la première année d'expérimentation, le rectorat s'est servi de cet appel à projets pour faire connaître le dispositif. L'appel à projet se présente sous forme de fiches-action sur différents sujets de santé, et d'une fiche de présentation d'ABMA. En parallèle, les référents départementaux (RD)²²⁶ ont pris contact avec quelques chefs d'établissement qui leur paraissaient susceptibles d'être intéressés par l'expérimentation. Ils les ont invités à remplir la fiche sur ABMA dans l'appel à projets du CESC, afin de participer à l'expérimentation à la rentrée suivante. Sept établissements sont ainsi entrés dans l'expérimentation la première année, à la rentrée 2012-2013.

L'engagement du chef d'établissement et la désignation d'un référent ABMA

Sans constituer une condition suffisante, l'engagement du chef d'établissement est un préalable nécessaire pour entrer dans l'expérimentation car il influence fortement l'ambiance de l'établissement et peut favoriser, voire imposer certaines décisions^{227 228}, relevant par exemple de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement, ou encore de la gestion des temps et des espaces.

Le rôle du chef d'établissement est de rendre possible l'entrée de l'établissement dans la démarche mais il ne doit pas être seul pilote du projet. Le second préalable à l'entrée dans l'expérimentation est donc la désignation de référents ABMA dans l'établissement. Idéalement, au nombre de deux, ils sont nommés par le chef d'établissement. Le protocole ne prévoit pas de "règle" pour la nomination de ces référents. Il revient au chef d'établissement, selon le fonctionnement de son équipe, de décider à qui il va s'adresser. Bien entendu, le volontariat reste la règle. Tous les personnels de l'établissement peuvent ainsi être potentiellement désignés "référent ABMA".

Leur rôle est de dynamiser l'équipe ABMA et de veiller au déroulement de la démarche dans l'établissement. En outre, le référent participe aux sessions de formation et d'échanges de

²²⁶ Cf. infra troisième partie, chapitre 7, sous partie 7.1.

²²⁷ Dadacziynski, K. *et al.* (2013).

²²⁸ Association française des acteurs de l'éducation, (AFAE) 2015, p. 297 - 298.

pratique organisées chaque année par le rectorat²²⁹. Les référents ABMA doivent pouvoir travailler étroitement avec le chef d'établissement.

La constitution d'une équipe projet

Pour qu'ABMA bénéficie à l'ensemble de la communauté éducative et sa mise en place nécessite une équipe projet. Cette dernière est constituée de membres volontaires et elle est animée par les référents. Il peut exister plusieurs équipes ABMA selon les différents projets et les différentes étapes de réalisation de l'expérimentation.

En résumé :

L'expérimentation du dispositif ABMA a démarré dans sept établissements volontaires connus des référents académiques et dont le chef d'établissement adhérait à la démarche. Ce dernier a ensuite identifié des référents ABMA au sein de son établissement. Ces derniers sont chargés de constituer et de mobiliser des équipes projets.

4.3.2 L'accompagnement des établissements pilotes

Les établissements scolaires qui expérimentent le dispositif ABMA bénéficient d'un accompagnement qui prend plusieurs formes.

*Documents ABMA*²³⁰

Certains de ces documents ont été conçus l'année précédant l'expérimentation, d'autres pendant les trois années de l'expérimentation en fonction des échanges avec les équipes des établissements. Tous sont susceptibles d'évoluer selon l'expérimentation. Ils sont diffusés au chef d'établissement et aux référents ABMA qu'il a désignés.

Journées de regroupement

Les référents ABMA et leur chef d'établissement sont conviés à deux ou trois²³¹ rencontres annuelles.

Ces rencontres sont autant des temps de formation à la démarche ABMA, à la promotion de la santé, à la méthodologie de projet, que des moments d'échanges de pratiques. Elles se

²²⁹ Cf. infra deuxième partie, chapitre 4.

²³⁰ Cf. infra. tome 2, annexe n°1

²³¹ Cf. infra deuxième partie, chapitre 7, sous partie 7.2.

déroulent à Lyon dans différents lieux (établissements scolaires, centre de formation académique ou ESPE) et sont inscrites dans le plan académique de formation (PAF).

Le contenu des journées est défini par les représentants départementaux lors de leur réunion de suivi²³². Les formateurs sont principalement les RD, l'ITCR et la chargée de mission de l'Inpes. La troisième année de l'expérimentation, il a été fait appel à une intervenante extérieure au dispositif²³³.

Accompagnement par le référent départemental (RD)

Les établissements sont accompagnés par un référent départemental, en contact régulier avec les référents ABMA et/ou le chef d'établissement. Il peut apporter son soutien sur le choix d'une méthode, aider à hiérarchiser les objectifs, fournir des ressources. Il apporte son regard extérieur et son suivi oblige aussi l'équipe ABMA à faire régulièrement un point d'étapes sur l'avancée du dispositif.

Visite des établissements

Les RD sont aussi amenés à se déplacer dans les établissements. Ces visites peuvent être l'occasion de rencontrer les personnes impliquées dans le dispositif ABMA, au-delà des seuls référents. Elles prennent plusieurs formes : point d'étapes avec les référents et /ou le chef d'établissement ; participation à une réunion de l'équipe (ce qui permet de contribuer à l'avancée du projet par l'apport du regard extérieur du ou des RD), présentation du dispositif à l'ensemble des personnels à la demande du chef d'établissement lors d'une assemblée générale ou de la réunion de pré-rentrée, etc.

En résumé :

Les établissements engagés dans l'expérimentation bénéficient de plusieurs modes d'accompagnement : la mise à disposition de documents ad-hoc; l'organisation de journées de rassemblement; l'accompagnement régulier par un référent départemental.

²³² Cf. infra, deuxième partie, sous partie 4.3.3.

²³³ Formatrice à l'ESPE de Lyon.

4.3.3 Les réunions de suivi des référents départementaux

Parallèlement à l'implantation du dispositif dans les établissements pilotes, des réunions de suivi ont été instaurées pour les RD. Chaque année, six²³⁴ réunions ont ainsi été organisées au rectorat de Lyon dans le cadre du plan académique de formation (PAF). Elles étaient co-animées par l'ICTR et la chargée de mission de l'Inpes qui préparait l'ordre du jour et rédigeait les comptes rendus. .

Ces réunions de suivi ont rempli plusieurs fonctions détaillées ci-dessous.

Concernant l'expérimentation du dispositif

Ces réunions de suivi font partie du dispositif ABMA car :

- ✓ Elles permettent de rendre compte de l'avancée du projet dans les différents établissements, de faire le point sur les difficultés rencontrées et d'envisager collectivement des pistes au regard de ce qui se passe dans les autres départements;
- ✓ Elles permettent de préparer et d'organiser les journées de rassemblement des référents ABMA des établissements;
- ✓ Elles sont l'instance de réécriture des documents;
- ✓ Elles permettent de co construire le rôle du référent départemental, à ce titre elles fonctionnent aussi comme des réunions d'échanges de pratiques et de formation pour les référents départementaux.

Concernant l'évaluation du dispositif

- ✓ Elles ont été le lieu du réajustement des modalités de l'expérimentation en fonction des situations rencontrées dans les établissements et/ou des relations entre les RD et les équipes ABMA des établissements.
- ✓ C'est également dans le cadre de ces réunions, par la création d'un espace de concertation entre le chercheur et les professionnels de terrain, que le protocole d'évaluation a été adapté au fur et à mesure..

En résumé :

Six réunions de suivi ont été organisées chaque année avec les référents départementaux, l'ICTR et la chargée de mission de l'Inpes. Moments d'échanges et de concertation, elles ont permis de poursuivre l'élaboration du dispositif et d'ajuster le protocole d'évaluation.

²³⁴ Cf. tome 2, annexe n°3.

4.3.4. Comment financer ABMA ?

Le financement de la promotion de la santé

Quelles sont les financements possibles des dispositifs de promotion de santé à l'école, du type école promotrice de santé, actuellement en France ? La question mérite que l'on s'y attarde un peu. Bien que la littérature scientifique sur le sujet s'accorde de plus en plus sur l'efficacité des approches globales en promotion de la santé^{235 236}, les financements sont toujours alloués par sujet de santé : alcool, tabac, conduites addictives, nutrition, prévention du VIH et des IST, etc. Les promoteurs de projets sont donc placés dans la situation paradoxale suivante : même s'ils souhaitent développer une approche globale, il est nécessaire que celle-ci ait un ancrage thématique s'ils veulent trouver un financement. Hélas la remarque faite par Lavin en 1993 cité par Désy²³⁷, est toujours d'actualité :

"les ressources financières qui accompagnent les programmes traditionnels sont malheureusement elles aussi souvent fournies "en silo", centrées sur des thèmes particuliers, soumises aux effets de mode et lancées sans trop savoir si les initiatives en question sont scientifiquement fondées." Et Désy de souligner : "En effet, le manque de ressources et sa cause habituelle - le manque de soutien politique et financier - peut constituer un sérieux obstacle à l'implantation de l'AES²³⁸."

ABMA : un dispositif sans financement "expérimental"

Il est fréquent que les dispositifs expérimentaux ou les projets innovants bénéficient d'un financement exceptionnel, que l'on pourrait qualifier "d'expérimental". Ces subsides sont destinés à faire exister le dispositif le temps de son expérimentation, avec l'arrière-pensée de lui permettre ainsi de faire la preuve de son efficacité. Puis, quand le dispositif est reconnu comme tel, il perd son caractère innovant et expérimental mais aussi dans le même temps son financement.

Ce mode de subvention particulier appelle plusieurs interrogations. Que faire si le financement "expérimental" était structurellement indispensable au bon fonctionnement du dispositif ? Il se pourrait que ce dernier ne puisse pas être reconduit dans des conditions optimales et perde alors de son efficacité. Et comment généraliser le dispositif si les modalités pérennes de son financement n'ont pas été prévues ? Trop souvent, la question du financement d'un dispositif est traitée comme une question annexe, en marge de son élaboration.

²³⁵ Stewart-Brown, S. (2006).

²³⁶ Langford, R. et al. (2014).

²³⁷ Désy, M. (2009) p. 57.

²³⁸ AES : approche des écoles en santé.

Ces réflexions ont été prises en compte lors de l'élaboration de l'expérimentation d'ABMA, le dispositif ne bénéficie pas de financement spécifique. Ce choix est volontaire et assumé de la part de l'équipe projet ABMA. Il s'agissait dès le départ de placer le dispositif dans des conditions "réelles" d'implantation, notamment concernant la partie budgétaire. Dans l'éventualité d'une généralisation à d'autres académies, un financement à partir des budgets de fonctionnement des académies et des établissements pourra ainsi être décrit et évalué.

Malgré tout, pendant la première année de l'expérimentation un budget de 1 000 € a été attribué à chacun des sept établissements entrants, pour la réalisation d'actions liées à ABMA. Cette somme a été prélevée sur l'enveloppe budgétaire du CESC académique qui finance habituellement les actions retenues dans le cadre de l'appel à projets CESC. Toutefois, il avait été signifié clairement aux établissements que ce budget ne serait pas reconduit de façon systématique.

Ce que coûte ABMA

Cela ne signifie pas pour autant qu'ABMA ne coûte rien. Son montant annuel est financé par les budgets de l'académie ou des établissements.

Il convient toutefois de distinguer le coût du dispositif porté par les établissements et l'académie, du coût lié à son expérimentation. En effet, si ABMA n'a pas été soutenu par un budget expérimental (qui aurait permis de faciliter le financement des actions, de faire appel à des partenaires associatifs pour réaliser la phase d'état des lieux, etc.), il n'en reste pas moins que l'accompagnement de l'implantation du projet par la chargée de mission de l'Inpes est spécifique à la phase expérimentale. Cependant, cet accompagnement et son financement n'ont pas vocation à perdurer lors de la phase de généralisation.

Tableau n°4 : Synthèse du coût annuel d'ABMA

Financement du dispositif ABMA	
Action financée	Payeur
Les journées de formation des référents des établissements	Rectorat (PAF)
Actions dans les établissements dans le cadre de l'appel à projet CESC	Rectorat (appel à projet)
Six réunions de suivi des référents académiques	Rectorat (PAF)
Frais de déplacement des référents départementaux dans les établissements	Service du RD

CHAPITRE 5 – Évaluation du dispositif, méthodologie de recherche

5.1. Pourquoi évaluer ABMA ?

L'évaluation d'ABMA a été conçue en même temps que le dispositif lui-même.

5.1.1 Évaluer pour généraliser

Évaluer pour comprendre comment adapter la démarche des écoles promotrices de santé au système éducatif

ABMA a été élaboré en se fondant sur des bases théoriques qui accèdent la thèse d'une efficacité de l'approche globale en promotion de la santé en milieu scolaire^{239 240}. Plusieurs pays ont intégré la démarche des écoles promotrices de santé dans leur politique de santé scolaire²⁴¹. L'intention de l'équipe projet ABMA est d'identifier les modalités d'adaptation des écoles promotrices de santé au système éducatif français en vue de sa généralisation. C'est pourquoi le protocole d'évaluation a été conçu en même temps que l'expérimentation. La généralisation du dispositif est tout autant un objectif de l'évaluation que de l'expérimentation. Il fallait pouvoir identifier les éléments permettant à l'établissement scolaire de devenir promoteur de santé et identifier également comment intégrer ces éléments de promotion de la santé au fonctionnement du système éducatif.

Le positionnement stratégique de l'équipe projet ABMA est bien de s'appuyer sur les dynamiques internes au système éducatif français afin de définir les principes d'une école promotrice de santé, et non pas l'inverse, qui aurait consisté dans un premier temps à modéliser le fonctionnement d'une école promotrice de santé et dans un second temps à chercher à l'implanter. Le choix de la méthode d'expérimentation découle de ce positionnement stratégique²⁴².

Évaluer pour identifier les effets

La littérature sur l'évaluation des écoles promotrices de santé tend à identifier des effets bénéfiques concernant certains sujets de santé^{243 244}, l'amélioration du climat scolaire²⁴⁵ et de meilleurs résultats scolaires²⁴⁶.

²³⁹ Stewart-Brown, S. (2006).

²⁴⁰ Désy, M. (2009).

²⁴¹ Comme par exemple la Pologne, la Lituanie, la Belgique, le Québec, la Suisse.

²⁴² Cf. infra 5.2.1. 2^e partie, chapitre 5, sous-partie 5.2.1

²⁴³ Stewart-Brown, S. (2006).

²⁴⁴ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

²⁴⁵ Debarbieux, E., *et al.* (2012).

²⁴⁶ Janosz, M. § Pascal, S. (2014).

Dans l'optique d'une éventuelle généralisation, l'évaluation d'ABMA porte aussi sur les effets attendus sur le climat et la réussite scolaire.

Ces objectifs d'évaluation n'ont pas d'utilité concernant l'implantation directe du dispositif dans l'établissement. Ils servent avant tout à construire un argumentaire de la démarche de promotion de la santé en milieu scolaire à destination des acteurs de ce milieu, en premier lieu les enseignants. Nous reprenons ainsi à notre compte, les remarques de l'inspecteur d'académie du département 1, qui, quand nous lui avons présenté le projet²⁴⁷, avait insisté sur le fait de bien d'expliquer la convergence d'objectifs entre le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire et les apprentissages, première mission de l'institution scolaire.

Les objectifs de l'évaluation

Une première série d'objectifs doit donc produire des données qui aideront à définir un modèle d'école promotrice de santé adapté au système éducatif français ainsi que son processus d'implantation mais aussi identifier ses effets sur le climat et les résultats scolaires.

En résumé :

L'évaluation a été conçue dès la conception du projet. Son objectif est double : il s'agit d'une part de pouvoir modéliser les processus d'implantation d'une école promotrice de santé adaptés au système éducatif français afin de généraliser la démarche dans d'autres académies ; et d'autre part d'identifier les effets du dispositif dans les établissements scolaires en matière de climat scolaire et de réussite scolaire afin d'argumenter le lien entre la promotion de la santé et la mission première de l'institution scolaire.

5.1.2 Les hypothèses de recherche

Les hypothèses sont élaborées suivant les deux objectifs de l'évaluation du dispositif ABMA.

Hypothèses de recherche liées à l'implantation

Une première série d'hypothèses porte sur l'organisation d'ABMA et la façon dont elle se traduit concrètement dans un établissement scolaire :

- ✓ L'implantation du dispositif va modifier la typologie des actions réalisées dans l'établissement, en augmentant le nombre d'actions de type organisation et fonctionnement;

²⁴⁷ Cf. infra. deuxième partie, chapitre 4, sous-partie 4.2

- ✓ L'implantation du dispositif implique l'adhésion du chef d'établissement, l'identification de référents, la constitution et la mobilisation d'une équipe projet ;
- ✓ l'implantation du dispositif se traduit par la réalisation d'un état des lieux, la priorisation des objectifs et la planification des actions.

Par la suite, cette série d'hypothèses sera désignée avec les lettres HI (hypothèses d'implantation).

Hypothèses de recherche liées aux effets sur le climat et la réussite scolaire

- ✓ Une seconde série d'hypothèses porte sur les effets de l'implantation du dispositif ABMA dans l'établissement : l'implantation d'une démarche de promotion de la santé améliore les résultats scolaires des élèves.
- ✓ L'implantation d'une démarche de promotion de la santé améliore le climat scolaire.

Par la suite, cette série d'hypothèses sera désignée avec les lettres HE (hypothèses des effets).

La vérification des hypothèses relatives aux effets du dispositif dans l'établissement scolaire (HE) est tributaire des résultats des hypothèses relatives à l'implantation (HI). Les résultats des hypothèses HE d'ABMA ne pourront être examinés qu'au regard du niveau d'implantation de la démarche dans l'établissement. La vérification des hypothèses HI doit faire apparaître des niveaux d'implantation de la démarche et donc déterminer des typologies d'établissements. Les HE seront vérifiées pour chacune des typologies identifiées.

En résumé :

Les hypothèses de recherche sont de deux ordres, elles se rapportent à la fois aux conditions d'implantation de la démarche ABMA dans les établissements scolaires, et aux effets de la démarche dans l'établissement.

5.2. Comment évaluer ABMA ?

5.2.1 La sélection des établissements évalués

L'évaluation ayant été conçue en même temps que l'expérimentation, la question de la sélection des établissements évalués ne s'est pas posée : les sept établissements pilotes de la première année étaient informés de son existence et du fait qu'ils auraient à fournir des informations.

En revanche, Il n'était pas prévu que de nouveaux établissements entreraient dans le dispositif dès la deuxième année de l'expérimentation. Fallait-il les inclure ? Le groupe projet ABMA a fait le choix de répondre par l'affirmative, guidé par le souci de réaliser une expérimentation "réaliste" qui intègre les changements inhérents à la "vraie" vie. Cette question a été débattue d'une part en ce qui concerne la poursuite de l'expérimentation et d'autre part en ce qui concerne l'évaluation. Dans les deux cas, il a été décidé d'inclure dans le protocole d'évaluation les établissements ayant rejoints le dispositif en deuxième année.

Cependant, quand la situation s'est à nouveau présentée au début de la troisième année, il a été décidé d'inclure les nouveaux établissements dans l'expérimentation mais pas dans le protocole d'évaluation, car une année semblait insuffisante pour avoir des données et du recul sur le fonctionnement de l'établissement. Néanmoins, certaines situations particulières pourront être mentionnées en note de bas de page, ou dans l'analyse.

Au total, l'évaluation a porté sur onze établissements : neuf collèges et deux lycées, répartis sur les trois départements de l'académie de Lyon.

Tableau n° 5 : Effectifs des établissements engagés dans l'expérimentation et de l'évaluation d'ABMA de 2012 à 2015

Année	Expérimentation	Évaluation
2012/2013	7	7
2013/2014	11	11
2014/2015	19	10 *

Légende : **un établissement entré dans le dispositif en année 2 s'est retiré de l'expérimentation.*

En résumé :

L'évaluation porte sur les établissements ayant rejoint le dispositif expérimental ABMA la première et la deuxième année, soit neuf collèges et deux lycées.

5.2.2 Les méthodes de recherche

Deux types de résultats sont attendus : ceux qui portent sur les conditions d'implantation d'une démarche de promotion de la santé, c'est-à-dire sur l'évaluation des éléments à prendre en compte pour implanter cette démarche à une intervention ; ceux qui portent sur les effets de l'intervention.

Deux méthodes de recherche sont mobilisées simultanément. En ce qui concerne l'évaluation de l'implantation du dispositif, nous nous référons au cadre conceptuel de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) et en ce qui concerne l'évaluation des effets d'ABMA, nous nous référons au cadre conceptuel de la recherche évaluative.

La recherche interventionnelle en santé des populations

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) est relativement récente. Elle a pour objet de rendre compte de programmes d'actions complexes et vise la production de données probantes sur les interventions.

"La RISP se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur) dont l'objectif est :

- *d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux dans une population;*
- *de réduire les facteurs de risque des maladies dans cette population.*

Il s'agit de déplacer le "point focal" des efforts de recherche du quoi (ce qui cause la maladie) vers le comment (les actions de prévention et de promotion)."²⁴⁸

La RISP implique un rapprochement entre l'équipe de recherche et les acteurs de terrain et une co-construction de l'intervention et de la recherche. Elle associe les compétences des professionnels de terrain et des chercheurs car *"l'objet de la recherche interventionnelle en promotion de la santé est l'intervention elle-même - le plus souvent un programme d'action ou une politique"²⁴⁹.*

Ce type de recherche est particulièrement pertinent au regard d'un dispositif comme ABMA. Dès sa conception, il a été co-construit avec les professionnels concernés. L'expérimentation d'ABMA a donc commencé avec un dispositif volontairement incomplet qu'il était nécessaire de faire évoluer et d'enrichir pour qu'il aboutisse. D'un côté, cette incomplétude initiale facilite l'appropriation par les acteurs de terrain de la philosophie du dispositif et leur permet d'engager des actions qui soient les plus adaptées aux caractéristiques de leur contexte professionnel. De l'autre, cette incomplétude peut déstabiliser car elle chamboule les représentations associées aux chercheurs (et au statut universitaire) et aux acteurs de terrain (la distinction entre ceux qui savent et ceux qui font). Dans la RISP, le chercheur ne se

²⁴⁸ Potvin, L. *et al.* (2013).

²⁴⁹ Joanny, R. (2014).

positionne pas comme étant celui qui "sait" par rapport à ceux qui "font", le savoir et l'action sur l'intervention sont partagés et co-construits entre les acteurs et les chercheurs.

La posture du chercheur

Dans la RISP, le chercheur ne peut pas être étranger au phénomène qu'il étudie. Il est nécessairement impliqué dans l'intervention qu'il analyse, car le processus de coconstruction place le chercheur en position d'observateur interne. Les allers et retours entre pratique et théorie dans un cadre d'analyse réflexive encourage la créativité des acteurs et leur prise de responsabilité vis à vis de l'intervention et de l'évaluation. La RISP procède ainsi d'une démarche pédagogique qui participe en tant que telle au changement des pratiques professionnelles. L'implication du chercheur est inévitable puisque ces échanges nécessitent un contact prolongé avec les acteurs de l'intervention.

Néanmoins, la spécificité de sa position de chercheur par rapport aux autres acteurs de l'intervention l'oblige à :

- ✓ être garant de la rigueur du cadre méthodologique ;
- ✓ garder une distanciation suffisante pour conserver une capacité d'analyse, y compris sur sa propre participation à l'intervention.

En ce qui concerne ABMA, mon engagement est double :

- ✓ implication en tant qu'acteur co-construisant l'intervention : la conception et l'expérimentation d'ABMA font partie de mes missions au sein de l'Inpes;
- ✓ implication comme chercheur : en tant que doctorante de l'Université de Lyon 1 ayant pour sujet de thèse l'évaluation d'ABMA.

Cette mise en abîme qui pourrait s'apparenter à un "conflit d'intérêt" - comment évaluer avec la rigueur scientifique nécessaire un objet d'étude dont on participe à la conception ? - constitue certainement un biais méthodologique dont il faut tenir compte pour l'analyse.

Toutefois, la conscientisation de cette double posture a impliqué de ma part :

- ✓ un rappel permanent de la nécessité de mise à distance des situations ;
- ✓ de laisser aux acteurs toute leur place dans l'élaboration de l'intervention et d'adopter une posture d'acteur-accompagnant plus que d'acteur-intervenant ce qui a contribué à renforcer le processus de co-construction et d'appropriation du dispositif par les autres membres du groupe projet ABMA.

La recherche évaluative

Les résultats attendus correspondants aux hypothèses sur les effets de l'implantation du dispositif ABMA procèdent de la recherche évaluative. Dans ce cas, l'objet de l'évaluation n'est pas l'intervention elle-même mais ses effets. *"La recherche évaluative, quant à elle, cherche à mesurer l'efficacité d'un programme et privilégie de ce fait la production de données sur les effets."*²⁵⁰

En résumé :

Pour évaluer ABMA, il est fait appel à deux méthodes de recherche : la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), pour ce qui est de l'évaluation du processus d'implantation du dispositif; et la recherche évaluative, pour ce qui est de la mesure des effets du dispositif dans les établissements.

La RISP s'articule autour d'un processus de co-construction de l'intervention et de l'évaluation entre l'équipe de recherche et les acteurs de terrain. L'implication du chercheur est un élément constitutif de cette méthode qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse.

5.2.3 La méthode de recueil des données

L'approche mixte

Les dispositifs de promotion de la santé sont complexes à évaluer en raison des différents facteurs qui interagissent entre eux et interviennent pour prévenir plusieurs problèmes de santé^{251 252}. L'adoption d'une méthode mixte (MM) permet de prendre en compte cette complexité. Ce troisième courant méthodologique qui commence à émerger peut être défini de la façon suivante :

*"La RMM²⁵³ est un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de chercheurs associe des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives (par exemple l'utilisation de points de vue, de collectes de données, d'analyses de données, de techniques d'inférences qualitatives et quantitatives) dans le but d'une meilleure compréhension."*²⁵⁴

²⁵⁰ Joanny, R. (2014).

²⁵¹ Tondeur, L. (1996).

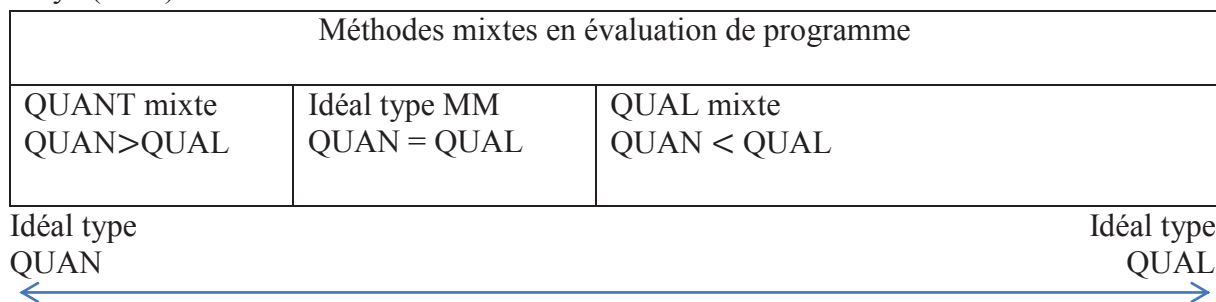
²⁵² Desy, M. (2009).

²⁵³ Recherche par les méthodes mixtes.

²⁵⁴ Guével, M-R. § Pommier, J. (2012).

Les protocoles des méthodes mixtes sont conceptualisés autour d'un continuum qui s'étend de l'idéal de la méthodologie qualitative (QUAL) à l'idéal de la méthodologie quantitative (QUAN) et qui peut être représenté par le schéma ci-dessous :

Figure n°1 : Schéma du protocole des méthodes mixtes. D'après Johnson, 2007 ; cité dans Pluye (2012)



Les protocoles de recherche des méthodes mixtes se structurent autour des concepts de "devis séquentiel" et "devis concomitants"²⁵⁵. Dans les devis séquentiels, les deux méthodes sont utilisées de façon différée. Dans les devis concomitants, les deux méthodes sont utilisées simultanément.

Quatre devis sont alors distingués^{256 257} :

- Le devis séquentiel explicatif dans lequel l'évaluation quantitative est suivie d'une évaluation qualitative ;
- Le devis séquentiel exploratoire dans lequel l'évaluation qualitative précède l'évaluation quantitative ;
- Le devis concomitant triangulé quand les deux méthodes sont utilisées de façon convergente et corroborante ;
- Le devis concomitant niché quand une des méthodes est utilisée de façon prioritaire sur l'autre méthode qui est alors considérée comme mineure.

Le choix d'une méthode mixte pour évaluer ABMA

Le protocole de recherche d'ABMA s'appuie sur la méthode mixte afin de rendre compte des différents objectifs et questions de recherche. Pour obtenir des résultats relatifs à l'implantation du dispositif et à l'intervention en elle-même, la méthode qualitative a été

²⁵⁵ Pluye, P. (2012).

²⁵⁶ Pluye, P. (2012).

²⁵⁷ Guével M-R, § Pommier, J. (2012).

privilegiée, même si quelques données qualitatives ont pu être "quantitativées"²⁵⁸ pour l'analyse. Pour obtenir certains résultats relatifs aux effets du dispositif la méthode quantitative a été utilisée.

Ainsi la méthode mixte utilisée pour évaluer ABMA est de type « niché concomitant » et peut être synthétisé par la formule suivante : QUAL(quan) = généralisation et effets²⁵⁹.

En résumé :

La méthode mixte présente l'avantage d'allier les forces des méthodes quantitatives et qualitatives pour évaluer des processus complexes. L'évaluation d'ABMA prend appui sur cette méthode, le recours à la méthode qualitative est dominant par rapport à la méthode quantitative. Les deux méthodes sont utilisées de façon concomitante.

5.2.4 Les corpus de variables

Pour évaluer ABMA, deux types de variables ont été analysées, les variables dépendantes et les variables indépendantes²⁶⁰.

Les variables indépendantes

Les variables indépendantes sont regroupées en trois corpus distincts et certaines d'entre elles rentrent dans l'évaluation de l'intervention, d'autres dans celle des effets.

Le premier corpus rassemble les caractéristiques des établissements ; le second les résultats scolaires ; le troisième les éléments relatifs au climat scolaire.

²⁵⁸ "quantitativées" c'est-à-dire des données collectées par des méthodes qualitatives, converties en codes numériques afin d'être statistiquement analysées. " in Guével, M-R. § Pommier, J. (2012).

²⁵⁹ Pour la lecture de la formule on se référera au tableau 2 de l'article de Guével, M-R. § Pommier, J. (2012). "QUAN/QUAL ou quan/qual désigne les méthodes qualitatives ou quantitatives, les majuscules désignent les composantes dominantes et les minuscules les composantes mineures. Les parenthèses indiquent que les méthodes sont nichées, la méthode entre parenthèses étant imbriquées dans la première méthode. Le signe = indique que le but du protocole sera indiqué à la suite du signe d'égalité."

²⁶⁰ Une variable dépendante se modifie en fonction d'une autre variable indépendante : celle dont le chercheur essaie de mesurer l'influence sur les précédentes.

Tableau n°6 : Les variables indépendantes

Variables indépendantes	Indicateurs	Méthodologie
Corpus A : caractéristiques des établissements	Effectif des élèves Effectif des personnels % d'élèves boursiers % PCS défavorisés et favorisés Éducation prioritaire Localisation (rural/semi-rural/urbain) État des bâtiments	Quantitatif et qualitatif
Corpus B : résultats scolaires	Résultats au DNB Résultats au baccalauréat	Quantitatif
Corpus C : climat scolaire ²⁶¹	Climat relationnel Climat de sécurité Climat de justice Climat éducatif Sentiment d'appartenance	Qualitatif

Les variables dépendantes

Les variables dépendantes sont regroupées en deux corpus distincts qui permettent d'apprécier et de qualifier le niveau l'implantation du dispositif ABMA dans l'établissement. Le premier corpus concerne l'inscription du dispositif dans l'établissement, le second les actions mises en place.

Tableau n°7 : Les variables dépendantes

Variables dépendantes	Indicateurs	Méthodologie
Corpus D : Inscription du dispositif dans l'établissement	Adhésion du chef d'établissement Identification des référents établissements Constitution d'une équipe ABMA Communication sur ABMA Réalisation de la phase d'analyse de la situation Priorisation des actions Planification du projet Utilisation des documents ABMA Participation aux journées de formation ABMA	Quantitatif et qualitatif
Corpus E : actions mises en place	Domaines concernés par les actions (temps, espaces, relations interpersonnelles, communication, développement des compétences psychosociales, partenariat) Typologie des actions (fonctionnement et organisation, visée éducative, visée pédagogique, informative)	Qualitatif

²⁶¹ Les différentes dimensions du climat scolaire sont issues des travaux de Janosz, M. (2007).

La RISP et l'évolution du corpus des variables en cours de recherche

ABMA est un dispositif conçu à partir :

- ✓ de la littérature relative à l'approche des écoles promotrices de santé ;
- ✓ des travaux d'un groupe de travail ad'hoc mis en place par l'Inpes et la Dgesco ;
- ✓ de constats effectués par le CESC académiques de Lyon sur le fonctionnement des CESC dans les établissements²⁶².

Le rappel de ces éléments de contexte contribue à expliquer pourquoi l'année précédant l'expérimentation (2011-2012), le groupe projet ABMA s'est centré principalement sur la mise en œuvre du dispositif au niveau des établissements scolaires. L'évaluation qui s'est construite en parallèle a d'abord porté sur l'évaluation du dispositif dans les établissements scolaires.

À la fin de la première année d'expérimentation (2012-2013), il est apparu que ce niveau d'évaluation n'était pas suffisant pour rendre compte de l'objectif général de la recherche : *"pouvoir modéliser les principes d'une école promotrice de santé adapté au système éducatif français afin d'implanter la démarche dans d'autres académies"*²⁶³.

Le fonctionnement du dispositif au niveau d'une Direction départementale des services de l'Éducation nationale (DDSEN) devait aussi être intégré à l'évaluation. Le protocole de recueil de données a été modifié en ce sens et de nouvelles variables dépendantes et indépendantes ont été prises en compte.

Tableau n°8 : Les variables indépendantes rajoutées en cours d'évaluation

Variables indépendantes	Indicateurs	Méthodologie
Corpus F : caractéristiques des référents départementaux	Fonction occupée Formation initiale Formation continue Ancienneté dans le dispositif ABMA	Qualitatif

²⁶² Cf infra. deuxième partie, chapitre 4.

²⁶³ Cf infra. deuxième partie, chapitre 5, sous-partie 5.1.1.

Tableau n°9 : Les variables dépendantes rajoutées en cours d'évaluation

Variables dépendantes	Indicateurs	Méthodologie
Corpus G : Accompagnement réalisé	Nature et fréquence des contacts avec l'établissement Nombre de participation aux journées de formation des établissements	Quantitatif et qualitatif
Corpus H : Légitimité du référent départemental dans sa fonction	Nombre de participation aux réunions de suivi Procédure de nomination du rôle de référent Temps accordé à la fonction de référent	Quantitatif et qualitatif

En résumé :

Plusieurs corpus de variables dépendantes et indépendantes ont été identifiés. Ces corpus témoignent de l'implantation d'ABMA dans les établissements et aussi dans les DSDEN. Les variables dépendantes au niveau des établissements concernent l'inscription du dispositif dans l'établissement et les actions mises en place ; au niveau des départements, elles concernent l'accompagnement réalisé par les référents départementaux et la reconnaissance de ce rôle au sein des DSDEN. Les variables indépendantes concernant les établissements sont relatives aux caractéristiques des établissements, aux résultats scolaires et au climat scolaire ; au niveau des DSDEN elles sont relatives aux caractéristiques des référents départementaux.

5.2.5 Les techniques de recueil de données

La méthode qualitative est prédominante dans l'évaluation d'ABMA en raison :

- ✓ du caractère exploratoire de l'expérimentation qui a pour objet la modélisation d'un dispositif de promotion de la santé ;
- ✓ de la méthode de recherche, la RISP, qui nécessite une adaptation souple de la recherche avec le déroulement de l'expérimentation, afin d'en rendre compte le plus rigoureusement possible ;
- ✓ du faible nombre d'établissements engagés dans l'expérimentation qui ne permet pas un traitement statistique pertinent.

En outre, les méthodologies qualitatives ont été privilégiées car ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre théorique des sciences sociales et, en particulier, des travaux sur les

représentations sociales. Une représentation sociale est une forme de connaissance courante qui se caractérise par les propriétés suivantes : elle est socialement élaborée et partagée et se constitue à partir des expériences et des informations, savoirs et modèles de pensée reçus et transmis par la tradition, l'éducation et la communication sociale. Elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et des communications et participe à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel donné. Elle est toujours représentation d'un objet, qu'il soit de nature abstraite ou qu'il se réfère à une catégorie. L'objet est en rapport avec le sujet et la représentation est "*le processus par lequel s'établit leur relation*"²⁶⁴. Ils sont en relation et s'influencent l'un et l'autre.

Les données quantitatives

Les données quantitatives ont été obtenues, en partie auprès du service prospective et statistique du rectorat de Lyon dans le cadre d'une convention de partenariat établie entre le rectorat et l'Université de Lyon 1 ; et en partie, à partir des documents relatifs à l'expérimentation comme les feuilles d'émargement des formations et des réunions, les comptes rendus de réunions ou les bilans d'activités. Certaines de ces données ont été confrontées et/ou complétées avec des données obtenues par une méthode qualitative, comme les entretiens semi-directifs, puis "quantitatives"²⁶⁵.

Ces données quantitatives font l'objet d'un traitement statistique simple : moyennes et pourcentages.

Les données qualitatives

Pour recueillir les données qualitatives, plusieurs techniques ont été employées : l'étude de cas, l'entretien semi-directif, l'observation interne et l'analyse documentaire.

L'étude de cas

L'étude de cas concerne un nombre limité d'objets d'étude, elle est apparentée à l'approche monographique des ethnologues :

"Elle consiste, dans son principe, à donner une description approfondie d'un objet social réduit. Elle représente donc deux caractéristiques essentielles : son objet est limité et concret (une famille, un village, un comportement social, etc.) ; cet objet est

²⁶⁴ Jodelet, D. *et al.* (1989)

²⁶⁵ Cf. infra deuxième partie, chapitre 5, sous partie 5.2.2.

décrit de manière aussi exhaustive que possible, dans sa singularité et dans toutes ses particularités. ²⁶⁶

Le nombre d'établissements étudiés pour l'évaluation d'ABMA étant restreint, il est apparu plus pertinent de procéder à une description détaillée des caractéristiques, du fonctionnement et des modalités d'implantation d'ABMA pour chacun des établissements que de procéder à une analyse statistique et comparative portant sur la totalité des établissements.

L'entretien semi-directif

Les entretiens de recherche de type semi-directifs permettent de recueillir des informations sur un thème donné tout en mettant au jour la logique propre à l'enquête. Cette technique permet d'accéder de façon assez fine à la représentation sociale que se fait le sujet de l'objet d'étude²⁶⁷.

Dans le cadre d'ABMA, des entretiens ont été réalisés auprès de deux populations différentes. Vingt-quatre entretiens ont été réalisés auprès des référents ABMA des établissements ainsi qu'auprès de chacun des chefs d'établissement. Quand il s'est avéré que l'implantation d'ABMA passait aussi par son inscription au niveau académique²⁶⁸, il a également été décidé d'interviewer les référents départementaux. Deux grilles d'entretien ont été conçues en fonction des populations interviewées : référent ABMA de l'établissement ou référent départemental.

Les entretiens ont été passés soit en face à face, soit par téléphone et ont tous été enregistrés et retranscrits intégralement²⁶⁹. Vingt-trois interviews ont été réalisées par une personne recrutée par l'Université de Lyon, les sept restantes ont été réalisées par une ICTD d'une autre académie dans le cadre de la réalisation de son mémoire de master²⁷⁰. Dans un premier temps, les référents départementaux ont prévenu les personnes concernées qu'elles allaient être contactées pour réaliser un entretien dans le cadre de l'évaluation d'ABMA, puis les enquêtrices les ont contactées directement à partir des coordonnées indiquées par les référents départementaux. Les entretiens se sont déroulés entre le 4 décembre 2014 et le 28 avril 2015. Cette période a été choisie car elle se situe en dernière année d'expérimentation, mais laisse

²⁶⁶ Loubet del Bayle, J-L (2000) p. 210.

²⁶⁷ Loubet del Bayle, J-L. (2000) p. 71 et 72.

²⁶⁸ Cf. infra. deuxième partie, chapitre 5, sous-partie 5.2.4.

²⁶⁹ La retranscription des entretiens figure dans le tome 2, annexe n°4.

²⁷⁰ Master "Éducation et santé publique" Université Lyon 1 et Clermont-Ferrand.

suffisamment de temps pour analyser les données recueillies. L'analyse a été réalisée selon la technique d'analyse de contenu décrite par Laurence Bardin²⁷¹.

L'observation interne

*"Dans cette situation - non plus d'observation -participation mais de participation-observation - ce sont les participants à un phénomène, les membres d'un groupe, par exemple, qui se transforment en sociologues et qui deviennent les observateurs du milieu auquel ils appartiennent."*²⁷²

Dans le cadre d'ABMA, la technique de l'observation interne a été utilisée dans plusieurs situations dans lesquelles je me suis retrouvée. Il s'agit notamment de toutes les situations de visites des établissements qui ont permis de saisir les petits faits a priori "insignifiants" du quotidien.

*"Dans l'observation actuelle, l'observateur étudie le phénomène tel qu'il se déroule sous ses yeux au moment où il se déroule. Le chercheur est alors simultanément acteur et observateur."*²⁷³

Un des référents ABMA d'un établissement pilote me disait en me raccompagnant à la porte de l'établissement après une réunion de travail, "ABMA se cache dans les détails du quotidien". C'est bien parce que j'ai pu passer un peu de temps dans chacun de ces établissements, que j'ai pu observer des attitudes, ressentir une atmosphère, saisir une ambiance, que les échanges en réunion pas plus que les documents écrits ne parviennent à saisir.

Les éléments recueillis lors de ces observations donnent des renseignements sur le fonctionnement d'ABMA dans les établissements, le climat scolaire et l'accompagnement apporté aux établissements.

L'analyse documentaire

"Dans l'observation documentaire il n'y a pas de contact immédiat entre l'observateur et la réalité. C'est une observation qui s'effectue à travers un élément médiateur constitué par les documents. Le terme de documents est pris ici au sens large : tout élément matériel, toute "trace" en rapport avec l'activité des hommes vivant en société

²⁷¹ Bardin, L. (1998).

²⁷² Loubet del Bayle, J-L. (2000) p.65.

²⁷³ Loubet del Bayle, J-L. (2000) p.66.

et qui, de ce fait constitue indirectement une source d'informations sur les phénomènes sociaux."²⁷⁴

Dans le cadre d'ABMA, les documents²⁷⁵ étudiés sont : les ordres de mission, ordres du jour et comptes rendus des réunions de suivi des référents départementaux; les notes prises pendant les visites dans les établissements; les documents relatifs aux journées de formation (ordre de mission, liste d'émargement, ordre du jour, documents préparatoires, notes); les documents produits par les établissements (fiche action, comptes rendus de réunion, contrats d'objectifs, site Internet, etc.); les bilans annuels des référents départementaux.

Les documents ont été classés par type de document (compte-rendu, ordre du jour, etc.) puis par ordre chronologique. Ensuite, ils ont été étudiés attentivement afin de repérer pour chacun les éléments relatifs :

- ✓ à l'implantation d'ABMA dans chacun des onze établissements évalués;
- ✓ aux actions mises en place dans chacun des établissements;
- ✓ au climat scolaire;
- ✓ à l'accompagnement des établissements par les référents départementaux;
- ✓ au rôle des référents départementaux;
- ✓ à la reconnaissance du dispositif dans chacune des DSDEN.

En résumé :

La méthode qualitative est prédominante dans l'évaluation d'ABMA et les techniques de recueil de données qualitatives volontairement diversifiées : étude de cas, analyse de documents, entretiens semi-directif, observation interne.

²⁷⁴ Loubet del Bayle, J-L. (2000).

²⁷⁵ cf. tome 2, annexe n°1.

TROISIÈME PARTIE :

L'IMPLANTATION DU DISPOSITIF ABMA

CHAPITRE 6 – Du côté des établissements

Ce chapitre est consacré à l'évaluation de l'implantation de la démarche Aller bien pour mieux apprendre dans les établissements pilotes. Comme le nombre d'établissements est restreint, l'analyse est principalement qualitative. Dans un premier temps, la situation de chaque établissement est présentée individuellement de façon synthétique. Ensuite, pour l'ensemble des établissements une synthèse est proposée qui reprend les résultats obtenus pour chacune des variables dépendantes et indépendantes.

6.1. À chacun son histoire – les établissements pilotes au cas par cas

L'exposé de la situation de chacun des établissements n'est pas homogène en nombre de pages et niveaux de détails. L'ordre, l'intitulé et le nombre des rubriques peuvent également varier d'une présentation à l'autre. Ces disparités sont volontaires car il s'agit avant tout d'adapter la forme du récit au vécu de chacun des établissements. Il importe moins d'homogénéiser les descriptions que de permettre au lecteur d'appréhender les contextes et enjeux spécifiques de chacun des établissements engagés dans l'expérimentation du dispositif ABMA.

La présentation des situations est nécessairement biaisée par la subjectivité du regard que je porte sur chaque établissement et des relations que j'ai pu entretenir avec les équipes. Ce biais de subjectivité se trouve renforcé par l'exercice de synthèse qui implique de sélectionner des éléments et d'en omettre d'autres.

Pour tenter d'atténuer ce biais, toutes les présentations ont été relues par les référents départementaux et les équipes des établissements concernés²⁷⁶. C'est cette version qui est présentée dans les pages suivantes.

6.1.1. Établissement A

Présentation de l'établissement

Le collège A est un établissement de centre-ville abrité dans d'anciens bâtiments, situés entre deux immeubles dans une rue étroite. Les élèves 1/2 pensionnaires doivent se rendre dans un

²⁷⁶ Les textes ont été envoyés directement par courriel aux référents et aux chefs d'établissements. Trois établissements n'ont pas répondu spontanément et ont dû être relancés. Six établissements ont répondu au premier courriel. Dans deux établissements les réponses étaient partielles (seul un des référents a fait un retour) et une relance a dû être faite.

autre établissement pour déjeuner. Le collège scolarise des élèves issus de différentes catégories sociales, la mixité sociale est réelle. Depuis quelques années, le nombre d'élèves nouveaux arrivants non francophones (ENAF) est en augmentation. L'équipe est plutôt stable, avec un noyau dur d'enseignants qui sont dans l'établissement depuis de nombreuses années et sont habitués à travailler ensemble. La promiscuité des locaux favorise les relations entre les enseignants, les personnels de la vie scolaire et ceux de la direction car les différents bureaux s'ouvrent sur le même couloir. Les informations circulent bien. Les élèves comprennent vite que "tout se sait", cela participe de la "culture A". Les parents sont assez faciles à mobiliser pour participer aux instances de la vie du collège ou aux différentes manifestations (fête du collège, etc.). Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) fonctionne bien.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

À la rentrée 2014/2015, arrivée d'un nouveau principal et départ d'un assistant d'éducation ayant des compétences en informatique.

Entrée dans l'expérimentation

Le collège est entré dans le dispositif ABMA dès la première année de l'expérimentation sur décision du chef d'établissement. Celui-ci avait été sollicité directement par le RD. L'équipe de direction a décidé d'intégrer le dispositif sans en discuter au préalable avec les personnels. Pour l'équipe de direction, il allait de soi que le collège participe à cette expérimentation au regard d'une action que l'infirmier et le CPE allaient mettre en place au même moment.

Implantation de la démarche ABMA

Le chef d'établissement a désigné deux référents ABMA : l'infirmier et le conseiller principal d'éducation. Ils ont participé aux journées de formation des deux premières années, ils étaient absents aux rassemblements de la troisième année. Ils sont en contact régulier avec le RD, et ils nous²⁷⁷ ont reçus lors des visites annuelles des deux premières années. La troisième année, nous avons été accueillis par le nouveau principal et le conseiller principal d'éducation (CPE)²⁷⁸.

ABMA n'a pas fait l'objet d'une présentation générale à l'ensemble des personnels, il n'y a jamais eu de communication spécifique sur le dispositif dans l'établissement.

²⁷⁷ Moi-même et le ou les référent(s) départementaux.

²⁷⁸ L'infirmier ne travaillait pas dans l'établissement le jour de la visite.

L'équipe ABMA se résume à l'infirmier et au CPE, ils ne font pas de réunion "spécifiques ABMA", mais travaillent ensemble très étroitement.

Dans ce collège, ABMA est essentiellement associé à une action en particulier. À la fin de l'année scolaire 2011/2012, plusieurs membres²⁷⁹ du collège partagent le constat que les élèves n'ont pas une très bonne hygiène de vie : ils sont fatigués, ne mangent pas toujours de façon équilibrée, les rythmes de travail sont morcelés... Ils estiment que cela s'en ressent sur la vie du collège. Ils imaginent donc un projet qui cible l'alimentation, le sommeil, l'hygiène de vie et les habitudes de travail. À la rentrée suivante, tous les élèves ont rempli un tableau qui indique sur une semaine leurs différentes occupations dans la journée : heure de lever, de coucher, horaires des repas, durée du travail scolaire, du temps passé devant la télévision, Internet, les activités sportives, culturelles etc. Ces données ont été saisies sur informatique et pour chaque élève, pour chaque classe et pour chaque niveau de classe, un graphique a été réalisé qui indiquait, en pourcentage, le temps passé à faire les devoirs, manger, dormir, être au collège, faire une activité sportive, téléphoner, regarder la télévision, etc. Les résultats ont été restitués aux élèves. Le CPE et l'infirmier ont pu s'appuyer sur ces données lors de rencontres individuelles avec les élèves et/ou leurs familles. Dans le prolongement de cette enquête, ils ont également animé trois séances dans l'année pour chacune des classes de 6^e sur des sujets de santé, avec l'aide d'un support vidéo. Les professeurs principaux sont associés à cette action. Un autre volet de ce projet est la mise en place d'un café des parents. Une conférence-débat est organisée avec la participation d'un intervenant extérieur sur un sujet de santé. Le choix des sujets à venir est décidé en concertation avec les parents présents à cette rencontre.

L'enquête sur les rythmes de vie des élèves et le rendu des données sous forme de diagramme ont été réalisés pendant les deux premières années. La troisième année, l'assistant d'éducation qui avait les compétences informatiques nécessaires pour réaliser ce travail a quitté l'établissement. À la rentrée 2014/2015, une modification d'emploi du temps a rendu difficile la poursuite des actions auprès des élèves en présence des professeurs principaux comme cela se faisait auparavant.

Ce projet a pris la forme d'une action emblématique mais il est à remettre dans le contexte d'autres projets entrepris par l'équipe du collège, en particulier ceux qui concernent la liaison CM2/6^e²⁸⁰, l'accueil des 6^e²⁸¹ et une information sur l'usage d'Internet²⁸².

²⁷⁹ L'infirmier, le conseiller principal d'éducation et des enseignants.

²⁸⁰ Il s'agit de renforcer la liaison entre les élèves de CM2 et de 6^e en organisant des actions communes comme des visites du collège, un accueil aux journées portes ouvertes, etc.

Analyse des freins et des leviers

Globalement, ABMA n'a pas été implanté dans le collège A. Ce qui aurait pu constituer un levier intéressant - le projet sur les habitudes de vie des élèves - c'est en fait révélé un frein. L'équipe de direction qui avait pris la décision d'intégrer ABMA n'en a pas saisi la dimension organisationnelle et l'a assimilé à une action parmi d'autres. ABMA lui semblait donc parfaitement correspondre à un projet émergent dans son établissement. De leur côté, le CPE et l'infirmier ont accueilli ABMA avec réticence, ils ne voulaient pas qu'on les dépossède de leur propre projet, qu'on vienne leur imposer des actions extérieures. Cette réserve s'est peu à peu estompée quand ils ont compris qu'ABMA était un dispositif intégrateur, une philosophie et non un programme. Cela leur a permis de mettre de la cohérence dans les différentes actions entreprises dans l'établissement et de poser un autre regard sur les projets en cours.

À la fin de la deuxième année, après le changement de principal du collège, le CPE et l'infirmier ont considéré que l'établissement ne faisait plus partie des structures qui expérimentaient le dispositif et que ce dernier ne leur apportait rien.

Cependant, nous avons souhaité rencontrer le nouveau principal avant d'entériner la sortie du collège A du dispositif. Cette rencontre a été constructive car elle a permis de mettre au jour la situation paradoxale de cet établissement vis à vis d'ABMA. D'un côté ABMA n'a pas été implanté dans l'établissement car il a été réduit à un projet, les dimensions globale, politique et organisationnelle n'ayant pas été prises en compte. L'ancien chef d'établissement n'a encouragé aucune dynamique dans ce sens et n'a jamais assisté aux réunions. Le principal adjoint a lui aussi une représentation restreinte d'ABMA "*Honnêtement, demain je pars je sais qu'ABMA ça fonctionnera parce que l'infirmier et le CPE s'en sont complètement emparé.*"²⁸³. D'un autre côté, le CPE et l'infirmier ont bien conscience qu'ABMA est une démarche plus globale qui dès le départ n'a pas été présentée comme il l'aurait fallu. "*(...) voilà notre projet a commencé comme ça. En parallèle, le chef d'établissement de l'époque a été sollicité, a entendu parler d'ABMA, et a fait rentrer notre projet dans le projet ABMA. (...) parce que pour beaucoup d'autres établissements, ils rentraient dans ABMA, ils faisaient un diagnostic établissement, ils cherchaient des solutions en interne, et voilà, alors que nous on a créé notre*

²⁸¹ Une prise en charge spécifique des élèves de 6^e en cas d'absence d'un enseignant en leur proposant des actions pédagogiques préparées par les enseignants et complémentaires à leurs cours, des actions éducatives et/ou d'ouverture culturelle. Ces heures sont encadrées par le personnel de la vie scolaire, le documentaliste, l'infirmier et le CPE.

²⁸² Une équipe (CPE, documentaliste, agent de médiation) est formée pour sensibiliser les élèves de 6^e au bon usage d'Internet.

²⁸³ Entretien n°19, en référence à l'action "de bonnes habitudes pour un bon départ".

projet qui correspondait à ABMA, donc on est rentré dans ABMA."²⁸⁴ Après trois années de recul, ils insistent sur le rôle du chef d'établissement qui doit nécessairement encourager ce type de dispositif et motiver ses équipes dans ce sens. La dimension globale de la démarche est bien perçue : *"Ce qui peut à mon avis changer la donne c'est quand le projet est impulsé par le chef d'établissement et que même le projet d'établissement soit écrit au regard de ça (...) effectivement à partir du moment où on écrirait notre projet dans ce sens-là, je pense que ça serait dans la tête de tout le monde."*²⁸⁵

Après trois ans d'expérimentation, la démarche ABMA était invisible dans le collège A. Quand le nouveau principal a pris ses fonctions, il ne savait pas de quoi il retournait. Après l'avoir rencontré et lui avoir expliqué les fondements du dispositif, il s'est montré ouvert à ce type de démarche. Il partage le fait qu'elle devait être intégrée à la politique globale de l'établissement et ne pas être restreinte au statut de simple projet.

Cependant, l'infirmier comme le CPE reconnaissent certains bénéfices à ABMA : *"Le gros avantage pour moi, c'est d'avoir pu faire le lien entre différentes actions qui se menaient au sein de l'établissement et qu'il a permis de donner une cohérence. C'est vraiment le point positif."*²⁸⁶ *"ABMA, si on regarde un peu ce qu'on fait, ce qu'on met en place dans les établissements, et avec ce regard-là, ça met de la cohérence entre les différentes actions et les pratiques au sein de l'établissement."*²⁸⁷

6.1.2. Établissement B

Présentation de l'établissement

La cité scolaire B comprend un lycée général et technologique (LGT) scientifique de bonne réputation et un lycée professionnel (LP) comportant plusieurs filières dont une peu valorisée. Il possède également un internat. Situé dans une ville de taille moyenne, les bâtiments vastes et agréables se répartissent au milieu d'espaces verts. L'ensemble est assez étendu géographiquement. La salle des professeurs est commune mais à part chez les enseignants d'éducation physique et sportive (EPS), il n'y a pas de véritable collaboration entre professeurs du LP et du LGT. Les populations d'élèves ne se mélangent pas non plus, bien que les classes soient les unes à côté des autres. Les élèves du LP sont issus de catégories

²⁸⁴ Entretien n°30.

²⁸⁵ Entretien n°30.

²⁸⁶ Entretien n°10.

²⁸⁷ Entretien n°30.

socioprofessionnelles (CSP) plus défavorisées que les lycéens du LGT, leur estime de soi est plus dégradée. L'orientation en lycée professionnel peut avoir été subie dans un contexte d'échec scolaire, le décrochage scolaire y est un problème récurrent. Le lycée général et technologique est présenté comme un établissement élitiste. Les violences sont globalement plus nombreuses en LP, même si des incidents peuvent aussi se produire au LGT. Les parents du LGT sont mobilisés, ceux du LP moins investis, certains conseils de classe du LP se déroulent sans la présence de représentant des parents d'élèves.

Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté se réunit au moins une fois par an.

Entrée dans le dispositif

Le lycée B a rejoint le dispositif dès la première année. Le référent départemental, qui connaissait le proviseur, l'a contacté directement. Ce dernier a donné son accord sans consulter ses équipes au préalable.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

Depuis la rentrée scolaire 2014/2015, le proviseur était absent et la date de son retour sans cesse repoussée, ce qui a créé de l'incertitude. Le proviseur adjoint qui l'a remplacé ne s'est pas impliqué dans le dispositif ABMA.

Implantation de la démarche ABMA

L'équipe ABMA est composée de l'infirmier et du conseiller principal d'éducation du lycée professionnel, tous deux désignés par le proviseur. Ils ont participé aux formations organisées les deux premières années mais étaient absents la troisième année. Lors de la « visite » de la première année, le proviseur nous²⁸⁸ avait reçus seul. La deuxième année, cette visite a consisté à rassembler les chefs d'établissement le matin en présence du proviseur, puis à rencontrer les équipes ABMA l'après-midi dans un même établissement. L'infirmier, le CPE du LP et un enseignant d'histoire-géographie particulièrement investi sur une action relative à l'égalité fille-garçon s'étaient joints à la réunion de l'après-midi. ABMA a été présenté en assemblée générale par le proviseur la première année. Le dispositif est devenu un axe du projet d'établissement 2012 - 2015 du LP et a été inscrit en annexe du projet d'établissement du LGT pour la même période. Il a également été abordé en conseil d'administration (CA). Un stagiaire a supervisé le recensement des actions à partir des documents ABMA. Ce travail a

²⁸⁸ Moi-même et le référent départemental lors de la visite de la première année.

nécessité des réunions et la passation de quelques questionnaires auprès d'élèves et d'enseignants. Les actions estampillées ABMA sont des actions qui existaient déjà dans l'établissement. Le projet emblématique concernant l'ensemble de l'établissement est relatif à l'égalité et au respect entre les filles et les garçons. S'agissant du LP ce sont les actions visant à renforcer l'estime de soi et la confiance en soi qui sont privilégiées.

De façon anecdotique, la participation à l'expérimentation ABMA a permis de résoudre la question de l'installation d'une machine à café dans le foyer des élèves. Le CPE et l'équipe médico-sociale étaient en désaccord sur ce sujet. Prenant appui sur les principes d'ABMA, ils ont associé les élèves délégués à leur réflexion et ont pu tenir compte des besoins des élèves. Cela a permis de dépasser les divergences et un cahier des charges a été rédigé.

Les freins

Dans cet établissement, les résistances à l'implantation de la démarche ABMA sont nombreuses et malgré la participation du lycée à l'expérimentation, le dispositif n'a pas été implanté.

Un des principaux freins réside dans la manière dont l'établissement est entré dans l'expérimentation. Il s'agit avant tout d'une décision du proviseur et ABMA a été perçu comme étant imposé par la voie hiérarchique.

Ainsi, malgré la désignation des référents et leur participation aux journées de formation, aucune équipe ne s'est véritablement constituée, il n'y a pas eu de dynamique interne. *"Moi je ne me suis pas engagé, c'est le proviseur qui a inscrit l'établissement dans ce cadre-là et il nous a demandé si on voulait être référents."*²⁸⁹ De plus, un des référents ne se sent pas légitime pour occuper cette fonction auprès de l'ensemble des personnels : *"Moi je me sentais mal à représenter les enseignants du lycée général, même si je fais des choses avec eux (...) moi, si on m'avait fait référent ABMA simplement sur le lycée professionnel, je me serais senti plus à l'aise."*²⁹⁰

Les référents ABMA de l'établissement n'ont pas eu le sentiment d'être suffisamment accompagnés par les RD. Il leur semble que la trop grande proximité entre le proviseur et le RD a pu court-circuiter l'accompagnement dont ils auraient dû bénéficier. *"C'est-à-dire que quand [ils]²⁹¹ venaient dans l'établissement, monsieur le proviseur les recevait seul. Alors*

²⁸⁹ Entretien n°20.

²⁹⁰ Entretien n°21.

²⁹¹ Le RD et moi-même lors de la visite de la première année.

*moi j'ai l'impression voilà, un petit peu, on nous rebalançait à la prochaine réunion alors qu'on n'avait pas eu le lien."*²⁹²

Le travail de diagnostic réalisé par un stagiaire à partir du tableau ABMA aurait pu enclencher une dynamique à partir de laquelle l'implantation de la démarche aurait été plus globale et complète, mais là encore la perception qu'en ont les référents est négative : *"Ce qui a été mis pour participer, ça a été le fourre-tout de ce qui se faisait auparavant, on y a mis tout ce qui se faisait au niveau du CESC."*²⁹³ *"Il aurait été préférable de tout remettre à plat et leur dire : voilà on travaille vraiment dans le cadre d'ABMA."*²⁹⁴

La première année de l'expérimentation, l'établissement B était le seul lycée parmi six collèges. Cela limitait les échanges de pratiques et de préoccupations avec les autres référents ABMA. Mais surtout, il apparaît que le dispositif n'est pas tout à fait adapté à un établissement de grande taille comme un lycée, notamment quand il accueille deux entités bien distinctes comme le LGT et le LP. L'analyse qu'en font les référents témoigne qu'il est plus difficile d'implanter ABMA en LGT car l'attention de tous est portée sur l'obtention du baccalauréat. Il est donc difficile de mobiliser les équipes pour des réunions ou de déplacer des heures de cours. Par contre, en LP, les enseignants sont moins réticents à modifier leurs emplois du temps puisqu'ils sont habitués à une certaine souplesse du fait des périodes de stage régulières incluses dans la formation. *"Ce qui est facilitant c'est le lycée professionnel, parce qu'il y a plus de souplesse au niveau des emplois du temps, les profs acceptent plus volontiers qu'on les bouleverse un peu. Mais c'est nous qui les bouleversons, on ne bosse pas vraiment ensemble. C'est nous qui proposons et là c'est facile. Quand c'est au niveau du LGT c'est une autre paire de manches."*²⁹⁵ Par ailleurs, le LP est une entité plus réduite aussi bien en ce qui concerne le nombre des élèves que de l'équipe enseignante. Ainsi, en regard de la taille de l'établissement et de ses deux entités, le petit effectif de l'équipe ABMA est un véritable handicap. *"Le point faible, je vous avoue que j'ai mis du temps justement parce qu'on est une cité scolaire, et qu'on n'était pas suffisamment... ce n'est pas le dispositif... c'est parce que nous dans l'établissement on n'était pas assez nombreux."*²⁹⁶

²⁹² Entretien n°21.

²⁹³ Entretien n°20.

²⁹⁴ Entretien n°21.

²⁹⁵ Entretien n°20.

²⁹⁶ Entretien n°21.

Leviers

Paradoxalement, bien qu'ABMA n'ait pas été implanté et n'ait pas réussi à mobiliser une équipe suffisante, la préoccupation du bien-être a fait son chemin dans les esprits, particulièrement parmi les enseignants. La première année, le proviseur avait fait une présentation d'ABMA en AG qui avait suscité quelques sourires. *"Et c'est vrai que petit à petit je sens du côté des enseignants (...). Il y en a qui m'ont relancé, même des enseignants du lycée général, au fait l'année prochaine on aimerait bien s'y mettre dedans, ça nous intéresse, on aurait des choses à faire. (...) Moi c'est ce que je dis, petit à petit, cette notion... alors c'est marrant parce que la première fois que le chef d'établissement en a parlé en assemblée générale, il y a eu beaucoup de petits sourires de la part de certains adultes. Aller bien pour mieux apprendre, il y a eu quelques petites moqueries, des choses comme ça (...)."*²⁹⁷ Ainsi, en fin de troisième année, alors que les référents désignés se sont mis en retrait du dispositif, que l'absence prolongée du proviseur fragilise la poursuite de l'expérimentation, ce sont certains enseignants qui se montrent intéressés et demandeurs !

Enfin, la perception du dispositif en tant que tel est plutôt positive. *"C'est un dispositif qui me semble bien ficelé, qui a son intérêt"*.²⁹⁸ *"Les points forts, je dirais que c'est quand même un truc très structuré."*²⁹⁹ Pour le CPE l'intérêt du dispositif est qu'il incite à poser un autre regard sur la pratique quotidienne. *"Le point fort c'est de nous obliger un peu à lever la tête du guidon et à se poser des questions sur nos pratiques professionnelles."*³⁰⁰ Le fait que ce soit le bien-être qui soit mis en avant constitue aussi un atout. *"Moi j'aimerais bien que ça se poursuive. Cette notion de bien-être des jeunes, pour moi c'est important effectivement et ça va faire avancer et on le voit bien ça avance même si on a l'impression de l'extérieur que ça n'avance pas trop, on voit que les enseignants se préoccupent de plus en plus du bien-être."*³⁰¹

²⁹⁷ Entretien n°21.

²⁹⁸ Entretien n°20.

²⁹⁹ Entretien n°20.

³⁰⁰ Entretien n°21.

³⁰¹ Entretien n°21.

6.1.3. Établissement C

Dans l'expérimentation, le collège C occupe une place particulière. C'est celui dans lequel les principes d'ABMA ont été appliqués de la façon la plus complète³⁰². Cependant, cette réussite n'est pas imputable au seul dispositif lui-même, pas plus qu'à l'accompagnement proposé. Elle est plutôt la résultante d'une convergence de points de vue entre l'équipe de l'établissement et les principes d'ABMA. Cela signifie d'une part que les actions mises en place dans l'établissement l'auraient été de toute façon indépendamment du dispositif, d'autre part que les principes et la structuration d'ABMA sont bien en adéquation avec les pratiques des collèges. *"On m'a donné cette grille et je l'ai complétée au regard de ce que j'avais mis en place. Voilà donc effectivement, ça m'a permis de voir que sans le savoir, on était rentré dans ces schémas-là. Du coup, ça nous a permis effectivement d'avoir des échanges en interne sur cette question."*³⁰³ *"Quand on réfléchit à une action, on réfléchit dans l'optique de ce qu'elle apporte au bien-être des élèves et des équipes."*³⁰⁴

Entrée dans le dispositif

Le collège C a été sollicité par le référent départemental dès la première année de l'expérimentation. Le principal qui a engagé l'établissement dans le dispositif venait tout juste de prendre son poste. Le CPE qui a participé à la première journée de formation a été muté tout de suite après, il a été remplacé par un contractuel. Le principal, qui venait de prendre son poste et le CPE contractuel sont restés dans le collège pendant toute la durée de l'expérimentation.

Présentation de l'établissement et situation de départ

Le collège C est un établissement de petite taille situé dans une commune très paupérisée à la périphérie du chef-lieu du département. Il accueille une population d'élèves défavorisés, très majoritairement issus de l'immigration. *"La mixité sociale est faite par les adultes. Ils sont dans une toute petite ville et ils n'en sortent pas."*³⁰⁵ L'établissement fait partie des différents dispositifs d'éducation prioritaire³⁰⁶. Le tableau que le principal dresse de la situation de l'établissement à son arrivée est plutôt catastrophique : *"Et bien pour moi c'était clair. Aller*

³⁰² En ce qui concerne le groupe des onze établissements évalués. Parmi les dix-neuf établissements ayant rejoint le dispositif sur les trois années de l'expérimentation, un autre établissement a également pu l'implanter de façon aussi complète que le collège C.

³⁰³ Entretien n°16.

³⁰⁴ Note du compte-rendu de la visite des établissements de la 2^e année. Document Inpes.

³⁰⁵ Entretien n°16, p.5.

³⁰⁶ Dispositifs « École, collège, lycée pour l'ambition, l'innovation et la réussite » (ÉCLAIR) puis Réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+).

bien pour mieux apprendre : ils n'allaient pas bien. Il y avait dix-huit alarmes³⁰⁷ par jour, il y avait des extincteurs qui volaient, il y avait des gamins qui couraient partout, des profs qui m'ont clairement dit que depuis le début de l'année, ils n'avaient pas fait une heure de cours (...) J'étais dans un établissement en crise, une urgence maximale, il y avait 150 gamins, 10% de conseils de disciplines."³⁰⁸ Les bâtiments sont mal conçus, plusieurs paliers isolés les uns des autres sur des demi-niveaux desservent trois salles de cours. La vie scolaire est un peu à l'écart. Cela rend la surveillance et la sécurisation des locaux difficiles et multiplie le nombre d'extincteurs détériorés... Le chauffage se fait par le plafond, les locaux restent froid en hiver. Les enseignants sont souvent des remplaçants et demandent leur mutation à la fin de leur première année, le renouvellement de ce personnel est de l'ordre de 80 % par an.

La situation de l'établissement trois ans plus tard...

Le climat scolaire est apaisé. S'il y avait dix-huit déclenchements d'alarme incendie par jour en 2012, il n'y en a eu que deux en 2013 (dont les responsables ont pu être identifiés) et aucun en 2014. Parallèlement, le nombre d'incivilités a fortement diminué. Les retards et les absences non justifiés aussi. Le sentiment de sécurité a été rétabli. *"Le bien-être c'est d'abord la sécurité et un climat scolaire serein. Donc aujourd'hui, ça, c'est réglé."³⁰⁹ Le sentiment d'appartenance au collège a été renforcé, les relations de confiance des élèves envers les adultes restaurées. Les résultats au brevet national des collèges (DNB) se sont améliorés. L'équipe enseignante a pu être stabilisée, les enseignants faisant le vœu d'être affecté dans l'établissement. Les effectifs du collège sont en augmentation, quelques élèves reviennent dans l'établissement après être partis dans le privé. Il y a eu des ouvertures de classe. *"Et puis on a eu de belles réussites quand même, de très belles réussites en termes de comportement, c'est corrélé. Le comportement s'améliore, l'attitude s'améliore, les notes s'améliorent, le bien-être s'améliore, la conscience institutionnelle s'améliore, le sentiment d'appartenance s'améliore."³¹⁰ En résumé, le collège C est devenu un collège "classique" avec ses points forts et ses faiblesses.**

Les actions entreprises

L'établissement C a engagé de nombreuses actions dès la rentrée 2012/2013, à la suite d'un état des lieux commencé dès la fin de l'année précédente : *"À partir d'un diagnostic concerté*

³⁰⁷ Déclenchement des alarmes incendie.

³⁰⁸ Entretien n°16.

³⁰⁹ Entretien n°16.

³¹⁰ Entretien n°27.

avec les équipes pédagogiques, j'ai réorganisé l'ensemble de l'établissement."³¹¹ Il serait fastidieux de décrire en détail chacune des actions entreprises. Aussi, ce n'est qu'un nombre restreint d'actions qui sera présentée comme illustration des différents domaines³¹² de la démarche ABMA. Pour finir, une action d'envergure sera présentée car elle mobilise à elle seule tous les aspects ABMA.

La gestion des temps : les emplois du temps ont été modifiés pour permettre de dégager une heure commune à toutes les classes afin d'organiser un devoir sur table par semaine sous la surveillance des assistants d'éducation. Pendant ce temps, les enseignants ont la possibilité de se concerter. La durée des cours a été réduite de cinq minutes, ce qui a permis de créer deux plages horaires de trente minutes³¹³ en fin de matinée et en fin d'après-midi consacrées aux devoirs effectués en présence d'un enseignant. Les récréations ont été organisées autour de quatre lieux et activités³¹⁴, suivant un planning prédéfini porté à la connaissance de tous par voie d'affichage.

La gestion des espaces : la vie scolaire a été réorganisée afin que les surveillants puissent être présents dans chacune des petites unités desservant les salles de cours. Les schémas de circulation dans l'établissement ont été repensés et un adulte a été nommé référent pour chacun des différents espaces. Pour sortir de l'établissement, tous les élèves et les personnels doivent passer par une double porte qui constitue une sorte de goulet de rétrécissement. Le CPE a demandé à ce que la personne référente de cet espace veille systématiquement à ce que les portes soient bien grandes ouvertes avant la fin des cours afin d'éviter les risques de bousculades. Il a suffi d'un oubli pour qu'un incident se produise. Comme le disait en plaisantant à moitié le CPE en me relatant cette anecdote, "*ABMA se cache dans les détails.*"³¹⁵

Le Centre d'information et de documentation (CDI) a été réaménagé autour de cinq espaces : un espace documentaire, un espace de travail en autonomie, un espace de travail individuel sous surveillance, un espace de cours avec un enseignant, un espace de lecture.

Les relations interpersonnelles : pour l'ensemble des personnels, les réunions régulières et les prises de décisions concertées, ainsi que l'implication dans les différentes actions ont certainement favorisé une meilleure connaissance des uns et des autres et contribué à améliorer les relations entre eux. En ce qui concerne les élèves, les actions mises en place ont

³¹¹ Entretien n°16.

³¹² Cf. infra deuxième partie, chapitre 4, sous-partie 4.2.2.

³¹³ Ce dispositif a été opérationnel pendant les deux premières années, il a ensuite évolué vers une aide aux devoirs en fin de journée d'une heure par jour sur la base du volontariat.

³¹⁴ Kin Ball, fast ball, 3C (ex CDI), ping-pong.

³¹⁵ Visite d'établissement 3^e année, juin 2015.

aussi contribué à l'amélioration des relations interpersonnelles (par exemple l'aménagement du temps de récréation qui favorise les échanges entre élèves et adultes sur un mode ludique; la réorganisation du CDI qui invite au respect des autres, etc.). Le conseiller principal d'éducation met un point d'honneur à accueillir les élèves le matin au portail du collège, et souvent un peu plus loin dans la rue pour encourager d'éventuels retardataires *"Souvent je fais l'entrée du collège, je me mets au niveau du pont que vous avez dû franchir, je me mets là pour les faire accélérer un peu, pour qu'ils ne soient pas en retard."*³¹⁶ Pour le CPE ce "bonjour" du matin est important, surtout pour cette population d'élèves facilement "en colère" contre l'institution scolaire. C'est une manière de leur signifier que celle-ci veut bien d'eux, *"et d'avoir quelqu'un pour eux, peut-être qu'ils se disent, ils le voient, par n'importe quel temps, il est toujours là, ça veut bien dire qu'il nous veut."*³¹⁷ C'est aussi une façon d'éviter les dérapages et les décrochages à partir de petits retards ou de petits incidents qui pourraient se répéter et s'amplifier. *"Ce qui se passe dans le cours émane de ce qui se passe dans la cour, souvent parce que ce qui s'est passé dans la cour émane de la rue. En fait il faut prendre le problème à la source, sans être Superman parce que je n'arrête pas tout. Mais voyez, il y a des choses qui ne passent pas, parce qu'on sait que je suis là donc on ne va pas le faire. Donc ça ne se fera plus dans la cour, parce qu'il y a les surveillants, et ça ne viendra pas plus en cours, parce qu'en cours, on bosse."*³¹⁸

Le développement des compétences psychosociales : l'estime de soi de la majorité des élèves est plutôt négative, particulièrement en ce qui concerne leur potentiel scolaire. *"On a quand même une tranche de la population de la commune qui est très paupérisée. Donc forcément, je dirai presque déjà il y a un constat d'échec implicite dans la poche. C'est à dire, se dire c'est bon on habite ici, on y arrivera jamais, on ne fera jamais rien."*³¹⁹ Plusieurs actions concernent explicitement le développement des compétences psychosociales (CPS), qu'il s'agisse de la "météo du moral"³²⁰ pour les classes de 6^e ou de la gestion des conflits pour les classes de 5^e. Pour les élèves de 3^e, le développement des CPS est lié à la recherche du stage de découverte professionnelle, pour leur apprendre à s'exprimer dans ce contexte souvent nouveau pour les élèves, *"pour les préparer à aller démarcher les entreprises, pour pas dire « Ouais t'as un stage, c'est bon tu m'prends »"*³²¹. Le collège a mis en place des séances de

³¹⁶ Entretien n°27.

³¹⁷ Entretien n°27.

³¹⁸ Entretien n°27.

³¹⁹ Entretien n°27.

³²⁰ La météo du moral est une action qui vise à ce que les élèves puissent identifier leurs émotions, les nommer et les exprimer par des mots.

³²¹ Entretien n°27.

travail d'improvisation. *"Donc tout ça c'est sous forme d'improvisation, ça fonctionne bien. Au début ils sont un peu réticents parce que bon, ils n'aiment pas trop, ce n'est pas swag³²², on les voit devant tout le monde et tout, et puis ils ne savent pas faire, et ils ont le complexe de la voix, ils ne savent comment se tenir avec leurs grands bras."*³²³ Pourtant, quand le cycle de séances se termine, les élèves en redemandent. Au-delà du développement individuel des CPS, ces séances ont aussi un effet sur la dynamique collective par la prise de conscience de comportements inadaptés de la part des meneurs négatifs. *"Alors il y en a aussi qui sont récalcitrants parce qu'en fait ils sont assez à l'aise en public, devant la classe pour faire le bazar parfois, mais quand il s'agit d'être sérieux devant la classe pour faire du théâtre, là il n'y a plus personne. Et là aussi c'est promoteur de santé, parce qu'à un moment donné, ça leur révèle que eux ne sont pas dans la bonne attitude, ils sont dans une dérive, et que la bonne prise de parole en public, devant la classe, c'est celle qui est gérée par l'adulte (...) et ça leur fait prendre conscience que oui, quand c'est pour être sérieux ce n'est pas facile."*³²⁴

La communication : le dispositif ABMA a fait l'objet d'une présentation aux personnels de l'établissement. Il est intégré à son contrat d'objectifs et a été inscrit à l'ordre du jour d'un conseil d'administration. Cependant, "ABMA" n'est pas pour autant un label fédérateur au sein de l'établissement. Les personnels ne perçoivent pas leur collège comme un "établissement ABMA". Même si le dispositif a été implanté, cela ne "labélise" pas pour autant l'établissement. D'une certaine façon, on peut dire que c'est presque le contraire qui se produit. Pour paraphraser J.L Michard³²⁵ quand il se demandait *"La promotion de la santé est-elle soluble dans l'éducation nationale, oui mais elle fond lentement"*, on peut dire que lorsqu'ABMA est totalement dissout dans un établissement, il finit par disparaître en tant que dispositif identifiable³²⁶. *"Moi tout mon travail vise justement à ce que je sois dans quelque chose de participatif et qui soit un projet d'établissement. Pour moi, ABMA ça n'a pas de sens en soi. (...) Moi je n'ai aucune réunion qui s'appelle ABMA. Par contre j'ai des réunions où on parle des élèves, on parle des problèmes, on essaye de mettre en place des solutions et on évalue ce qu'on fait."*³²⁷

Sur le plan de la communication, ce qui est à retenir en ce qui concerne le collège C, c'est sa qualité concernant le sens et la direction du projet d'établissement. Les instances de

³²² Swag est un mot anglo-saxon qui désigne des personnes ayant un certain style dans les milieux new-yorkais, il se popularise et devient la nouvelle expression pour désigner le « cool ».

³²³ Entretien n°27.

³²⁴ Entretien n°27.

³²⁵ Michard, J-L. (2010).

³²⁶ Le même constat peut être fait concernant l'autre établissement ayant intégré la démarche ABMA au niveau du fonctionnement global du pilotage du collège, le dispositif s'efface aussi.

³²⁷ Entretien n°16.

concertation entre les personnels existent et sont réunies très régulièrement. *"En fait, on a le groupe de prévention du décrochage scolaire³²⁸ qui se réunit de façon hebdomadaire, et puis on a une réunion pédagogique, une par semaine, avec l'ensemble de la communauté éducative, et une troisième réunion qui est hebdomadaire avec les préfets des études³²⁹ et le conseiller principal d'éducation."³³⁰ En résumé, la mise en place des différents projets et actions fait l'objet d'une communication régulière et donne lieu à de fréquents bilans.*

Le partenariat : le collège travaille peu avec des partenaires extérieurs. *"On travaille avec la mairie, les écoles bien évidemment, mais ça ce n'est pas l'extérieur, c'est l'Éducation nationale. Voilà, je travaille peu avec l'extérieur."³³¹ Les partenaires extérieurs peuvent constituer un avantage mais ils nécessitent des financements qui ne sont pas toujours au rendez-vous. Le partenariat concerne plus les différentes composantes de la communauté éducative. Les différents projets fédèrent les différentes catégories de personnels du collège, enseignants et non enseignants.*

Les parents sont associés à la validation des projets via les différentes instances qui prévoient leur participation, mais il s'agit d'un groupe restreint de parents élus. *"Alors on a une implication des parents qui est à la fois forte et à la fois faible. C'est à dire que l'on a un groupe de parents extrêmement impliqués et avec lesquels on travaille en pleine confiance qui sont les parents élus, qui par ailleurs sont les élus de la commune."³³² Parallèlement, le CPE est en contact régulier avec les familles *"J'appelle systématiquement les parents. J'informe, en partant du principe qu'ils [les élèves] sont plus souvent avec nous qu'avec eux [les parents], donc ils doivent savoir ce qu'il se passe quand ils [les élèves] sont avec nous, pour pouvoir en parler quand ils [les élèves] sont avec eux [les parents]."³³³**

Enfin, c'est la participation et la coopération des élèves aux différents projets les concernant au premier chef qui est la plus problématique. Ils sont relativement critiques envers ce qui peut être mis en place. *"En fait, l'implication des élèves est relativement restreinte. On fait beaucoup de choses et on se rend compte que l'on a des élèves qui globalement n'adhèrent pas à ce que l'on propose, considèrent que ce n'est pas assez ou que c'est inutile."³³⁴*

³²⁸ Ce groupe réunit l'assistant social, l'infirmier, le conseiller d'orientation psychologue, le CPE et le principal.

³²⁹ Le préfet des études est une fonction définie par la circulaire sur le dispositif ÉCLAIR (circulaire 2010-096 du 7 juillet 2010, BOEN n°29 du 22 juillet 2010). En l'occurrence dans le collège C, ce sont deux enseignants qui assurent cette fonction.

³³⁰ Entretien n°16

³³¹ Entretien n°16

³³² Entretien n°16.

³³³ Entretien n°27.

³³⁴ Entretien n°16.

Une partie de l'explication réside certainement dans la représentation que se font ces élèves de l'institution scolaire. Si, comme le note le CPE, la plupart ne sont plus en colère contre l'école, il n'en reste pas moins que le sens des apprentissages ne va pas de soi pour tous les élèves. *"Il n'y a pas si longtemps, avant que j'arrive, il y avait 90 % des élèves qui venaient à l'école contre l'école. Aujourd'hui ils viennent à l'école, alors il y en a qui n'ont pas encore tout à fait compris pourquoi ils y viennent."*³³⁵

*Focus sur un projet emblématique : La coupe InterC*³³⁶

Le projet a démarré au début de la deuxième année de l'expérimentation alors que l'équipe du collège commençait à se stabiliser.

*"Alors nous avons mis en place ce qu'on appelle la coupe InterC pour favoriser le lien entre les élèves et développer la confiance entre élèves et adultes. On a fait un peu ce qui est fait dans Harry Potter. On a quatre maisons qui sont pilotées chacune par un capitaine et chaque élève de la sixième à la troisième rentre dans une maison, donc quand il arrive en sixième, il y reste quatre années et régulièrement il y a des olympiades qui se déroulent tout au long de l'année et les élèves gagnent des points durant ces olympiades mais aussi tout au long de l'année, chaque fois qu'ils participent à des actions, à la validation des conseils de classe, etc."*³³⁷ Les olympiades sont les temps forts de la coupe InterC et se déroulent sur une journée. Elles proposent des activités et des disciplines variées. *"On a une journée des langues, on a une journée des arts, on a une journée du sport ; l'année dernière on a fait quelque chose sur le décès de Nelson Mandela, on a fait quelque chose sur les vingt ans du génocide du Rwanda, voilà. Donc c'est extrêmement varié, je pense qu'on va faire quelque chose sur la caricature"*³³⁸.³³⁹ Lors de la visite des établissements de la deuxième année, le CPE détaillait quelques-unes des actions de la coupe InterC : *"des questionnaires sur les sentiments des élèves; des affrontements avec un "gros" ballon; un atelier de lecture de contes de la mythologie pour susciter la réflexion et l'échange."*³⁴⁰ Il précise que la coupe InterC *"implique tous les enseignants."*³⁴¹

Ce projet transversal est un condensé de ce que peut être un projet promoteur de santé. Il repose sur des actions qui concernent autant le fonctionnement de l'établissement que la

³³⁵ Entretien n°27.

³³⁶ Le titre du projet reprend le nom du collège.

³³⁷ Entretien n°16.

³³⁸ L'entretien s'est déroulé un mois après les attentats du 7 janvier 2015 contre le journal satirique Charlie Hebdo.

³³⁹ Entretien n°16.

³⁴⁰ Compte-rendu visite des établissements 2^e année, document Inpes.

³⁴¹ Compte-rendu visite des établissements 2^e année, document Inpes.

transmission d'informations (lors des différents ateliers par exemple), et les dimensions éducatives et pédagogiques. Les différents domaines sont mobilisés :

- ✓ la gestion des temps, avec à la fois un projet qui s'inscrit dans la durée (toute la durée de la scolarité d'un élève au collège) et qui est itératif puisqu'il se répète chaque année et à plusieurs moments d'une même année scolaire;
- ✓ la gestion des espaces, puisque les temps forts des olympiades se déroulent dans différents lieux du collège;
- ✓ les relations interpersonnelles qui sont au centre du dispositif, leur amélioration constituant son objectif prioritaire;
- ✓ le développement des compétences psychosociales des élèves, qui sont placés dans des situations inhabituelles pour un contexte scolaire, ce qui leur permet d'exprimer d'autres facettes de leur personnalité;
- ✓ la communication, car il est nécessaire de bien faire comprendre le projet à l'ensemble de la communauté éducative, à la fois dans son déroulé opérationnel et dans les buts poursuivis;
- ✓ et enfin le partenariat, puisque c'est vraiment l'ensemble du collège qui est mobilisé.

Les effets de la coupe InterC sur l'ambiance générale du collège se sont fait ressentir assez rapidement. La dimension collective du projet est à souligner, car quand un élève réalise une action qui lui permet de gagner des points, c'est sa "maison" qui en bénéficie. Cela a contribué à apaiser les relations entre élèves et à renforcer la confiance des élèves envers les adultes³⁴².

Le fonctionnement de l'établissement

Plusieurs points sont à prendre en compte dans le fonctionnement de ce collège qui a adopté une démarche de promotion de la santé et du bien-être. Sans être exhaustif, nous retiendrons prioritairement les points qui ont pu être questionnés dans les autres établissements.

La posture du chef d'établissement : dans le cas présent, son investissement a été déterminant c'est lui qui a porté la réorganisation complète du collège et qui a motivé et stabilisé une équipe grâce à des objectifs concertés. "*Moi tout mon travail vise justement à ce que je sois dans quelque chose de participatif et qui soit un projet d'établissement.*"³⁴³ Cette posture du chef d'établissement comme "pilote qui a la capacité de déléguer et d'impulser un travail

³⁴² Un autre collège entré en 3^e année d'expérimentation et qui a réorganisé son fonctionnement selon les principes d'ABMA a également mis en place un projet similaire qui rassemble sur des temps forts toute la communauté éducative.

³⁴³ Entretien n°16.

d'équipe" est l'élément qui revient systématiquement dans les entretiens comme étant un préalable à l'implantation d'ABMA³⁴⁴.

Le travail en équipes : le chef d'établissement ne travaille pas seul, les différentes réunions constitutives du fonctionnement du collège contribuent toutes à leur niveau à la réflexion sur le bien-être. De cette façon, l'ensemble des personnels se trouve associé à un moment ou un autre aux actions et à leurs bilans. L'importance de ce travail en équipes est soulignée par le principal quand on lui demande ce dont il aurait besoin pour l'aider dans sa mission. *"De rien. Je n'ai besoin de rien (silence). Non, moi j'ai tout. J'ai des équipes qui sont formidables, voilà quoi, j'ai tout."*³⁴⁵

La convergence de vue entre la direction et la vie scolaire : si la réorganisation opérée dans le collège repose en grande partie sur la vision et la volonté du chef d'établissement, l'opérationnalisation est grandement facilitée par la bonne compréhension qu'a pu en avoir le conseiller principal d'éducation. Ce dernier compare volontiers le binôme qu'il forme avec le principal avec un "vieux couple", ce qui reflète bien la confiance réciproque qu'ils se témoignent et de leur convergence de point de vue quant aux missions de l'école.

La démarche de projet : la réorganisation du collège s'est faite en adoptant un "mode projet". Le principal a d'abord réalisé un diagnostic partagé, puis défini des priorités et des actions. Celles-ci font l'objet d'un bilan annuel qui peut conduire à un réajustement.

La capacité à se remettre en question : les nombreuses actions effectuées dans l'établissement font toutes l'objet de bilans et de réflexions concertés quant à leurs effets et aux éventuelles évolutions à apporter. Cela signifie que les actions ne sont pas reconduites telles quelles d'une année sur l'autre. Chaque année les leçons de l'année précédente sont tirées et les projets sont modifiés en conséquence. C'est le cas, par exemple, des modalités de l'aide aux devoirs ou de la participation de l'ensemble des classes à la coupe InterC.

La taille de l'établissement : c'est un collège de petite taille qui accueille environ 150 élèves par an et qui compte une trentaine de personnels. Il est évident que la taille de l'équipe facilite la concertation et la communication en direction de, et entre, l'ensemble des personnels. Toutefois, cet argument est à modérer puisqu'un établissement entré dans le dispositif en troisième année et qui a également intégré ABMA dans son fonctionnement et son organisation a un effectif plus important.

³⁴⁴ Cf. infra troisième partie, chapitre 6, sous-partie 6.2.4.

³⁴⁵ Entretien n°16.

Les limites de la promotion de la santé

Le fonctionnement, l'organisation, les actions, les valeurs du collège C concourent à en faire un établissement promoteur de santé. Conformément à ce que nous laissait présager la littérature sur le sujet³⁴⁶, le climat scolaire est amélioré et les résultats scolaires sont en progression. Effet non prévu, les équipes se stabilisent et les effectifs sont en augmentation.

L'analyse de la situation du collège C est intéressante parce qu'elle permet de se poser la question : Et après ? Et après... eh bien tout reste à faire, c'est un éternel recommencement. Arrivée à ce stade d'intégration, la promotion de la santé montre ses limites. Si elle constitue une partie de la solution aux difficultés rencontrées dans les établissements, elle n'en est ni la panacée, ni la potion magique.

En premier lieu, le bien-être est une préoccupation constante qui demande à être sans cesse questionnée et réévaluée. Un établissement scolaire est un système en perpétuel mouvement : les élèves changent chaque année, les parents se renouvellent, les personnels sont mutés ailleurs et remplacés. De surcroît, et contrairement à certaines idées reçues, un établissement scolaire est loin d'être une forteresse, bien au contraire c'est un système poreux, extrêmement perméable et sensible à son environnement, aussi bien son environnement proche : la rue, la cité, le quartier, la ville, qu'un environnement plus distal : la société, les événements dans le monde. L'instauration d'un climat serein à un instant T ne préjuge pas qu'il soit installé durablement, c'est un point de vigilance permanent.

Ensuite, la bienveillance n'a pas que des alliés, certains peuvent y voir une forme de mollesse, de laxisme, de faiblesse³⁴⁷. *"Les limites, il y a malheureusement quelques élève qui jouent de ça, qui prennent la bienveillance pour une faiblesse. Donc on revient sur quelque chose d'un peu plus administratif, c'est à dire, une bêtise, une punition point. Les élèves ne sont vraiment pas enclins à rentrer dans ce genre de collaboration."*³⁴⁸ La plupart du temps, les programmes de promotion de la santé reposent sur le postulat que la bienveillance étant souhaitable, elle le sera par tous. Ce qui peut être modulé, c'est la façon de l'exercer. Ce dont témoigne le CPE de l'établissement C, c'est que cette bienveillance ne suscite pas l'adhésion de tous, certains élèves n'y croient pas et ne coopèrent pas.

Mais le plus important réside peut-être dans cette analyse du principal : *"Donc, le bien-être c'est d'abord la sécurité. Et un climat serein. Donc aujourd'hui, ça c'est réglé. Par contre, ce*

³⁴⁶ Cf. première partie.

³⁴⁷ L'originalité des propos réside dans le fait que cette perception est attribuée aux élèves, alors que dans les entretiens conduits auprès des référents des autres établissements, c'est un argument attribué aux enseignants.

³⁴⁸ Entretien n°27.

que l'on retrouve aujourd'hui, c'est des élèves qui n'apprennent pas, qui ne travaillent pas. En sixième je fais le constat que j'ai 50 % des élèves qui ne comprennent pas ce qu'ils lisent. Donc le climat est apaisé, les élèves, ils viennent. J'ai peu d'absentéisme, je n'ai pas de retard, les élèves sont bien dans l'établissement pour autant on ne remplit toujours pas notre mission d'apprentissage³⁴⁹ et ce n'est pas faute d'avoir des enseignants investis, d'avoir monté des projets, etc. Aujourd'hui, collectivement, on se dit qu'on arrête tous les projets pour l'année prochaine, on supprime le ciné-club, on supprime l'InterC pour les troisièmes. Voilà et on travaille davantage sur des brevets blancs, des devoirs, des devoirs et des devoirs, voilà. C'est terrible ce que je suis en train de vous dire."³⁵⁰ Cela montre bien que toutes les politiques en faveur de la promotion de la santé ou centrée sur l'amélioration du climat scolaire doivent être nécessairement articulées avec une réflexion sur les apprentissages eux-mêmes, leurs contenus, leurs objectifs et les pédagogies. Ces politiques portent sur les conditions des apprentissages, pas sur les apprentissages eux-mêmes. La situation du collège C nous rappelle que ces deux volets ne peuvent pas être dissociés³⁵¹.

6.1.4. Établissement D

Présentation de l'établissement

Situé dans une commune limitrophe de la ville préfecture du département, le collège D accueille une population d'élèves hétérogène, d'une part des élèves issus de milieux favorisés, voire très favorisés pour certains, et d'autre part environ 40 % d'élèves issus de quartiers défavorisés. La part des élèves boursiers dans l'établissement est plus importante qu'au niveau du département. L'établissement est récent, il a été construit en 1990, les bâtiments sont spacieux, très clairs, bien chauffés l'hiver et faciles à surveiller. Il manque néanmoins une grande salle polyvalente qui n'a pas été anticipée avant la construction. Prévu pour cinq cent élèves, il se trouve en sureffectif. Les fédérations de parents d'élèves sont représentées et assez actives, même s'il est difficile de rentrer en contact avec certaines familles. L'équipe

³⁴⁹ Souligné par nous.

³⁵⁰ Entretien n°16.

³⁵¹ Dans le collège C, une des limites aux effets de la mise en place d'une politique centrée sur le bien-être et/ou le climat scolaire est la carte scolaire et l'absence de mixité sociale de l'établissement. Ce constat est une question vive au sein de l'Éducation nationale puisque le journal *Libération* révélait dans son édition datée du 19/10/2015 des mesures qui vont être prises par la ministre de l'Éducation nationale pour favoriser la mixité sociale dans les établissements scolaires. En particulier dix départements vont tester une nouvelle carte scolaire à la rentrée 2016. La sectorisation sera élargie au moins à deux collèges par adresse et l'affectation prendra en compte l'origine sociale des familles. Voir www.liberation.fr/France/2015/10/18/l-operation-mixite-est-lancee 1406805

enseignante est stable, deux mutations seulement sur les trois dernières années. Les résultats au DNB sont plutôt supérieurs à ceux qui seraient attendus compte tenu de la population accueillie. Près de quatre-vingt actions sont conduites chaque année.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

À la rentrée 2014/2015, changement de principal.

Entrée dans le dispositif

Le collège D a rejoint l'expérimentation dès la première année. Le principal de l'époque participait au CESC académique, c'est ainsi qu'il a pris connaissance du dispositif ABMA et a décidé d'y engager son établissement. L'année précédant l'expérimentation, le collège D - pourtant de réputation tranquille - avait connu un drame. Cet incident grave avait conduit l'équipe *"à reparler, pas tout de suite de la santé, mais des relations entre les uns et les autres, qui a mis au centre de nos intérêts, les relations aussi entre adultes, entre les élèves évidemment, mais aussi entre adultes, et adultes et élèves. (...) Et ABMA a été pour moi, un point d'entrée intéressant parce que justement on prenait en compte tous les aspects que vous connaissez d'ABMA, la santé certainement, mais la santé au global mais pas uniquement que ça : le temps, les espaces, les lieux, les relations interpersonnels, donc voilà."*³⁵² De plus, ABMA est arrivé dans un contexte de réécriture du projet d'établissement. L'année précédant le démarrage de l'expérimentation, le principal adjoint avait pris comme sujet de stage le CESC et avait établi un diagnostic.

Implantation de la démarche ABMA - ABMA première période

L'équipe ABMA est composée du principal, de l'infirmier et du documentaliste. Elle se réunit deux à trois fois dans l'année, sans que cela donne lieu à la rédaction de comptes-rendus. Le chef d'établissement participe aux journées de rassemblement des deux premières années accompagné des référents ABMA. Sans qu'il ait été fait de présentation d'ABMA à l'ensemble de la communauté éducative, le dispositif est inscrit dans le projet d'établissement dont il constitue l'un des axes. Il a également été présenté en conseil d'administration. *"Donc moi je me suis servi de cet ensemble de choses, c'est un peu stratégique, pour l'intégrer directement dans le projet d'établissement, et non pas simplement comme une activité du CESC revivifié, puisque notre CESC marchait très bien donc moi j'ai préféré que dans le cadre de la*

³⁵² Entretien n°24.

réécriture du projet d'établissement l'ABMA figure comme un des axes retenus ou en tout cas une des actions à mettre en place à l'intérieur même du projet d'établissement."³⁵³

C'est un établissement dans lequel les actions et les projets foisonnent, près de quatre-vingt par an. L'ancien chef d'établissement a vu en ABMA une méthode pour donner de la cohérence à cet ensemble hétéroclite. La promotion de la santé devenant le trait d'union entre ces différentes actions. Chaque année en juin, les personnels concernés remplissent une fiche projet. Le principal a alors établi un "indice ABMA" : *"Il y avait ce que moi j'ai appelé un indice ABMA, donc en quoi cette action proposée par les enseignants allait dans le sens d'ABMA et qu'est-ce que dans ABMA était plutôt mis en valeur, est-ce que c'était l'aspect des locaux, est-ce que c'était l'aspect temporalité, est-ce que c'était l'aspect connaissance de soi, est-ce que c'était l'aspect santé, parce que ça arrive. Voilà, on était sur cette fiche pour permettre encore une fois une vision plus juste et éventuellement pour sélectionner les actions qui correspondaient le mieux à ce qu'on souhaitait mettre en place à travers ABMA."*³⁵⁴

L'autre critère de sélection reste les aspects financiers et en particulier *"(...) le coût par élève. Entre une action qui concerne tout un niveau et une action qui concerne un groupe d'élèves, on regardait de près quel était le coût/élève."*³⁵⁵

Parallèlement à cette relecture des actions visant à les mettre au diapason les unes par rapport aux autres et au service de la promotion de la santé, le chef d'établissement a également lancé une réflexion plus globale sur le fonctionnement du collège sous l'angle du bien-être. Il en a découlé au moins trois pistes d'action.

La première action concerne la "semestrialisation". Le projet se fait en partenariat avec le CARDIE³⁵⁶. *"On a fait mettre en place un projet, une expérimentation qui est la semestrialisation. Et ça c'est directement lié à ABMA, parce que la prise de conscience autour du bien-être, autour d'aller bien pour mieux apprendre, c'était de nous dire, il y a peut-être un problème de pression. (...) Il y a une pression autour de la note, il y a une pression autour de l'évaluation, et cette pression elle se ressent parce que, de manière temporelle, elle est située à certains moments, les fins de trimestres. Et on s'est dit, on va casser le trimestre, on va travailler en semestre, de façon à donner plus de temps à tout le monde."*³⁵⁷ Le nouveau principal précise : *"On est en train de faire un premier bilan d'étape, il*

³⁵³ Entretien n°24.

³⁵⁴ Entretien n°24.

³⁵⁵ Entretien n°24.

³⁵⁶ Cellule académique Recherche, Développement, Innovation, Expérimentation.

³⁵⁷ Entretien n°24.

*ressort, même si les choses ne sont pas encore formalisées que quand même sur la psychologie ça un impact plutôt positif.*³⁵⁸

La deuxième action vise à renforcer le sentiment d'appartenance au collège via un travail sur le personnage historique qui donne son nom à l'établissement. Il s'agit d'une personnalité locale éclipsée par d'autres célébrités plus renommées de la même époque. De ce fait, ce collège est le seul en France à porter ce nom. *"On a beaucoup travaillé avec les élèves sur qui était D, on a organisé une soirée pour le centenaire de son anniversaire (...) donc on a fait venir un peu de monde, dont la famille de D. Ça aussi ça a été un vrai moment fondateur."*³⁵⁹

La troisième piste d'action est relative à la modification des horaires d'une journée type du collégien. Cette suggestion est discutée dès la première année d'entrée dans le dispositif ABMA autour du constat que les élèves sont de plus en plus nombreux à rentrer déjeuner chez eux, notamment certains qui habitent pourtant assez loin du collège et que se faisant, les retards au premier cours de l'après-midi augmentent. Les horaires du collège sont contraints par le ramassage scolaire et le principal engage alors une réflexion sur l'allongement de la durée de la journée, qui pourrait se terminer trente minutes plus tard. Cela permettrait de proposer une pause méridienne plus longue. Mais si les élèves rentrent plus tard chez eux, cela questionne les devoirs à la maison et nécessite de négocier avec le transporteur pour décaler les horaires de passage des cars scolaires. Cette proposition a été soumise au vote du CA la deuxième année de l'expérimentation : *"L'ouverture de la journée scolaire avec une demi-heure supplémentaire le soir a été refusé dans un premier temps"*³⁶⁰. Confiant, l'ancien principal ajoutait *"mais je pense que ce sera mûr peut-être cette année."*³⁶¹ Pourtant l'année suivante, le CA a de nouveau refusé cette proposition.

Le changement de principal - ABMA deuxième période

Bien qu'ABMA constitue un axe du projet d'établissement et en dépit des réflexions de fond entreprises sur la temporalité (semestrialisation et journée du collégien) et des actions³⁶² réalisées, ABMA reste un dispositif méconnu. Si bien que l'arrivée du nouveau chef d'établissement marque un coup d'arrêt à l'expérimentation. ABMA lui a été présenté par les référents. *"J'en ai parlé, j'ai présenté ABMA avec le documentaliste au chef d'établissement,*

³⁵⁸ Entretien n°26.

³⁵⁹ Entretien n°24.

³⁶⁰ Entretien n°24.

³⁶¹ Entretien n°24.

³⁶² Il n'est pas possible de décrire exhaustivement toutes les actions qui prennent du sens au regard de la démarche ABMA et qui favorisent notamment le développement des CPS, les relations interpersonnelles, l'aménagement des locaux.

notre nouveau chef d'établissement, en lui disant que c'était à lui de prendre le relais par rapport à ça car c'est son rôle en tant que chef d'établissement."³⁶³ Pourtant, dans un premier temps il ne donne pas suite, et ne relaye pas les informations relatives à ABMA qui lui parviennent. *"J'ai un collègue qui m'a envoyé un courriel pour me dire qu'il y avait une réunion lundi, je ne suis pas au courant, sur ABMA. Donc là les informations ne viennent plus jusqu'à moi."*³⁶⁴ Pour l'équipe ABMA, cette troisième rentrée se fait un peu dans le flou, l'établissement est-il toujours engagé dans le dispositif ? Pour les référents ABMA, le rôle du principal est indispensable pour engager l'établissement dans ce type de démarche. *"J'ai besoin d'être guidé hiérarchiquement par rapport à ça et appuyé hiérarchiquement."*³⁶⁵

Afin d'essayer de clarifier la situation, le référent départemental et moi-même sommes allés rencontrer le nouveau principal. De cet entretien, il est ressorti que le dispositif ABMA lui semblait inconsistant. Il n'avait pas suffisamment de traces écrites pour se faire une idée précise des actions et projets. Cependant, il adhère aux principes de la démarche qui sont en adéquation avec ses propres valeurs. À l'issue de cette visite, il a été convenu que l'établissement restait dans le dispositif, un peu sur les mêmes modalités que les années précédentes. *"C'est mon prédécesseur qui s'est lancé dans ABMA. Et manifestement la stratégie, sur laquelle je ne porte pas de jugement, a été d'avancer un peu masqué. C'est à dire de ne pas labéliser tel ou tel projet ABMA, mais de se dire entre nous oui ça relève bien d'ABMA, du cadre ABMA. (...) Donc quand j'ai rencontré ces deux personnes, on a convenu de continuer à avancer masqué. La semestrialisation, encore une fois l'objectif premier ce n'était pas d'améliorer le climat scolaire. Mais c'est un effet secondaire en quelque sorte."*³⁶⁶

Ainsi après une période de flou en début d'année, l'équipe ABMA fonctionne de nouveau *C'est moi, le principal adjoint, l'infirmier, le CPE et puis quelques professeurs qui nous investissons davantage dans ce type d'action.(...) Oui les rôles sont bien définis, c'est à dire que souvent c'est l'infirmier qui me fait des propositions, qui me rappelle que ça peut effectivement rentrer dans le cadre de ABMA, puisqu'il a davantage de recul et de connaissance là-dessus que moi. Moi j'essaie dans la mesure du possible de mobiliser, d'organiser, en collaboration étroite avec le principal adjoint. Et puis ensuite, partant de cette équipe restreinte, on essaie de mobiliser d'autres personnels."*³⁶⁷

³⁶³ Entretien n°25.

³⁶⁴ Entretien n°25.

³⁶⁵ Entretien n°25.

³⁶⁶ Entretien n° 26.

³⁶⁷ Entretien n° 26.

Et maintenant...

Il est difficile de qualifier le niveau d'implantation de la démarche ABMA dans le collège D. Un état des lieux a été réalisé, une équipe a été constituée qui a participé aux différents rassemblements. La démarche a été inscrite au projet d'établissement et plusieurs projets ont été mis sur pied au titre d'ABMA, dont certains d'envergure, et avec succès comme la "semestrialisation", d'autres qui n'ont pu aboutir positivement comme le travail concernant les rythmes de la journée du collégien. Toutefois, le changement de principal a révélé la fragilité de cette implantation et montré que le dispositif n'avait pas suffisamment de visibilité au sein de la communauté éducative.

6.1.5. Établissement E

Présentation de l'établissement

Collège de petite taille, il accueille environ 250 élèves, avec une population en légère augmentation ces dernières années. Il est situé dans une ancienne vallée industrielle relativement isolée, mal desservie par les transports. Le collège accueille une population d'élèves relativement mixte avec quelques élèves issus de milieux favorisés et un grand nombre d'élèves issus de milieux défavorisés (le taux de boursiers est important). Le collège va rester REP en 2015. Les bâtiments sont anciens mais ont été restaurés et agrandis à la fin des années 90. Les locaux sont spacieux. Le collège E se caractérise par une stabilité des équipes. *"Les professeurs sont là depuis longtemps souvent, pour la majorité d'entre eux, ils ont été nommés malgré eux je dirais sur un premier poste, et ils sont restés dix ou quinze ans après (...) C'est un petit collège, donc il y a une communauté assez unie et soudée, les communications sont faciles. Tous les professeurs connaissent pratiquement tous les élèves."* ³⁶⁸

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

À la rentrée 2014/2015, départ du principal après trois ans d'ancienneté et du CPE qui était resté en poste dix-sept ans dans le collège. Ces deux départs simultanés et leur remplacement, dans un établissement peu habitué aux changements ont un peu déstabilisé les équipes.

³⁶⁸ Entretien n°13.

Entrée dans l'expérimentation

Le collègue est entré dans le dispositif ABMA dès la première année de l'expérimentation. L'infirmier avait été directement contacté par le RD. Il en avait informé le principal qui avait accepté d'engager le collègue dans l'expérimentation. *"C'est [le référent départemental] qui m'avait sollicité, parce qu'on se connaissait en dehors (...) il connaissait mon tempérament. Il était sûr que j'allais relever le défi, effectivement je suis parti comme ça. (...). Tout seul je ne serai pas parti, déjà parce que je ne peux pas porter un projet comme ça. Je suis l'infirmier je viens un jour par semaine. Mais à l'époque j'avais un chef qui était très partant, comme moi qui aimait bien se lancer des défis."*³⁶⁹

Implantation de la démarche ABMA

Le principal a nommé deux référents ABMA, l'infirmier et le CPE, mais aucun ne considère qu'il existe à proprement parler une "équipe ABMA" au sein du collège. *"Il faut bien reconnaître que c'était plus ou moins un binôme, disons un binôme de réflexion, qui après est devenu un trinôme avec le CPE de l'établissement, mais au départ c'était vraiment un binôme avec l'infirmier du collège."*³⁷⁰ Peu à peu, l'assistant social rejoint ce groupe informel. Les enseignants sont tenus informés et participent à certaines actions *"tout en sachant que les profs on ne peut pas trop les solliciter non plus."*³⁷¹ Ce fonctionnement d'équipe un peu officieux s'est poursuivi avec l'arrivée du nouveau principal *"à ma connaissance, il n'y a rien de très défini (...) ça se superpose avec le CESC (...) on est les quatre [principal, AS, infirmier et CPE] nécessaires à la bonne mise en œuvre du dispositif, je pense. Après c'est les professeurs, c'est des élèves, des agents, il ne faut pas les oublier car ils sont aussi bien impliqués, mais ça pourra dépendre des actions."*³⁷²

Le changement de principal et de CPE n'a pas entraîné l'arrêt du dispositif dans le collège. Même si le nouveau chef d'établissement reconnaît que dans un premier temps *"Ça a généré, pas une rupture mais un ralentissement dans la réflexion qui était menée, parce qu'il m'a fallu le temps de me saisir d'ABMA, parce que je ne connaissais pas."*³⁷³ Le principal s'est reconnu dans les valeurs portées par le dispositif, ce qui a facilité la poursuite des actions menées et aussi le fait *"que pour nous c'est inscrit dans le projet d'établissement quand même."*³⁷⁴

³⁶⁹ Entretien n°14.

³⁷⁰ Entretien n°22.

³⁷¹ Entretien n°14.

³⁷² Entretien n°13.

³⁷³ Entretien n°13.

³⁷⁴ Entretien n°13.

L'état des lieux

La première année d'expérimentation, le principal, l'infirmier, le CPE et quelques enseignants ont réalisé un état des lieux. *"On a remis les compteurs à zéro. C'est-à-dire pour avoir une autre vision des choses."*³⁷⁵ S'inspirant d'outils existants³⁷⁶, l'équipe a construit son propre *"questionnaire, un peu large, qui touchait du culturel et du familial, pour faire un peu un état des lieux, voir comment se sentaient les élèves."*³⁷⁷ Le questionnaire a été passé dans les classes de façon anonyme, les élèves délégués ont participé au dépouillement. Une synthèse par niveau a été établie. Le bilan comprenait aussi un volet concernant les personnels, sans parvenir à réaliser un véritable questionnaire *"Comment nous, on se sentait c'était important. On ne l'a pas fait sous forme de questionnaire, c'était sur une journée (...) parce qu'on avait aussi la réécriture du projet d'établissement. Et puis on a été surpris parce que tout le monde a bien parlé."*³⁷⁸ Concernant les adultes, il ressort que les nouveaux personnels ont du mal à s'intégrer à une petite équipe très soudée, alors que justement, *"on croyait qu'on l'accueillait à bras ouverts."*³⁷⁹ Cette manière de procéder la première année a contribué à faire connaître le dispositif dans l'établissement. L'ensemble des personnels a bien associé ce travail d'état des lieux à ABMA. Toutefois, le principal avait regretté de ne pas disposer alors de documents de présentation de la démarche qu'il aurait pu distribuer à ses équipes et qui auraient permis de laisser une trace³⁸⁰.

Concernant les élèves, les réponses aux questionnaires ont fait l'objet d'une analyse statistique simple et une comparaison a été faite avec d'autres éléments comme *"les résultats au brevet, l'absentéisme, les passages à l'infirmerie."*³⁸¹ Une partie des résultats a surpris, *"grande surprise, l'insécurité, ils ne se sentent pas en sécurité."*³⁸² Alors que cette insécurité ne se retrouve pas dans les faits³⁸³.

À partir de ces constatations, des pistes d'action se sont dessinées. Dans un premier temps, pour répondre au sentiment d'insécurité perçue par les élèves, il a été prévu, en deuxième année d'expérimentation, de retravailler le règlement intérieur avec les élèves délégués. La

³⁷⁵ Entretien n°14.

³⁷⁶ En particulier de l'enquête HBSC. Godeau, E. (2012).

³⁷⁷ Entretien n°13.

³⁷⁸ Entretien n°14.

³⁷⁹ Entretien n°14.

³⁸⁰ Depuis, ces documents existent et sont à la disposition des établissements. Il s'agit du dépliant et du diaporama de présentation "le B. A. BA d'ABMA" cf. infra tome 2, annexe n°1.

³⁸¹ Entretien n°14.

³⁸² Entretien n°14.

³⁸³ Compte-rendu de visite d'établissement du 2 mars 2015, document Inpes.

mise en place d'une médiation par les pairs a aussi été envisagée. Celle-ci ne sera effective qu'au cours de la troisième année d'expérimentation. *"Donc les adultes ont été formés, une trentaine d'élèves ont été formés aussi, ça va se mettre en place d'ici la fin de l'année."*³⁸⁴

Parallèlement, l'équipe avait constaté que les fins de récréation pouvaient générer des moments d'incivilités entre élèves. Il a été décidé à titre expérimental de réduire de cinq minutes la durée de la récréation de l'après-midi.

Une autre action concernant le gaspillage alimentaire a été entreprise dès la première année d'expérimentation. Les personnels de cantine et le gestionnaire avaient constaté un gâchis important de nourriture, avec des élèves qui ne mangeaient presque rien, d'autres qui quittaient la cantine dès qu'un de leur camarade avait fini leur repas, même si eux avaient encore de la nourriture dans leur assiette. Par ailleurs, de nombreux bâtons de sucettes couvraient le sol de la cour à l'issue des récréations... Les élèves délégués et les parents ont été sensibilisés à la question. Dans un premier temps, cette situation ne leur semblait pas poser de problèmes. À l'initiative des personnels de cantine, un "club cantine" a été formé : des élèves volontaires viennent en cuisine, participent à l'élaboration des menus, préparent des gâteaux. *"Il fait aussi venir des élèves en cuisine (...) pendant le temps d'études. Et puis il leur explique les contraintes d'un repas équilibré, il leur demande ce qu'ils voudraient manger, dans la mesure où il faut respecter toutes les chartes du repas en collectivité. Après on compte sur le fait que ces jeunes répètent aussi à leurs camarades, que ça fasse boule de neige."*³⁸⁵ Une évolution positive a été constatée, avec moins de gaspillage à la cantine.

Analyse des freins et des leviers

Le dispositif ABMA est bien implanté dans l'établissement. Alors que le collège fonctionnait plutôt bien, sans problème important, l'équipe ABMA a choisi de tout remettre à plat en construisant son propre outil pour réaliser un état des lieux. Même si les différents personnels qui participent à sa mise en œuvre n'ont pas le sentiment de faire partie d'une "équipe ABMA" et que les enseignants participent "de loin" à certains projets, les actions entreprises, la dynamique créée ont pu résister au changement de principal et de CPE. Comme le fait remarquer l'infirmier *"C'est le collège qui est dans le dispositif, ce n'est pas la personne. (...)*

³⁸⁴ Entretien n°13. L'entretien a été réalisé en février 2015 et la formation des élèves médiateurs s'est terminée en mars 2015.

³⁸⁵ Entretien n°14.

le principal est parti donc son remplaçant... c'est le collègue qui est engagé, donc il a suivi, le CPE a changé, l'AS aussi, ils suivent ce projet."³⁸⁶

Cependant, les effets des actions entreprises ne sont pas encore visibles à l'échelle du collège, mais comme le fait remarquer l'infirmier *"il faut laisser du temps et franchement les fruits on ne les aura pas cette année, c'est comme dans toute expérience, il faut attendre deux ou trois ans pour voir les effets.*"³⁸⁷

L'équipe a su prendre son temps, *"parce qu'à la base on était dans la bonne posture. On savait qu'il fallait que ça vienne de nous et pas d'en haut. Donc on a mis du temps à établir la base solide du projet.(...) Après, les profs petit à petit, là avec la médiation des pairs comprennent, ils intègrent petit à petit les choses. (...) Il faut que ça se fasse en douceur pour bien que ça rentre dans les mœurs et les habitudes.*"³⁸⁸ Ainsi, le fait que les actions n'aient pas toutes démarré dès les résultats de l'état de lieux, qu'il y ait eu une sorte de flottement sur la direction à suivre pendant la deuxième année, n'est pas vécu comme un frein mais bien comme un atout qui permet de laisser le temps à d'autres personnes de rejoindre le dispositif. En particulier, cela permet aux enseignants de comprendre l'intérêt de travailler sur le bien-être.

Par contre, dans un établissement comme le collège E où les équipes sont stables depuis plusieurs années, le poids des habitudes, la routine peuvent freiner l'implantation d'un dispositif comme ABMA qui implique de questionner les évidences. Même si pour certains ce changement de regard est salutaire : *"Pour l'établissement c'est toujours positif, parce qu'on a redécouvert, moi en tout cas j'ai redécouvert des choses, ou j'ai enfin ouvert les yeux sur des choses que je n'avais pas vues, que je ne voyais pas, non pas que je refusais de voir, mais c'est que je ne les voyais pas.*"³⁸⁹

6.1.6. Établissement F

Présentation de l'établissement

Collège de banlieue, l'établissement F a été rénové et agrandi en 2011. Il accueille environ six cent élèves, les effectifs sont en augmentation. Les résultats au DNB sont inférieurs à ceux de l'académie. Les élèves habitent les cités alentours et sont majoritairement issus de milieux défavorisés. C'est un collège difficile. *"Au niveau du climat scolaire, c'est beaucoup de*

³⁸⁶ Entretien n°14.

³⁸⁷ Entretien n°14.

³⁸⁸ Entretien n°14.

³⁸⁹ Entretien n°14.

tensions, beaucoup de violences verbales, énormément d'incivilités, plein de petites choses comme ça qui s'accumulent et puis après une agressivité qui est exacerbée au niveau des élèves."³⁹⁰ Les personnels peuvent avoir l'impression que le collège est un prolongement de la cité et les problèmes du quartier franchissent quotidiennement l'enceinte de la cour de récréation. La majorité des élèves accueillis ne possèdent pas l'ensemble des codes nécessaires pour exercer leur métier d'élève, le travail scolaire n'a que peu de sens pour eux. De plus, dans leur représentation, le métier d'enseignant n'est pas valorisé, contrairement aux professionnels qu'ils peuvent rencontrer sur les lieux de stage³⁹¹. Le collège compte une soixantaine d'enseignants dont *"un tiers des effectifs des professeurs qui sont là juste pour un an (...) on doit avoir une vingtaine de titulaires sur zone de remplacement et de contractuels.*"³⁹² Le renouvellement des personnels est important. L'établissement fait partie du réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+). Si les familles se rendent facilement au collège dans le cadre d'un rendez-vous individualisé, elles sont moins présentes lors des moments plus institutionnels comme les rencontres parents/professeurs. Le groupe des parents élus est quant à lui bien investi.

Dans ce collège, la problématique est double. D'une part, malgré les difficultés rencontrées certains personnels se mobilisent et sont à l'initiative de nombreuses actions à destination des élèves. Mais il n'est pas facile de prolonger les effets de ces interventions ponctuelles dans les habitudes quotidiennes de l'établissement. D'autre part, le niveau d'incivilités verbales de la part des élèves est tel que cela demande une attention et une rigueur de tous les instants pour corriger une expression, un niveau de langage qui n'a pas sa place dans un collège. Certains adultes laissent passer *"donc il faudrait systématiquement qu'on soit à les reprendre tout le temps, donc vraiment c'est vrai que ça demande une énergie et une rigueur importante."*³⁹³ Comme le fait remarquer un enseignant en poste depuis trois ans, il manque une coordination de tous les adultes pour que les réponses soient homogènes. Cela entraîne un sentiment d'injustice chez certains élèves et d'impunité chez d'autres. Il faudrait également pouvoir faire un travail avec les adultes sur les registres de langage qu'ils adoptent pour s'adresser aux élèves. Cet enseignant concède que lui-même, au fil des années, se surprend à utiliser un vocabulaire plus familier qu'à ses débuts³⁹⁴.

³⁹⁰ Entretien n°18. L'entretien s'est déroulé au début du mois de février 2015.

³⁹¹ Compte-rendu de la visite d'établissement du 18/04/2013, document Inpes.

³⁹² Entretien n°18. Un enseignant TZR est un enseignant titulaire sur zone de remplacement.

³⁹³ Entretien n°18.

³⁹⁴ Propos issu des notes prises lors de la visite établissement du 26 mars 2015, document Inpes.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

Changement de principal et de principal adjoint à la fin de la première année de l'expérimentation.

Entrée dans l'expérimentation

Le collège est entré dans le dispositif ABMA dès la première année de l'expérimentation, sur décision du principal de l'époque qui participait au CESC académique. Il a désigné des référents ABMA au sein du collège : l'infirmier et un enseignant. La participation au dispositif ABMA leur a été imposée. L'inscription dans le dispositif ABMA n'a pas été remise en cause par le changement des personnels de direction : "*Voilà on a continué cette démarche.*"³⁹⁵ La participation des référents aux journées de rassemblement a été irrégulière sur les trois années. À son arrivée, le nouveau principal a participé à la première journée.

Implantation de la démarche ABMA

Le niveau d'implantation a évolué avec le temps, c'est ce que nous expliquerons ci-après. Les effets du dispositif ne sont pas perceptibles en matière d'amélioration du climat scolaire et de résultats au DNB (brevet national des collèges). Dans le collège F, seul le processus d'implantation de la démarche (constitution d'une équipe, état des lieux, priorisation des actions) est observable.

La première année ABMA a été assimilée à un projet à exécuter dans le cadre du CESC. L'état des lieux a été réalisé en équipe CESC à partir d'un constat collectif concernant la communication entre élèves, et entre élèves et adultes. Le bagage lexical des élèves est limité, beaucoup de mots leur sont inconnus. Ils prennent pour une insulte tout ce qu'ils ne comprennent pas et accèdent difficilement au sens symbolique du langage. Aussi, la moindre remarque d'un enseignant est vécue comme une agression pour certains élèves. Une expression comme "c'est un travail de cochon", n'est pas comprise dans sa dimension symbolique au second degré et certains élèves vont y associer une connotation religieuse qui peut en faire une insulte. Les enseignants n'en ont pas nécessairement conscience et cela peut donner lieu à de profondes incompréhensions. De leur côté, les enseignants peuvent avoir l'impression que les élèves ne les respectent pas, car ces derniers les tutoient facilement. Alors même qu'un élève qui leur dirait "lâche-moi" n'a pas nécessairement conscience qu'il utilise le tutoiement.

³⁹⁵ Entretien, n°18.

À partir de cette analyse fine de l'utilisation du langage au sein de l'établissement entre élèves, et entre élèves et adultes, l'équipe ABMA décide d'entamer une action intitulée "Le langage au service du vivre ensemble". Au début de la deuxième année de l'expérimentation, le projet débute auprès des élèves de 5^e. Il comporte deux volets. L'équipe du collège a fait intervenir une troupe de théâtre dont le travail consiste à mettre en scène dans les différents lieux du collège des enchaînements d'actions/d'interactions qui conduisent à des situations de violences. Ensuite, les intervenants demandent aux élèves de réagir aux scénettes qui leur ont été présentées et d'imaginer d'autres scénarii conduisant à une fin sans violence. Par ailleurs, des enseignants avaient l'idée de créer une charte du langage. Il s'agissait d'identifier les insultes fréquemment utilisées par les élèves et de proposer une liste alternative de termes plus adaptés en contexte scolaire. La troisième année, l'intervention de la troupe de théâtre n'a pas été reconduite faute de moyens financiers et la charte a été abandonnée car sa réalisation s'avérait trop chronophage. Le projet s'est poursuivi par une intervention conjointe de l'infirmier et de l'assistante sociale dans chacune des classes de 5^e, en demi groupe. Après avoir défini le mot "insulte", ils demandent aux élèves de choisir les trois insultes qui les toucheraient le plus, de les écrire au tableau et de les lire à haute voix puis de les expliquer ces mots. Les deux professionnels s'aperçoivent alors que les élèves comprennent rarement le sens des insultes qu'ils emploient, en particulier la connotation sexuelle qui leur échappe. Puis, ils font réfléchir les élèves sur les émotions que ces expressions suscitent, tant pour le récepteur que l'émetteur. Ils envisagent les autres choix de vocabulaire possibles. Ensuite, l'infirmier et l'AS font une restitution de ce qui s'est passé dans chacun des sous-groupes aux professeurs principaux et/ou les enseignants de français pour que ce travail soit repris en classe sous différentes formes (affiches, théâtre, poésie, BD, etc.)³⁹⁶

L'action ABMA autour du langage a introduit un travail d'équipe dans l'établissement mais à une petite échelle : *"Ça permet finalement de réunir des gens autour d'un objectif commun, ça fait un groupe dans le collège, une cohésion où on se voit régulièrement."*³⁹⁷ Surtout, cette dynamique créée par le projet langage pour le niveau 5^e a donné lieu à une réflexion sur les autres niveaux. *"Finalement la démarche ABMA a été intégrée sur le niveau 5^e, dont je suis le coordinateur au travers d'autres projets comme la lutte contre le décrochage ou comment travailler sur la persévérance scolaire."*³⁹⁸

³⁹⁶ Compte-rendu de la visite d'établissement du 26 mars 2015, document Inpes.

³⁹⁷ Entretien n°11.

³⁹⁸ Entretien n°11.

Des perspectives...

Parallèlement à cette action sur le langage, la nouvelle équipe de direction perçoit la dimension globale du dispositif et souhaite le voir inscrire dans la réécriture du projet d'établissement. *"On a poursuivi cette démarche que l'on a initialisée sur le niveau 5^e, mais elle est à envisager sur la globalité de l'établissement et sera intégrée dans le projet d'établissement."*³⁹⁹ Pour le principal adjoint c'est un moyen de rassembler l'équipe autour d'une dynamique. Il perçoit bien que l'amélioration du climat de l'établissement et la réduction des tensions nécessitent de fédérer les équipes autour d'un projet. *"Ce qui pourrait fédérer c'est un projet d'établissement, co-écrit avec des objectifs qui seront définis ensemble. Nous sommes en cours de réécriture du contrat d'objectif pour cette année, le projet d'établissement viendra l'an prochain, autour de deux à trois axes vraiment forts, qui permettront de fédérer les équipes."*^{400 401}

6.1.7. Établissement G

Présentation de l'établissement

L'établissement G est localisé dans une banlieue qui rassemble un quartier pavillonnaire, où habite des familles plutôt aisées, et une cité accueillant une population plus défavorisée. *"Donc on a vraiment une population très mélangée, une mixité assez importante dans le collège."*⁴⁰² Il compte environ six cent élèves. Rénové il y a quelques années, les locaux sont clairs mais la vie scolaire, la direction, le CDI et l'infirmerie se situent à l'opposé des salles de cours. Le grand hall vitré qui dessert ces différents espaces s'avère très difficile à chauffer en hiver. L'équipe enseignante est stable et compte souvent plusieurs années d'ancienneté.

Entrée dans l'expérimentation

Le collège est entré dans le dispositif ABMA dès la première année de l'expérimentation, à la suite d'une rencontre entre l'ICTR et le principal adjoint. Ce dernier et l'infirmier sont arrivés dans l'établissement l'année précédente. *"On est arrivé dans un établissement dans lequel le climat scolaire était très dégradé, donc les relations adultes-élèves, les relations entre les*

³⁹⁹ Entretien n°18.

⁴⁰⁰ Entretien n° 18.

⁴⁰¹ Cette démarche autour de la réécriture du projet d'établissement et de l'identification de deux ou trois axes forts a été aussi mise en œuvre dans l'établissement C, et dans le collège ayant bien implanté la démarche ABMA et qui a rejoint l'expérimentation la troisième année.

⁴⁰² Entretien n° 29.

élèves n'étaient pas du tout satisfaisantes et il y avait beaucoup de défiance et puis en même temps beaucoup d'appréhension et puis des relations qui n'étaient pas des relations sereines."⁴⁰³ Les relations entre la direction et les enseignants n'étaient pas faciles "et puis en même temps des enseignants qui disaient "je tourne en rond", voilà, qui semblaient peu motivés, il y avait peu de projets dans l'établissement. (...) On avait le sentiment d'un établissement qui n'évoluait pas du point de vue de ses pratiques, et puis en même temps un climat scolaire qui était assez dégradé. Et donc, on s'est dit qu'il fallait faire quelque chose."⁴⁰⁴ C'était également un établissement dans lequel le CESC ne se réunissait pas de manière satisfaisante. L'inscription dans l'expérimentation ABMA a été perçue comme un levier pour dynamiser le CESC. C'est donc le principal adjoint qui a eu connaissance d'ABMA car il participe au CESC départemental. Le principal a donné son accord, puis il est resté en retrait pendant toute la durée de l'expérimentation, ainsi lors des visites annuelles, nous⁴⁰⁵ ne l'avons jamais rencontré. L'infirmier a immédiatement rejoint le dispositif aux côtés de l'adjoint.

Implantation de la démarche ABMA

Les référents ABMA sont le principal adjoint et l'infirmier. Ils ont participé régulièrement aux journées de rassemblement. Si l'esprit d'ABMA s'implante petit à petit dans le collège G c'est essentiellement dû à la volonté et au dynamisme du principal adjoint et du soutien que lui apporte l'infirmier. Ils ont réussi à refaire fonctionner le CESC, même si l'infirmier précise, "*nous on n'a plus de Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, nous de toute manière, on l'a remplacé par ABMA, d'abord parce que le titre était plus vendeur.*"⁴⁰⁶ Leur objectif a été d'intégrer le bien-être des élèves et des personnels au fonctionnement du collège. Pour cela, ils ont adopté une stratégie pour agrandir l'équipe ABMA en impliquant les enseignants et mis en place des actions coordonnées dans un continuum de la 6^e à la 3^e. Ce sont cet objectif, cette stratégie et ces actions qui vont être précisés ci-dessous.

Comme dans d'autres établissements impliqués dans l'expérimentation, le principal adjoint et l'infirmier n'avaient pas attendu le dispositif ABMA pour commencer à agir. Aussi, l'année précédente ils avaient entrepris un diagnostic. "*Nous, le diagnostic on l'avait déjà fait, l'infirmier avait déjà fait un diagnostic de santé physique et social, donc limité mais néanmoins avec un certain nombre de traitements informatiques, tout ça. Mais on avait fait*

⁴⁰³ Entretien n°15.

⁴⁰⁴ Entretien n°15.

⁴⁰⁵ Les référents départementaux et moi-même.

⁴⁰⁶ Entretien n°29.

un diagnostic en partenariat avec la MGEN, Diagnoform et Diagnosanté⁴⁰⁷, et on avait aussi nos propres constatations concernant la vie scolaire, etc."⁴⁰⁸ L'entrée dans l'expérimentation ABMA a permis d'affiner l'objectif, *"Le projet ABMA pour nous a été le fil conducteur de toute notre politique dans l'établissement. C'est à dire qu'en fait on n'a pas pris les choses simplement du point de vue du bien-être de l'élève mais on s'est dit que l'ensemble des personnels devait se sentir aussi dans cette situation de promotion de la santé pour que ça puisse avoir aussi des retombées sur les élèves. (...) Du coup, l'ensemble des actions que l'on a mis en œuvre, si vous voulez, dans cet établissement ont eu du sens au travers du filtre de cette promotion de la santé.*"⁴⁰⁹ Compte tenu du climat scolaire délétère de l'établissement, le principal adjoint a rapidement instauré *"la coordination de toutes les activités, donc à la fois de l'infirmier, de l'assistance sociale, du conseiller d'orientation-psychologue, puis du service vie scolaire, de façon à diffuser l'information beaucoup plus rapidement, de façon aussi à prendre en charge absolument toutes les situations.*"⁴¹⁰ Dans le même temps, a été mise en place une politique par rapport aux situations de violence dans l'établissement, de telle sorte que toute situation fasse l'objet d'une sanction acceptée par les élèves et reconnue comme juste. *"La grosse différence par rapport à la période où on est arrivé, c'est que les élèves admettent beaucoup mieux la sanction, la punition. Parce qu'ils comprennent que ce n'est pas leur personne, c'est l'acte uniquement l'acte, c'est dans un respect des règles sociales.*"⁴¹¹ Ce changement de politique à l'égard des sanctions et la prise en charge coordonnée des situations problématiques a fait l'objet d'une communication vis à vis des enseignants. *"On a développé une véritable espèce de politique de communication de réactivité d'intervention, donc progressivement on a renoué finalement une sorte de dialogue.*"⁴¹² L'amélioration des relations avec les enseignants facilite la mise en place d'actions destinées à chacun des niveaux de classe (de la 6^e à la 3^e). Si bien qu'il existe plusieurs niveaux d'équipes, un "noyau dur" composé du principal adjoint et de l'infirmier, une équipe de base qui voit s'ajouter au noyau dur. *"Le conseiller d'orientation-psychologue, et donc le conseiller principal d'éducation, je dirai tout le service de la vie scolaire parce qu'en fait la vie scolaire est aussi très impliquée. Donc ça c'est l'équipe de base et puis sur*

⁴⁰⁷ Diagnoform est un outil d'évaluation de l'état de condition physique établie au travers de neuf ateliers ludiques et Diagnosante permet de sensibiliser à une approche globale de la notion de bien-être physique, social et psychologique au moyen d'un questionnaire. Ces deux outils sont proposés aux établissements scolaires par les délégués MGEN (Mutuelle générale de l'Éducation nationale) et par son association de prévention l'ADOSSEN.

⁴⁰⁸ Entretien n°15.

⁴⁰⁹ Entretien n°15.

⁴¹⁰ Entretien n°15.

⁴¹¹ Entretien n°15.

⁴¹² Entretien n°15.

*chaque thématique, parce que l'on a des thématiques concernant les projets (...) par exemple je ne sais pas là on veut faire une évaluation des "commissions menus" qui se font en 5^e, et donc là il va y avoir les profs de SVT, moi-même, l'infirmier et puis le cuisinier. (...) On développe donc une dynamique de projet, et sur tel projet, les enseignants concernés vont travailler là-dessus. On fait des réunions thématiques."*⁴¹³

Les actions développées concernent tous les niveaux de classe et sont construites avec l'intention de constituer un continuum progressif de la 6^e à la 3^e en fonction des besoins spécifiques des élèves à chaque âge. *"On a fait sexualité, mais la sexualité fait partie du programme obligatoire. On l'a intégré aussi en 4^e parce qu'on s'est rendu compte qu'il fallait refaire, faire en 4^e et 3^e, parce que 4^e ça fait partie de leur programme de SVT et 3^e parce qu'il fallait en remettre une petite couche."*⁴¹⁴ Les thèmes ont été définis à partir du diagnostic de la première année et concernent *"le sommeil, Internet, le tabac, les addictions, l'alimentation, la sexualité."*⁴¹⁵

En plus de cette approche thématique, le développement des compétences psychosociales des élèves est une dimension transversale qui se décline au travers des différentes actions ou composantes de la vie scolaire. C'est ainsi qu'un travail a été mené avec les élèves délégués afin d'accroître leur participation à cette instance, en les aidant à rédiger un compte-rendu sur l'ambiance dans la classe réalisé à partir d'un questionnaire. Ce dernier a été construit avec les élèves délégués. Dans tous les projets, la participation active des élèves est recherchée, *"parce qu'à partir du moment où ils s'impliqueront plus, ils vont travailler leurs compétences psychosociales et ils vont également développer finalement leurs capacités à établir des contacts et donc nous, c'est ce qu'on recherche. (...) si vous voulez on travaille beaucoup l'autonomie et l'initiative, donc en fait la confiance en eux."*⁴¹⁶

Dans le collège G, plusieurs types d'actions ont été établis:

- ✓ au niveau du fonctionnement de l'établissement, avec l'instauration du mode projet et la constitution d'équipes ad'hoc; l'amélioration de la communication et de la collaboration entre les différents personnels (enseignants et non enseignants); la mise en place d'une nouvelle politique de sanctions; le travail autour des activités proposées aux élèves pendant la pause méridienne afin de pallier en partie le problème de l'absence de chauffage dans le hall central du collège;

⁴¹³ Entretien n°15.

⁴¹⁴ Entretien n°29.

⁴¹⁵ Entretien n°29.

⁴¹⁶ Entretien n°15.

- ✓ des actions à visée pédagogique qui s'articulent avec les enseignements comme l'éducation à la sexualité qui croise le contenu des programmes de SVT et des séances animées par l'infirmier et des enseignants; des projets qui ont pour but de renforcer les CPS des élèves, en particulier l'autonomie;
- ✓ et enfin des actions plus informatives concernant des sujets de santé définis à partir du diagnostic réalisé la première année.

Les effets

Lors de la dernière réunion en mars 2015, le principal adjoint et l'infirmier faisait le constat d'un climat scolaire apaisé, de relations entre élèves plus sereines, et d'une implication croissante des enseignants dans les actions. *"À partir du moment où les enseignants, en fait, sont dans une logique de confiance et où ils comprennent que ça peut améliorer le climat scolaire d'ensemble, ils sont beaucoup plus impliqués et il y en a quand même dans l'établissement de plus en plus d'enseignants qui sont impliqués alors qu'au départ on a quand même beaucoup ramé."*⁴¹⁷

Une relation de confiance a été rétablie avec les parents, *"C'est surtout un dialogue qui s'est engagé qui est constructif, maintenant pour leur implication dans les projets pour l'instant, ce n'est pas vraiment le cas parce qu'ils nous disent qu'ils n'ont pas le temps quoi. (...) sinon c'est ponctuel. Il n'y a pas de projet étudié avec les parents,"*⁴¹⁸ même si leurs représentants participent à différentes réunions.

Les limites

La principale limite à une implantation durable d'une démarche de promotion de la santé dans le collège G réside dans l'implication encore ténue de l'équipe enseignante. La posture fédératrice du principal adjoint cimente encore fortement les participations des uns et des autres, et il est à craindre, comme le fait remarquer l'infirmier, que *"Le jour où il s'en ira, à mon avis ça va retomber comme un soufflet parce que je vais être tout seul, donc je vais continuer à mener des actions que moi je mène tout seul, au-delà de ça je ne suis pas sûr que le reste continuera."*⁴¹⁹ D'autant, que le principal ne soutient pas activement la démarche "de

⁴¹⁷ Entretien n° 15.

⁴¹⁸ Entretien n°15.

⁴¹⁹ Entretien n°29.

la part du chef d'établissement il n'y a pas d'opposition mais il n'y a pas d'engagement réel, donc ça, c'est une limite."⁴²⁰

L'absence de financement constitue une autre limite. Dans un établissement où l'équipe se fédère lentement et ne s'implique que progressivement dans les projets, le recours à des prestataires extérieurs, comme les associations spécialisées, peut permettre de soutenir une dynamique.

Enfin, une entrave majeure est soulignée par l'infirmier qui regrette que le volet d'ABMA concernant le bien-être des enseignants n'ait finalement pas été développé. *"On aurait aimé pouvoir faire un diagnostic du personnel. On en avait parlé en réunion"⁴²¹ de ce diagnostic du personnel, personne ne nous a aidés. C'est compliqué à faire un diagnostic pour le personnel. (...) Finalement il n'a pas été fait.*"⁴²² Ce point lui semble essentiel : *"Je pense que chaque établissement devrait faire son diagnostic au niveau du personnel parce que (...) je me rends compte que le personnel ne va pas obligatoirement bien dans les établissements scolaires et que ça, ça serait hyper important, et pourquoi le personnel ne s'investit pas dans ce travail de groupe, parce que justement le diagnostic... (...) Pour moi, là il y a eu un gros truc qui n'a pas fonctionné.*"⁴²³ Le principal adjoint partage le point de vue de l'infirmier concernant l'importance de travailler sur le bien-être des enseignants car comme il le souligne : *"Il n'y a pas de bien-être des élèves sans bien-être des enseignants, donc ça c'est fondamental.*"⁴²⁴ Toutefois, alors que le volet enseignant d'ABMA n'a pas été travaillé de façon explicite, certains faits témoignent d'une modification positive des relations au sein de l'équipe enseignante. Le principal adjoint rapporte : *"Nous, par exemple, ce qui nous a fait très plaisir, bon ça fait partie des choses finalement qui sont, comment dire, ça existe mais on ne s'en rend pas compte, mais c'est quand les enseignants, comme ça, ont décidé de changer l'organisation de la salle des professeurs. Ils ont modifié complètement la salle des professeurs et ils ont fait des îlots de discussions, etc. Alors qu'auparavant ils s'asseyaient tous sur des sièges en rond en chien de fäience sans même discuter, bon ben ça, probablement si vous demandez aux enseignants ils ne le vous diront pas, mais pour nous ça a été un signe, vous voyez ?"*⁴²⁵

⁴²⁰ Entretien n°15.

⁴²¹ Il s'agit des journées de formation des référents ABMA des établissements et des visites dans l'établissement.

⁴²² Entretien n°29.

⁴²³ Entretien n°29.

⁴²⁴ Entretien n°15.

⁴²⁵ Entretien n°15.

6.1.8. Établissement H

Présentation de l'établissement

L'établissement H est une cité scolaire de centre-ville qui rassemble un lycée professionnel (LP), un lycée général et technologique (LGT), des BTS⁴²⁶ et des CPGE⁴²⁷. Il accueille également une ULIS⁴²⁸ et des élèves du lycée de la nouvelle chance qui reprennent des études après une période de décrochage. Il possède également un internat. Comme le résume le proviseur "*Donc ça fait un lycée d'environ mille soixante élèves et on a finalement tous les types de formation que l'on peut pratiquement trouver dans l'Éducation nationale.*"⁴²⁹ C'est un lycée qui fonctionne plutôt bien, dans lequel on retrouve les caractéristiques habituelles pour chacune des deux entités scolaires. Les élèves du LP ont une estime d'eux-mêmes plus dévalorisée que ceux du LGT, leur adressage en voie professionnelle résulte plus d'une orientation subie que d'un véritable choix, et leurs relations avec l'institution scolaire sont plus conflictuelles (retards plus fréquents, absentéisme, etc.). En conséquence, les enseignants du LP peuvent aussi ressentir du mal-être, d'une part parce qu'ils sont confrontés à des élèves plus difficiles qu'au LGT ou dans les filières post-bac, et d'autre part parce que la mauvaise image du LP peut rejaillir sur eux. Les parents des élèves du LGT sont plus investis que ceux du LP. Comme c'est souvent le cas, les deux populations se côtoient sans vraiment se fréquenter.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

En juin 2014, fermeture d'un autre LP dans la même ville et intégration des élèves et des enseignants de ce lycée dans l'établissement H à la rentrée 2014/2015. Le LP H accueillait une population majoritairement masculine en raison des filières proposées, tandis que le LP qui a fermé scolarise en grande partie une population féminine. Le nombre d'élèves et de personnels du LP H va doubler avec cette fusion.

Entrée dans l'expérimentation

L'établissement H est entré dans l'expérimentation au cours de la deuxième année. Le proviseur venait d'arriver dans le lycée. Auparavant principal de collège, il fait partie du CESC académique et connaissait donc le dispositif ABMA.

⁴²⁶ Brevet de technicien supérieur.

⁴²⁷ Classes préparatoires aux grandes écoles.

⁴²⁸ Unité locale d'inclusion scolaire.

⁴²⁹ Entretien n°17.

Implantation de la démarche ABMA et fonctionnement de l'équipe

À l'issue de la deuxième année d'expérimentation, le dispositif ABMA est toujours en cours d'implantation dans l'établissement H. Le proviseur reconnaît que la phase de démarrage est un peu lente. Deux infirmiers ont été désignés par le proviseur pour faire partie de l'équipe ABMA. Ils sont venus aux journées de formation. Toutefois lors de la rencontre du 14 octobre 2014, alors que les équipes devaient travailler sur un bilan de l'implantation d'ABMA dans leur établissement, ils ont exprimé leur sentiment de ne pas être suffisamment associés aux actions et aux temps de réflexions sur ABMA. Un des infirmiers en particulier se sent peu motivé par cette démarche. Il a le sentiment que pour avancer, *"il faudrait que ce soit quand même un groupe plus complet dans l'établissement."*⁴³⁰ En fait, le proviseur et cet infirmier ont la même perception du niveau d'implantation de l'équipe ABMA. Il existe une équipe de base qui a été constituée du fait du dispositif lui-même, puisque la désignation des référents est une des étapes de la démarche. Autour de celle-ci, une équipe plus étoffée englobe des personnels de la vie scolaire et des enseignants. Mais cette équipe plus large ne se perçoit pas nécessairement elle-même comme liée à ABMA. *"Je crois que je n'en suis pas encore à avoir une équipe, j'ai un certain nombre de noms de profs, tout ça, mais c'est déjà au quotidien ce qui se faisait, on continue nos actions. (...) Alors on a une réunion par mois où on se dit "Tiens, où en est notre projet ?" Maintenant on avancera si on fait une réunion ABMA par mois, voilà. Alors que pour le moment on a fait des réunions pour faire avancer telle ou telle problématique, la journée "Bien dans ma peau, bien dans mon lycée", les journées de l'engagement des élèves, voilà. Maintenant on doit pouvoir petit à petit constituer, ce que je vous disais, plus de lisibilité, plus d'organisation, pour que le groupe ABMA puisse prendre la parole peut-être en début d'année pour présenter ce qui a été fait."*⁴³¹

Les actions ABMA en direction des élèves

De nombreuses actions sont déjà mises en place dans le lycée H, mais le proviseur voudrait se servir d'ABMA pour pouvoir fédérer ces différents projets sous la dimension du bien-être. Il souhaite *"petit à petit afficher un projet plus lisible, plus cohérent en matière de prévention, en matière, je dirais, d'actions qui engagent les élèves, en matière de réflexions aussi sur le cadre de vie du lycée. (...) Le collègue avant moi avait déjà commencé à faire ce travail, peut-être qu'on y amène une touche : plus d'organisation, de cohérence dans la démarche ABMA,*

⁴³⁰ Entretien n°28.

⁴³¹ Entretien n°17.

le CESC, voilà c'était des choses qui n'existaient pas vraiment. Il y avait des actions qui se menaient, on veut donner plus de visibilité, c'est ce qui nous fera aussi gagner en prise de conscience."⁴³² À partir d'une action emblématique, il espère pouvoir introduire une réflexion plus en profondeur sur le fonctionnement de l'établissement.

"Bien dans ma peau, bien dans mon lycée" est une action qui prend la forme d'une journée banalisée pendant laquelle les élèves de seconde sont invités à passer d'ateliers en ateliers sur des sujets de santé tels que la sexualité, l'alcool, les addictions, l'estime de soi, le sommeil, la diététique, l'activité physique. Ces ateliers sont animés par des associations spécialisées et par des enseignants, notamment ceux d'éducation physique et sportive (EPS). Tous les élèves de seconde, du LP comme du LGT, sont invités à participer, cela permet de favoriser la rencontre entre ces deux populations. De nombreux enseignants participent également "*Ça crée des liens un peu différents avec les élèves de seconde.*"⁴³³ La journée a été évaluée par les élèves à l'aide d'un document assez simple réalisé par l'équipe, et "*Dans toutes les classes [sous forme d'] un débriefing d'une heure, où en fait, par doublette, les élèves devaient présenter l'atelier qu'ils avaient découvert. Parce qu'on avait fait les choses plutôt bien dans le sens où deux élèves de chacune des classes découvraient x ateliers dans la journée, (...) et ils étaient chargés en fin de journée de les présenter aux autres. Donc il y avait cette forme d'évaluation, c'est à dire on a bien vu ce qu'ils en avaient ressorti, et quel était le message qu'on avait voulu faire passer.*"⁴³⁴ Cette journée est un point de départ qui doit trouver un prolongement tout au long de l'année. Elle s'articule avec d'autres projets comme les initiatives prises pour favoriser l'engagement des élèves dans la vie du lycée, et la possibilité à la prochaine rentrée d'inscrire cet engagement dans le bulletin scolaire.

Le bien-être au sein du lycée passe aussi par "*tout un travail qui est mené sur les rythmes de vie dans l'établissement. On est conscient qu'il faut aménager des plages pour les élèves, pour le sport, pour le temps de midi, sur la vie de l'établissement, donc ça c'est important.*"⁴³⁵

L'accueil des élèves est aussi un point sur lequel une attention particulière est portée, comme dans le collège C⁴³⁶ : "*Il y a des actions toutes bêtes, toutes simples, on est présent, nous l'équipe de direction et les CPE à l'accueil le matin au lycée. On dit bonjour à tous. (rires) Donc ça prend du temps, mais je crois qu'ils nous le rendent bien maintenant parce que vous circulez dans les couloirs, bon on rappelle que la casquette, tout ça, ça doit être enlevé, on ne*

⁴³² Entretien n°17.

⁴³³ Entretien n°17.

⁴³⁴ Entretien n°17.

⁴³⁵ Entretien n°17.

⁴³⁶ Cf. infra troisième partie, chapitre 6, sous-partie 6.1.3.

fait pas la chasse bêtement."⁴³⁷ Le proviseur constate alors que les élèves peuvent être plus respectueux dans les moments et les lieux qui constituent la vie scolaire qu'en cours, parfois avec certains enseignants. Les enseignants du LP se retrouvent à gérer des situations plus complexes que celles des couloirs ou de la cour de récréation car les élèves se comportent différemment en cours et dans les autres lieux et moments de la vie scolaire.

ABMA et la prise en compte du bien-être des personnels du LP

Plusieurs concours de circonstances ont contribué à amorcer un projet autour du bien-être des personnels du LP dans le cadre d'ABMA. Le premier d'entre eux est une formation interne organisée pour les enseignants du LP sur la gestion des élèves complexes. Cette formation a lieu le même jour qu'une visite européenne à laquelle je participe, et qui se déroule dans le lycée H pour des raisons logistiques. Le proviseur profite de ma présence dans ses locaux et du fait que l'ensemble des enseignants du LP sont réunis pour me demander de venir leur présenter le dispositif. Je déjeune ensuite avec le formateur de la DAFOP⁴³⁸ qui fait le lien entre certains aspects de sa formation et ABMA et me propose alors de modifier la suite de son intervention pour y intégrer la démarche ABMA. Le deuxième concours de circonstance est l'annonce de la fusion des deux LP au sein de l'établissement H. La prise en compte du bien-être des personnels fait partie intégrante de la réflexion sur les modalités de fusion. Le 8 avril 2014, une réunion est organisée à laquelle je participe conjointement avec le formateur de la DAFOP. Cela nous donne l'occasion de définir l'objectif général d'ABMA et de dégager des pistes d'actions. Cette réunion rassemble des enseignants du LP, le CPE et l'infirmier du LP qui va rejoindre le lycée H. La plus grande partie de la réunion est consacrée à comprendre quelles sont les conditions du bien-être pour les enseignants : "Pour que je sois bien au travail il faut que...". Le tour de table fait apparaître que si les incivilités et les marques d'irrespects de la part des élèves (retards répétés, absentéisme sélectif de certains cours, comportements familiers, etc.) sont source de mal-être au travail, le manque d'une certaine forme de convivialité au sein de l'équipe est tout aussi difficile à vivre: "*Peu de repas entre nous, peu de cohésion, peu d'émulation, la salle des profs c'est un lieu de lamentation, parfois c'est insupportable d'y rester*"⁴³⁹. L'engagement dans le dispositif ABMA a permis de rendre explicite cette préoccupation sur le bien-être des personnels. Quatre jours de réunion des

⁴³⁷ Entretien n°17.

⁴³⁸ La formation est organisée par la Délégation académique à la formation des personnels (DAFOP) dans le cadre des Formation d'initiatives locales (FIL).

⁴³⁹ Compte-rendu de la réunion du 8 avril 2014 « Réunion préparatoire à ABMA suite à la formation Gérer les élèves complexes », document interne Inpes.

personnels des deux établissements ont été organisés qui ont permis une mise en commun de la préparation de la rentrée 2014/2015. L'ensemble des personnels a été invité à visiter tous les ateliers du nouveau lycée professionnel, visite suivie d'un pot de bienvenue. L'intégration des nouveaux personnels s'est bien passée. Concernant les relations avec les jeunes, une grille de comportements des élèves a été élaborée. Elle est accessible sur l'espace numérique de travail (ENT) et permet aux enseignants une communication plus rapide et un regard croisé sur les élèves. Les constats repérés sur la grille peuvent être complétés par des entretiens individuels avec les élèves.

Perspectives...

Le projet d'établissement est en cours de réécriture, le proviseur voudrait que l'inscription du lycée dans l'expérimentation ABMA permette d'articuler et de coordonner les différents projets autour du bien-être des élèves et des personnels. Ce que résume à sa façon l'infirmier interviewé *"Disons qu'on l'installe un petit peu dans un peu tout ce qu'on fait, donc voilà, je veux dire au niveau des profs, enfin au niveau de la communauté éducative. On arrive à dire qu'on travaille pour le bien-être des élèves, et que pour apprendre, il faut être bien, donc voilà, c'est plus à ce niveau."*⁴⁴⁰

6.1.9. Établissement I

Présentation de l'établissement

Le collège I est situé dans une zone semi-rurale. Il a connu une augmentation importante de ses effectifs ces dix dernières années. *"Quand je suis arrivé en 2000, on était 350, donc l'établissement était adapté au nombre d'élèves. Depuis on est presque à 500, on a aussi des problèmes de locaux pour faire intervenir des professionnels. Il n'y a jamais une salle de libre (...) alors qu'avant on avait toujours une ou deux salles, on s'organisait plus facilement"*⁴⁴¹, relate l'infirmier. Les élèves sont principalement issus de la classe moyenne, avec de nombreux parents qui travaillent près de Lyon et reviennent le soir à la campagne. Ce sont souvent des familles qui *"habitaient dans un premier temps en banlieue de Lyon et qui sont venues acheter, faire construire dans un département où le foncier est plus abordable."*⁴⁴² Le climat scolaire est plutôt serein, peu d'incivilités sont à déplorer *"l'établissement fonctionne*

⁴⁴⁰ Entretien n°28.

⁴⁴¹ Entretien n°8.

⁴⁴² Entretien n°8.

correctement, pas d'alerte particulière."⁴⁴³ L'augmentation rapide des effectifs modifie quelque peu l'ambiance du collège, *"quand il y avait 350 élèves, un professeur connaissait l'ensemble des élèves. Ce n'est plus le cas, il y a une taille critique qui a été dépassée par rapport à la connaissance des jeunes, et à l'ambiance générale familiale que cela produisait.*"⁴⁴⁴ L'équipe est relativement stable, les parents sont assez présents. Le CESC fonctionne bien, il est coordonné par l'infirmier et le CPE.

Entrée dans l'expérimentation

Le collège a rejoint ABMA la deuxième année de l'expérimentation. La proposition d'entrer dans le dispositif a été faite par le RD qui a contacté directement l'infirmier du collège par téléphone. *"Elle m'a dit qu'on était désigné avec un autre établissement pour être précurseur sur ABMA dans le département, en même temps que l'établissement J et qu'il y avait déjà deux établissements qui avaient été désignés l'année d'avant. Elle m'a demandé de me rapprocher d'eux pour savoir ce qu'ils avaient mis en place et puis elle m'a expliqué ce que voulait dire ABMA, Aller bien pour mieux apprendre.*"⁴⁴⁵ Le principal corrobore les circonstances dans lesquelles l'établissement a connu le dispositif : *"C'était une demande qui nous a été faite, à laquelle on a répondu rapidement sans trop savoir ce à quoi ça correspondait.*"⁴⁴⁶ Cette perception floue du dispositif va durer un moment, d'autant plus que le collège I est arrivé en début de deuxième année alors que l'équipe accompagnatrice n'était pas au point pour accueillir de façon spécifique les nouveaux établissements⁴⁴⁷.

Implantation de la démarche ABMA

Dans le collège I, ABMA n'est pas implanté en tant que démarche globale au sein de l'établissement, le dispositif est perçu comme un projet à mettre en pratique. *"ABMA c'est une des actions du CESC. Mais le CESC n'est pas en attente ni en demande ABMA"*⁴⁴⁸ Le principal désigne l'infirmier et le CPE comme référents ABMA, ils assistent aux différentes réunions, le plus souvent tous les trois. Cependant, en dehors de ces temps de rencontre organisés à l'initiative de l'équipe d'accompagnement d'ABMA, il n'existe pas de "réunion ABMA" dans le collège. Le plus souvent, les discussions ont lieu, de manière plus ou moins informelle, pour préparer les rencontres ou sur le chemin du retour. *"En fait, on est trois à*

⁴⁴³ Entretien n°7.

⁴⁴⁴ Entretien n°7.

⁴⁴⁵ Entretien n°8.

⁴⁴⁶ Entretien n°7.

⁴⁴⁷ Cf. infra troisième partie, chapitre 7.

⁴⁴⁸ Entretien n°7.

travailler sur le projet, le chef d'établissement, le CPE et moi. On réfléchit tous les trois, on discute dans la voiture des actions à mettre en place, ce qu'on pourrait mettre en place et puis après chacun prend sa part du travail. C'est à dire que moi par exemple, on m'a dit : « tu vas t'occuper du poids des cartables », j'ai donc mis en place des actions en faveur des élèves, des professeurs principaux et des parents ainsi qu'en direction des enseignants des classes de CM2. Je n'ai pas trop regardé ce que mettait en place le CPE sur le harcèlement."⁴⁴⁹ ABMA n'est pas véritablement implanté dans le collège I, même si des référents ont été désignés et que le principal adhère à l'entrée de l'établissement dans l'expérimentation. L'équipe ABMA ne fonctionne pas en tant que telle, au démarrage aucun diagnostic n'a été réellement posé⁴⁵⁰, les premières actions ont été déterminées à partir de ressentis. "Le diagnostic a été fait par le chef d'établissement, mais il l'avait déjà dans la tête depuis un bon moment, c'est à dire qu'ABMA a servi de déclencheur"⁴⁵¹. Alors qu'ABMA a été présenté au CA, ce mode de communication reste trop institutionnelle, si bien que dans l'établissement l'ensemble de la communauté éducative, particulièrement les enseignants, ne connaît pas le dispositif. Cela est perçu comme un obstacle à son déploiement. La communication à l'intérieur de l'établissement entre professionnels s'avère compliquée pour présenter le dispositif. "Quand on intervient dans la classe, ils comprennent qu'on travaille sur le poids des cartables, mais ils ne savent pas forcément que c'est une action ABMA."⁴⁵²

Les actions

Le choix des actions développées dans le cadre d'ABMA a été fait par le principal. "Chez nous, c'est le chef d'établissement qui a choisi les deux axes sur lesquels on s'était engagé. Un axe était un travail sur le poids des cartables (...) et le deuxième était plus sur le harcèlement et le climat."⁴⁵³

À partir de remarques partagées par l'équipe, les parents et les élèves, l'infirmier a piloté une action visant à diminuer le poids des cartables des élèves de sixième. Dans un premier temps, il a pesé tous les cartables et tous leur porteurs, les élèves, et établi des moyennes par classe. "En s'appuyant sur les textes qui nous annoncent que normalement le poids ne doit pas dépasser 10 % du poids de l'élève, mais dans notre cas on est plus à 20 %, nous avons posé

⁴⁴⁹ Entretien n°8.

⁴⁵⁰ Le diagnostic ne sera réalisé qu'à la fin de la seconde année d'expérimentation.

⁴⁵¹ Entretien n°8.

⁴⁵² Entretien n°8.

⁴⁵³ Entretien n°8.

un diagnostic quantifiable."⁴⁵⁴ Puis, un travail a été réalisé avec les enseignants sur la liste de fournitures, le principal a fait acheter un deuxième jeu de livres, de nouveaux casiers ont été installés pour que tous les élèves de sixième en bénéficient. Les professeurs principaux ont expliqué le fonctionnement des casiers, une information a été transmise aux parents pour leur expliquer l'intérêt des cartables à roulettes. Malgré toutes ces actions, l'infirmier constate en fin d'année que les casiers ne sont presque pas utilisés, sauf peut-être pour y ranger les affaires de sport, qu'il n'y a pas plus de cartables à roulettes et que les élèves ont toujours des cartables aussi lourds... Aussi, il va à nouveau *"intervenir en heure de vie de classe, dans chaque classe de sixième pour refaire le point avec eux (...) pour leur réexpliquer l'utilisation du casier, parce que concrètement le casier, ils ne l'utilisent pas."*⁴⁵⁵

Le CPE est chargé de suivre l'axe relatif au harcèlement et au climat. Cette action est associée à ABMA, pourtant elle a été démarrée dans le cadre des injonctions nationales sur ce thème, en lien avec la loi de refondation pour l'école de la République de 2013. Or après s'être penché sur la question le CPE, suivi en cela par le principal, a conclu *"Je parlais du harcèlement par exemple, c'est clair que si on est parti sur une intervention sur le harcèlement, c'est qu'il y a eu un engagement du ministère sur la réflexion là-dessus. Or, finalement ce n'est pas forcément ça."*⁴⁵⁶ Ce que confirme l'infirmier *"Sur le harcèlement, le CPE a sensibilisé les assistants d'éducation à partir du protocole de traitement du harcèlement car le diagnostic avait montré qu'en fait, il n'y avait pas à mettre d'action en place pour l'instant, il fallait rester vigilant."*⁴⁵⁷

Analyse des freins et des leviers

Le fonctionnement de l'équipe est relativement cloisonné, chacun s'acquittant de son projet. Ceci est certainement renforcé par l'effectif croissant de l'établissement alors que le principal reste sans adjoint et que l'infirmier est présent deux jours par semaine.

L'équipe ABMA du collège I, et particulièrement le principal, n'a pas voulu s'engager tout de suite dans la réalisation d'un diagnostic de l'établissement. Il est apparu lors des échanges avec les autres collèges de l'expérimentation que cela leur paraissait trop chronophage et générateur de peu de résultats probants. Finalement l'analyse de quelques-uns leur paraissait suffisante. *"Voilà la question du diagnostic quand même problématique, le temps de le mener, la façon de le mener. On a écouté quelques organisations prises par d'autres établissements. On a*

⁴⁵⁴ Entretien n°8.

⁴⁵⁵ Entretien n°8.

⁴⁵⁶ Entretien n°7.

⁴⁵⁷ Entretien n°8.

souhaité ne pas tomber dedans, dans ce même type d'organisation qui était chronophage."⁴⁵⁸

Néanmoins, malgré ces réserves, comme à la fin de la deuxième année, les deux thèmes retenus ne fournissaient pas matière à plus de développement. Il a été décidé de conduire une analyse de la situation à partir de l'adaptation de la méthode utilisée par l'établissement J⁴⁵⁹.

L'entretien mené auprès du principal montre que par ailleurs il perçoit bien qu'ABMA ne se réduit pas à des projets inscrits dans le CESC, la dimension "philosophie générale du pilotage d'un établissement" ne lui est pas étrangère. Il donne plusieurs exemples où celle-ci transparaît dans ses prises de décisions ou ses réflexions quant au fonctionnement de l'établissement.

*"Par exemple, en quoi la réflexion sur l'installation d'une passerelle - je vous parle de ça car j'ai fait le courrier ce matin, en quoi l'installation d'une passerelle pour rendre accessible un bâtiment ne va-t-elle pas avoir des conséquences négatives en faisant entrer beaucoup plus d'air dans le bâtiment et le refroidir. (...) En quoi la restructuration de la restauration scolaire, en tout cas comment et par quelle décision peut-elle amener un bien-être de type physique, certainement (...) mais aussi psychique: se sentir bien pendant le temps de demi-pension."*⁴⁶⁰ Ces réflexions sont inscrites au projet d'établissement dans un axe sur *"le bien-vivre au collège, qui ne s'adresse pas qu'aux élèves, qui s'adresse à tout le monde."*⁴⁶¹

6.1.10. Établissement J

Présentation de l'établissement

Le collège J accueille plus de huit cent élèves. Construit il y a une quarantaine d'années, il a été rénové il y a sept ans. Les bâtiments sont agréables et confortables. Cependant, certains espaces trop vastes s'avèrent difficiles à surveiller et les élèves n'investissent pas le foyer alors que ce lieu leur est pourtant destiné. L'amplitude des heures de cours et de la pause méridienne est contrainte par les horaires du ramassage scolaire qui concerne une majorité d'élèves. L'établissement accueille une population hétérogène du point de vue de l'origine sociale, avec toutefois une majorité d'élèves issus de catégories sociales défavorisées et manquant d'ouverture culturelle. Le collège est situé dans une ville chef de lieu de canton et son secteur de recrutement comprend de nombreux petits villages. L'équipe est très stable. Les

⁴⁵⁸ Entretien n°7.

⁴⁵⁹ Cf infra troisième partie, chapitre 6, sous-partie 6.1.10.

⁴⁶⁰ Entretien n°7.

⁴⁶¹ Entretien n°7.

personnels sont impliqués et de nombreux projets vivent dans le collège⁴⁶². Le CESC fonctionne bien et son comité de pilotage se réunit trois fois par an. Il rassemble une pluralité de personnels y compris des enseignants. Les parents d'élèves sont très présents, et peuvent même parfois être perçus comme un peu intrusifs.

Événements intervenus pendant la durée de l'expérimentation

Changement de principal à la fin de la première année.

Entrée dans l'expérimentation

Le collège J est entré dans le dispositif au cours de la deuxième année d'expérimentation. Le principal de l'époque avait été sollicité par le référent départemental. Le principal adjoint précise *"Moi je suis rentré dans le dispositif sans le vouloir, sans le connaître. Je vous dis clairement les choses. C'était le chef d'établissement l'année passée quand il est arrivé, on l'avait sollicité pour que ça se mette en place dans son établissement. Il y est allé et le projet est arrivé dans l'établissement, donc moi j'ai suivi."*⁴⁶³

Implantation de la démarche ABMA

Dès la première année, le dispositif ABMA a fait l'objet d'un processus d'implantation dans le collège. Le principal de l'époque s'en était immédiatement emparé. Il avait nommé le principal adjoint comme deuxième référent à ses côtés. Le départ du principal avait été anticipé par l'équipe ABMA, la transmission à l'adjoint s'est faite bien en amont, celui-ci s'est également investi dans le dispositif dès la première année. Le tuilage s'est donc fait sans problème. L'adjoint actuellement en poste sait déjà qu'il quittera le collège J à brève échéance. Afin de pérenniser ABMA, il anticipe son départ en s'assurant qu'il y ait bien deux référents ABMA identifiés dans l'établissement, lui et un enseignant d'EPS⁴⁶⁴. De plus, il existe un dossier papier relatif à ABMA, et chacune des réunions donne lieu à un compte-rendu sous format informatique qui est envoyé par courriel à toute l'équipe et au référent départemental. Pour eux, il est important que le dispositif ne soit pas identifié à une personne, mais qu'il s'intègre dans une dynamique d'équipe afin qu'il se poursuive malgré les mutations⁴⁶⁵.

⁴⁶² Toutes ces données sont issues du document "fiche établissement collège J" renseigné par le principal adjoint lors de la journée de formation du 10 octobre 2014, document Inpes.

⁴⁶³ Entretien n°23.

⁴⁶⁴ Cet enseignant a du être absent plusieurs semaines pendant la deuxième année, notamment il n'a pas pu être interviewé car il était en arrêt pendant la période de réalisation des entretiens.

⁴⁶⁵ Éléments issus du compte-rendu de la visite du 2 mars 2015, document Inpes.

ABMA a été intégré au CESC, l'équipe ABMA fait partie du CESC, *"Le CESC se réunit et à la fin, il y a un temps pour ABMA."*⁴⁶⁶ Dans le collège J, le CESC fonctionnait déjà de façon satisfaisante avant l'entrée dans le dispositif ABMA. *"Quand on faisait un CESC, on était trente, mais avec des partenaires extérieurs qui venaient."*⁴⁶⁷ *"Ce qui a été favorisant, je dois dire, c'est quand même qu'on ait un CESC qui soit bien ancré et qui fonctionne bien avec toutes ces actions, et on avait déjà cette réflexion sur le bien-être des élèves."*⁴⁶⁸ ABMA a donc facilement trouvé sa place dans le CESC qu'il a pu venir compléter. *"Quelque part ABMA nous a conforté dans notre travail au quotidien. (...) ABMA nous a bien servi parce que l'on a fait un diagnostic par rapport à lui."*⁴⁶⁹

La réalisation du diagnostic

Dès la première année, l'équipe ABMA du collège se lance dans la réalisation d'un diagnostic auprès des élèves. Celui-ci est original et de grande envergure, il mobilise plusieurs personnels et même les élèves pour le dépouillement et la construction d'une urne avec l'ouvrier professionnel (OP) de l'établissement. Intitulé "Transparole", le diagnostic consiste à recueillir la parole des élèves sur leur vécu dans l'établissement. Chaque élève se voit remettre un bulletin de couleur correspondant à un niveau de classe, sur lequel figure une seule question.

Pour les 6^e : *"Comment vivez-vous votre scolarité au collège J ?"*

Pour les 5^e : *"Au collège, je trouve que..."*

Pour les 4^e : *"Au collège, je me sentirai mieux si..."*

Pour les 3^e : *"Qu'est-ce que je retiens de mes années collèges ?"*⁴⁷⁰

La distribution des bulletins se déroule pendant une heure de cours, les élèves sont invités à déposer leur bulletin rempli dans une urne installée dans le hall de l'établissement. Le taux de retour de 68 % surprend agréablement l'équipe qui n'en attendait pas tant. L'analyse des réponses fait apparaître sans grande surprise des revendications concernant l'utilisation du téléphone portable dans l'établissement ou sur la cantine, dont les dysfonctionnements sont connus. Ce qui étonne l'équipe en revanche, c'est de voir apparaître un sentiment d'insécurité chez les élèves de 6^e qui se sentent harcelés par les plus grands. Or ce sentiment n'est pas

⁴⁶⁶ Visite de l'établissement le 2 mars 2015, document Inpes.

⁴⁶⁷ Entretien n°5 (principal lors de la première année de l'expérimentation et qui est devenu référent départemental).

⁴⁶⁸ Entretien n°23.

⁴⁶⁹ Entretien n°23.

⁴⁷⁰ Bilan du « Transparole », document Inpes.

objectivé par les déclarations d'incidents de la part des élèves et n'a jusqu'à présent jamais fait l'objet d'un constat particulier de la part des personnels.

Les actions

Les résultats du diagnostic font l'objet d'une restitution et de pistes d'actions qui sont discutées en CESC. Trois axes sont retenus :

- ✓ une action concernant le poids des cartables, avec la venue d'une kinésithérapeute; la création d'une "cartablerie"; un travail concerté avec les enseignants sur la liste de fournitures scolaires, une certaine forme de souplesse concernant les oublis de matériel, la possibilité de suivre à deux sur un même livre, une sensibilisation sur la façon de préparer son cartable et de s'organiser ;
- ✓ une action concernant la cantine, avec la création d'une "commission menus" qui tente de mettre en adéquation les envies des élèves, les contraintes liées à la restauration collective et la nécessité de fournir des repas équilibrés. L'équipe de restauration n'est pas très motivée et a peu d'expérience dans le domaine de la restauration collective. Six cent élèves sont demi-pensionnaires, jusqu'à présent le Conseil général n'a pas souhaité attribuer de ressources supplémentaires au collège pour améliorer le fonctionnement de la cantine ;
- ✓ une action à destination des sixièmes qui conduit à une modification des modalités de la visite des CM2 au collège. Ce ne sont plus les troisièmes qui les accueillent mais les quatrièmes (futurs troisièmes quand les CM2 seront en sixième) autour d'une sorte de "speed-dating" afin de familiariser les élèves les uns avec les autres. Un tutorat pédagogique est mis en place pendant la deuxième année entre une classe de sixième et deux classes de troisième sur la base du volontariat. Il s'agit d'un travail en autonomie en salle de permanence, les élèves de sixième étant encadrés par ceux de troisième.

L'évaluation

Le diagnostic réalisé la première année sert de base pour suivre l'évolution de l'effet des actions entreprises dans l'établissement. Ainsi, la deuxième année, le "Transparole" a porté sur le niveau sixième *"Connaître comment ils ont vécu leur rentrée"*⁴⁷¹. *"On fait une évaluation de ce qui s'est fait l'année passée auprès des sixièmes maintenant. Savoir un peu ce qu'ils en*

⁴⁷¹ Compte-rendu de la visite d'établissement du 2 mars 2015, document Inpes.

*pensent et on va refaire un "Transparole" pour les élèves de sixième de cette année pour voir, arriver à percevoir si ce que l'on a mis en place l'année passée a donné de plus, a pu favoriser leur bien-être cette année. Donc, en fait on veut voir si tout ce que l'on a mis en place dans ABMA a permis de développer un meilleur bien-être des élèves cette année en sixième."*⁴⁷²

Dans le collège J, ABMA est bien implanté, le dispositif a le statut d'un projet et il a été mis en place en tenant compte des différentes étapes de la méthodologie de projet, y compris l'évaluation. L'implantation du dispositif a perduré malgré le changement de personnel.

6.1.11. Établissement K

Présentation de l'établissement

Collège de centre-ville, l'établissement K accueille neuf cent élèves. Il est situé dans un quartier très favorisé. De nombreux élèves sont issus de catégories socio-professionnelles supérieures et ont, ainsi que leur famille, de grandes ambitions scolaires. L'établissement doit prendre en compte cette demande sociale tout en la conciliant avec l'attention portée aux élèves qui peuvent présenter des difficultés scolaires. Le CESC fonctionne bien et de nombreuses actions sont réalisées. L'équipe est relativement stable. Le collège présente la particularité de ne pas avoir de service de restauration dans ses locaux. Les élèves demi-pensionnaires sont accueillis dans d'autres établissements. Deux fours à micro-ondes ont été installés dans la salle des professeurs, ils sont utilisés par les enseignants choisissant de déjeuner sur place.

Entrée dans le dispositif

L'établissement K est entré dans le dispositif ABMA lors de la deuxième année de l'expérimentation. Un enseignant du collège, qui venait de suivre une formation universitaire sur la promotion de la santé, a présenté le dispositif à l'équipe de direction. *"Donc en fait on a été mis au courant du dispositif par un enseignant qui est là et qui fait beaucoup de formations sur la santé. (...) Donc il m'a dit voilà, ils lancent un projet, l'école promotrice de santé, donc il m'a dit en même temps, enfin la manière dont il m'a présenté ça, c'est quelque chose, c'est un projet plus global mais qui va pouvoir prendre en compte toutes les actions qui existent déjà au sein du collège, peut-être en leur donnant plus de sens, en les coordonnant et*

⁴⁷² Entretien n°2.

*en réfléchissant aussi à d'autres choses, parce que nous on s'est limité à des petits domaines mais peut-être que justement "Aller bien pour mieux apprendre" c'est beaucoup plus large."*⁴⁷³

Implantation de la démarche ABMA

Le collègue K s'est retiré de l'expérimentation à l'issue de la première année, en octobre 2014. Le principal adjoint a envoyé un courriel à l'ICTR pour annoncer ce retrait. Par ailleurs, en septembre 2013, le collège avait été également choisi pour expérimenter le Conseil de la vie collégienne (CVC)⁴⁷⁴. Dans son message, le principal adjoint précise que le collège ne peut s'engager dans plusieurs expérimentations en même temps faute de temps et de ressources humaines disponibles.

Retour sur une expérimentation interrompue...

À son entrée dans le dispositif, le collègue avait déjà réalisé un diagnostic l'année précédente avec l'appui de la MGEN⁴⁷⁵. ABMA est perçu comme une démarche dont l'intérêt est d'accentuer la mise en cohérence des différentes actions déjà entreprises par le collège. En particulier, cela pourrait permettre d'accroître la prise en compte de la dimension du bien-être. L'équipe ABMA est constituée de l'enseignant, à l'initiative de l'entrée de l'établissement dans le dispositif, du principal adjoint et de l'infirmier. Ce dernier participe seul aux journées de formation des référents ABMA en l'absence de l'enseignant qui est en arrêt maladie. Les principes du dispositif sont présentés à l'équipe du CESC et en CA en début d'année où il reçoit un accueil plutôt favorable. Assez rapidement, les discussions qui s'engagent entre les référents ABMA font apparaître deux voies possibles pour déployer ABMA dans le collège. L'une concernerait des actions à destination des élèves, l'autre y adjoindrait aussi des actions à destination des personnels. Finalement les différents interlocuteurs ne parviennent pas à dépasser leur différence de point de vue et le collège se retire de l'expérimentation.

⁴⁷³ Entretien n°12.

⁴⁷⁴ Loi du n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de la République. Le Conseil de la vie collégienne a vocation à être généralisé à la rentrée 2016/2017 dans le cadre de la réforme du collège.

⁴⁷⁵ Le diagnofom-diagnosanté, diagnostic également réalisé dans le collège G.

6.2. Résultats de l'évaluation du processus d'implantation du dispositif ABMA

Le chapitre suivant présente les résultats de l'analyse des variables permettant d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses relatives à l'implantation du dispositif ABMA dans les établissements, série d'hypothèses HI⁴⁷⁶. Chaque variable est présentée de façon identique : une description spécifique dans le contexte du dispositif ABMA qui précède un encadré dans lequel est rappelée la raison pour laquelle cette variable avait été retenue (en italique), suivi d'une présentation des résultats.

6.2.1 Caractéristiques des établissements pilotes – données synthétiques

Les effectifs

Les établissements ont été regroupés selon l'effectif des élèves en reprenant la répartition proposée par le ministère de l'Éducation nationale⁴⁷⁷.

Tableau n°10 : Répartition des établissements engagés dans l'expérimentation ABMA selon l'effectif des élèves

Effectif \ Année	100 à 299	300 à 499	500 à 699	700 à 899	900 et +
Année 1	C E	A	D F G		B
Année 2	C E	A I	D F G	J K	B H
Année 3	C E	A I	D F G	J	B H

Légende : *Les effectifs pris en compte sont ceux transmis par le service prospectif et statistique du rectorat dans le cadre d'une convention établie entre le rectorat de Lyon et l'Inpes, document Inpes.*

La majorité des établissements engagés dans l'expérimentation ont un effectif d'élèves supérieur à 500. Deux collèges ont des effectifs inférieurs à 250 élèves. Il est à noter que les effectifs des lycées professionnels pris séparément situent ces établissements dans la catégorie des établissements à petit effectif. L'observation de ces chiffres sur les trois années de l'expérimentation fait apparaître une tendance générale à l'augmentation dans tous les établissements sauf un.

La variable "effectif des établissements" avait été retenue pour savoir s'il était plus facile d'instaurer une dynamique de promotion de la santé auprès d'une équipe restreinte et si a contrario un effectif trop important constituait un frein à cette implantation.

⁴⁷⁶ HI : hypothèses d'implantation. Cf. infra partie 2, p. (40-42).

⁴⁷⁷ Ministère de l'Éducation nationale, *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche*, 2015, 432 p. www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html

⇒ Même si l'expérimentation confirme qu'un effectif réduit facilite les relations interpersonnelles et la dynamique d'équipe, la taille de l'établissement n'a pas eu d'incidence sur le degré d'implantation du dispositif ABMA dans les collèges.

En ce qui concerne les lycées, ces propos sont à nuancer. D'une part, parce que l'effectif des LGT peut être très supérieur à celui des collèges et que cela n'est pas sans conséquence sur la dynamique relationnelle entre les personnels et sur les relations entre personnels et élèves⁴⁷⁸. D'autre part, parce qu'il est apparu au cours de l'expérimentation que les entités LP et LGT fonctionnent de façon distincte. Or ABMA a été présenté comme un projet global pour l'ensemble de l'établissement sans tenir compte des caractéristiques de chacune des entités. L'expérimentation montre qu'il est préférable, pour les lycées polyvalents, de constituer deux équipes ABMA, une pour chacune des entités (LP et LGT).

Le nombre d'élèves boursiers

Le taux moyen d'élèves boursiers de l'académie de Lyon pendant les trois années de l'expérimentation est de 26,7 %⁴⁷⁹. En ce qui concerne les collèges, seuls trois établissements ont un taux d'élèves boursiers inférieur à cette moyenne. Parmi ceux-ci, un collège situé dans un quartier favorisé se détache des autres avec un taux d'élèves boursiers inférieur à 10 %. Les six autres collèges ont des taux d'élèves boursiers supérieurs à la moyenne de l'académie, dont quatre collèges pour lesquels ce taux est doublé ou plus.

En ce qui concerne les deux lycées, à chaque fois, le taux d'élèves boursiers en LGT est inférieur à la moyenne de l'académie tandis que le taux d'élèves boursiers en LP est supérieur.

La variable "nombre d'élèves boursiers" avait été retenue afin de caractériser d'un point de vue sociologique et économique la population d'élèves scolarisée dans chacun des établissements participant à l'expérimentation. Cette variable a été préférée à celle relative à l'inscription de l'établissement dans un dispositif d'éducation prioritaire, trop dépendante de décisions politiques.

⇒ L'évaluation fait apparaître que les établissements qui se sont engagés le plus volontiers dans le dispositif ABMA scolarisent majoritairement un taux d'élèves boursiers supérieur au taux moyen de l'académie. Lors de la journée de formation du 20 mai 2015, des échanges ont eu lieu entre les référents ABMA sur les représentations généralement associées

⁴⁷⁸ Parmi les établissements entrés dans l'expérimentation pendant la 3^e année (donc n'étant pas inclus dans le protocole d'évaluation), il s'est trouvé deux lycées généraux et technologiques scolarisant respectivement plus de 1 200 élèves. Dans ce cas, il convient de tenir compte de l'effet taille de l'établissement.

⁴⁷⁹ Les taux pris en compte sont ceux transmis par le Service Prospective et statistiques du rectorat dans le cadre d'une convention établie entre le rectorat de Lyon et l'Inpes concernant l'évaluation, document Inpes.

à ce type de dispositif, en particulier, le fait qu'il puisse être connoté négativement a été abordé. Les référents précisait que les établissements s'engageant dans ce type de dispositif pouvaient craindre de se voir stigmatisés comme étant des établissements "à problèmes".⁴⁸⁰ On peut aussi observer que, dans les deux lycées, ABMA a été plutôt destiné à l'entité LP⁴⁸¹ qui scolarise le plus grand nombre d'élèves boursiers.

Ces éléments sont à rapprocher d'une analyse, faite dans le cadre de mon mémoire de master sur la place de la promotion de la santé à l'école. Il apparaissait que certains professionnels pouvaient être enclins à associer la promotion de la santé aux écoles maternelles et aux établissements relevant de l'éducation prioritaire dans lesquels l'ambition scolaire pouvait être relative, ce qui m'avait amenée à conclure "*Les classes préparatoires, les établissements prestigieux ne sont pas concernés par cette démarche. Comme si les valeurs et les principes de la démarche des écoles promotrices de santé étaient antinomiques avec l'excellence scolaire, ou comme si l'excellence scolaire rendait inutile toute démarche de promotion de la santé.*"⁴⁸²

Ces propos n'ont pas de fondement statistique et ne reposent que sur des constats empiriques. Toutefois, il apparaît que les représentations associées aux liens entre bénéficiaires de la promotion de la santé et les attentes en termes d'ambition scolaire seraient à investiguer davantage.

L'implantation géographique

La totalité des établissements participant à l'expérimentation sont implantés en milieu urbain. Trois d'entre eux sont des établissements de centre-ville alors que trois autres, tout en étant situés dans une ville, accueillent des élèves habitant dans des zones semi-rurales. Six établissements doivent tenir compte des horaires des cars de ramassage scolaire pour établir les emplois du temps. Deux établissements sont des collèges de banlieue et scolarisent des élèves majoritairement issus de l'immigration.

La variable "implantation géographique" avait été retenue car elle permettait de caractériser les établissements engagés dans l'expérimentation. Il s'agissait d'identifier si le fait d'être situé en zone urbaine ou en zone rurale pouvait influencer l'implantation du dispositif dans

⁴⁸⁰ Notes prises pendant la réunion du 20 mai 2015, document Inpes.

⁴⁸¹ Au lycée B, ABMA est inscrit en annexe du projet d'établissement du LGT, alors que c'est un axe du projet d'établissement du LP et ce sont des personnels du LP qui ont été désignés pour être référents. Au lycée H, le LP a été la porte d'entrée du dispositif, même si ensuite la réflexion sur le bien-être a concerné l'ensemble de la cité scolaire.

⁴⁸² Broussouloux, S. (2009).

l'établissement. Une des hypothèses de départ pouvait concerner une différence d'accès à des ressources externes et au niveau de partenariats.

⇒ L'évaluation fait apparaître que la localisation géographique des établissements influence la mise en pratique du dispositif ABMA. Cependant, celle-ci ne se situe pas tellement au niveau des ressources externes ou des partenariats. Elle intervient plutôt très concrètement dans la gestion des temps, dans la mesure où les horaires de certains établissements sont contraints par les heures de passage des cars scolaires. Par ailleurs, l'évaluation met également en exergue que la prise en compte de l'implantation géographique est corrélée à la politique d'affectation des élèves, en l'occurrence de la sectorisation. Les conséquences de cette dernière concernant les caractéristiques des élèves accueillis et les changements fréquents des personnels par exemple ne sont pas sans influencer l'implantation d'un dispositif comme ABMA.

6.2.2 Appréciation du niveau d'implantation du dispositif ABMA dans les établissements

L'adhésion du chef d'établissement

L'adhésion du chef d'établissement était un préalable obligatoire à l'inscription de l'établissement dans le dispositif ABMA. Aussi, ils ont au minimum donné leur accord de principe. L'analyse des études de cas fait apparaître que dans huit établissements sur onze, le chef d'établissement s'était impliqué directement dans l'implantation du dispositif.

Les référents ABMA précisent invariablement que l'adhésion et le soutien actif du chef d'établissement sont indispensables. Ce constat est fait même dans les établissements où un autre personnel de direction - le principal adjoint en l'occurrence - s'est impliqué. Ces constats rejoignent les résultats déjà obtenus par d'autres études sur l'importance du soutien du chef d'établissement dans l'instauration d'une démarche de promotion de la santé⁴⁸³.

"L'adhésion du chef d'établissement" fait partie des variables qui permettent de qualifier le niveau d'implantation du dispositif ABMA. Elle a été retenue car les études sur le sujet témoignent de l'importance de cette 'adhésion "au sommet de la hiérarchie" dans l'implantation d'une démarche de promotion de la santé dans un établissement scolaire⁴⁸⁴⁴⁸⁵.

⁴⁸³ Dadaczinski, K. *et al.* (2013).

⁴⁸⁴ Désy, M. (2009).

⁴⁸⁵ Simard, C., § Deschenes, M.. (2011).

⇒ Les études de cas montrent aussi que cette adhésion est nécessaire mais pas suffisante. Il faut en plus qu'elle se double d'une implication des équipes chargées du projet. De plus, l'implication forte du chef ne doit pas "confisquer" la responsabilité du projet à l'ensemble de l'équipe qui doit aussi pouvoir se l'approprier. Parmi les établissements inclus dans le protocole d'évaluation, nous avons pu rencontrer deux situations extrêmes : d'une part, la situation dans laquelle le chef d'établissement avait adhéré au dispositif, puis ne s'était plus du tout manifesté, laissant les référents de l'établissement conduire seuls le projet; d'autre part, la situation dans laquelle les référents ABMA avaient pu avoir l'impression que le dispositif était d'abord celui du chef d'établissement. Ils éprouvaient alors des difficultés à se sentir légitimes pour agir dans l'établissement en tant que référents ABMA.

L'implication du chef d'établissement s'est révélée être un atout primordial pour l'implantation d'ABMA dans les établissements, si bien que son départ peut conduire à fragiliser voire à stopper la dynamique enclenchée. En trois ans d'expérimentation, nous avons dû faire face à cinq changements de principal parmi les neuf collèges pilotes. Cette situation n'a rien d'exceptionnel quand on sait que la mobilité est intrinsèquement liée aux fonctions de direction⁴⁸⁶. En revanche, le fait d'être confronté à cette réalité de façon récurrente dans le cadre d'une recherche interventionnelle nous a conduit à intégrer la mutation du chef d'établissement dans l'élaboration du dispositif et nous a amené à réfléchir spécifiquement sur ce qui devait être mis en place pour favoriser la poursuite de l'implantation du dispositif en dépit des changements de personnels. En ce qui concerne l'expérimentation, sur les cinq mutations auxquelles nous avons été confrontés, trois ont fortement fragilisé la poursuite de l'expérimentation et vont probablement conduire à l'arrêt du dispositif à la rentrée 2015/2016, deux n'ont pas eu d'incidence négative sur la poursuite des projets menés au titre d'ABMA.

L'identification des référents ABMA dans les établissements

Un autre préalable à l'inscription d'un établissement dans l'expérimentation du dispositif ABMA était la désignation d'au moins deux référents par le chef d'établissement. Cette fonction avait été décrite et présentée aux établissements dans le document "Feuille de route pour la mise en route du dispositif « Aller bien pour mieux apprendre »" en ces termes :

"Pour fonctionner, l'équipe projet a besoin d'être animée par un référent. Afin d'assurer la continuité du projet, il est utile dès le départ de désigner deux suppléants.

⁴⁸⁶ Les personnels de direction ne peuvent pas rester plus de neuf ans sur un même poste. À partir de la septième année consécutive dans le même établissement, ils doivent participer au mouvement.
www.education.gouv.fr/cid49878/mobilite-carriere-des-personnels-de-direction.html

Le fait de prévoir trois personnes permet de s'assurer que l'établissement sera toujours représenté, par au moins une personne, lors des formations ou des réunions organisées dans le cadre du dispositif.

Rôle du référent et des suppléants :

- *animer l'équipe projet;*
- *participer aux formations sur le dispositif ABMA;*
- *participer aux réunions du réseau d'écoles et d'établissements engagés dans le dispositif;*
- *transmettre à l'équipe projet les informations reçues lors des formations ou des réunions;*
- *communiquer régulièrement au sein de l'établissement sur l'avancée du projet;*
- *être en lien régulier avec le chef d'établissement ou le directeur d'école."⁴⁸⁷*

Dans la totalité des établissements engagés dans l'expérimentation, deux référents ont été identifiés et désignés par le chef d'établissement. Dans les faits, la distinction prévue entre les « référents » et les « suppléants » s'est avérée inopérante et totalement artificielle. De même, à sa conception le dispositif prévoyait que les journées de formation concerneraient prioritairement un seul des référents de l'établissement, charge à lui de transmettre aux autres membres de l'équipe le contenu de la formation. L'examen des feuilles d'émargement⁴⁸⁸ de ces journées indique que les deux référents se sont rendus à ces journées, parfois accompagnés du chef d'établissement.

Dans les établissements dans lesquels des projets⁴⁸⁹ ont été développés au titre d'ABMA, le ou les référents en ont bien été les pilotes et ont travaillé en équipe avec d'autres personnels de la communauté éducative.

En raison des nombreux changements de chefs d'établissement au cours des trois années de l'expérimentation, il n'est pas possible de déterminer le nombre d'établissement dans lesquels les référents ABMA étaient en relation régulière avec leur chef, et le nombre dans lesquels ce lien était plus distendu, voire inexistant. En effet, plusieurs établissements sont passés d'une situation à l'autre selon le chef d'établissement en poste. En revanche, il est possible de déterminer plusieurs types de situations:

⁴⁸⁷ Feuille de route pour le lancement du dispositif "Aller bien pour mieux apprendre", document Inpes cf. tome 2, annexe n°1.

⁴⁸⁸ Document Inpes.

⁴⁸⁹ La phase de diagnostic et la réalisation de ce dernier peut être considéré dans certains établissements comme un projet à part entière. Ils ont pu être animés et pilotés par le ou les référent(s).

- ✓ Les référents ABMA sont régulièrement en lien avec le chef d'établissement. Le plus souvent, ils se rendent ensemble aux journées de rassemblement. Les rencontres et discussion sur le projet peuvent être informelles entre deux portes ou autour de la machine à café. Dans cette situation, le chef d'établissement se considère aussi comme référent ABMA;
- ✓ Les référents ABMA sont peu en relation avec le chef d'établissement à propos du dispositif. Parfois même, il n'y a aucune communication entre eux sur le sujet. Cette situation se rencontre quand le déploiement d'ABMA se réduit à son seul volet "projet" et que la dimension relative au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement n'est pas développée. Dans ce cas, le chef d'établissement a donné son adhésion mais ne s'implique pas dans le dispositif, comme s'il n'était pas concerné par son installation;
- ✓ Les référents ont peu de contacts avec le chef d'établissement au sujet d'ABMA et pourtant ce dernier est impliqué, quoiqu'il ne participe pas aux journées de formation. Ce sont les référents de l'établissement qui se rendent à ces formations et malgré cela, ils n'ont pas toujours le sentiment d'être légitimes dans leur rôle au sein de l'établissement. Tout se passe comme s'ils étaient référents ABMA à l'extérieur et non en interne, où le dispositif reste l'apanage du chef d'établissement. Les entretiens font d'ailleurs apparaître des représentations du déploiement du dispositif assez différentes entre ces deux parties prenantes.
- ✓ Enfin une situation qui n'avait pas été envisagée à la conception du dispositif : celle où un personnel de direction, en l'occurrence le principal adjoint est référent. Dans cette situation, le chef d'établissement reste plutôt en retrait du dispositif, ne participant à aucune rencontre que ce soit dans son établissement ou lors des journées de formation.

"L'identification des référents ABMA" fait partie des variables retenues pour mesurer le niveau d'implantation du dispositif ABMA dans un établissement. Pour intégrer cette variable au protocole d'évaluation nous nous sommes inspirés des exemples étrangers de démarche de promotion de la santé en milieu scolaire qui intégraient cette fonction de leadership dans leur dispositif⁴⁹⁰. Dans ces exemples la fonction de référent permet de piloter et de coordonner les projets de promotion de la santé. Ils assurent aussi une fonction d'animation d'équipe.

⁴⁹⁰ Désy, M. (2009) ; Simard, § Deschenes, M. (2011) ; California State board of education (2003) p. 35; Centers for Disease Control and Prevention (2007), HECAT Chapter 1: General Instructions.

⇒ Les situations décrites dans les études de cas de chacun des onze établissements⁴⁹¹ montrent qu'il est effectivement indispensable d'identifier des référents pour implanter un tel dispositif. Toutefois cette désignation en soi n'est pas suffisante, pas plus que la participation des référents aux journées de rassemblement. Les données qualitatives précisent que l'aspect prédominant concernant cette variable est la capacité d'impulsion d'une dynamique de promotion de la santé auprès des équipes. Or celle-ci passe nécessairement par le sentiment de légitimité du référent dans cette fonction. Sans cette reconnaissance auprès des collègues, le référent n'est pas pleinement acteur de l'implantation du dispositif dans l'établissement. Seul le chef d'établissement peut véritablement conférer cette assise au référent ABMA. Aussi, la question n'est pas tant de savoir si le référent ABMA est "*régulièrement en lien avec le chef d'établissement ou le directeur d'école*"⁴⁹², mais bien plutôt de comprendre comment s'articule les rôles de chacun dans le dispositif. Dans les établissements qui ont su implanter ABMA de façon positive et efficace, on constate qu'il existe une complémentarité entre les rôles respectifs du chef d'établissement et du référent ABMA. Le chef d'établissement pilote véritablement le dispositif en précisant les objectifs à atteindre et en impulsant une dynamique autour du bien-être et/ou de la promotion de la santé. Dans le même temps, il délègue une partie de la mise en œuvre aux référents qui ont toute légitimité pour le faire. Ce point fait directement écho à la manière dont l'établissement est dirigé. Aussi, on peut dire que l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé du type d'ABMA est en partie tributaire du style de management du chef d'établissement. C'est en grande partie cet élément qui fait que leurs mutations fragilisent autant la pérennisation de ce type de démarche.

Le choix de déterminer qui pouvait être référent ABMA était laissé à l'entière discrétion des équipes des établissements. L'évaluation fait apparaître que dans dix établissements sur onze, l'infirmier est désigné pour être référent ABMA. Ensuite, ont été identifiés comme référents ABMA à part égale : les CPE, les enseignants et les personnels de direction⁴⁹³. Le binôme CPE/infirmier est le plus rencontré (4/11). Il n'est pas surprenant que les infirmiers soient spontanément et majoritairement identifiés comme référents ABMA puisqu'il s'agit d'un dispositif de promotion de la **santé**. Santé qui continue souvent d'être appréhendée par les chefs d'établissement comme étant d'abord du ressort des infirmiers⁴⁹⁴. Pourtant, les domaines qui permettent de promouvoir la santé dans un établissement sont en partie du

⁴⁹¹ Cf. infra troisième partie, chapitre 6, sous-partie 6.1.

⁴⁹² Cf. tome 2, annexe n°1.

⁴⁹³ Le principal adjoint dans la plupart des cas, sauf dans un établissement de petite taille où le principal fait également office de référent ABMA suite à une mutation du CPE.

⁴⁹⁴ Ce point est à mettre en relation avec les débats sur le nom du dispositif et la volonté de ne pas faire apparaître le terme « santé » pour ne pas cantonner le dispositif à l'infirmerie... cf. infra 2^e partie 2, chapitre 4.

ressort de la vie scolaire⁴⁹⁵, et le binôme CPE/ infirmier est un de ceux qui est apparu comme le plus complémentaire.

Dans la très grande majorité des établissements évalués, une question récurrente est celle de l'implication des enseignants dans les projets et dans la dynamique créée autour du bien-être. À ce titre, le fait qu'un enseignant puisse être référent ABMA a été perçu comme susceptible d'impliquer plus largement d'autres enseignants. Pourtant, cela ne s'est pas révélé suffisant dans les établissements pilotes où un enseignant était référent.

Comment fonctionne les équipes ABMA dans les établissements ?

L'existence d'une équipe ABMA au sein des établissements pilotes avait été définie dès la conception du dispositif. Dans le document "Feuille de route pour la mise en œuvre du dispositif « Aller bien pour mieux apprendre »"⁴⁹⁶, sa constitution est prévue à la deuxième étape et justifiée par le fait qu'"un projet ne peut exister que s'il est porté par un groupe de personnes : c'est l'équipe projet. Pour fonctionner l'équipe projet a besoin d'être animée par un référent."⁴⁹⁷

Dans la présentation du dispositif, la constitution de l'équipe projet ABMA demande la nomination de référents qui ont pour rôle "d'animer l'équipe projet."⁴⁹⁸ Or, si tous les chefs d'établissements ont identifiés et désignés des référents ABMA, la mise en place de l'équipe spécifique n'est pas systématique et homogène au sein des établissements pilotes. Dans le cadre de l'évaluation, nous nous sommes intéressés à l'existence des équipes ABMA et à leur fonctionnement. Une équipe ABMA active peut être définie par les critères suivants :

- ✓ l'existence de l'équipe ABMA est affirmée par les personnes qui la constituent ;
- ✓ l'équipe se réunit régulièrement (au moins deux à trois fois dans l'année) ;
- ✓ les réunions donnent lieu au mieux à des comptes-rendus spécifiques, au minimum à un document écrit relatif au(x) projet(s) en cours.

Concernant l'existence d'une équipe ABMA, l'étude approfondie de la situation de chacun des établissements fait apparaître que cinq établissements n'en ont pas, alors qu'elle est identifiée dans les six autres.

Concernant le fonctionnement des équipes ABMA, l'évaluation permet de distinguer différentes situations :

⁴⁹⁵ Gestion du temps, des espaces, qualité des relations interpersonnelles, mais aussi sentiment de sécurité avec la surveillance des locaux et le respect du règlement intérieur.

⁴⁹⁶ Cf., tome 2, annexe n°1.

⁴⁹⁷ Document Feuille de route, cf. tome 2, annexe n°..

⁴⁹⁸ Document Feuille de route, cf. tome 2, annexe n°1.

- ✓ Parmi les cinq établissements pour lesquels il n'est pas possible d'identifier une équipe ABMA :
 - dans le collège A, ABMA est assimilé à un projet précis. Pour la mise en place de ce projet dans le collège, il existe une équipe ad'hoc qui se réunit régulièrement et produit des écrits relatifs au projet. Cependant cette équipe ne se perçoit pas comme estampillée ABMA même si les pilotes sont aussi référents ABMA;
 - dans le lycée B, les référents ABMA n'ont pas nécessairement le sentiment d'être légitimes pour soutenir cette dynamique qui leur paraît plus être du ressort du proviseur ;
 - dans le collège C, la préoccupation concernant le bien-être est intégrée au fonctionnement global de l'établissement, si bien que l'existence même d'une équipe projet ABMA est sans objet ;
 - dans le lycée H, le proviseur préfère prendre du temps pour constituer l'équipe ABMA;
 - Le collège K a quitté le dispositif après une année d'expérimentation. Même si plusieurs discussions avaient eu lieu entre les référents ABMA au sujet de la direction à donner au projet, celles-ci ne s'inscrivaient pas pour autant dans le cadre d'une équipe dûment constituée.
- ✓ Parmi les six établissements pour lesquels il est possible d'identifier une équipe ABMA :
 - dans le collège D, l'équipe ABMA se compose des deux référents et du principal. Elle se réunit de façon informelle et l'objet des réunions est le plus souvent de mettre au point une stratégie pour infléchir les projets existants dans le sens de la démarche ABMA;
 - dans le collège E, l'équipe ABMA fonctionne avec un noyau dur constitué du principal et des référents et d'une équipe élargie quand il s'agit de réaliser des projets;
 - dans le collège F, ABMA est assimilé à un projet et l'équipe ABMA est la même que l'équipe du projet en question. Mais contrairement à la situation du collège A, le projet a été conçu dans le cadre d'ABMA, donc les réunions sont bien celles de l'équipe du projet ABMA. Les référents ABMA animent l'équipe. Ce fonctionnement est officiel au sein du collège;

- dans le collège G, l'équipe ABMA est celle du CESC. Les pilotes en sont les référents;
- dans le collège J, une équipe ABMA est clairement identifiée, les réunions sont régulières et donnent lieu à des comptes-rendus qui sont diffusés largement auprès des équipes et du référent départemental. Les référents ABMA animent et pilotent ces réunions.

L'existence d'une équipe ABMA active fait partie des variables retenues pour mesurer le niveau d'implantation du dispositif ABMA dans un établissement. Pour intégrer cette variable au protocole d'évaluation nous nous sommes inspirés des exemples étrangers de démarche de promotion de la santé en milieu scolaire qui reposaient sur un fonctionnement en "mode projet". Dans ces exemples, l'équipe projet a pour fonction d'entretenir une dynamique de promotion de la santé dans l'établissement en coordonnant les différents projets mis au point.

⇒ L'existence et les modalités de fonctionnement de l'équipe ABMA sont révélatrices de la place qui est faite au dispositif dans l'établissement et corolairement de son degré d'implantation. Le fonctionnement de l'équipe ABMA est étroitement lié à la posture du référent dans l'établissement, à son sentiment de légitimité pour remplir une fonction d'animation d'équipe, ainsi qu'à la nature des relations entretenues avec l'équipe de direction (style managérial de l'équipe de direction). Ce fonctionnement est également dépendant de la communication qui est faite sur ABMA dans l'établissement.

Sur la durée, il apparaît que l'existence d'une équipe ABMA dont les membres se reconnaissent en tant que tels, qui est reconnue pour ce qu'elle est dans l'établissement et qui produit des écrits (qu'il s'agisse de comptes-rendus de réunion ou de la rédaction d'un projet ou d'un bilan) est un appui déterminant pour pérenniser le dispositif dans l'établissement et surmonter les remises en question possibles induites par les mutations fréquentes des personnels.

Si la constitution d'une équipe ABMA active participe à l'inscription dans la durée du dispositif, cette modalité de fonctionnement peut aussi avoir un effet réducteur. Elle peut restreindre le dispositif à sa dimension "projet" et freiner le développement de sa dimension relative à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement. Le risque est alors de circonscrire la question du bien-être à une équipe projet et de la déconnecter du reste de la vie de l'établissement.

Alors que la notion de référent et d'équipe projet se retrouve fréquemment dans la littérature sur les écoles promotrices de santé, dans la pratique cette modalité apparemment rationnelle et séduisante peut s'avérer réductrice. Elle trouve sa limite au regard de la complexité et de la

nature protéiforme de la promotion de la santé en milieu scolaire. L'évaluation a fait apparaître que dans certains établissements où le dispositif ABMA avait été restreint à un projet, après deux à trois ans d'expérimentation, les équipes commençaient à se rendre compte de l'aspect réducteur de ce fonctionnement et envisageaient d'intégrer la "philosophie" d'ABMA dans les instances et réunions portant sur l'organisation de l'établissement.

La recherche interventionnelle implique de fréquents allers et retours entre l'élaboration du dispositif et les données, même partielles, de l'évaluation. L'analyse du fonctionnement des équipes ABMA nous a conduits à être beaucoup plus explicites dans la présentation qui était faite du dispositif ABMA auprès des nouveaux établissements. Les deux volets d'ABMA, organisationnel et projet, sont désormais mieux distingués l'un de l'autre.

Quelle communication sur ABMA dans les établissements ?

La première étape du document « Feuille de route pour la mise en œuvre du dispositif "Aller bien pour mieux apprendre" » consiste en une présentation du projet ABMA⁴⁹⁹ décrite de la façon suivante :

*"Communiquer sur le projet ABMA en direction de l'ensemble des personnels de l'établissement, des élèves et des parents, permet de favoriser l'adhésion de tous et plus tard facilitera la mise en œuvre des interventions."*⁵⁰⁰

L'étape 7 du même document est consacrée à la « communication et valorisation du projet »⁵⁰¹. Il y est fortement suggéré de communiquer régulièrement sur l'avancée du projet à l'ensemble de la communauté éducative pour favoriser une mobilisation la plus large possible. Schématiquement, la communication sur le dispositif ABMA dans les établissements pilotes a pu prendre les formes suivantes :

- ✓ une présentation à l'ensemble des personnels, dans le cadre d'une assemblée générale par exemple ;
- ✓ une communication plus institutionnelle par le biais d'une inscription au projet d'établissement ou par une présentation au conseil d'administration ;
- ✓ une inscription dans les actions du CESC.

Six établissements ont présenté ABMA à l'ensemble des personnels, quatre l'ont inscrit dans le projet d'établissement et trois vont le faire dans le cadre de sa réécriture. Quatre établissements ont fait les deux.

⁴⁹⁹ Cf. tome 2, annexe n°1.

⁵⁰⁰ Cf. tome 2, annexe n°1.

⁵⁰¹ Cf. tome 2, annexe n°1.

Trois établissements ont présenté ABMA au CESC et ont intégré le dispositif comme étant un projet du CESC. D'autres établissements ont pu établir un lien entre le CESC et ABMA dans le sens où des actions du CESC sont perçues comme des "actions ABMA", mais sans qu'une communication spécifique ne soit faite dans ce cadre.

Un seul établissement n'a pas communiqué sur le dispositif en interne.

La variable "communication sur ABMA" avait été retenue pour mesurer le niveau d'implantation du dispositif dans l'établissement. L'hypothèse de départ étant qu'une communication sur le dispositif à l'ensemble de la communauté éducative favoriserait son implantation et faciliterait la mise en œuvre des projets.

⇒ L'évaluation confirme que communiquer sur le dispositif fait partie du processus d'implantation. Cependant, l'étude des situations de chaque établissement apporte des précisions sur les modalités de cette communication.

La communication institutionnelle (conseil d'administration, projet d'établissement, etc.) est peu porteuse et ne permet pas de fédérer à elle seule les équipes autour de la démarche. Même si les chefs d'établissement interrogés affirment dans leur ensemble que c'est un bon moyen pour pérenniser un dispositif, dans les faits, les changements successifs de chefs d'établissement ont montré que cette solution n'était pas infaillible.

La présentation générale à l'ensemble des personnels semble encore le moyen le plus approprié pour faire connaître le dispositif. Toutefois, les deux premières années cette communication était laissée au chef d'établissement et aux référents, sans aucun support pour venir étayer leurs propos. Lors des journées de formation, les référents des établissements et les chefs d'établissement ont demandé à l'équipe de suivi d'ABMA d'élaborer des supports de communication pour les aider à communiquer auprès de leurs équipes. Aussi en cours d'expérimentation deux documents ont été réalisés et soumis aux équipes pour avis. Il s'agit d'un dépliant de présentation et d'un diaporama intitulé "Le b.a. ba d'ABMA". Les équipes des établissements ont également sollicité les référents départementaux pour que ce soit eux qui viennent présenter le dispositif à l'ensemble des personnels. Cette modalité de communication sur le dispositif a été inaugurée au début de la troisième année d'expérimentation et est reconduite pour la quatrième rentrée. Il s'avère que cela permet d'échapper un peu à la "personnalisation" du dispositif, et contribue à une meilleure appropriation par le reste de l'équipe.

Lors des différentes présentations qui ont pu être faites quelques difficultés sont apparues :

- ✓ même si le dispositif est globalement bien accueilli et que sa philosophie générale suscite généralement l'adhésion, ceci n'est pas systématique. Certaines remarques un peu ironiques ont pu fuser de-ci de-là dans certaines réunions.
- ✓ ABMA est un dispositif qui concerne **l'ensemble** de la communauté éducative, il s'agit donc bien de se préoccuper du bien-être de tous élèves **et** personnels. Ce dernier point peut être difficile à aborder dans certains établissements parce que cela oblige à interroger certaines habitudes, à modifier des schémas relationnels⁵⁰².

Réalisation de la phase d'analyse

Les équipes des établissements volontaires pour expérimenter le dispositif ABMA étaient fortement incitées à réaliser un diagnostic dès la première année. Celui-ci est décrit de la façon suivante dans le document "Feuille de route pour la mise en œuvre du dispositif "Aller bien pour mieux apprendre"⁵⁰³ :

"L'analyse de la situation consiste à recueillir un ensemble de données et d'informations sur le fonctionnement et la vie de l'établissement. Réaliser une analyse de la situation avant de démarrer les interventions permet d'être au plus près des besoins réels des élèves et des personnels."⁵⁰⁴

Concernant la manière de réaliser cette phase d'analyse, aucune consigne particulière n'avait été donnée aux équipes des établissements. Il leur avait seulement été suggéré de s'appuyer sur les données existantes telles que les différents comptes-rendus (du CESC, du CA, du CVL par exemple), les différents bilans comme ceux réalisés par les infirmiers ou les CPE, etc. À la fin de la première année un document complémentaire a été rédigé qui présentait succinctement différentes méthodes de recueil de données comme le questionnaire, l'observation ou encore le focus groupe.

Cinq établissements avaient réalisé un diagnostic avant de rejoindre le dispositif ABMA. Cinq autres ont mené cette phase d'analyse lors de leur première année dans le dispositif. Un seul l'a réalisé à la fin de la deuxième année d'expérimentation.

La proportion importante d'établissements ayant réalisé un diagnostic avant de rejoindre le dispositif s'explique en partie parce qu'en début d'expérimentation ceux-ci avaient été plus ou

⁵⁰² Un cas extrême a été rencontré pour un établissement entré en troisième année et n'étant pas inclus dans l'évaluation, certains personnels ont pu aller jusqu'à détourner le dispositif et l'utiliser pour porter des revendications sur leur bien-être au travail qui allait pour le coup à l'encontre du bien-être des élèves (emploi du temps contreproductif pour les élèves, exclusion de cours systématiques de tout élève un tant soit peu "perturbateur"...).

⁵⁰³ Cf. tome 2, annexe n°1.

⁵⁰⁴ Cf. tome 2, annexe n°1.

moins "cooptés" par les référents départementaux. Ils avaient été choisis en partie parce que le référent départemental avait connaissance d'une dynamique interne à l'établissement. Au fur et à mesure que les années passent, cette proportion se réduit considérablement. À l'occasion de la quatrième rentrée scolaire du dispositif, tous les nouveaux établissements vont réaliser leur diagnostic au cours de la première année.

Tableau n°11 : Récapitulatif de la réalisation de la phase d'analyse par les établissements pilotes :

Quand	Qui	Comment
Avant	A	En équipe, au cours de discussions entre différents personnels, regards croisés sur les élèves.
	D	Par un principal adjoint stagiaire, dans le cadre du CESC.
	G	Diagnoform MGEN et analyses statistiques réalisées par l'infirmier.
	H	Discussions en équipe.
	K	Diagnoform MGEN.
1 ^{re} année	B	À partir des documents ABMA, organisation de réunions de groupes, phase d'analyse pilotée par un stagiaire.
	C	En équipe, piloté par le principal.
	E	Par l'équipe ABMA, création de leur propre questionnaire pour les élèves et en assemblée générale pour les personnels.
	F	Dans le cadre du CESC, regards croisés des différents personnels sur les élèves et les relations au sein de l'établissement.
	J	Piloté par l'équipe ABMA avec l'appui d'autres personnels, réalisation de leur propre outil diagnostique le "Transparole" auprès des élèves et des personnels.
2 ^e année	I	Piloté par les référents ABMA, adaptation du "Transparole" élaboré par l'établissement J.

Légende : La colonne « quand » précise la période de réalisation du diagnostic ; la colonne « qui » renvoie aux établissements.

La variable "réalisation de la phase d'analyse" a été retenue pour mesurer le niveau d'implantation du dispositif ABMA dans l'établissement. C'est une étape pivot de la méthodologie de projet puisque c'est à partir de ses résultats que s'effectuent la priorisation et la planification des actions.

⇒ L'évaluation confirme que la phase d'analyse de la situation occupe une place centrale dans le processus d'implantation du dispositif ABMA. On observe que sa réalisation sert souvent de point d'appui à une présentation générale du dispositif à l'ensemble des personnels et permet d'introduire une préoccupation sur le bien-être dans l'établissement. C'est

une bonne porte d'entrée pour implanter un dispositif tel qu'ABMA car cela permet de commencer par quelque chose de concret dont les résultats sont assez rapides à obtenir. C'est pourquoi au cours des trois années de l'expérimentation le discours de l'équipe de pilotage d'ABMA a évolué concernant la réalisation de cette phase. L'incitation faite auprès des établissements pour la réaliser est plus insistante, et cela s'est traduit par une évolution du contenu des journées de rassemblement des référents ABMA. Désormais, la réalisation de la phase d'analyse est systématiquement inscrite à l'ordre du jour de la première journée de rassemblement de l'année. À l'issue de la première année d'expérimentation, les référents des établissements ont fait remonter qu'ils avaient besoin d'être épaulés pour réaliser ce diagnostic, qu'ils étaient en demande d'outils pratiques et concrets. Lors de la deuxième année d'expérimentation un collègue a présenté la méthode que l'équipe avait élaborée pour réaliser son diagnostic. Il s'agissait d'une seule question posée par niveau de classe à l'ensemble des élèves et aux personnels⁵⁰⁵. Cette méthode assez simple d'utilisation a été présentée aux autres référents ABMA à partir de la deuxième journée de rassemblement de la deuxième année ainsi que lors des visites d'établissements. Plusieurs établissements se sont inspirés de cette modalité de diagnostic et l'ont adaptée⁵⁰⁶.

Si la phase d'analyse de la situation est centrale, sa mise en œuvre doit être très simple et réalisable par les ressources internes de l'établissement. On s'aperçoit que dans les établissements où cette phase a été la plus opérante, elle a pu être réalisée (recueil des données, analyse, piste d'actions) dans un temps assez court.

L'évaluation de l'implantation d'ABMA montre qu'il peut y avoir un fossé entre les théories de santé publique et des sciences humaines relatives à la réalisation d'une étape d'analyse de la situation et la réalité de terrain. La pratique met en évidence que ce qui prime n'est ni l'exhaustivité ni la fiabilité de la méthode employée, mais bien sa souplesse et sa facilité d'utilisation.

Les actions ont-elles été priorisées ? Les actions ont-elles été planifiées ?

Dans le document "Feuille de route pour la mise œuvre du dispositif "aller bien pour mieux apprendre"⁵⁰⁷, les variables "priorisation des actions" et "planification du projet" se rapportent aux étapes 4 "définition des priorités d'actions à partir de l'analyse de la situation", 5 "planification des projets" et 8 "phase de bilan et de réajustement du projet".

⁵⁰⁵ Cf. infra, troisième partie, chapitre 6.1, sous-chapitre 6.1.10, établissement J.

⁵⁰⁶ Un établissement faisant partie du protocole d'évaluation et quatre établissements arrivés à partir de la troisième année d'expérimentation.

⁵⁰⁷ Document feuille de route, p. 5, 6 et 10, cf. infra tome 2, annexe n°1.

La description de ces deux variables est complexe car il n'est pas possible de distinguer avec précision ce qui est du ressort du fonctionnement habituel de l'établissement en matière de réalisation de projets, de ce qui a pu être enclenché par l'implantation du dispositif ABMA.

Arbitrairement, j'ai décidé de ne présenter ici que la situation des établissements qui avaient réalisé la phase d'analyse de la situation pendant leur première année d'expérimentation⁵⁰⁸. C'est une façon de ne prendre en compte que les établissements qui ont adopté la démarche de méthodologie de projet depuis son étape initiale. Dans les collèges C et J, la priorisation des actions et leur réajustement sont permanents et ils tiennent compte des résultats des projets mis à exécution. Pour l'établissement J, la réalisation du diagnostic est annuelle. Dans les collèges E et F, la priorisation des actions est bien liée aux résultats de la phase d'analyse de la situation. Dans ces deux établissements, les actions ont pris un peu de temps à se mettre en place. Dans le cas de l'établissement E, cela est en partie dû à des changements de personnels, pour l'établissement F, c'est moins le changement de principal que le projet initial qui était très ambitieux et qui a dû être réaménagé pour être plus réaliste. Dans le lycée B, la réalisation de la phase d'analyse de la situation a permis de définir un des axes du projet d'établissement du LP.

Ces variables avaient été retenues pour mesurer la qualité d'implantation du dispositif dans les établissements. L'hypothèse de départ était que le suivi des étapes de la méthodologie de projet serait un gage de la qualité des actions ABMA.

⇒ L'analyse détaillée de la situation de chacun des établissements fait apparaître que ces variables ne sont pas très pertinentes pour évaluer la qualité des actions ABMA puisque globalement les actions et projets (qu'il s'agisse, ou non, des actions ABMA) suivent à peu près les étapes de la démarche de projet, surtout en termes de planification.

Cependant, deux difficultés sont ressorties durant l'expérimentation. La première réside dans l'étape qui consiste à passer des résultats de la phase d'analyse de la situation à la priorisation des projets. Cette étape peut se révéler problématique en raison :

- ✓ d'un diagnostic peu approprié, qui ne prend pas suffisamment en compte les éléments relevant de la vie de l'établissement, les représentations que peuvent en avoir les élèves et les personnels, et dont les résultats ne permettent pas de dégager des pistes d'action réalisables en contexte scolaire⁵⁰⁹;

⁵⁰⁸ Par souci de "respect" de la méthodologie de projet.

⁵⁰⁹ Par exemple certains établissements ont fait des diagnostics qui portaient en partie sur les habitudes de vie des élèves (alimentation, sommeil, etc.) en dehors de l'établissement. Même si la qualité du sommeil des élèves a un effet sur la qualité des relations au sein de l'établissement (tensions, énervements...) il est difficile pour l'équipe

- ✓ d'une difficulté à déterminer le périmètre de l'action, ou du projet, et son degré de réalisme. Même si la présentation d'une méthode pour rédiger des objectifs réalistes et réalisables⁵¹⁰ a été régulièrement mise à l'ordre du jour des journées de formation des référents ABMA des établissements, aucun ne l'a utilisée ;
- ✓ de la possibilité de réunir les personnes décisionnaires pour convenir des actions à entreprendre. Ce point est à relier avec l'analyse qui a été faite de la posture du chef d'établissement, de son implication concernant l'implantation d'ABMA et de sa relation avec les référents ABMA.

Sur le plan méthodologique, la deuxième difficulté rencontrée concerne la phase de bilan des actions et des projets. Dans des établissements qui mènent déjà de nombreux projets, trouver des personnes disponibles pour démarrer de nouvelles actions a pu représenter une difficulté pour implanter le dispositif ABMA. Il apparaît que les actions peuvent être reconduites d'une année sur l'autre sans qu'il n'y ait de bilan de leurs effets ou encore de réajustement par rapport à un contexte (élèves, personnels, environnement) qui pouvait avoir changé depuis leur démarrage. Cela crée une sorte d'accumulation d'actions et de projets en tuyaux d'orgue et sans cohérence globale. Les établissements qui ont implantés ABMA de la façon la plus aboutie ont tous pour caractéristiques d'intégrer une phase régulière de bilan et de réajustement des actions et des projets dans le fonctionnement du dispositif et/ou au niveau même de la régulation de l'établissement. Une des gênes à l'implantation du dispositif ABMA a été un fonctionnement d'établissement routinier. ABMA implique un questionnement des évidences, une remise en cause des habitudes ou pour le moins la nécessité de les justifier à nouveau.

Les documents ABMA ont-ils été utilisés par les équipes des établissements ?

Un certain nombre de documents⁵¹¹ ont été élaborés l'année précédant l'expérimentation et complétés les années suivantes. Ils sont avant tout destinés aux référents des établissements en vue d'accompagner l'implantation du dispositif.

Les référents départementaux ont transmis, le plus souvent sous format électronique, les documents aux chefs d'établissement, charge à ces derniers de les diffuser auprès des référents

d'un établissement scolaire d'agir dans ce domaine en dehors de séances ponctuelles d'information en direction des élèves et des parents.

⁵¹⁰ Objectif SMART (spécifique, mesurable, ambitieux, réaliste et situé dans le temps) in Broussouloux, S. § Houzelle, N. (2006), p 48- 50.

⁵¹¹ Cf. infra deuxième partie, chapitre 5.2, tome 2 annexe n°1.

ABMA. Cette transmission est restée inégale d'un établissement à l'autre. Dans les établissements où le chef reste en retrait du dispositif, elle a souvent été inexistante.

Au début de la deuxième année d'expérimentation, un questionnaire a été passé auprès des référents des sept premiers établissements qui avaient rejoint le dispositif. Une des questions portait précisément sur l'utilisation de chacun des documents ABMA qui existaient alors⁵¹².

Quatorze questionnaires ont été remplis par les référents de six établissements, un ne l'a pas fait⁵¹³.

Tableau n°12 : Utilisation des documents ABMA par les référents des établissements

Utilisation / Document	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Argumentaire	8	4	2	
Feuille de route	8	4	2	
Phase d'analyse	5	7	2	
Méthodologie de projet	6	4	2	1
Total =	17	19	8	1

Légende : « Jamais » est la réponse la plus fréquemment citée pour trois documents sur quatre. L'utilisation des documents (addition des réponses aux items « Parfois », « Assez souvent » et « Très souvent ») est plus fréquente que leur non-utilisation avec vingt-huit réponses contre dix-sept. Toutefois cet usage reste très ponctuel puisque l'item qui obtient le score le plus élevé est « Parfois ».

La variable "utilisation des documents ABMA" avait été retenue pour mesurer le niveau d'implantation du dispositif ABMA dans les établissements pilotes.

➡ Les documents diffusés auprès des équipes des établissements les deux premières années n'étaient pas suffisamment adaptés à leurs besoins. Cette inadaptation diminue l'intérêt de l'analyse de cette variable puisque les documents ne correspondaient pas à l'objectif fixé.

Cependant, la mise à disposition de documents a été une demande exprimée de façon récurrente par les référents des établissements. Leurs attentes concernaient principalement les documents suivants :

⁵¹² Par la suite d'autres documents ont été créés. Le questionnaire n'a pas été reconduit les années suivantes.

⁵¹³ Il a été rempli sur place dans les établissements: A, B, C, G. Il a été rempli lors de la journée du 5/11/2013 dans les établissements: D, E. Il a été remis au nouveau principal de F et lui a été envoyé par courriel pour que son équipe le complète, mais il n'y pas eu de retour.

- ✓ Une présentation succincte du dispositif : un dépliant a ainsi été élaboré et finalisé avec le concours des référents des établissements à la fin de la deuxième année d'expérimentation. Il a été diffusé par courriel aux référents ;
- ✓ Un support pour la réalisation de la phase d'analyse de la situation : le document existant a été jugé par certains comme trop théorique. La rédaction d'un nouveau document a commencé en année 3. Finalisé en début d'année 4, il a été diffusé via les référents départementaux après la première journée de formation.

Sur la forme, il apparaît que les attentes portent sur des documents brefs et opérationnels qui permettent de donner des exemples concrets de ce qui a pu être fait dans les autres établissements.

En plus des documents papiers, qui restent indispensables, les référents des établissements ont souvent exprimé leur intérêt de pouvoir accéder à une plate-forme ressources ABMA sur Internet. En dépit de discussions autour de son contenu, ce chantier n'a pas été ouvert faute de moyen humain pour le mener à son terme.

Quelle a été la participation des équipes ABMA aux journées de formations ?

Les journées de rassemblement des référents ABMA font partie du dispositif. Elles sont conçues autant comme des journées de formation que comme des journées d'échange d'expériences entre les participants et sont financées dans le cadre du Plan académique de formation. Les référents départementaux, l'ICTR et moi-même en avons assuré l'animation.

Chaque année, trois journées de formation ont été organisées. La première année, les deux premières journées se sont déroulées à une semaine d'intervalle. L'intention était de présenter le dispositif aux référents puis de faire le point une semaine après sur la mise en place de la démarche dans leur établissement : Avaient-ils déjà constitué une équipe ? Avaient-ils présenté le dispositif à leurs collègues ?, etc. En réunion d'équipe de suivi ABMA, à la fin de cette première année, nous avons tiré le bilan de ces journées et nous nous sommes rendus compte qu'organiser deux réunions dans un délai aussi court n'était pas opportun. Les référents des établissements n'avaient pas le temps d'installer une dynamique en interne en si peu de temps. Comme à la rentrée suivante de nouveaux établissements avaient demandé à rejoindre l'expérimentation nous avons pris la décision de "*faire une seule journée de formation à la rentrée en organisant des sous-groupes pour les anciens et les nouveaux établissements. Puis de faire une nouvelle journée de formation en janvier uniquement pour*

les nouveaux. Et enfin une journée de réunion bilan en fin d'année pour tous les établissements."⁵¹⁴ Ce calendrier a été reconduit l'année suivante.⁵¹⁵

Les rencontres ont toutes eu lieu à Lyon, dans un établissement scolaire ou en proche banlieue dans un centre de formation.

Tableau n°13 : Effectifs des journées de rassemblement :

année	date	Etbs prévus	Etbs présents	%	Référents Prévus	Référents présents	%
A1	26/09/12	7	7	100 %	14	12	85 %
	3/10/12	7	6	85 %	14	12	85 %
	4/07/13	7	6	85 %	14	12	85 %
A2	5/11/13	11	11	100 %	20	19	95 %
	14/01/14*	4	3	75 %	8	5	62 %
	2/07/14**	11	5	46 %	20	6	30 %
A3	14/10/15	10 (19)***	8 (16)	80 % (84 %)	18 (35)	10 (25)	55 % (71 %)
	21/01/15*	(9)	(5)	(56 %)	(21)	(6)	(29 %)
	20/05/15	10 (19)	2 (11)	20 % (58 %)	9 (33)	2 (15)	22 % (46 %)

Légende :

* journée destinée aux nouveaux établissements entrant dans le dispositif. Pour la rencontre de 2015, les établissements inclus dans le corpus de l'évaluation ne sont pas concernés.

** journée initialement prévue le 11 juin, déplacée en raison des épreuves du baccalauréat. Comme les équipes des établissements avaient été prévenues relativement tardivement du changement de date, la décision a été prise de n'organiser la rencontre que sur une demi-journée.

*** les chiffres entre parenthèses indiquent l'effectif réel du nombre d'établissements participant à l'expérimentation, c'est à dire en tenant compte de ceux qui ne sont pas inclus dans le corpus de l'évaluation.

Les journées de formation situées en début d'année réunissent plus de participants que celles organisées en fin d'année. Cela s'explique d'une part parce qu'il est plus facile aux référents de se rendre disponibles au mois d'octobre, alors que les mois de mai, juin et juillet sont déjà occupés par les examens, les conseils de classe, les sorties de fin d'année, etc. D'autre part, les attentes des référents vis à vis de ces journées sont plus fortes en début d'année car elles permettent d'insuffler une dynamique autour du dispositif. À la fin de l'année, cet encouragement n'est pas nécessaire, quant à la phase de bilan, le cadre restreint de l'établissement est plus propice qu'en situation de groupe. Enfin, dernier point, les rassemblements de début d'année motivent plutôt les nouveaux établissements et ceux pour

⁵¹⁴ Notes extraites du compte-rendu de la réunion de suivi des référents ABMA du 11 juillet 2013, document Inpes

⁵¹⁵ En quatrième année, cette troisième journée a été abandonnée. Ne subsistent que les journées de début et de fin d'année.

lesquels le dispositif est passablement bien implanté. Les établissements dans lesquels on constate un essoufflement, une difficulté sont moins présents.

La variable "participation aux journées de formation" avait été retenue pour apprécier le niveau d'implantation du dispositif dans l'établissement.

⇒ Cette variable se révèle un assez bon indicateur du degré d'implication des référents des établissements dans le dispositif. Leur participation aux journées reflète aussi la qualité de l'inscription du dispositif dans l'établissement plus globalement. En effet, la participation à ces journées demande un investissement certain en temps⁵¹⁶, disponibilité que n'ont pas toujours les personnels des établissements scolaires. Les fluctuations de participation constatées au cours d'une année, et au fil des années, témoignent de ce que les référents ne se déplacent que s'ils voient un intérêt à ces rassemblements. Les absences des référents ont la plupart du temps⁵¹⁷ coïncidé avec un essoufflement de la dynamique d'implantation du dispositif dans l'établissement ou à un retrait de celui-ci.

Ces journées de rassemblement se sont pourtant montrées indispensables à l'implantation du dispositif. Elles fonctionnent à la fois comme des temps de formation sur la promotion de la santé en générale et sur le dispositif ABMA en particulier, et comme des temps d'échanges d'expériences entre référents.

Les référents des établissements ont fait part de leur souhait, tant dans ces journées que dans les entretiens, de pouvoir discuter avec d'autres équipes et/ou de connaître ce qui se faisait dans les autres établissements. Par exemple, la méthode d'analyse de la situation mise en place par l'établissement J⁵¹⁸ a pu être adoptée et adaptée par d'autres équipes parce qu'elles en ont eu connaissance lors de ces journées de rassemblement.

6.2.3 Caractéristiques des principales actions mises en œuvre

Présentation des actions ABMA

Les caractéristiques des actions ABMA ont été précisées dans la partie méthodologique⁵¹⁹. Pour rappel, celles-ci peuvent être de différentes natures : informative, éducative et pédagogique, ou organisationnelle ; et concerner les domaines suivants : la gestion du temps,

⁵¹⁶ Comme les rencontres sont à Lyon, pour certains participants, la durée du trajet n'est pas négligeable et implique de partir de son domicile relativement tôt.

⁵¹⁷ Certaines absences ont pu être dues à des impératifs personnels ou professionnels indépendants de l'investissement dans le dispositif ABMA. Toutefois, les référents en avaient au préalable informé le référent départemental.

⁵¹⁸ Cf. infra, troisième partie, chapitre 6.1, sous-partie 6.1.10 et présentation du collège J.

⁵¹⁹ Cf. infra deuxième partie, chapitre 4, sous-partie 4.2.2.

la gestion des espaces, les relations interpersonnelles, la communication, le développement des compétences psychosociales, le partenariat⁵²⁰.

Elles ont été présentées aux référents des établissements lors des journées de formation ainsi que dans les documents "Argumentaire" et "Feuille de route pour la mise en œuvre du dispositif "Aller bien pour mieux apprendre""⁵²¹ dans lequel elles sont décrites à l'étape 6 "mise en œuvre des projets".

Identification des actions ABMA mises en œuvre dans les établissements

Parmi les très nombreuses actions que les dix⁵²² établissements ont réalisé chaque année, nous avons cherché à retrouver celles qui étaient identifiées comme des actions « ABMA » par l'équipe de l'établissement.

Dans sept établissements, il est possible de mettre en exergue une ou deux actions emblématiques mises en œuvre au titre d'ABMA. Il s'agit du projet concernant l'hygiène de vie des collégiens du collège A, du projet de semestrialisation du collège D, des actions sur la restauration scolaire et de l'amélioration des relations interpersonnelles (médiation par les pairs) de l'établissement E, du projet sur le langage du collège F, de l'intervention sur le poids du cartable de l'établissement I, de l'action sur l'accueil des sixièmes du collège J, de la prise en compte du bien-être des personnels du lycée professionnel H.

Dans le lycée B, le dispositif ABMA a infléchi des actions et des projets existants.

Le collège C présente la particularité d'avoir réorganisé totalement son fonctionnement et ses projets dans le but d'améliorer le bien-être et le climat scolaire en prenant en compte les principes d'ABMA.

Dans le collège G, le dispositif ABMA s'est superposé au CESC.

La variable « caractéristiques des actions mises en œuvre par les équipes des établissements dans le cadre du dispositif ABMA » a été retenue pour évaluer le niveau d'implantation du dispositif dans l'établissement.

Nous avons fait l'hypothèse que les actions les plus fréquemment rencontrées en début d'expérimentation seraient des actions de nature informative et éducative, plus rarement pédagogique et organisationnelle. Une implantation « réussie » du dispositif ABMA dans un

⁵²⁰ Pour une illustration des différents types et domaines d'action ABMA on pourra se référer aux études de cas des établissements décrites au chapitre 6.1, en particulier la description de l'établissement C.

⁵²¹ Documents Argumentaire et Feuille de route. Cf. tome 2, annexe n°1.

⁵²² L'établissement K, qui s'est retiré de l'expérimentation au bout d'une année, n'a pas été inclus dans l'échantillon.

établissement aurait, entre autre, consisté en une augmentation du nombre d'actions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement.

⇒ Si l'on compare le récit de l'expérimentation d'ABMA écrit pour chacun des établissements⁵²³ et les actions recensées ci-dessus, il apparaît que chercher à définir une liste d'actions "ABMA" est soit très réducteur, soit trop long et donc quasiment impossible. En effet, même dans les établissements pour lesquels les équipes identifient clairement des actions "ABMA", les entretiens avec les référents mettent au jour des initiatives qui n'avaient pas été mentionnées comme telles dans les réunions, dans les rencontres avec les référents ou encore dans les questionnaires sur l'avancée du dispositif dans l'établissement. On peut citer en exemple le nouvel agencement de la salle des professeurs du collège G⁵²⁴ qui est une action ABMA de type organisation et renvoi aux domaines de la gestion des espaces et des relations interpersonnelles.

Mais le plus important est que dans la quasi-totalité des entretiens conduits auprès des référents ABMA est avant tout perçu comme un état d'esprit, *"une petite musique que l'on peut avoir dans la tête en arrière-plan"*⁵²⁵, *"une façon de traiter certains problèmes"*⁵²⁶, *"de changer la caméra de place et puis donc d'arriver à voir les choses autrement"*⁵²⁷. Dès lors la question de l'identification des actions ABMA ne se pose plus de la même façon. Le dispositif n'est plus le prétexte à la mise en place de nouvelles actions ou d'actions spécifiques mais sert de liant aux actions existantes pour leur donner une cohérence sous l'égide d'un objectif fédérateur, le bien-être, l'amélioration du climat scolaire, de la qualité de vie. *"Je dirais que le dispositif ABMA permet d'avoir cette question un peu en arrière-plan et de nous aider à la diffuser dans les différentes instances et questionnements que l'on peut aborder dans d'autres lieux."*⁵²⁸. *"Le gros avantage pour moi, c'est d'avoir pu faire le lien entre différentes actions qui se menaient au sein de l'établissement et qui a permis de donner une cohérence."*⁵²⁹ *"Cette manière d'aborder les choses, c'est un nouveau regard, c'est loin d'être acquis par tout le monde au sein des établissements et que ça demande vraiment une volonté et une impulsion de l'équipe de direction pour que ça devienne un peu la priorité dans l'établissement (...) s'ils*

⁵²³ Cf. infra troisième partie, chapitre 6.1.

⁵²⁴ Cf. infra, troisième partie, chapitre 6.1, sous-chapitre 6.1.7.

⁵²⁵ Entretien n°10.

⁵²⁶ Entretien n°11.

⁵²⁷ Entretien n°22.

⁵²⁸ Entretien n°7.

⁵²⁹ Entretien n°10.

ne sont pas porteurs d'ABMA, il n'y aura que des accumulations d'actions dans les établissements"⁵³⁰

Pour la majorité des référents des établissements, ABMA ne s'incarne pas dans tel ou tel projet, c'est un état d'esprit qui vient se glisser dans toutes les actions, tous les projets et tous les actes les plus quotidiens de la vie d'un établissement. Laissons l'ex-principal du collège E résumer la situation quand il s'exclame pendant l'entretien qui se déroulait le matin, *"ça me fait penser que je n'ai pas allumé l'ordinateur de ma secrétaire. Ah je vous jure ! C'est ABMA : elle arrive, son ordinateur est allumé (rires)."*⁵³¹

Aussi, en vue d'apprécier le niveau d'implantation du dispositif, l'identification, puis la quantification des différentes typologies d'actions au sein des établissements ne constitue pas une approche réaliste. En revanche, connaître les représentations des personnels, et en particulier des personnels de direction, sur la place qu'ils accordent au bien-être dans l'établissement et quelles sont les actions qui en témoignent et qui contribuent à son amélioration est une méthode plus opérationnelle.

Cette "nouvelle" façon d'envisager l'implantation d'ABMA au regard des actions qui peuvent être mises en place réinterroge l'implication et la place des enseignants dans un dispositif de promotion de la santé. Quand le dispositif est perçu comme un faisceau d'actions et de projets transversaux à constituer et réaliser, alors la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire est requise et dans tous les établissements, le problème est récurrent "Comment intéresser les enseignants à ces actions ? Comment les impliquer davantage dans les équipes projet ?". Si on pose le dispositif de promotion de la santé comme étant "un état d'esprit", "une manière de voir", alors la question n'est plus tant de savoir comment motiver les enseignants pour qu'ils participent à des équipes projets pluridisciplinaires mais plutôt de s'assurer que leur posture pédagogique soit en parfaite cohérence avec cette disposition d'ensemble de l'établissement scolaire. Autrement dit, c'est avant tout sur des aspects pédagogiques que les enseignants seront sollicités pour participer à une démarche globale de promotion de la santé. *"Mais j'allais dire il y a aussi tout ce qui peut être fait dans la classe par les enseignants dans le cadre de leur cours notamment, il était question de la notation, de la maîtrise de la langue....(...) et je pense qu'il y a un travail de la part des enseignants effectivement, et ils font ce travail sans s'en rendre compte"*⁵³². *"Il faut qu'on sensibilise les enseignants et ça il faut que ça passe par*

⁵³⁰ Entretien n°30.

⁵³¹ Entretien n°22.

⁵³² Entretien n°21.

les esprits. C'est essentiel le bien-être à l'école. Et que ça transparaisse dans leur pédagogie."⁵³³

6.3 Des pistes pour une évaluation d'impact du dispositif ABMA

Le chapitre suivant a pour objet de présenter les résultats de l'analyse des variables permettant d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses relatives aux effets du dispositif ABMA dans les établissements, série d'hypothèses HE⁵³⁴. Chacune des variables est présentée de façon identique : une description spécifique de la variable dans le contexte du dispositif ABMA précède un encadré dans lequel est rappelée la raison pour laquelle cette variable avait été retenue (en italique), suivi d'une présentation des résultats.

6.3.1 Effets d'ABMA sur les résultats scolaires

Les résultats au diplôme national du brevet (DNB)

L'évolution des résultats au DNB⁵³⁵, à la hausse ou à la baisse, ne peut pas être interprétée au regard du degré d'implantation du dispositif ABMA pour huit collèges sur neuf. Dans ces huit collèges, soit le dispositif ABMA n'a pas été suffisamment implanté pour permettre d'évaluer ses effets, soit le dispositif est plutôt bien implanté mais les résultats au DNB ne présentent pas de variations sensibles d'une année sur l'autre.

Dans le collège où la préoccupation du bien-être a été intégrée à différents niveaux du fonctionnement de l'établissement, les résultats au DNB ont augmenté de 20 % à l'issue de la première année de modification de l'organisation du collège, qui correspondait aussi à la première année d'expérimentation.

Les résultats aux baccalauréats généraux et technologiques et aux baccalauréats professionnels

Les effets du dispositif ABMA sur les résultats aux baccalauréats des deux lycées inclus dans le protocole d'évaluation ne peuvent pas être identifiés car le dispositif n'a pas fait l'objet d'une implantation suffisante dans ces deux lycées.

⁵³³ Entretien n°23.

⁵³⁴ HE : hypothèses des effets.

⁵³⁵ Les résultats aux DNB pris en compte sont ceux qui ont été transmis par le Service Prospective et statistiques du rectorat dans le cadre d'une convention établie entre le rectorat de Lyon et l'Inpes pour dans le cadre de cette évaluation, document Inpes.

La variable, "résultats au DNB ou au baccalauréat", avait été retenue pour évaluer les effets de l'implantation du dispositif ABMA sur la réussite scolaire des élèves. L'hypothèse étant qu'une implantation satisfaisante du dispositif était susceptible d'améliorer la réussite scolaire.

⇒ À l'exception d'un établissement, l'évaluation ne permet pas de conclure sur les effets de l'implantation du dispositif ABMA sur les résultats aux diplômes nationaux, brevet ou baccalauréat, pendant la durée de l'expérimentation.

6.3.2 Effets d'ABMA sur le climat scolaire

Les différentes composantes du climat scolaire

Le climat scolaire reflète le jugement subjectif des membres de la communauté éducative (personnels, élèves, parents) sur leur expérience de la vie et du travail au sein de l'établissement scolaire⁵³⁶. Il existe un consensus sur les différentes composantes du climat scolaire⁵³⁷ : le climat relationnel; le climat éducatif; le climat de sécurité; le climat de justice; le sentiment d'appartenance.

L'évaluation du climat scolaire dans les établissements pilotes

Le climat scolaire de chacun des établissements a été apprécié de façon qualitative à partir des déclarations des référents ABMA recueillies dans les entretiens, observées lors des visites des établissements, relatées dans les comptes-rendus de réunions.

Il s'avère difficile de caractériser finement le climat scolaire de chacun des établissements sur la durée de l'expérimentation pour la simple raison que celui-ci est intrinsèquement fluctuant et instable, susceptible de changements rapides pour chacune de ses composantes. Seules de grandes tendances peuvent être définies. Globalement le climat est plutôt bon dans les établissements étudiés, à l'exception d'un collège où le climat est décrit comme passablement mauvais par les référents eux-mêmes. À la fin de l'expérimentation, le climat scolaire a été spontanément décrit comme s'étant amélioré dans deux établissements. Dans quatre établissements, il n'est pas possible d'évaluer les effets des actions entreprises, bien que celles-ci soient en lien avec au moins une dimension du climat scolaire, car elles ont été mises en œuvre pendant la troisième année de l'expérimentation. Néanmoins, il est probable que ces

⁵³⁶ D'après E. Debarbieux *et al.* (2012) citant les propositions de définition du National School Climate Center Cohen *et al.* (2012).

⁵³⁷ Janosz, M. *et al.* (1998) et www.schoolclimate.org

actions auront un effet sur le climat scolaire car il s'agit de projets relatifs à l'accueil des nouveaux élèves et à l'amélioration des relations entre élèves, à la gestion des élèves difficiles, au renforcement du sentiment d'appartenance, ou à la prise en compte de la pression scolaire. Dans un seul établissement, la principale action installée au titre d'ABMA n'avait pas de lien avec au moins une des cinq dimensions du climat scolaire.

La variable, "climat scolaire", avait été retenue pour évaluer les effets de l'implantation du dispositif ABMA sur le climat de l'établissement. L'hypothèse étant qu'une implantation satisfaisante du dispositif était susceptible d'améliorer le climat scolaire.

⇒ L'évaluation de cette variable s'est avérée plus complexe que prévue en raison de son caractère fluctuant tant dans son appréciation globale que pour chacune de ses dimensions. Aussi, évaluer le climat scolaire d'un établissement l'année précédent l'expérimentation puis à nouveau après les deux ou trois ans d'expérimentation est d'un intérêt relativement faible au regard du protocole nécessaire pour obtenir ces résultats. Rappelons que l'objectif premier de cette recherche porte sur les conditions d'implantation d'une démarche de promotion de la santé, pas sur l'évaluation du climat scolaire.

Cependant, l'analyse des actions entreprises par les établissements dans le cadre d'ABMA fait apparaître que la grande majorité de ces actions concerne une des cinq dimensions du climat scolaire. La composante la plus fréquemment rencontrée est le "climat relationnel" qui est retrouvé dans neuf établissements sur onze. Viennent ensuite les dimensions "climat éducatif" et "climat de justice", puis le "climat de sécurité" et le "climat d'appartenance".

Cette analyse permet de conclure qu'il existe une probabilité élevée que l'implantation du dispositif ABMA ait une incidence sur le climat scolaire de l'établissement.

CHAPITRE 7 – Du côté de l'accompagnement

L'accompagnement proposé aux équipes des établissements engagés dans l'expérimentation ABMA comporte trois volets :

- ✓ la mise à disposition de ressources, notamment des documents méthodologiques et théoriques sur le dispositif ;
- ✓ l'organisation de journées de formation et d'échanges de pratiques ;
- ✓ la mise en place d'un suivi individualisé réalisé par les référents départementaux.

Ce chapitre porte particulièrement sur ce dernier point, les deux autres ayant été déjà abordés dans le chapitre 6.

7.1 Et ainsi ABMA créa le référent départemental...

7.1.1 Le référent départemental, retour sur une co-construction

Un rôle indispensable mais des contours flous

Rappelons que dans un premier temps, le dispositif ABMA avait été conçu pour les équipes des établissements scolaires. Le groupe de travail à l'origine d'ABMA a d'abord réfléchi au processus d'implantation du dispositif à l'échelle de l'établissement scolaire comme en témoignent les documents rédigés en 2012⁵³⁸ et les comptes-rendus de réunions de l'année 2011/2012⁵³⁹. Sans mettre en doute la nécessité et l'utilité de l'accompagnement des établissements, les détails du "comment" étaient restés relativement flous. Seules les grandes lignes en avaient été définies qui décrivaient les trois volets de l'accompagnement : journées de formation, ressources et soutien individuel.

En particulier, s'il était évident dès le départ que la fonction du référent départemental était incontournable, son rôle, pas plus que ses missions, n'avaient été décrits avec précision.

Comment ont été choisis les premiers référents départementaux ?

Au démarrage de l'expérimentation, l'équipe de pilotage d'ABMA a identifié un référent départemental pour chacun des trois départements de l'académie.

Pour le département 1, le choix s'est porté tout naturellement sur l'ICTD puisque Mme Martin faisait partie du groupe à l'origine de la conception d'ABMA. Pour le département 3, l'ICTD, Mme Durand, a été contactée par l'ICTR parce qu'elle savait que Mme Durand achevait une

⁵³⁸ Documents Inpes

⁵³⁹ Document Inpes

formation dans le domaine de la promotion de la santé et était sensibilisée aux principes fondamentaux des écoles promotrices de santé. Pour le département 2, il a été décidé de ne pas faire appel à l'ICTD afin d'ouvrir cette fonction à d'autres professions en vue de constituer une équipe de suivi pluridisciplinaire. C'est donc une CTSS, Mme Thomas, qui a été sollicitée par l'ICTR. Elle a été pressentie car elle participait au CESC académique et départemental. En revanche, elle n'avait pas suivi de formation spécifique à la promotion de la santé, ni sur les écoles promotrices de santé. L'ICTR a donc pris contact directement avec le chef de service, le CTRSS, qui a donné son accord, le DASEN, informé de cette sollicitation, y a également été favorable. Ces demandes se sont faites par oral.

L'équipe des référents départementaux s'agrandit

L'équipe des référents départementaux est restée stable pendant les deux premières années de l'expérimentation. Toutefois au cours de la deuxième année, Mme Thomas est contrainte de s'arrêter de travailler pendant plusieurs semaines. L'équipe se trouve alors confrontée à la question de savoir comment pallier son absence pour continuer d'assurer le suivi des établissements dont elle est référente. De son côté, la charge de travail de Mme Martin ne lui permet plus d'assurer un suivi satisfaisant des établissements de son département.

Il apparaît nécessaire de recruter un deuxième référent pour chacun des départements. Les discussions portent alors sur le fait de savoir si l'on poursuit le recrutement par cooptation comme cela a été fait précédemment, ou si l'on publie une fiche de poste au Bulletin d'informations rectorales (BIR). Cette question reste en suspens jusqu'à la fin de l'année. Malgré tout, Mme Martin prend les devants et coopte une collègue faisant fonction de CTSS à mi-temps, Mme Bernard⁵⁴⁰. Celle-ci assiste à la réunion du mois d'avril 2014.

Le sujet est inscrit à l'ordre du jour des deux réunions suivantes. Pendant la dernière rencontre de l'année, décision est prise de recruter un deuxième référent par département. Les modalités de fonctionnement des binômes sont envisagées, notamment la participation d'un seul des deux référents départementaux aux réunions de suivi.

Finalement, les recrutements des prochains référents départementaux se poursuivront par cooptation car la diversification de l'origine professionnelle des référents départementaux est une priorité afin de renforcer le caractère pluricatégoriel de l'équipe. Dans le département 1, Mme Bernard accepte de rejoindre le dispositif avec l'accord de sa chef de service. Cette dernière connaissait ABMA pour avoir assisté à quelques-unes des toutes premières réunions

⁵⁴⁰ Lorsqu'elle rejoint le dispositif le temps de travail de Mme Bernard est réparti sur deux mi-temps : elle est ASS et fait fonction de CTSS.

préparatoires au cours de l'année 2011/2012. Dans le département 2, Mme Thomas sollicite une collègue CPE, Mme Petit, dont elle sait que les pratiques professionnelles sont congruentes à la philosophie d'ABMA. Dans le département 3, nous sollicitons, M. Robert principal d'un établissement qui avait rejoint l'expérimentation l'année précédente. Dans le même temps, Mme Petit vient d'obtenir sa mutation dans un autre département. Mme Richard est nommée sur son poste, elle connaît bien le dispositif puisqu'elle était l'adjointe de Mme Martin dans le département 1 pendant l'année d'élaboration d'ABMA, puis chargée de mission auprès de l'ICTR pendant les deux premières années de l'expérimentation. Elle a ainsi participé à toutes les réunions de suivi. La poursuite de l'expérimentation ABMA était inscrite dans la fiche de poste, elle a pu arguer de son implication antérieure dans le dispositif lors de son entretien avec le DASEN.

Tableau n°14 : Effectifs et fonctions des référents départementaux par département et par année :

Département Année	Département 1	Département 2	Département 3
Année 1	ICTD	CTSS	ICTD
Année 2	ICTD Arrivée en cours d'année CTSS/ASS	CTSS	ICTD
Année 3	ICTD CTSS/ASS	CTSS CPE	ICTD Principal

La volonté de diversifier l'origine professionnelle des référents départementaux a été le premier critère de recrutement. *"Ce qu'il faut garder comme idée c'est que dans le groupe de pilotage soit représenté le plus de corps de métier qui travaille dans les établissements scolaires."*⁵⁴¹ Nous avons d'abord déterminé quelles étaient les fonctions que nous voulions voir s'agréger à l'équipe avant de penser à une personne en particulier. Une fois, cette fonction définie, les référents départementaux ont identifié les collègues qu'ils pouvaient solliciter. Toujours dans une dynamique de recherche-interventionnelle, l'équipe de suivi d'ABMA voulait évaluer si certaines fonctions facilitaient l'accompagnement et quels étaient les freins pour chacune d'entre elles. Nous reviendrons sur ce point en fin de chapitre.

⁵⁴¹ Entretien n°3.

L'accompagnement des accompagnateurs - les réunions de suivi des référents départementaux

Après l'organisation des deux premières journées de formation⁵⁴² pour les équipes ABMA des établissements, il apparaît nécessaire de se réunir régulièrement avec les référents départementaux, l'ICTR, Mme Richard, sa chargée de mission, et moi-même. L'objectif est de faire un point régulier sur l'avancée de l'implantation du dispositif dans les établissements pilotes et de préparer les journées de formation.

La première année, le calendrier a été fixé à l'issue de la première rencontre en décembre. Les années suivantes, il a été défini lors de la dernière réunion de l'année en juillet. Six rencontres ont été organisées chaque année, sauf en année 3 où une réunion a dû être annulée au dernier moment et remplacée par des réunions téléphoniques avec les binômes de chaque département. Les référents départementaux participent régulièrement à ces réunions. L'effectif est au complet à la moitié des réunions la première année. La deuxième année, il y a un référent départemental absent à cinq réunions sur six, mais les trois départements sont toujours représentés. La troisième année, aucune réunion ne peut se dérouler avec l'effectif complet de référents départementaux et pendant une des réunions un des départements n'a pas été représenté. Ces réunions font toutes l'objet d'un compte-rendu envoyé à tous les référents départementaux et à l'ICTR.

C'est en forgeant qu'on devient forgeron...

La fonction de référent départemental a véritablement été construite et précisée tout au long de l'expérimentation. Les réunions de suivi des référents départementaux ont servi de support à cette élaboration. Ce sujet a été mis à l'ordre du jour de onze réunions de suivi sur dix-huit en trois ans.

Ce thème apparaît à la troisième réunion de la première année, en mars 2013, sous deux angles :

- ✓ le positionnement des référents départementaux, qui se retrouvent dans une situation intermédiaire entre le rectorat et les établissements. La question de la communication des documents en direction des équipes des établissements est en particulier discutée. Sont-ils adressés par l'infirmière conseillère technique auprès du recteur ou bien par les référents départementaux ? ;

⁵⁴² 26 septembre 2012 et 3 octobre 2012.

- ✓ la façon d'entrer en contact avec les équipes des établissements quand il n'existe aucun lien au préalable (pas d'anciens collègues dans l'établissement, établissement qui n'est pas du même secteur, etc.).

À la réunion suivante en avril, la formation des référents départementaux est au centre des débats, on conclut qu'il faut prévoir une journée de formation spécifique pour eux. Pour la première fois également, on aborde en détail ce qui nous occupera plus longuement par la suite : définir en quoi consiste précisément l'accompagnement des établissements.

Lors de la dernière réunion de l'année, une première version d'une fiche intitulée "Le rôle du référent départemental dans le dispositif ABMA"⁵⁴³ est rédigée. Son contenu rappelle l'objectif général de cette fonction et décrit le rôle du référent départemental vis à vis des établissements, au niveau départemental et au niveau académique.

L'année suivante, les missions du référent départemental sont à l'ordre du jour de quatre réunions sur six, mais la lecture des comptes-rendus fait apparaître que le sujet est également abordé indirectement dans une cinquième réunion. Les deux angles de discussion de la deuxième année sont :

- ✓ la possibilité de nommer un second référent par département pour pallier d'éventuelles absences ou encore pour faire face à l'augmentation du nombre d'établissements. Ce qui s'était déjà produit au passage de l'année 1 à l'année 2, avec l'inclusion de quatre nouveaux établissements dans l'expérimentation. On envisage les modalités de fonctionnement des futurs binômes ;
- ✓ les modalités de l'accompagnement, la quantification du temps à consacrer à chaque établissement et la planification annuelle de ce suivi en l'adaptant aux contraintes et temps forts des établissements tels que les rentrées et les fins de périodes, les conseils de classe, les examens, etc.

Comme l'année précédente, une grande partie de la dernière réunion est consacrée à la modification de la fiche sur le rôle du référent départemental dans le dispositif ABMA. Cette nouvelle version intègre les modalités de fonctionnement des binômes, mais surtout elle comporte pour la première fois une estimation du temps nécessaire pour remplir cette fonction au niveau départemental et par établissement⁵⁴⁴.

Au cours de la troisième année, ce sujet est inscrit à l'ordre du jour de quatre réunions sur cinq. Trois thèmes principaux se dégagent à la lecture des comptes-rendus :

⁵⁴³ Cf. tome 2, annexe n°2.

⁵⁴⁴ Cf. tome 2, annexe n°2.

- ✓ Le fonctionnement des binômes : doivent-ils se répartir les établissements ou bien effectuent-ils le suivi en commun ? Alors que la raison suggérerait que les référents départementaux se répartissent les établissements engagés afin de faire face à l'augmentation de leur nombre, les faits ont montré que les référents départementaux préféreraient suivre les équipes avec leur binôme. Cela permettait à l'ancien référent de former le nouveau.
- ✓ La formalisation de la procédure d'accompagnement des établissements : contacter les équipes au minimum une fois par trimestre, soit en se rendant sur place soit par téléphone, se rendre dans l'établissement au moins une fois par an, venir présenter le dispositif à l'ensemble des personnels en début d'année pour les nouveaux établissements. Sous l'impulsion de Mme Thomas, la quantification du temps consacré au suivi d'un établissement, du temps passé en réunions de suivi et en journées de formation est affinée. Ces éléments sont venus compléter la fiche référent existante. Ainsi, à partir du bilan des heures réellement consacrées au dispositif en 2014/2015, l'équipe estime que l'accompagnement nécessite onze heures par an par établissement, quarante-huit heures de réunions (trois journées de formation et six réunions de suivi). Pour le suivi de cinq établissements, cela représente cent trois heures par an, soit environ une quinzaine de jours.
- ✓ La légitimité de la fonction de référent départemental. Loin d'être anecdotique, cette question est cruciale pour la pérennisation du dispositif ABMA⁵⁴⁵. Nous l'avons abordée sous trois aspects :
 - Le premier concerne la légitimité des référents départementaux aux yeux des équipes ABMA des établissements. Ces dernières accueillent favorablement les référents départementaux sans se poser de question, alors que certains référents départementaux peuvent parfois douter de leur propre légitimité à conseiller les membres des équipes ABMA en particulier quand il s'agit des personnels de direction.
 - Le deuxième est relatif à l'existence officielle d'ABMA au sein du rectorat et des services départementaux. Celle-ci institutionnalise le dispositif et légitime la fonction de référent. Derrière ces mots un peu convenus, il existe une réalité qui renvoie pragmatiquement à la disponibilité des référents départementaux pour se consacrer à ABMA. Pour les référents départementaux ICTD la

⁵⁴⁵ Les propos qui suivent sont une synthèse des échanges et des réflexions que nous avons eues au cours des différentes réunions.

question est sans objet puisque le dispositif est piloté par l'ICTR. La question a émergé avec l'arrivée dans l'équipe d'une conseillère technique de service sociale (CTSS), puis d'une conseillère principale d'éducation. En effet, la répartition du temps consacré à leurs dossiers respectifs s'effectue avec leur supérieur hiérarchique⁵⁴⁶. Si ABMA n'a aucune existence officielle au sein du rectorat ou du service départemental, qu'est-ce qui pourrait les conduire à laisser l'un de leurs agents y consacrer du temps ? Pendant la période d'évaluation, son statut expérimental a permis de conférer une existence temporaire au dispositif. L'inscription de l'expérimentation dans le projet académique a contribué à lui donner une légitimité.

- Le dernier aspect, bien que terre à terre, est néanmoins vital pour l'implantation du dispositif. Il s'agit des frais de déplacement des référents départementaux et des ordres de mission les autorisant à se rendre dans les établissements. Tant que les référents départementaux avaient tous un statut de conseiller technique, la possibilité de se déplacer faisait partie de leur fonction. Ils bénéficient d'un ordre de mission permanent et du remboursement de leurs frais de déplacement. Toutefois les choses ont commencé à prendre une autre tournure quand le nombre d'établissements s'est accru, que les distances ont augmenté... Les frais de déplacement liés à ABMA doivent-ils être pris sur l'enveloppe de remboursement des frais allouée au fonctionnement d'un service en particulier ? Est-ce au rectorat d'y pourvoir ? Lorsque le référent départemental n'est pas un CT, cet aspect devient problématique. Les référents départementaux non CT et non personnel de direction n'ont pas d'ordre de mission⁵⁴⁷. En conséquence, le remboursement de leurs frais de déplacement est impossible. Même si nous ne doutons pas de leur investissement à l'endroit d'ABMA, il n'est pas attendu de leur part que celui-ci soit aussi d'ordre financier !

Ces questions majeures sont toutes survenues au fil de l'expérimentation. C'est bien parce que l'équipe de suivi a accepté d'intégrer dans l'expérimentation les établissements qui en faisaient la demande⁵⁴⁸ que ces réflexions se sont imposées à nous. Si nous en étions restés, comme nous le pensions au début de l'expérimentation, à sept établissements et trois référents

⁵⁴⁶ Le CT-SS pour l'une, le principal du collège pour l'autre.

⁵⁴⁷ Ils ne seraient pas assurés si un accident survenait pendant qu'ils se déplacent dans un des établissements dont ils sont référents.

⁵⁴⁸ Cf. infra. troisième partie, chapitre 6.

départementaux, nous n'aurions sans doute pas pu saisir tous les enjeux liés aux déplacements de ces derniers dans l'implantation et la pérennisation du dispositif.

7.1.2 L'accompagnement des établissements : du sur-mesure à la standardisation

Ce que nous avons prévu et ce que nous en attendions

Les référents départementaux avaient également pour mission d'apporter un accompagnement personnalisé à chacun des établissements engagés dans l'expérimentation. Cette possibilité avait été présentée aux référents ABMA des établissements lors de la première journée de formation. Au moment de la conception du dispositif, il nous semblait que celui-ci prendrait la forme d'un appui méthodologique et serait plutôt à l'initiative des équipes des établissements.

Les prévisions de l'accompagnement individualisé à l'épreuve de la réalité...

Les référents ABMA des établissements ont très peu, voire quasiment jamais, sollicité spontanément les référents départementaux. *"Et globalement, ils n'appellent pas. Ils attendent que j'appelle."*⁵⁴⁹ Aussi petit à petit, l'équipe des référents départementaux est passée de la posture "accompagnons les équipes des établissements à leur demande, selon leurs besoins" à "formalisons une procédure d'accompagnement inscrite dans une planification annuelle convenue en début d'année avec les référents ABMA des établissements".

Ce qu'ont réellement fait les référents départementaux

Il n'est pas possible de décrire par le détail comment chacun des référents départementaux a accompagné chaque établissement dont il assurait le suivi parce ce que ce serait un travail relativement fastidieux (Il faudrait retracer tous les appels, toutes les rencontres informelles...) et finalement assez peu utile à exploiter. En revanche, on peut établir les grandes tendances de cet accompagnement, car ce sont elles qui ont permis de définir une procédure de suivi standardisée à partir de la troisième année.

Assez spontanément, les référents départementaux ont pris contact avec leurs homologues⁵⁵⁰ au sein des établissements engagés dans l'expérimentation - que ceux-ci soient référents ABMA ou non - cela leur permettait d'avoir un point d'entrée.

⁵⁴⁹ Entretien n°3.

⁵⁵⁰ Homologues en terme d'appartenance catégorielle, les ICTD ont contacté les infirmiers, les CTSS les assistants de services sociaux, etc.

Souvent, les contacts entre référents départementaux et référents ABMA des établissements se font par téléphone pour le suivi de l'avancée des projets. La messagerie électronique est plutôt utilisée pour transmettre une information plus générale, un document ou une date de formation. La participation des uns et des autres à diverses réunions sont également prétexte à des échanges informels sur l'avancée du dispositif ABMA : réunions de bassin, réunions du CESC départemental, etc.

À l'issue de la première année, les référents départementaux s'aperçoivent que ce suivi peut devenir chronophage, surtout si le nombre d'établissements augmentent, alors même que celui-ci leur apparaît nécessaire pour aider les référents ABMA des établissements à impulser une dynamique interne, à bénéficier de conseils sur un aspect méthodologique, à prendre du recul sur une situation. Aussi à partir de la deuxième année, il est décidé de consacrer systématiquement un temps d'échange entre le référent départemental et les établissements de son département lors de chacune des journées de formation. Ce moment est situé en début de journée, au moment de l'accueil.

Les visites dans les établissements

Sans attendre que les équipes ABMA des établissements sollicitent leur référent départemental, nous prenons la décision de leur rendre visite au moins une fois dans l'année. L'objectif était de rencontrer les référents ABMA et/ou le chef d'établissement afin de faire le point sur l'avancée de la mise en œuvre du dispositif et d'apporter un appui méthodologique. Il s'agissait aussi de mieux connaître les équipes et de pouvoir saisir une ambiance, une atmosphère que les propos tenus en réunion ne permettent pas toujours de décrire. Dès la deuxième année, ces visites sont devenues une sorte de "rituel" même si leur organisation a été de plus en plus difficile à planifier. Les visites se déroulant en binôme⁵⁵¹ (le référent départemental et moi), il fallait faire coïncider les agendas des équipes ABMA de chacun des établissements, celui des référents départementaux et le mien.

Notre intention était de se rendre dans chacun des établissements. Si cela a été relativement facile à organiser quand ils n'étaient encore que sept, cela s'est révélé plus complexe dès la deuxième année. En effet, pour optimiser mes propres déplacements, nous avions l'ambition de faire tenir ces visites sur une semaine. Aussi la deuxième année, les référents départementaux des différents départements ont tous proposé une configuration de visite originale.

⁵⁵¹ Au cours de la troisième année, certaines visites se sont déroulées avec les deux référents départementaux et moi.

- ✓ Mme Martin a choisi de réunir toutes les équipes des établissements (A, B, C et H) au collège C. Les personnels de direction étaient invités le matin, l'après-midi ce sont les référents des établissements qui se réunissaient.
- ✓ Mme Thomas a maintenu les visites individuelles pour les établissements G, F et K.
- ✓ Mme Durand a demandé à l'équipe d'un "nouvel" établissement d'inviter l'équipe d'un "ancien". Ainsi l'équipe E a invité l'équipe J et l'équipe I a invité l'équipe D.

Lors de la troisième année, la planification de l'ensemble des visites sur une seule semaine devient impossible car ils sont dix-neuf⁵⁵² établissements à expérimenter le dispositif à la rentrée 2014/2015. Les visites se déroulent du 2 février au 17 juin 2015.

- ✓ Pour le département 1 : six équipes sur neuf ont pu être rencontrées entre les mois d'avril et de juin. Toutes les rencontres ont été individuelles. Parmi les établissements faisant partie du protocole de l'évaluation, l'équipe du lycée B n'a pas pu être rencontrée.
- ✓ Pour le département 2 : chacune des équipes des trois collèges a été rencontrée individuellement entre mars et avril 2015.
- ✓ Pour le département 3 : les équipes des sept établissements engagés dans le dispositif ont toutes été rencontrées entre février et avril 2015. Deux visites ont été faites individuellement, pour les cinq autres établissements, une réunion avec trois équipes et une autre avec deux équipes ont été organisées.

Les visites ont effectivement permis de nouer des contacts plus approfondis avec les référents ABMA et surtout, dans certains cas, elles ont été l'occasion de rencontrer une équipe plus large. Elles ont aussi permis de saisir l'ambiance générale de l'établissement et d'apprécier son environnement social, l'implantation géographique et l'agencement des bâtiments. Dès la première année, tous les référents départementaux ont perçu l'intérêt de se rendre au moins une fois par an dans les établissements.

Toutefois, le nombre croissant d'établissements inclus dans le dispositif ne rend pas réaliste l'organisation d'une visite annuelle par établissement surtout qu'il faut tenir compte des distances et donc des temps de trajets. La solution imaginée par Mme Durand en deuxième année se révèle une configuration pertinente qui permet d'y faire face. Il s'agit de la situation où une équipe d'un établissement invite une à deux autres équipes. Cela laisse à chacun la possibilité de faire le point sur sa propre situation, mais cela permet aussi un échange entre les différentes équipes, une multiplication des regards.

⁵⁵² À la rentrée 2015/2016, ils seront vingt-huit.

Vers une standardisation de la procédure d'accompagnement des équipes des établissements par les référents départementaux

Il ressort des trois années d'expérimentation que l'alternance des temps d'accompagnement collectif et individuel est pertinente. Les documents sont d'une utilité moindre et ne dispensent pas d'un accompagnement « en chair et en os ». Les référents départementaux se sont rendu compte qu'il fallait planifier cet accompagnement individuel dès le début de l'année scolaire. Aussi, à partir de la troisième année, les référents départementaux ont profité de leur rencontre avec les équipes des établissements lors de la première journée de formation pour planifier les temps d'échanges. Dans la mesure du possible, ils ont établi un calendrier annuel de suivi avec les référents ABMA.

"Avoir un suivi régulier auprès de ces établissements. Donc on s'est mis des dates, on essaie d'y aller, il faudrait au moins une fois par trimestre aller dans les établissements ABMA. Alors je les ai beaucoup au téléphone, je les croise à des réunions, mais à un moment il faut aller se poser, discuter, réfléchir."⁵⁵³

Si tous les référents départementaux planifient les rencontres avec les établissements et les prises de contact téléphonique, dans les faits, le bilan est plus mitigé. Ces rendez-vous ne sont pas toujours maintenus en raison d'imprévus tant de la part du référent départemental que des équipes. Il en ressort globalement que les référents départementaux sont plutôt insatisfaits du suivi individuel réalisé auprès des équipes des établissements.

Un accompagnement différencié pour les "nouveaux" et les "anciens"

Enfin, toujours pour faire face à l'augmentation du nombre d'établissements inscrits dans l'expérimentation, il nous apparaît au fil des réunions de suivi, que les référents départementaux modulent leur accompagnement en fonction de l'ancienneté des établissements dans le dispositif. Un établissement qui vient d'y entrer n'est pas accompagné de la même façon qu'un établissement qui en fait partie depuis plusieurs années.

Toutefois les changements fréquents de personnels, en particulier des personnels de direction, nécessitent d'être vigilant et de faire preuve de souplesse, car un « ancien » établissement peut redevenir un « nouveau » au gré des mouvements de personnels.

⁵⁵³ Entretien n°1.

7.2 L'accompagnement vu par les équipes des établissements

7.2.1 En ce qui concerne le suivi individuel

Nature et fréquence des liens avec les référents départementaux

Globalement l'accompagnement individuel réalisé par les référents départementaux auprès des équipes des établissements n'est pas perçu comme satisfaisant par les référents ABMA des établissements. Seulement huit référents sur les vingt-quatre interrogés disent avoir des contacts fréquents, par téléphone ou par courriels, ou encore lors d'échanges informels à l'occasion d'autres réunions. Six référents déclarent que les liens avec le référent départemental sont distendus, ce qui correspond en fait à trois établissements sur onze.

Dans deux établissements seulement les équipes sont assez satisfaites de la nature et de la fréquence des relations avec les référents départementaux. Ce sont des établissements dans lesquels les référents se sentent suffisamment autonomes dans la mise en œuvre d'ABMA.

Pour les neuf autres équipes, les attentes concernant le suivi individuel au niveau des établissements sont très fortes. Dans les entretiens, la demande qui revient le plus fréquemment est d'avoir "plus d'accompagnement".

Les recommandations énoncées par les référents ABMA vont toutes dans le même sens. Elles consistent à établir un lien régulier qui se situe environ à un contact par mois, que ce soit par téléphone ou en présentiel. Plusieurs référents précisent que le lien avec le référent départemental devrait être étroit au moment où l'établissement entre dans le dispositif, quitte à ce qu'il se relâche un peu par la suite, quand la dynamique est lancée au sein de l'équipe. Dans trois entretiens, les référents ABMA indiquent qu'ils souhaiteraient que ces contacts réguliers fassent l'objet d'un calendrier fixé annuellement. Ce dernier permettrait de rendre le dispositif ABMA plus présent dans les préoccupations des équipes des établissements et venir ainsi contrebalancer un quotidien très prenant. *"Ça serait une contrainte mais qui aurait force de levier, puisque forcément, la contrainte du temps de rencontre nous oblige à rendre la chose efficace."*⁵⁵⁴

Les visites des référents départementaux dans les établissements

Ces rencontres sont appréciées. Certains souhaiteraient que le référent départemental puisse être disponible pour venir assister à une "vraie" réunion de travail d'ABMA, au lieu que sa présence soit le prétexte d'une réunion sur ABMA sans effet réel sur l'avancée du dispositif

⁵⁵⁴ Entretien n°7

dans l'établissement. Tout en étant minoritaire, plusieurs référents ABMA souhaiteraient que le référent départemental vienne les rencontrer deux à trois fois dans l'année.

Toutefois, la tendance qui se dessine concernant ces visites est qu'elles puissent être l'occasion d'une présentation du dispositif par le référent départemental à l'ensemble des personnels ou pour le moins à une équipe ABMA élargie. Il apparaît souhaitable que cette présentation coïncide avec l'entrée de l'établissement dans le dispositif.

Perception du rôle des référents départementaux

Les référents ABMA des établissements sont unanimes : le référent départemental a avant tout un rôle de conseil. Ce terme est retrouvé dans neuf entretiens. Dans les autres si "conseil" n'apparaît pas tel quel, il est décliné de la façon suivante : « *le référent départemental est là pour aider l'équipe à faire un bilan des actions mises en œuvre, à permettre leur réajustement* »; « *le référent départemental vient encourager les équipes des établissements, leur apporter son soutien* ». Dans deux entretiens, les référents ABMA précisent que s'il est nécessaire que le référent départemental apporte son concours à la mise en œuvre du dispositif dans l'établissement, le travail doit d'abord se faire en interne et qu'il n'est pas possible de tout, ou de trop, attendre du référent départemental.

Le rôle qui est ensuite cité le plus fréquemment dans les entretiens, avec six occurrences directes, est celui d'un "regard extérieur". "*Il est un autre regard (...) c'est vraiment pour le coup un regard extérieur complémentaire.*"⁵⁵⁵ "*Ce regard extérieur qui permet d'aider à voir des choses peut-être qu'on n'a pas suffisamment pointées, ou qui est rassurant s'il valide des choses que l'on fait.*"⁵⁵⁶

Dans un seul entretien est évoqué le fait que les référents départementaux ont avant tout un rôle d'accompagnement auprès des chefs d'établissement afin de les amener à impulser une dynamique collective autour d'ABMA.

*"Je pense qu'il doit accompagner les chefs d'établissement pour présenter les projets, pour montrer l'intérêt de cette démarche de promotion de la santé et sur l'intérêt de mettre en place dans les établissements de vraies politiques de promotion de la santé, et le référent départemental peut vraiment être une aide précieuse pour le chef d'établissement à ce moment-là."*⁵⁵⁷

⁵⁵⁵ Entretien n°14.

⁵⁵⁶ Entretien n°13.

⁵⁵⁷ Entretien n°30.

7.2.2 En ce qui concerne l'accompagnement collectif

Les journées de formation

Les journées de formation sont peu évoquées spontanément dans les entretiens. Elles sont parfois perçues comme "de grandes réunions à Lyon"... qui prennent du temps dans un emploi du temps déjà bien chargé. Il apparaît que prévoir trois rencontres par an, même pour les nouveaux établissements, est beaucoup trop compliqué à planifier pour les personnels. Les visites dans les établissements leur sont préférées.

Toutefois, ces journées sont appréciées parce qu'elles permettent de rencontrer les équipes des autres établissements et d'échanger des informations sur des points méthodologiques et sur les actions engagées. Elles sont l'occasion de s'inspirer de ce que font les autres, de prendre des idées. Ce besoin d'échanger des expériences et des pratiques avec les équipes des autres établissements est un élément important dans l'accompagnement de l'implantation du dispositif. Il est évoqué dans tous les entretiens, si bien que les référents de deux établissements déplorent le fait de ne pas avoir trouvé dans le faible nombre d'établissements faisant partie du dispositif les premières années, un « homologue » qui leur soit similaire pour débattre de leurs problématiques propres mais similaires si ce n'est identiques. Il s'agit du lycée et d'un collège situé dans un quartier réputé difficile.

Ces journées ont pu également être appréciées parce qu'elles permettaient de rencontrer le référent départemental.

Les ressources

Plus que de grandes journées de rassemblement, ce qui est attendu par la majorité des référents, c'est un espace collaboratif sur Internet qui permette d'avoir accès à une sorte de "base de données" des actions conduites dans les établissements engagés dans l'expérimentation. La demande est forte parmi les référents ABMA de savoir ce que font les autres établissements. Ces informations doivent toutefois avoir un caractère très pratique et concret.

*"Voir ce qu'ils ont travaillé, comment ils ont fait, et puis par rapport à leur problématique à eux, comment nous, on peut se l'approprier et je trouve que c'est vraiment concret, ça devient concret et puis du coup on va tout de suite dans l'action."*⁵⁵⁸

Pour répondre à cette attente, nous avons mis à l'ordre du jour de la dernière journée de rassemblement de la troisième année l'élaboration d'une fiche-action permettant de décrire ces actions. Une trame de fiche-action a été présentée aux référents des établissements, à eux de la

⁵⁵⁸ Entretien n°8.

remplir à partir d'une action réalisée dans l'établissement au titre d'ABMA. Le document testé est relativement opérationnel et nous avons eu peu de propositions de modifications. En pratique, recueillir les actions élaborées dans l'ensemble des établissements est une tâche assez chronophage qui n'a pas pu être menée à bien jusqu'à présent.

Synthèse des résultats des chapitres 6 et 7

Synthèse des résultats correspondant aux hypothèses d'implantation

L'effectif des établissements n'a pas eu d'influence sur l'implantation du dispositif dans les collèges. En ce qui concerne les lycées, il convient de distinguer les entités LGT et LP le cas échéant. L'effectif des lycées sur l'implantation du dispositif est ressenti quand celui-ci est supérieur à 1 200 élèves.

Les établissements engagés dans l'expérimentation scolarisent majoritairement **un taux d'élèves boursiers** supérieur à celui de l'académie. Cela incite à se questionner sur l'association des représentations entre promotion de la santé et ambition scolaire.

La situation géographique des établissements a une incidence sur l'implantation du dispositif en ce qui concerne l'amplitude des horaires d'ouverture de l'établissement (effet sur les emplois du temps) et la stabilité des équipes en lien avec la carte scolaire.

L'adhésion des chefs d'établissement est nécessaire mais insuffisante, leur implication dans l'implantation du dispositif est indispensable.

Pour agir auprès de leurs collègues, **les référents ABMA des établissements** doivent pouvoir se sentir légitimes dans cette fonction. Cette légitimité est directement liée au style managérial du chef d'établissement.

La constitution d'une équipe ABMA, est nécessaire à l'implantation du dispositif mais ne doit pas restreindre ce dernier au seul développement de projet. La dimension organisationnelle et fonctionnelle du dispositif n'est pas nécessairement réalisée par cette équipe projet.

La communication institutionnelle sur le dispositif n'est pas suffisante pour le faire connaître à l'ensemble de la communauté éducative, ni pour que celle-ci se l'approprie. Une communication en début d'implantation par une personne extérieure est un bon moyen de diffuser l'information.

La phase d'analyse de la situation est indispensable. Elle est un pivot autour duquel vont venir s'articuler d'autres étapes de l'implantation : communication, priorisation des projets, fédération des personnels et des élèves.

La priorisation et la planification des actions sont des étapes assez complexes qui peuvent nécessiter un accompagnement spécifique des équipes des établissements.

L'implantation du dispositif dans l'établissement se traduit moins par l'accumulation

d'actions spécifiques ABMA que par la prise de conscience des personnels d'accorder une place centrale au bien-être et à l'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement

Les documents existants sont peu adaptés et doivent être réécrits. La mise à disposition de ressources sous format papier et sous format numérique est une demande récurrente des équipes des établissements.

Les journées de formation sont appréciées. Celles qui se situent en début d'année participent de l'implantation du dispositif en ce qu'elles constituent véritablement des journées de formation des référents ABMA et qu'elles coïncident avec l'impulsion d'une dynamique dans les établissements.

Diversifier les fonctions **des référents départementaux** est un atout pour les échanges au sein de l'équipe de suivi et la qualité de l'accompagnement offert aux établissements. Toutefois quand les référents départementaux ne sont ni conseillers techniques, ni personnels de direction, cela pose des questions pratiques quant aux ordres de missions et aux remboursements des frais de déplacements.

L'accompagnement individualisé proposé aux établissements ne peut pas être établi « à la demande », il est préférable de définir un calendrier prévisionnel en début d'année avec chacune des équipes. L'analyse du temps effectivement consacré à cette mission par les référents départementaux indique qu'il faut prévoir quinze jours par an pour le suivi de cinq établissements.

Synthèse des pistes de résultats correspondant aux hypothèses d'effets

Les effets de l'implantation du dispositif sur **les résultats scolaires** (taux de réussite au brevet des collèges et aux baccalauréats) ne sont avérés que dans un collège, et ce de façon positive. Pour les autres établissements, les résultats aux examens sont restés relativement stables pendant les trois années de l'expérimentation et ne peuvent donc pas être interprétés.

Les effets de l'implantation du dispositif sur **le climat scolaire** sont décrits de façon spontanée dans deux établissements. Dans les deux cas, il s'est amélioré. Toutefois, il est à noter que la très grande majorité des actions entreprises dans les établissements sont reliées avec au moins une des composantes du climat scolaire.

CHAPITRE 8 - Attention travaux ! Dispositif en co-construction !

Ce chapitre aborde l'influence de la recherche interventionnelle sur l'expérimentation et par conséquent sur l'implantation du dispositif.

8.1 Le "chantier" vu par les référents ABMA des établissements

Le fait que l'expérimentation du dispositif ABMA soit adossée à une recherche interventionnelle est évoqué spontanément dans moins de la moitié des entretiens, soit dix sur vingt-quatre.

Avancer dans l'obscurité

Dans cinq entretiens, la dimension « recherche interventionnelle » du dispositif est vécue comme un frein à l'implantation d'ABMA. Les référents regrettent un certain flou sur le dispositif et parfois une absence de clarté dans ses objectifs.⁵⁵⁹ Un référent exprime son "impression d'essayer les plâtres."⁵⁶⁰ En outre, le temps de la recherche, qui n'est pas le même que celui de l'action, a pu engendrer un sentiment de frustration, "*Ça n'allait pas assez vite*"⁵⁶¹. Pour d'autres, la frustration a pu venir de certaines questions restées sans réponse⁵⁶². Enfin, un seul référent déplore le fait que la collecte des données lui prenne un temps supplémentaire⁵⁶³.

Une attitude bienveillante à l'égard d'un dispositif en construction

Dans sept entretiens, la dimension « recherche » est également évoquée mais de façon positive ou pour le moins avec bienveillance.

Pour plusieurs référents, la co-construction inhérente à la recherche interventionnelle est perçue positivement car elle propose un "*cadre [qui] n'est pas trop contraignant*"⁵⁶⁴ qui leur permet d'adapter le dispositif aux contraintes du fonctionnement de leurs établissements.

D'autres⁵⁶⁵ sont intéressés par le fait de participer à une recherche et pointent la dimension "*dynamique*", l'intérêt de participer à un dispositif "*en train de se construire*"⁵⁶⁶.

⁵⁵⁹ En particulier dans les entretiens n°7, 19 et 29.

⁵⁶⁰ Entretien n°29.

⁵⁶¹ Entretien n°19.

⁵⁶² Entretien n°15.

⁵⁶³ Entretien n°16.

⁵⁶⁴ Entretien n°12.

⁵⁶⁵ En particulier dans les entretiens n°7, 8, 14, 22, 24, 27.

⁵⁶⁶ Entretien n°7.

8.2 Le "chantier" vu par les référents départementaux

La recherche interventionnelle (RI) : un élément motivationnel entre sentiment d'utilité et tâtonnements

L'objectif général de l'évaluation du dispositif est de disposer de suffisamment d'éléments pour envisager sa généralisation dans d'autres académies. Cela donne une dimension sociétale à l'expérimentation à laquelle les référents départementaux sont très sensibles dans leur grande majorité. Le sentiment de participer à une recherche qui concerne l'intérêt général est perçu comme un élément intrinsèquement motivant.

*" Le challenge serait que notre travail ait été suffisamment convainquant pour que ça vienne vraiment en aide à tous les établissements de France, parce que s'intéresser à la question du mieux-être à l'école, c'est résoudre un tas de problèmes de harcèlement, de violence, de mal-être, de souffrance aussi au travail, parce que les professeurs souffrent également. "*⁵⁶⁷

Au-delà de la dimension sociétale de l'expérimentation, le fait de participer à une recherche est en soi un élément très motivant, voire excitant.

*"Moi ce qui me plaît beaucoup là-dedans c'est le côté expérimentation, c'est le côté on cherche ensemble, on tâtonne, on trafique, on corrige, des fois c'est pire quand on a corrigé qu'avant ! Je suis très contente d'être associée à un truc comme ça. "*⁵⁶⁸

*"C'est le fait aussi que ça soit une action-recherche, qu'on tâtonne, qu'on fasse des expériences, qu'on se rende compte que ça, ça fonctionne, ça, ça ne fonctionne pas. Et moi cette idée de recherche ça me plaît énormément. "*⁵⁶⁹

L'élément motivationnel induit par le protocole de recherche qui accompagne l'expérimentation a pu constituer un biais dans la mesure où il est venu "forcer" l'intérêt que les référents départementaux portaient à cette démarche et a contribué à accroître leur implication dans le dispositif.

Le temps de la recherche, lenteurs et pratiques réflexives...

La RI a ceci de particulier qu'elle n'évalue pas un dispositif, ou un programme, "clé en main" mais qu'elle est elle-même constitutive d'un processus en cours de construction. Cela confère un caractère inachevé ou incomplet au dispositif expérimenté qui a été plus ou moins apprécié.

⁵⁶⁷ Entretien n°2.

⁵⁶⁸ Entretien n°6.

⁵⁶⁹ Entretien n° 2.

Le processus de recherche implique l'incertitude, la possibilité de se tromper, de procéder à des modifications... bref d'inclure le temps de la réflexion sur le dispositif lui-même, dans le processus même de sa construction. Cela entraîne certains flottements qui ont pu être préjudiciables à la compréhension du dispositif.

*"Depuis le début c'est flou, je ne comprends pas tout, je ne sais pas si je suis là, là ou là. Je pense qu'il y a un manque de visibilité sur justement qui fait quoi. En même temps, c'est en construction donc, dans toute construction, il y a forcément un moment donné où on déconstruit pour stabiliser la construction."*⁵⁷⁰

Un autre référent départemental pense que la procédure de co-construction a pu constituer une gêne à l'implantation d'ABMA, cette façon de procéder n'étant pas habituelle à la fois en ce qui concerne la temporalité et en ce qui concerne la dimension réflexive sur les pratiques professionnelles.

*"Après, un des freins, c'est la temporalité. (...) Et une des difficultés pour l'ABMA, c'est qu'il n'y a pas de kit. On construit ensemble, en observant et sur le long terme. (...) Donc c'est se mettre dans une temporalité où on prend le temps de penser, et en équipe la plus large possible, on va inventer des choses et construire. Et ça, c'est peut-être un des freins parce que du coup, au bout d'un an, quand on a fait le diagnostic, ils vont avoir l'impression qu'ils n'ont rien fait. Alors que c'est fondamental. Et un des freins, c'est d'arriver à rester le plus objectif possible dans l'observation de ce qu'il se passe, et l'analyse qu'on en fait, mais y compris à se remettre en cause. Y compris pour les adultes, y compris sur les fonctionnements et qu'est-ce que l'Éducation nationale, qu'est-ce qu'un établissement génère en termes d'insécurité ou de non prise en compte ?"*⁵⁷¹

Certaines caractéristiques inhérentes à la RI ont été de nature à freiner l'implantation du dispositif dans les établissements.

⁵⁷⁰ Entretien n° 5.

⁵⁷¹ Entretien n° 3.

QUATRIEME PARTIE :

**RÉSULTATS - ÉLÉMENTS CLÉS POUR IMPLANTER UN
DISPOSITIF DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU
SCOLAIRE**

CHAPITRE 9 – Introduction

9.1 Présentation des principaux résultats

Cette dernière partie a pour objet de présenter les principaux résultats de la recherche conduite sur l'implantation du dispositif ABMA. Souvenons-nous que l'objectif général de l'évaluation était d'identifier les éléments à partir desquels généraliser l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire, en portant une attention particulière à la façon dont ces éléments devaient pouvoir s'intégrer au système éducatif et au fonctionnement quotidien des établissements. Par rapport à cet objectif général, le premier résultat obtenu est qu'il a été effectivement possible de définir quels sont les éléments clés à mobiliser pour implanter une démarche d'école promotrice de santé dans un établissement scolaire. Ces différents éléments seront détaillés et analysés dans le chapitre 10.

Nous préférons utiliser le terme, assez neutre, d'"éléments" plutôt que celui d'"étapes". En effet, ce dernier suggère une linéarité temporelle, chacune des étapes se succédant l'une après l'autre, alors que les éléments identifiés sont relativement indépendants les uns des autres, sans relation chronologique établie.

Pour identifier ces éléments, nous avons émis une série de cinq hypothèses, dont trois concernaient le processus d'implantation dans les établissements (HI) et deux les effets du dispositif (HE)⁵⁷².

La première hypothèse supposait que l'implantation du dispositif ABMA allait modifier la typologie des actions mises en œuvre dans l'établissement, en augmentant le nombre d'actions de type organisation et fonctionnement. Les résultats relatifs à cette hypothèse seront décrits au chapitre 10 dans les sous-parties 10.2.5 et 10.2.6.

La deuxième hypothèse concernait les liens entre l'implantation du dispositif dans l'établissement et l'adhésion du chef d'établissement, l'identification de référents et la constitution d'une équipe projet. Les résultats relatifs à cette hypothèse seront décrits au chapitre 10 dans les sous-parties 10.2.3 et 10.2.4.

La troisième hypothèse faisait de la réalisation d'un état des lieux, de la priorisation des objectifs et de la planification des actions, des conditions nécessaires à l'implantation du dispositif dans l'établissement. Les résultats relatifs à cette hypothèse seront décrits au chapitre 10 dans la sous-partie 10.2.5.

⁵⁷² Cf. infra, deuxième partie, chapitre 5.

9.2 Comparaisons internationales

Les résultats issus de l'évaluation de l'implantation du dispositif ABMA seront complétés par les résultats des évaluations de processus portant sur des démarches similaires effectués par une équipe de recherche québécoise et une belge. En effet, les résultats que nous avons trouvés concernant l'identification des éléments clés pour implanter une démarche globale de promotion de la santé en milieu scolaire sont cohérents avec les résultats issus de recherches menées dans d'autres pays. La plupart des études avec lesquelles nous avons comparé les résultats d'ABMA s'appuyaient sur des protocoles de recherche robustes et ont conduit à des publications dans des revues à comité de lecture. Enfin, elles concernaient souvent un très grand nombre d'établissements. Il nous a semblé que la comparaison de nos résultats avec ceux de travaux internationaux sur le même sujet était de nature à consolider nos propres conclusions et pouvait contribuer à palier, en partie, la petite taille de notre échantillon.

Nous avons ainsi comparé nos résultats avec ceux issus des travaux coordonnés par Claudine Simard et Marthe Deschesnes et publiés par l'Institut national de la santé publique du Québec en 2011⁵⁷³ sous le titre "Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire". Cette recherche s'inscrit dans le cadre du dispositif québécois d'école promotrice de santé développé sous le nom de "l'Approche École en santé" (AES)⁵⁷⁴. Ces chercheuses avaient déjà été amenées à souligner "*le potentiel des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire tout en questionnant leur transposition dans la pratique, soit leur "faisabilité".*"⁵⁷⁵ Une décennie plus tard, elles ont voulu prendre en compte les apports des recherches les plus récentes sur ce sujet afin, en particulier, de :

- ✓ "*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*"⁵⁷⁶.

Comme son nom l'indique, les résultats produits dans ce document sont issus d'une analyse de la littérature internationale effectuée à partir d'une recension des recherches sur les approches globales en milieu scolaire "*publiées entre 2000 et 2009 dans une revue avec comité de pairs.*" Parmi les autres critères d'inclusion, on retiendra qu'il fallait que les articles ciblent "*le processus de mise en œuvre d'une approche globale en milieu scolaire, ses résultats*

⁵⁷³ Simard C. § Deschesnes, M. (2011). https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1222_Ecrits2000-2009ResultEvalApprochesPromSanteContxtScolaire.pdf

⁵⁷⁴ Martin, C. et al. (2005).

⁵⁷⁵ Simard C. § Deschesnes, M. (2011), p.1.

⁵⁷⁶ Simard C. § Deschesnes, M. (2011), p.1. Les autres objectifs de la recensions sont : "*présenter sommairement les principales approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire ; définir leurs domaines d'intervention ; discuter des résultats obtenus ; formuler des pistes de recherche future*".

d'implantation ou d'impacts."⁵⁷⁷ Les études retenues dans ce document sont d'une ampleur bien plus importante que l'expérimentation que nous avons pu mettre en place. Toutefois, la comparaison des résultats obtenus dans le cadre de l'évaluation d'ABMA avec ceux obtenus dans cette recension est pertinente car il a été établi que "*cette recension a permis, notamment d'identifier et d'expliciter les conditions de succès qui ont facilité la mise en œuvre des approches globales et concertées.*"⁵⁷⁸ Ce qui est en adéquation avec l'objectif général de l'évaluation d'ABMA.

Nous avons également comparé nos résultats avec l'évaluation menée en Belgique sur l'expérimentation d'un dispositif pilote de promotion de la santé en contexte scolaire. Les deux démarches présentent de nombreuses similitudes, même si l'expérimentation belge est d'une toute autre envergure :

- ✓ le dispositif bénéficie d'une assise politique car il est porté par trois ministères ;
- ✓ le nombre d'écoles impliquées (quatre-vingts)⁵⁷⁹ est bien plus important que le nombre d'établissements participant à ABMA ;
- ✓ l'évaluation a bénéficié d'un financement de 54 000 € contre 6 000 € pour ABMA⁵⁸⁰.

En mars 2011, les ministères de l'Enseignement, de la Santé et de la Jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont instauré la mise en place d'un dispositif pour promouvoir une approche globale de la santé en contexte scolaire⁵⁸¹, celui-ci est appelé "cellule bien-être" (CBE)⁵⁸². Avant leur généralisation, les CBE sont expérimentées dans quatre-vingts écoles pilotes. Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation conduite par l'APELS ULg⁵⁸³. Nous nous appuyons sur les rapports d'évaluation des CBE^{584 585} pour produire une comparaison avec les résultats obtenus dans le cadre de l'évaluation d'ABMA.

⁵⁷⁷ Simard, C. & Deschesnes, M. (2011), p. 3. Les autres critères d'inclusion sont "*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; être rédigés en français ou en anglais.*"

⁵⁷⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). [http://Prévention/Promotion/Milieu scolaire/Approche "École en santé" Documents de référence](http://Prévention/Promotion/Milieu%20scolaire/Approche%20%22École%20en%20santé%22/Documents%20de%20référence)

⁵⁷⁹ Vandoorne, C. & Hubin, N. (2012). Le dispositif pilote concerne quatre-vingts écoles.

⁵⁸⁰ L'Inpes a accordé, en 2015, une subvention à l'Université Lyon 1 pour la réalisation de l'évaluation d'ABMA. Elle a principalement permis de financer le recueil de données.

⁵⁸¹ www.enseignement.be/index.php?page=0&navi=4048.

⁵⁸² Document PDF de présentation du dispositif accessible depuis la page

www.enseignement.be/index.php?page=0&navi=4048

⁵⁸³ L'Appui en Promotion et Éducation pour la santé est un service communautaire de promotion de la santé rattaché à la Faculté de médecine de l'Université de Liège.

⁵⁸⁴ Vandoorne, C. & Hubin, N. (2012).

⁵⁸⁵ Hubin, N. *et al.* (2013).

Encadré n°1 : Présentation des "cellules bien-être" - Extrait du document "cellule bien-être. Dispositif-pilote de mise en place de "cellule bien-être" dans les établissements⁵⁸⁶

La «cellule bien-être» sera composée, sans exclure d'autres partenaires ou personnes ressources, de l'ensemble des acteurs de 1^{re} ligne (chefs d'établissements, enseignants, éducateurs, membres des équipes des CPMS⁵⁸⁷ et des services PSE⁵⁸⁸,...) qui se concerteront régulièrement afin d'aider le chef d'établissement scolaire à définir les lignes de force de son école en la matière.

Elle aura entre autres pour rôle de « dynamiser » la promotion du bien-être dans le temps et l'espace scolaires, d'identifier les ressources internes et de déterminer les services de 2^e ligne et les services « extérieurs » auxquels faire appel. Ces services pourraient être partie prenante de la cellule le temps de leur intervention...

Au travers de la cellule « bien-être », au bénéfice de l'ensemble des acteurs de l'école, les objectifs généraux suivants seront visés :

- Responsabiliser et solidariser tous les acteurs dans un projet commun;
- Poser le problème au niveau de l'humain dans sa globalité et sa temporalité, encourager « éduquants » et « éduqués » à tenir leurs rôles respectifs;
- Fournir un bagage d'idées plutôt que des recettes et faire apparaître la diversité des solutions possibles afin de respecter la richesse et la complexité de chaque environnement ;
- Dépasser les préjugés et fournir des outils qui permettent de comprendre et d'agir sur les situations et les comportements ;
- Renforcer la connaissance des acteurs scolaires concernant l'offre des services « externes » ;
- Faciliter l'adaptation de l'offre externe aux besoins du milieu scolaire ;
- Permettre un échange entre les écoles d'une part, et entre les écoles et les services « externes » d'autre part ;
- Développer une politique, des programmes, une stratégie en matière de bien-être au sein de l'école (propositions adaptées aux caractéristiques spécifiques de sa population, à ses besoins et aux ressources/limites de ses acteurs locaux), en assurer le suivi et l'évaluation, dans la perspective d'une prévention globale et durable.

Le projet-pilote « Cellule bien-être » s'adresse à tous les établissements scolaires de la Communauté française, de tous types d'enseignement, de tous niveaux et de tous réseaux.

Il consiste en la mise en place, à titre expérimental, dans les établissements scolaires qui le souhaitent, de « cellules bien-être » pendant les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013. Tout au long du processus, ces établissements scolaires bénéficieront d'un accompagnement méthodologique assuré par des opérateurs d'accompagnement issus de divers secteurs (Santé, Jeunesse, Aide à la jeunesse,

⁵⁸⁶ Document PDF de présentation du dispositif accessible depuis la page www.enseignement.be/index.php?page=0&navi=4048

⁵⁸⁷ Centres psychomédicosociaux.

⁵⁸⁸ Services de promotion de la santé à l'école.

etc.).

Ces cellules expérimentales sont constituées d'acteurs qui souhaitent développer une action de promotion du bien-être à l'école, mais qui éprouvent des difficultés dans la dynamisation d'une équipe reconnue et institutionnalisée au sein de l'école. Notre projet est de construire avec eux une politique de prévention globale et durable et de les accompagner dans la mise en projet de l'ensemble de la communauté éducative par la mobilisation d'une équipe (reconnue et institutionnalisée) plutôt que par des initiatives individuelles.

Dans le chapitre 10, les analyses des freins et des leviers propres à chacun des éléments clés du processus d'implantation d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire seront présentées sous l'angle des résultats d'ABMA, de ceux issus de la recension effectuée par C. Simard et M. Deschesnes, et de ceux résultant de l'évaluation des CBE. Les travaux québécois seront introduits par la dénomination "Recension 2011" et les travaux belges par celle de "CBE 2"⁵⁸⁹ car les données sont extraites du deuxième rapport d'évaluation.

⁵⁸⁹ L'évaluation des CBE doit faire l'objet de trois rapports d'évaluation. Dans le chapitre 10 nous nous appuyons principalement sur le deuxième rapport. Le troisième n'est pas encore disponible en décembre 2015.

CHAPITRE 10 – Éléments clés du processus d'implantation d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire : analyse des freins et des leviers

Dans le chapitre 10, seront détaillés les différents éléments à prendre en compte pour implanter la démarche des écoles promotrices de santé dans un établissement scolaire. L'identification de la nature de ces éléments et la façon dont ils influencent l'implantation de la démarche est issue de l'analyse des entretiens semi-directifs menés auprès des référents ABMA des établissements et des référents départementaux, de celle des comptes-rendus de leurs réunions de suivi, et de l'étude de la situation de chacun des établissements pilote⁵⁹⁰.

La présentation de chacun des éléments est structurée autour des axes suivants : quel est le rôle de l'élément considéré dans le processus d'implantation ; en quoi peut-il favoriser la démarche ou au contraire la freiner ; comment a-t-il été pris en compte dans l'expérimentation d'ABMA ? Enfin, pour certains de ces éléments, on pourra énoncer quelques propositions concrètes pour transposer cette analyse dans la pratique.

10.1 Le soutien de l'institution scolaire

Le soutien institutionnel est perçu comme l'élément qui légitime la démarche globale de promotion de la santé dans les établissements. L'échelon académique apporte un appui opérationnel à l'implantation du dispositif, tandis que le rôle du niveau national se situerait du côté de son intégration à plus long terme dans le système éducatif.

10.1.1 Le soutien du rectorat et des directions départementales des services de l'Éducation nationale

L'engagement formel des Directeur académique des services de l'Éducation nationale (DASEN)

Les Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) représentent le niveau opérationnel du soutien apporté par l'institution scolaire car leurs interventions concernent des aspects concrets de la mise en œuvre du dispositif dans les établissements. Notamment, il apparaît que l'engagement formel du Directeur académique des services de l'Éducation nationale est à rechercher car il permettrait d'agir sur :

- ✓ l'implication des chefs d'établissements ;
- ✓ la reconnaissance de la fonction de référent départemental ;

⁵⁹⁰ Cf. infra, troisième partie, chapitre6, 6.1.

- ✓ l'information sur le dispositif dans différentes instances (réunions de bassins, CESC départementaux par exemple) ;
- ✓ la mobilisation des IA-IPR qui pourraient, à leur tour, avoir un rôle de levier en ce qui concerne la participation des enseignants dans les établissements ;
- ✓ l'implantation du dispositif dans le premier degré en sensibilisant les IEN.

Les DASEN ont eu connaissance du dispositif ABMA dès le démarrage de l'expérimentation. En ce qui concerne, le département 1, le DASEN de l'époque⁵⁹¹ avait même été associé à la recherche du nom du dispositif⁵⁹². Néanmoins, les DASEN n'ont pas formalisé leur soutien⁵⁹³. À leur décharge, nous ne les avons jamais sollicités en ce sens pendant la durée de l'expérimentation. C'est véritablement l'évaluation qui a mis en lumière la portée de leur engagement au regard de la mise en œuvre opérationnel de ce type de dispositif et de son éventuelle pérennisation.

Quelques pistes qui pourraient concrétiser l'engagement formel du directeur académique :

- ✓ adresser un courrier aux chefs d'établissement qui rejoignent le dispositif afin de les conforter dans cette décision auprès de leurs équipes ;
- ✓ participer à une réunion de bassin dans laquelle une présentation d'ABMA est inscrite à l'ordre du jour;
- ✓ faire connaître son engagement auprès des chefs de service des référents départementaux, ce qui favoriserait la reconnaissance officielle de cette fonction et permet de légitimer le temps mis à disposition pour l'exercer.

Le soutien du rectorat

Le soutien du rectorat apporte une existence officielle au dispositif. C'est un levier indispensable pour institutionnaliser la démarche au sein d'une académie.

ABMA a été élaboré dans le cadre d'une instance académique : le CESC. La reconnaissance de l'existence du dispositif par la direction académique s'est faite dès le démarrage du projet.

L'engagement de la rectrice s'est traduit par :

- ✓ la signature d'un accord-cadre avec l'Inpes relatif à l'expérimentation d'ABMA ;
- ✓ l'inscription d'ABMA au projet académique;

⁵⁹¹ Depuis le démarrage de l'expérimentation, le DASEN a changé, le nouveau DASEN a reconduit son soutien à la mise en œuvre de l'expérimentation.

⁵⁹² Cf. infra, deuxième partie, chapitre 4.

⁵⁹³ Cette situation est toutefois en train d'évoluer puisqu'un DASEN a présenté ABMA comme un axe de son projet départemental à la rentrée 2015/2016.

- ✓ sa participation à l'ouverture d'un CESC académique pendant lequel était présentée l'avancée de l'implantation du dispositif.

La reconnaissance du dispositif ABMA par la rectrice a certainement été un levier pour certains établissements. Toutefois, une des limites de ce soutien est qu'il peut susciter l'engagement de certains chefs d'établissement plus par opportunisme envers la politique académique que par convictions personnelles à l'égard du dispositif.

Quelques pistes pour concrétiser le soutien apporté par un recteur :

- ✓ l'inscription du dispositif à la politique académique ;
- ✓ la participation du recteur à l'ouverture d'un comité de pilotage du dispositif ;
- ✓ une présentation du dispositif sur le site internet du rectorat.

10.1.2 Le soutien du ministère et le cadre législatif

L'impulsion ministérielle

Dans les entretiens, l'engagement ministériel en faveur d'une démarche globale de promotion de santé en milieu scolaire est mentionné comme étant le soutien qui permettrait d'intégrer cette démarche au cœur du système éducatif. Toutefois, certains modèrent la portée de cette influence, qui ne doit pas non plus être vécue comme une injonction, car elle risquerait d'avoir l'effet inverse et de susciter des résistances. Le discours ministériel ne doit pas donner l'impression d'être "descendant" mais de s'appuyer sur une reconnaissance de ce qui se fait déjà sur le terrain. Bref, c'est un exercice délicat !

Pendant la durée de l'expérimentation, des décisions prises par la ministre de l'Éducation nationale ont pu être de nature à influencer indirectement l'implantation du dispositif. Qu'il s'agisse des mesures liées à la lutte contre le harcèlement à l'école⁵⁹⁴ ou de la réforme du collège à la rentrée 2016⁵⁹⁵.

La loi

Le cadre législatif est un soutien car il peut contribuer à ce que le déploiement du dispositif ne soit pas tributaire du bon vouloir de quelques uns. Les référents départementaux ont été plus nombreux que les personnels des établissements à mentionner la loi de refondation de l'École

⁵⁹⁴ <http://www.education.gouv.fr/cid86060/agir-contre-le-harcèlement-a-l-ecole.html>

⁵⁹⁵ www.education.gouv.fr/pid32484/college-2016-tout-savoir-sur-reforme.html

de 2013⁵⁹⁶ comme élément de contexte favorable à l'implantation d'un dispositif comme ABMA, en particulier les passages relatifs à l'école "bienveillante"⁵⁹⁷. L'inscription dans la loi d'une démarche globale de promotion de santé corroborerait l'idée que celle-ci correspond bien aux missions de l'institution scolaire.

10.1.3 Comparaisons internationales

Recension 2011

Le soutien gouvernemental est pointé comme un levier pour l'implantation de ce type d'approche. Il fait partie du "*macrocontexte*"⁵⁹⁸ qui entoure les établissements scolaires et accompagne les pratiques dans les établissements. Comme cela nous a été rapporté dans quelques entretiens, il est également mentionné que ce soutien ne doit pas "*être vécu comme une obligation*", au risque de "*susciter de la résistance*".⁵⁹⁹ Les chercheuses québécoises concluent que "*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*".⁶⁰⁰

En outre, elles indiquent également que des études mettent au jour que des interventions ministérielles périphériques peuvent venir influencer les interventions de promotion de la santé dans les écoles. Elles citent l'exemple de Hong-Kong, où la réforme du système éducatif en faveur de la prise en compte du bien-être ainsi que la volonté d'agir à ce niveau, ont permis de dégager des financements pour les dispositifs de promotion de la santé⁶⁰¹.

CBE 2

Dans le cas de des CBE, l'engagement institutionnel au niveau des ministères est à l'origine de l'élaboration et de la mise en place du dispositif.

10.2 L'accompagnement des établissements

Accompagner les équipes des établissements constitue un élément central du processus d'implantation d'une démarche d'école promotrice de santé au sein d'un établissement. Cet

⁵⁹⁶ Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 dite d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

⁵⁹⁷ Cf. infra. deuxième partie, chapitre 3.

⁵⁹⁸ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

⁵⁹⁹ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

⁶⁰⁰ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 42.

⁶⁰¹ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 17.

appui en matière de méthode et de concept sert aussi à conforter et consolider une dynamique interne émergente.

10.2.1 L'accompagnement individualisé et collectif des établissements

L'accompagnement individualisé

Le quotidien des établissements scolaires est déjà bien rempli. Il n'existe pas de communauté éducative bayant aux corneilles, en attendant l'arrivée d'un dispositif global de promotion de la santé pour trouver de quoi s'occuper enfin ! L'accompagnement individualisé réalisé par une personne extérieure à l'établissement est un soutien pour faire une place à un dispositif de promotion de la santé, à la prise en compte du bien-être dans l'établissement. Il constitue aussi un élément important en venant apporter un appui méthodologique et conceptuel qui permet de passer de l'intention ("c'est une bonne idée de se préoccuper du bien-être", "cela correspond à nos valeurs") à l'action ("concrètement, comment commencer et par quoi ?", "en pratique, que fait-on ?").

Pour être efficace, l'accompagnement devrait être assez intense au démarrage de l'implantation et l'accompagnateur devrait se rendre physiquement dans les établissements régulièrement. Le manque de temps des uns et des autres peut vite constituer un obstacle à la réalisation d'un accompagnement de qualité.

L'accompagnement a été identifié dès le départ comme faisant partie du processus d'implantation du dispositif dans les établissements, ce qui s'est traduit par la mise en place de la fonction de référent départemental. Les référents départementaux sont extérieurs aux établissements suivis mais ils appartiennent à l'institution scolaire. Ce choix s'est révélé être bénéfique dans la mesure où les référents départementaux avaient, de fait, une très bonne connaissance du fonctionnement des établissements scolaires et des rôles respectifs de chacun des personnels. Une relation de confiance a pu s'établir facilement avec les équipes des établissements.

Au cours de l'expérimentation, l'accompagnement a évolué vers l'adoption d'un protocole standardisé et s'est amélioré même s'il reste encore largement perfectible. Les équipes des "anciens" constatent eux-mêmes que les équipes des "nouveaux"⁶⁰² bénéficient d'un accompagnement plus adapté.

Quelques pistes pour mettre en place l'accompagnement :

⁶⁰² Les "anciens" désignent les établissements qui sont entrés dans l'expérimentation dès la première année. Les "nouveaux" sont ceux qui l'ont rejoint les années suivantes.

- ✓ établir, en début d'année, un calendrier annuel des rencontres entre le référent départemental et l'équipe de l'établissement.
- ✓ inscrire les journées de rencontre des équipes ABMA des établissements au Plan académique de formation (PAF).

L'accompagnement collectif

Si l'accompagnement individualisé est indispensable pour introduire la démarche dans les établissements, l'accompagnement collectif, sans influencer aussi directement les pratiques, est un élément du processus d'implantation tout aussi nécessaire. Il répond à d'autres fonctions, notamment à instaurer des échanges entre les équipes. Il permet de puiser des idées, de découvrir des outils, des ressources, d'avoir des réponses sur ce que d'autres établissements ont pu expérimenter par rapport à une problématique, etc.

L'accompagnement collectif peut prendre plusieurs formes : à distance, au moyen de mise à disposition de ressources en direction de l'ensemble des acteurs concernés, ou en présentiel, avec l'organisation de journées de rassemblement, de formations.

Pendant l'expérimentation, seul le volet présentiel de l'accompagnement a été utilisé, avec l'organisation de trois journées annuelles de rassemblement des référents ABMA des établissements.

Quelques pistes pour mettre en place l'accompagnement des établissements :

- ✓ consacrer un espace réservé au dispositif sur le site internet de l'académie qui rassemble les ressources utiles aux établissements ;
- ✓ inscrire les journées de rassemblement des établissements au plan académique de formation (PAF).

La formation

La formation est une autre modalité de l'accompagnement collectif. C'est un élément d'implantation d'une démarche de promotion de la santé parce qu'elle contribue à expliquer et à faire comprendre le sens de la démarche. Elle favorise le travail pluricatégriel en insufflant une culture commune. Il ne s'agit pas uniquement de former les personnels aux concepts des écoles promotrices de santé mais également de leur faire acquérir les compétences attendues pour implanter la démarche de l'école promotrice de santé dans leur établissement. Par exemple, ces formations peuvent avoir pour thèmes la conduite de projet, l'animation de réunion, etc.

Cet élément d'implantation a été peu pris en compte au démarrage de l'expérimentation.

Piste pour mettre en place des formations qui soutiennent l'implantation de la démarche des écoles promotrices de santé :

- ✓ des formations d'initiatives locales (FIL) peuvent être organisées pour les personnels de l'établissement sur les principes et les modalités de mises en œuvre de la démarche des écoles promotrices de santé.

10.2.2 La fonction du référent départemental/de l'accompagnateur

Le référent départemental est la cheville ouvrière de l'accompagnement des établissements. L'existence de cette fonction est un élément indispensable pour l'implantation du dispositif car c'est lui qui organise et réalise l'accompagnement en pratique.

Instaurée avec l'élaboration du dispositif, cette fonction a rapidement été reconnue comme indispensable. À son propos, l'enjeu est de savoir par quelle procédure l'institutionnaliser. Après trois années d'expérimentation, deux voies se dessinent. D'un côté la reconnaissance officielle de la fonction par un engagement formel de l'équipe de direction du rectorat. Cela légitimera le temps que les référents départementaux y consacrent⁶⁰³ ⁶⁰⁴. De l'autre, l'intégration des référents départementaux au pôle des formateurs de la Délégation académique à la formation des personnels (DAFOP). Ce qui permettrait de développer des formations d'initiatives locales à destination des équipes des établissements mais également de pouvoir former plus largement d'autres personnels dans les services départementaux. Ainsi, les deux principaux aspects de la fonction des référents départementaux s'en trouveraient confortés : le suivi individualisé et l'accompagnement collectif.

Pistes pour conforter la fonction de référent départemental :

- ✓ disposer d'une fiche de poste "référent départemental" qui précise les missions, quantifie le temps nécessaire et mentionne les compétences attendues pour remplir la fonction ;
- ✓ la fonction d'origine du référent départemental devrait pouvoir lui laisser une certaine latitude quant à l'aménagement de son propre emploi du temps afin d'avoir suffisamment de souplesse pour rencontrer les équipes des établissements ;
- ✓ une formation spécifique pour les référents départementaux devrait être inscrite au plan académique de formation chaque année afin d'assurer la formation des nouveaux référents.

⁶⁰³ La quantification du temps consacré par un référent départemental au suivi de cinq établissements a été précisée au cours de l'expérimentation. Cf. infra, partie 3, chapitre 7.

⁶⁰⁴ Cela permettra également de prendre en compte la question des frais de déplacement des référents départementaux. Cf. infra, partie 3, chapitre 7 et ci-dessous dans le sous-chapitre 10.2.7.

10.2.3 Comparaisons internationales

Recension 2011

Les auteures de la recension associent l'accompagnement des établissements à une forme de soutien institutionnel. À partir des études retenues, elles concluent que *"le leadership⁶⁰⁵ 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."*⁶⁰⁶, S'il est reconnu comme indispensable, ce concours apporté aux écoles n'est décrit que dans ses grandes lignes : *"ressources financières, formation et accompagnement"*⁶⁰⁷. Néanmoins il est précisé que *"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."*⁶⁰⁸

La formation est présentée sous l'angle de la professionnalisation des personnels et elle est abordée de façon distincte de l'accompagnement, contrairement à la présentation que nous avons adoptée. La formation des personnels portent prioritairement sur la compréhension du concept et des méthodes d'implantation de l'école promotrice de santé.

CBE 2

L'importance du soutien apporté par l'accompagnement des équipes au sein des établissements est intrinsèquement intégrée au dispositif lui-même, puisque l'accompagnement des "cellules bien-être" fait partie du dispositif expérimental. Il est un élément central du processus d'implantation des CBE.

Sur ce point de support, les résultats de l'évaluation des CBE présentent des similitudes avec ceux obtenus lors de l'évaluation d'ABMA :

- ✓ l'accompagnement par un service externe à l'établissement est perçu comme une aide à *"l'institutionnalisation d'une CBE"*. Notamment, le fait que l'accompagnateur peut porter un *"regard décalé"* sur l'établissement, qu'il *"apporte du sens neuf"* et une *"prise de recul"* est également souligné⁶⁰⁹. Disposer de personnes référentes pour accompagner les CBE est même identifié comme un facteur de pérennisation⁶¹⁰ ;
- ✓ la complémentarité entre les différentes modalités de l'accompagnement, individualisé ou collectif, est aussi reconnue. *"Si l'accompagnement individualisé des*

⁶⁰⁵ Le leadership est entendu ici comme l'engagement de la part d'acteurs clés du système éducatif.

⁶⁰⁶ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 18.

⁶⁰⁷ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 42.

⁶⁰⁸ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 42.

⁶⁰⁹ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 15.

⁶¹⁰ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 22.

établissements semble incontournable (...) l'intérêt des rencontres entre pairs, membres ou responsables des CBE a été maintes fois relevé."⁶¹¹

Concernant le profil, les missions et les compétences attendues de l'accompagnateur par les équipes des établissements, un questionnaire fait ressortir les attentes suivantes :

- ✓ *une aide opérationnelle pour la mise en œuvre de la CBE dans l'école ;*
- ✓ *un regard extérieur qui permet une interrogation des pratiques ;*
- ✓ *une orientation vers des ressources ;*
- ✓ *des qualités personnelles comme la disponibilité, le dynamisme, la proximité avec les pratiques de terrain.*⁶¹²

Tous ces éléments font écho à ceux qui sont ressortis des entretiens menés auprès des référents ABMA des établissements.

10.3 Les acteurs clés de l'établissement scolaire

Les deux éléments précédents participaient à l'installation de conditions favorables dans l'environnement des établissements. Ce sont des éléments d'implantation contextuels ; dans le document québécois, il est fait mention du "macrocontexte". Les éléments qui vont suivre se rapportent aux conditions d'implantation à l'intérieur des établissements. Dans le document québécois, il s'agit du "contexte local". Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, la motivation des personnels est le dénominateur commun. Sans l'investissement minimal de quelques personnes, il serait vain de chercher à implanter une quelconque démarche de promotion de la santé. Dans le macrocontexte, l'engagement des référents départementaux est fondamental, dans le contexte local, l'engagement de quelques acteurs clés l'est tout autant.

10.3.1 Le chef d'établissement

L'implication du chef d'établissement est incontournable. Les propos tenus à ce sujet dans les entretiens réalisés pour l'évaluation d'ABMA sont unanimes. Sans l'impulsion du chef d'établissement, le dispositif ne peut pas s'implanter. Lui seul peut donner une légitimité au dispositif.

⁶¹¹ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 16.

⁶¹² Hubin, N. *et al.* (2013), p. 23.

La posture du chef d'établissement⁶¹³ représente tantôt un appui essentiel, tantôt un obstacle quasiment insurmontable, à court ou moyen terme, pour implanter le dispositif dans l'établissement.

Cette posture est un levier quand :

- ✓ le chef d'établissement a fait sienne la convergence entre ses propres intérêts (amélioration du climat scolaire et des résultats) et les objectifs d'ABMA (amélioration du bien-être de l'ensemble de la communauté éducative) ;
- ✓ les relations avec les équipes sont satisfaisantes ;
- ✓ il existe une réelle possibilité de déléguer une partie du processus d'implantation aux référents ABMA de l'établissement ;

A contrario, elle est un frein quand :

- ✓ le chef d'établissement engage l'établissement par opportunité plus que par conviction ;
- ✓ la philosophie du dispositif n'est pas comprise ;
- ✓ il existe un dysfonctionnement relationnel avec les équipes^{614 615} ;
- ✓ il ne délègue pas suffisamment la mise en actes du dispositif aux référents ABMA de l'établissement et/ou à l'équipe projet.

L'influence majeure du chef d'établissement a bien été prise en compte dès le démarrage de l'expérimentation. Sur la durée, nous avons pu identifier différentes postures des chefs d'établissement au regard de l'implantation du dispositif et définir celles qui lui étaient favorables, de celles qui l'étaient moins. Néanmoins, nous n'avons rien mis en place de concret qui serait venu infléchir la position des chefs d'établissement qui limitait l'implantation du dispositif afin d'essayer de remédier à cette situation.

Quelques pistes pour que la posture du chef d'établissement favorise l'implantation du dispositif :

- ✓ formation spécifique sur le dispositif destiné aux chefs d'établissement afin de leur exposer les enjeux et les défis d'un établissement promoteur de santé, en particulier leur faire prendre conscience que la plupart des décisions prises (ou non prises) ont un impact sur la qualité de vie au sein de l'établissement ;

⁶¹³ Sur la distinction entre l'implication respective du chef d'établissement et de son adjoint, cf. ; infra, troisième partie, chapitre 6.2.

⁶¹⁴ Ce point est également mis en avant dans le rapport d'évaluation des CBE, les auteurs listent les conditions qui ne permettent pas d'implanter ce type de démarche. Un dysfonctionnement trop important entre le directeur de l'école et ses équipes en fait partie.

⁶¹⁵ Un dysfonctionnement important parmi d'autres membres du personnel ne constitue pas pour autant un frein rédhibitoire à l'implantation du dispositif. C'est véritablement la qualité des relations entre le chef d'établissement et ses équipes qui semble être en cause.

- ✓ pendant les journées de regroupement, prévoir des temps d'échange destinés uniquement aux chefs d'établissement.

10.3.2 Le référent ABMA

L'identification d'un ou plusieurs référents ABMA dans l'établissement ne constitue pas un élément incontournable dans le processus d'implantation du dispositif. Comme cela est mis en évidence par les auteurs de la recension, il importe davantage qu'il existe un "leader" qui porte cette question au sein de l'établissement. Compte tenu des résultats des études, c'est souvent le chef d'établissement qui occupe cette fonction. On peut donc considérer qu'il est, de fait, un référent ABMA de l'établissement. De façon plus souple, on pourrait considérer que toute personne appartenant au noyau dur de l'équipe puisse être potentiellement un "référent ABMA". La désignation "fléchée" des référents ABMA, par le chef d'établissement telle que nous l'avons mise en place, n'est pas d'une grande souplesse et ne prévoit pas qu'une autre personne qui se trouve de plus en plus intéressée, au fur et à mesure que le dispositif s'implante, puisse devenir référent à son tour.

Néanmoins, ce n'est pas parce que le référent ABMA de l'établissement n'est pas un élément incontournable que cette fonction est inutile. Sans être indispensable, elle correspond à un rôle dans le processus d'implantation mais celui-ci correspond plutôt à celui d'un membre du noyau dur de l'équipe ABMA. Nous avons recherché dans les entretiens quelles devaient être les qualités pour exercer ce rôle :

- ✓ avoir du recul sur la pratique et une bonne connaissance du fonctionnement d'un établissement ;
- ✓ être motivé, et avoir envie de faire changer les choses dans l'établissement ;
- ✓ posséder des compétences en animation d'équipe ;
- ✓ être un relais entre l'équipe ABMA et l'ensemble de la communauté éducative ;
- ✓ être capable de coordonner la mise en place d'actions et s'assurer de la participation du plus grand nombre.

Au moment de sa conception, le référent ABMA de l'établissement avait un rôle central. L'évaluation fait apparaître que ce rôle doit être rééquilibré entre celui des personnels de direction et celui de l'équipe ABMA. Notamment, seule l'adhésion du chef d'établissement avait été requise lors de l'entrée de l'établissement dans le dispositif, alors qu'il aurait fallu s'assurer de son implication. Si ce dernier point a évolué pour les établissements entrés plus

récemment dans le dispositif, la clarification du rôle (missions et limites) du référent ABMA de l'établissement dans l'implantation du dispositif reste à préciser.

Quelques pistes pour faciliter le rôle des référents ABMA des établissements :

- ✓ le "recrutement" du référent ABMA devrait pouvoir faire l'objet d'un entretien préalable avec le chef d'établissement pour présenter les objectifs de la démarche ;
- ✓ élaborer une fiche relative aux missions du référent ABMA de l'établissement dans le cadre de l'accompagnement.

10.3.3 L'équipe ABMA

La constitution d'une équipe, dont la responsabilité est de piloter le processus d'implantation du dispositif et de mettre en place les actions adéquates, garde toute sa pertinence au regard de l'évaluation que nous avons conduite. Dans la mesure où cette équipe est identifiée comme telle au sein de l'établissement (= c'est l'équipe ABMA) et quelle fonctionne (= elle se réunit régulièrement au sujet du dispositif), elle représente un élément de nature à favoriser l'implantation de ce type de démarche. En effet, pour qu'un établissement devienne promoteur de santé, il convient que le plus grand nombre de membres de la communauté éducative soit impliqué dans sa mise en œuvre et adhère aux finalités du dispositif. Pour ce faire, il est besoin d'un espace et d'un temps de concertation. Le chef d'établissement ne peut pas tout faire tout seul, il lui faut des relais. L'existence d'une équipe dynamique permet que cela ne soit pas toujours les mêmes personnes qui s'impliquent, au risque de s'essouffler.

Cet élément a été pris en compte dans le processus d'implantation, mais une amélioration doit être apportée quant aux modalités de la constitution de l'équipe, son rôle, son fonctionnement. La présentation qui a été faite, dans le cadre de l'expérimentation, du fonctionnement de l'équipe était trop tournée sur la réalisation de projets au détriment de l'espace de réflexions et de concertations que l'équipe représente aussi.

Pistes pour dynamiser le fonctionnement de l'équipe ABMA :

- ✓ élaborer une affiche qui reprend les objectifs de l'équipe et qui donne la liste de ses participants.
- ✓ ses réunions doivent donner lieu à des comptes-rendus largement diffusés dans l'établissement.

10.3.4 Comparaisons internationales

Recension 2011

Pour aborder les acteurs clés de la promotion de la santé au sein de l'établissement, les chercheuses québécoises décrivent l'importance d'un leadership sur ces questions au sein de l'école. *"Le leader doit posséder des compétences et des caractéristiques personnelles adéquates."*⁶¹⁶ Là, où dans ABMA nous avons tenté de bien distinguer les rôles respectifs du chef d'établissement et du référent ABMA de l'établissement, les études analysées par les chercheuses québécoises tendent à montrer que ce rôle doit être dévolu assez naturellement aux personnels de direction. *"Cependant étant donné sa position hiérarchique (...[il semble 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."*⁶¹⁷

Particulièrement, elles mettent en évidence l'influence du chef d'établissement sur les points suivants :

- ✓ il permet de définir les priorités (accorder une place prioritaire à la promotion de la santé dans l'établissement) ;
- ✓ il accorde du temps pour la discussion et la planification ;
- ✓ il peut favoriser l'achat de matériel ou de ressources ;
- ✓ il délègue des responsabilités (ce point résonne avec la question de la légitimation des référents ABMA des établissements à laquelle nous nous sommes trouvés confronté) ;
- ✓ il établit un lien avec les partenaires extérieurs.⁶¹⁸

Enfin, concernant la constitution d'une équipe spécifique consacrée au dispositif, les auteurs de la recension constatent que *"l'existence d'un comité responsable de la promotion de la santé représentatif de l'ensemble de la communauté éducative peut avoir une certaine influence sur l'implantation."*⁶¹⁹

CBE 2

Le rôle essentiel du chef d'établissement est largement mis en exergue par l'évaluation des CBE. Celui-ci est synthétisé de la façon suivante : il *"doit être partie prenante de la CBE, c'est un levier permettant un appui institutionnel, symbolique et fonctionnel."*⁶²⁰

⁶¹⁶ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 19.

⁶¹⁷ Simard, C. § Deschesnes, M. (2001) p. 19.

⁶¹⁸ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011), p. 18.

⁶¹⁹ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011) p. 18.

⁶²⁰ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 9.

L'analyse de l'implantation des CBE dans les écoles montre également que le repérage et l'identification de la structure et des membres qui la composent est un facteur favorable à son implantation.

Le rapport fait également état d'"écueils à la pérennisation" des CBE tels que "la mouvance" des directions des écoles et des autres personnels tout comme nous avons pu y être confrontés pendant l'expérimentation d'ABMA.

10.4 La participation de la communauté éducative

10.4.1 Participation des personnels enseignants et non enseignants

En général

La participation de l'ensemble des personnels de l'établissement est inhérente au concept des écoles promotrices de santé. Elle en est même un des principes directeurs et un critère d'efficacité⁶²¹ reconnu en promotion de la santé. Dans le processus d'implantation de la démarche des écoles promotrices de santé, la participation est un vecteur essentiel pour transposer concrètement le concept dans les différentes composantes de la vie de l'établissement. Il permet également d'assurer une cohérence entre les politiques éducatives et pédagogiques.

L'idéal en matière de participation des populations en promotion de la santé est celui d'une démocratie dans laquelle le partage du pouvoir est effectif. Son objet principal dans le cadre des écoles promotrices de santé réside dans la construction d'une vision partagée du bien-être et sa mise en œuvre.

Le dispositif ABMA prévoit que cette mobilisation est lancée, animée et stimulée par l'équipe projet. L'expérimentation montre que celle-ci est très inégale d'un établissement à l'autre, et que l'agent de cette mobilisation ne peut pas être l'équipe projet seule, l'implication du chef d'établissement étant également nécessaire. Il existe un décalage assez grand entre les déclarations d'intention relatives à la promotion de la santé, qui concerne l'ensemble de la communauté éducative à la fois pour l'implantation d'ABMA et les bénéfices attendus, et les pratiques. On peut prendre l'exemple de l'identification des référents ABMA des établissements. Certains ont pu avoir le sentiment d'avoir été "désignés", que cela leur avait été "imposé" par le chef d'établissement sans que leur avis ne soit pris en compte. Cette

⁶²¹ Cf. infra, partie 1, chapitre 2.2

situation n'est pas cohérente avec les principes des écoles promotrices de santé. Les personnes sollicitées auraient dû avoir le choix de ne pas participer au dispositif.

Enfin, l'analyse des études de cas de chacun des établissements fait apparaître qu'en pratique, le terme "participation" se réfère davantage aux réalités suivantes : "prendre part à la réalisation d'une action", "être membre d'une équipe", "être bénéficiaire d'un projet", qu'au fait de donner réellement à la personne une part active dans le processus décisionnaire du projet ou de l'action. Il ressort également que pour tendre vers une participation "démocratique" des membres de la communauté éducative, la principale contrainte est le temps, à part égal avec le manque de compréhension de la démarche des écoles promotrices de santé.

Finalement, d'un point de vue pragmatique, il conviendrait plutôt de rechercher l'adhésion du plus grand nombre à la démarche. Que chacun fasse sienne la préoccupation autour du bien-être. Ainsi, un premier niveau d'implantation de l'école promotrice de santé serait d'abord de faire connaître, comprendre et adhérer à la finalité de la démarche (donner une place centrale au bien-être dans le milieu de vie qu'est l'école) avant de chercher à instaurer une démarche participative digne de ce nom, trop chronophage et aussi peut-être trop éloignée des modalités décisionnelles habituelles au sein des établissements scolaires.

Piste pour susciter l'adhésion du plus grand nombre :

- ✓ présenter la démarche à l'ensemble des personnels lors de journées banalisées.

Une question récurrente : quelle est la participation des enseignants dans la démarche ?

Le rôle essentiel des enseignants pour implanter une démarche globale de promotion de la santé dans un établissement scolaire n'échappe à personne. Toutefois, leur participation est loin d'être acquise et "les enseignants ne participent pas assez aux projets" est un leitmotiv que reprennent en chœur toutes les équipes ABMA des établissements pilotes. En même temps, certains constatent que les enseignants "*font ce travail sans s'en rendre compte*"⁶²².

L'évaluation fait apparaître que la participation des enseignants est à envisager selon deux modalités :

- ✓ de façon assez traditionnelle, il s'agit de la participation effective d'enseignants à des projets, des actions de promotion de la santé et/ou de l'articulation entre un projet d'éducation à la santé sur un sujet de santé et le contenu des programmes dans un continuum pédagogique ;

⁶²² Entretien n°21.

- ✓ à travers le domaine qui est le leur : la pédagogie. Il s'agit d'intégrer les objectifs (ou les principes) de la promotion de la santé dans les pratiques pédagogiques afin de favoriser le développement des compétences personnelles, sociales et relationnelles des élèves. Au travers de leurs pratiques pédagogiques, les enseignants concourent aussi à l'accomplissement des objectifs de l'école promotrice de santé qui vise l'épanouissement des individus. Les pratiques pédagogiques peuvent permettre, par exemple, de favoriser le renforcement de l'estime de soi des élèves quant à leurs capacités scolaires, ou encore en ce qui concerne les relations interpersonnelles d'expérimenter la coopération⁶²³.

Pistes pour accroître la participation des enseignants :

- ✓ mettre la seconde modalité de participation à l'ordre du jour des conseils pédagogiques
- ✓ porter la démarche des écoles promotrices de santé à la connaissance des IA-IPR.

10.4.2 Participation des élèves

Les élèves sont très rarement associés au choix des projets les concernant. Le plus souvent, ils sont bénéficiaires de projets descendants.

Pourtant, les inscrire dans une démarche participative permet de contribuer au développement des compétences psychosociales comme l'autonomie ou l'estime de soi. La participation effective des élèves contribue à tisser un lien entre la démarche de l'école promotrice de santé et l'apprentissage de la citoyenneté.

Le développement des compétences psychosociales est un des fondements de l'école promotrice de santé⁶²⁴. Aussi, il figure en bonne place parmi les domaines d'intervention du dispositif ABMA. L'acquisition de ces compétences en contexte scolaire peut prendre plusieurs formes qui ne sont pas antinomiques. Schématiquement, soit :

- ✓ elles font l'objet de programmes spécifiques qui se déclinent en un certain nombre de séances, animées par un enseignant formé au préalable ou par un intervenant extérieur. Le programme s'inscrit dans une durée allant de plusieurs semaines à quelques mois ;
- ✓ elles s'acquièrent dans des activités intégrées à la vie de l'établissement, comme c'est le cas pour les élèves délégués.

Quelle que soit la modalité adoptée, l'acquisition de ces compétences reste⁶²⁵ expérientielle.

⁶²³ Cette modalité de participation des enseignants à la réalisation de l'école promotrice de santé entre en résonance avec tous les débats sur la posture pédagogique qui resurgissent régulièrement au sein du ministère de l'Éducation nationale ou dans les médias.

⁶²⁴ Cf. infra, première partie, chapitre 2.

⁶²⁵ Fortin, J. (2015).

La participation d'élèves à l'équipe ABMA témoignerait d'une implantation aboutie de la démarche des écoles promotrices de santé. Cette situation ne s'est pas rencontrée parmi les établissements pilotes. Toutefois, dans tous les établissements, le développement des compétences psychosociales fait l'objet d'actions identifiées. Il peut s'agir d'interventions de partenaires associatifs centrées sur l'amélioration de la communication ; de prévention des violences avec l'appui de techniques théâtrales ; de formations à la médiation par les pairs ; de la valorisation des "talents" extrascolaires des élèves ; de la gestion du foyer des élèves, etc.

Ainsi, dans tous les établissements pilotes, les compétences psychosociales des élèves sont développées d'une façon ou d'une autre. Toutefois, d'une part ce développement n'est pas toujours intégré comme il le devrait au dispositif ABMA, d'autre part, les établissements dans lesquels il existe une convergence explicite entre les compétences ciblées par les actions qui se déroulent en dehors de la classe et la façon dont ces mêmes compétences sont expérimentées dans la classe, ne sont pas nombreux.

Les pistes qui peuvent améliorer la participation des élèves :

- ✓ le fonctionnement des conseils de la vie collégienne (CVC) peut reposer sur les principes des écoles promotrices de santé ;
- ✓ des élèves peuvent systématiquement être associés aux décisions de l'équipe ABMA.

10.4.3 Participation des parents

En tant que membres de la communauté éducative, les parents ont tout naturellement leur place dans les réflexions concernant le bien-être de leurs enfants à l'école.

De l'évaluation d'ABMA, il ressort que les familles s'investissent peu dans la réalisation des projets de promotion de la santé. Le plus souvent leur implication est circonscrite aux réunions du Conseil d'administration, et/ou du CESC quand elles y participent. Ponctuellement, elles sont aussi destinataires d'une information sur une action en particulier via un mot inscrit dans le carnet de correspondance.

Les entretiens montrent que la participation des familles est toujours souhaitée et que leur absence ou leur peu d'investissement est toujours déploré. Dans la plupart des établissements, des initiatives sont prises en direction des parents pour les associer à la vie de l'établissement. Néanmoins, dans la plupart des cas, ces sollicitations concernent d'abord des aspects liés à la scolarisation de leurs enfants, plus rarement des décisions concernant le fonctionnement ou l'organisation de l'établissement.

Les entretiens, ou les échanges lors des réunions, n'ont pas permis d'identifier de pistes et de formuler des recommandations pour accroître le rôle et la place des parents sur les questions liées à l'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement.

10.4.4 Comparaisons internationales

Recension 2011

La participation des membres de la communauté éducative à la mise en place d'une approche globale de promotion de la santé est identifiée comme un élément incontournable dans les études consultées. *"Cette participation est une dimension essentielle au principe de démocratie qui est préconisée dans une approche globale."*⁶²⁶ En particulier, certaines études indiquent que si les personnels ont *"un certain contrôle sur son développement et son implantation"* ils sont *"plus susceptibles de l'adopter"*⁶²⁷.

Tout comme il nous est apparu en évaluant ABMA qu'il existait un fossé entre l'intérêt reconnu de la participation et sa réalisation effective, les études retenues s'en font également l'écho. Ainsi, la participation des parents est décrite comme un *"défi"*, particulièrement au secondaire et quand *"la communication entre l'école et les parents ou entre ces derniers et leur enfant était faible."*⁶²⁸ Celle-ci peut même parfois constituer une résistance importante à l'implantation de la démarche.

*"Selon ces chercheurs, la compréhension du concept Health Promoting School – (École promotrice de santé) par les parents a été particulièrement ardue au début de son implantation. Ainsi, des parents redoutaient, entre autres, que les activités du Health Promoting School empêchent leurs enfants de se concentrer sur leurs études."*⁶²⁹

Globalement, il apparaît que la participation des parents se résume le plus souvent à une *"transmission d'information"* et qu'ils *"ont peu de place dans la planification et l'implantation des activités de l'approche globale"*⁶³⁰.

Lorsqu'elle se rapproche des caractéristiques attendues en promotion de la santé (dimensions démocratiques et actives notamment), la participation des élèves *"génère des effets positifs pour eux."*⁶³¹

⁶²⁶ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p. 21.

⁶²⁷ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p. 20.

⁶²⁸ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p. 20.

⁶²⁹ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p.20.

⁶³⁰ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p.21.

⁶³¹ Simard, C. § Descenes, M. (2011), p.21.

Enfin, le rapport s'attarde un peu plus longuement sur la participation des enseignants car :

*"Il est reconnu que l'agent fondamental d'un programme de promotion de la santé instauré dans une école est l'enseignant. 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."*⁶³²

L'importance de la formation initiale des enseignants dans ce domaine est confirmée et la formation professionnelle devrait être axée sur les *"concepts, les connaissances et les compétences requises pour implanter une approche globale en promotion de la santé en milieu scolaire."*⁶³³ En effet, cela permettrait d'accroître *"le sentiment de confiance que les enseignants ont quant à leur rôle dans l'approche globale."* Ce dernier point n'a pas été étudié dans le cadre de l'évaluation d'ABMA, mais le fait que les enseignants s'impliquent peu dans les démarches de promotion de la santé s'explique en partie en raison de la représentation de leur identité professionnelle⁶³⁴. Traduire cela en matière de *"sentiment de confiance"*⁶³⁵ envers *leur rôle dans l'approche globale* semble un levier pertinent au regard des échanges que nous avons pu avoir pendant la durée de l'expérimentation.

CBE 2

La participation est présentée sous l'angle de l'enjeu autour de *"la mobilisation de la communauté scolaire"*⁶³⁶. Un des leviers pour y parvenir est de constituer des "cellules du bien-être" représentatives des différents corps qui composent l'école, charge à chacun de ces représentants de mobiliser leurs pairs. Toutefois, comme nous avons pu l'observer en étudiant la composition des équipes ABMA, cette représentativité n'est pas homogène dans les "cellules du bien-être". Les personnels médico-psycho-sociaux sont largement impliqués, tandis que les enseignants sont les grands absents de ces structures qui se mettent en place⁶³⁷. *"La représentativité des élèves reste un objectif souhaité, mais encore peu opérationnel : dans sept établissements seulement, les élèves sont intégrés au processus décisionnel."*⁶³⁸

⁶³² Simard, C. § Descenenes, M. (2011), p.23.

⁶³³ Simard, C. § Descenenes, M. (2011), p.20.

⁶³⁴ Jourdan, J. *et al.* (2002).

⁶³⁵ souligné par nous.

⁶³⁶ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 8.

⁶³⁷ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 26.

⁶³⁸ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 8.

L'objet de cette participation concerne avant tout le partage d'un objet commun au sein de l'école, à savoir "*l'acceptation du bien-être comme une priorité de l'école.*"⁶³⁹

10.5 La planification/La démarche de projet

10.5.1 Réaliser la phase d'analyse de la situation

La réalisation d'une phase d'analyse de la situation peut remplir au moins deux rôles dans le processus d'implantation d'une démarche d'école promotrice de santé. D'une part, elle permet de dresser un inventaire de la situation de l'établissement au regard du bien-être et de la santé globale de la communauté éducative, d'autre part elle constitue en soi une première mise en pratique des principes d'une école promotrice de santé en mobilisant des personnels et/ou des élèves de façon participative autour d'un objectif partagé.

Dans le meilleur des cas, les équipes ABMA se sont emparées de cette étape pour "*tout remettre à plat*"⁶⁴⁰, notamment pour faire le point sur l'ensemble des actions entreprises dans l'établissement et pour identifier les leviers sur lesquels agir pour améliorer le bien-être à l'intérieur de l'établissement. Toutefois, un référent départemental constate que pour les équipes ABMA des établissements, il est parfois "*difficile d'entrer dans la démarche qui consiste à interroger le lieu de vie, la qualité de vie.*"⁶⁴¹ En conséquence, certains états des lieux n'ont pas toujours été en adéquation avec l'objectif de promouvoir une santé globale à partir des déterminants du milieu de vie, en l'occurrence l'établissement scolaire.

Quand l'équipe ABMA s'approprie cet élément de l'implantation de la démarche des écoles promotrices de santé, celui-ci constitue un levier intéressant car il permet de faire connaître la démarche, d'expérimenter un processus participatif et d'obtenir des résultats assez rapidement. Au fur et à mesure de l'expérimentation, les équipes des établissements ont perçu l'utilité de cet élément.

Piste pour réaliser la phase d'analyse de la situation :

- ✓ Outiller les équipes des établissements d'un fascicule présentant de façon pratique différentes techniques de réalisation d'un état des lieux à partir de l'expérience des établissements pilotes.

⁶³⁹ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 10.

⁶⁴⁰ Entretien n° 21.

⁶⁴¹ Entretien n°2.

10.5.2 Mettre en place des actions. Lesquelles ?

Pour aborder l'élaboration et la réalisation des actions qui vont contribuer à rendre un établissement scolaire promoteur de santé, il n'est pas adapté de suivre la présentation adoptée jusqu'alors dans les autres sous-parties de ce chapitre : rôle dans l'implantation, prise en compte par le dispositif ABMA et pistes pour une intégration de cet élément dans les pratiques. En effet, l'évaluation insiste davantage sur le fait qu'il faille réinterroger les représentations-mêmes de ce que recouvre une action dans le contexte des écoles promotrices de santé.

Qu'est-ce qu'une "action" dans une école promotrice de santé ?

Les entretiens dévoilent les représentations qui sont associées au terme d'"action" pour les référents ABMA des établissements. On pourrait les résumer de la façon suivante, une "action" recouvre une ou plusieurs activités mise(s) en place par un personnel de l'établissement et/ou un partenaire extérieur. Ces activités s'articulent autour d'un thème bien identifié et/ou le développement de compétences. Les élèves en sont souvent les bénéficiaires. De plus, pour les référents ABMA, l'implantation d'un "programme" dans un établissement implique généralement, toujours, les représentations qui lui sont attachées, l'élaboration de nouvelles actions et l'octroi d'un budget spécifique dans le cas d'un programme expérimental. ABMA est un dispositif qui ne correspond pas à ces représentations. Tout d'abord, et cela a été souligné dans de nombreux entretiens, ABMA n'est pas un programme. Il ne s'agit pas de suivre des étapes préconstruites, il n'existe pas de « kit prêt à l'emploi ». Ensuite, l'implantation du dispositif ne requiert pas obligatoirement l'élaboration de nouvelles actions. Il s'agit avant tout d'une manière particulière d'envisager les actions existantes à travers le prisme de leur contribution à l'atteinte (ou non) de l'objectif de bien-être identifié pour et par l'équipe de l'établissement.

Cela implique que pour appréhender l'enracinement d'une démarche globale de promotion de la santé dans un établissement scolaire, il faut sortir d'une logique d'implantation par actions, trop réductrice. Comme l'illustre un référent ABMA, *"il ne s'agit pas seulement de "grandes" actions" mais "c'est aussi une façon d'être dans l'établissement."*⁶⁴²

Prioriser ou donner de la cohérence ?

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, l'implantation d'une démarche globale de promotion de la santé ne se réduit pas à la somme des actions mises en place. Dans les

⁶⁴² Entretien n° 22.

entretiens, l'implantation se concrétise plutôt par une coordination repensée des actions. Il s'agit d'abord pour l'établissement de définir sa propre vision globale et partagée - dans la mesure du possible - du bien-être et de la qualité de vie. Celle-ci devient la ligne directrice sur laquelle se caler pour prendre des décisions, organiser le fonctionnement de l'établissement, élaborer des actions. Ainsi, dans un paradigme qui organise la promotion de la santé à partir d'un sujet de santé pour lequel il s'agit de réduire les risques et de renforcer les facteurs de protection, prioriser les actions à mettre en place est pertinente. Dans un paradigme qui organise la promotion de la santé suivant un objectif d'amélioration de la santé globale à partir des déterminants du lieu de vie, le principe organisateur devient la cohérence et la coordination des actions entre elles.

10.5.3 Comparaisons internationales

Recension 2011

À partir des recherches étudiées dans le cadre de la recension, les chercheuses ont défini des étapes de planification de l'école promotrice de santé au sein d'un établissement. Ces étapes décrivent les conditions d'implantation de la démarche dont l'objectif est bien de s'intégrer à la vie de l'école et non pas d'apparaître comme un dispositif distinct. Elles en détaillent les différents aspects :

- ✓ *"établir un portrait de l'école au regard de la santé et du bien-être de sa population"*⁶⁴³. Cette étape correspond à l'analyse de la situation décrite dans ABMA, tout comme cette étape nous est apparue incontournable, il est précisé que *"cette activité constituait une étape de préimplantation permettant d'initier la mise en œuvre des Health Promoting School"*⁶⁴⁴.
- ✓ *établir "une relation claire entre les objectifs de cette dernière [l'approche globale] et les activités déployées"*⁶⁴⁵. Ce qui conforte la recherche d'une cohérence entre les actions élaborées dans l'établissement et les finalités de l'école promotrice de santé. De plus, cette cohérence doit pouvoir être retrouvée aussi avec les programmes d'enseignement par la recherche de *"buts partagés entre le curriculum scolaire et l'approche globale."*⁶⁴⁶

⁶⁴³ Simard, D. § Deschesnes, M. (2011), p. 24.

⁶⁴⁴ Simard, D. § Deschesnes, M. (2011), p.24.

⁶⁴⁵ Simard, D. § Deschesnes, M. (2011), p. 24.

⁶⁴⁶ Simard, D. § Deschesnes, M. (2011), p. 24.

- ✓ *"Un autre aspect de la planification est l'intégration des activités de l'approche globale dans les structures de la vie de l'école." De telle sorte 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."*⁶⁴⁷
- ✓ L'évaluation des actions entreprises et du fonctionnement de l'équipe.

CBE 2

Les actions produites sous l'égide des CBE sont nombreuses et leurs thèmes sont diversifiés. Pour les auteurs de l'évaluation cela reflète *"l'aspect multifactoriel du bien-être."*⁶⁴⁸

Tout comme nous avons pu le faire dans le cadre de l'évaluation d'ABMA, l'évaluation des CBE permet de conclure qu'implanter une démarche d'école promotrice de santé n'engendre pas systématiquement la mise en place de nouvelles actions.

*"Dans un grand nombre de cas, la CBE est moins un lieu d'organisation de nouvelles actions qu'un lieu d'identification, de mise à plat et de rencontre des activités existantes en relation avec le bien-être. La CBE est donc un lieu d'articulation des actions, des projets qui favorisent le "vivre bien à l'école" et surtout le "vivre ensemble", un lieu de réflexion sur la cohérence et la continuité de ces actions ; un lieu d'identification d'éventuelles lacunes."*⁶⁴⁹

De plus, tout comme pour ABMA, l'implantation des CBE a conduit à se poser la question de savoir comment il était possible d'implanter la démarche à l'ensemble de l'école en la faisant porter par une structure bien identifiée, en l'occurrence, la cellule bien-être.

*"Face à ces constats et réflexions, le concept de bien-être et la prise en charge de celui-ci par une "cellule" au sein d'un établissement favorisent-ils "l'intégration des initiatives en un projet cohérent ?"*⁶⁵⁰.

Pour que les écoles y parviennent, les évaluateurs ont identifié cinq voies qui passent par :

- ✓ la nature du climat relationnel (empreint de bienveillance) ;
- ✓ les modalités de prise de décision (reposant sur une approche participative) ;
- ✓ la cohérence entre les thèmes des actions déployées et la vision partagée du bien-être au sein de l'école ;
- ✓ l'identification des missions de chacune des structures qui sont d'autres lieux de concertation que les cellules bien-être dans l'école ;

⁶⁴⁷ Simard, D. & Deschesnes, M. (2011), p. 25.

⁶⁴⁸ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 10.

⁶⁴⁹ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 55.

⁶⁵⁰ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 11.

- ✓ et enfin la distinction et l'articulation entre les suivis individuels et les approches collectives⁶⁵¹.

10.6 La communication

10.6.1 Communiquer dans les établissements

Le rôle de la communication dans le processus d'implantation

La communication en direction de l'ensemble de la communauté éducative est perçue comme un des éléments clés d'implantation et comme un facteur de pérennisation. Elle porte autant sur le dispositif lui-même et la façon dont il se met en place dans l'établissement, que sur la finalité et le sens de la démarche. Cela permet de faire exister le dispositif dans l'établissement. En donnant de la visibilité au projet, en clarifiant les objectifs visés et les bénéfices attendus, la communication contribue à fédérer une équipe large autour de la démarche en faisant gagner en prise de conscience.

Son importance dans le processus d'implantation est telle que son absence (ou son insuffisance) est un frein dont la conséquence est de limiter la progression de l'intégration de la démarche à la vie de l'établissement, voire de contribuer à sa disparition à court ou moyen terme.

Un des enjeux majeurs de la communication sur la démarche dans les établissements est de permettre de s'adresser à ceux qui ne sont pas convaincus au départ. C'est aussi, indirectement, un moyen de favoriser la participation.

La prise en compte de la communication dans l'expérimentation d'ABMA

En ce qui concerne l'expérimentation du dispositif, la communication est un élément qui a été insuffisamment développé dans les établissements pilotes. La plupart du temps, elle a consisté en une présentation en assemblée générale, par le chef d'établissement ou un des référents ABMA et/ou une information au conseil d'administration, le plus souvent parce que le dispositif était inscrit au ou allait être intégré au projet d'établissement. L'évaluation indique que ces modalités de communication sont loin d'être suffisantes. Elles devraient être plus régulières et diversifiées et ne pas être réservées à certaines instances.

Dans le cadre du dispositif de recherche interventionnelle qui encadrerait l'expérimentation⁶⁵², l'attention apportée à la communication sur le dispositif à l'intérieur des établissements s'est

⁶⁵¹ Hubin, N. *et al.* (2013), p. 11.

⁶⁵² Cf. *infra* partie 2, chapitre 5.

accrue. Un dépliant de présentation a été élaboré avec l'appui des référents ABMA. Pour les établissements entrés dans l'expérimentation à partir des rentrées scolaires 2014-2015 et 2015-2016, les présentations du dispositif par le référent départemental à l'ensemble des personnels en début d'année se sont multipliées.

Pistes :

- ✓ présentation du dispositif en début d'année à l'ensemble des personnels par une personne extérieure à l'établissement ;
- ✓ mise à disposition de supports de communication aux équipes des établissements.

10.6.2 Communiquer au niveau du macrocontexte⁶⁵³ des établissements

La communication sur le dispositif au sein des établissements qui le testent se trouverait confortée si elle était relayée par une communication au niveau du rectorat et des directions départementales des services de l'éducation nationale. Une de ses fonctions serait de contribuer à mobiliser des acteurs clés, comme les IA-IPR ou les CT.

Pendant l'expérimentation d'ABMA

Le dispositif ABMA a fait l'objet de présentations lors de réunions de bassins aux chefs d'établissements, à leurs adjoints et aux directeurs des sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) ou lors des rencontres des CESC départementaux. Le dispositif est également mentionné sur le site internet du rectorat.

Ces différentes présentations ont eu pour effet de faire connaître le dispositif auprès des chefs d'établissement et cela contribue à expliquer l'augmentation du nombre de ceux qui ont voulu rejoindre l'expérimentation, en particulier à partir de la troisième rentrée scolaire. De façon plus anecdotique, pour un des collèges qui s'était proposé d'intégrer le dispositif à la quatrième rentrée scolaire, l'équipe avait été informée de l'existence d'ABMA par des parents élus qui eux-mêmes l'avaient découvert sur le site du rectorat.

10.6.3 Comparaisons internationales

Recension 2011

La communication sur le projet en cours au sein de l'établissement et en direction de l'ensemble de la communauté scolaire est reconnue comme étant un des éléments clés du

⁶⁵³ Cf. infra, quatrième partie, chapitre 10, sous partie 10.2.3.

processus d'implantation. Il a pour rôle principal de faciliter la compréhension de ce que sont les écoles promotrices de santé.

CBE 2

La logique de communication pratiquée par les cellules bien-être est identifiée comme une des conditions de pérennisation de la structure et de l'implantation du dispositif dans les écoles.

Le rapport d'évaluation mentionne quelques pistes concrètes d'actions de communication :

- ✓ l'organisation de journées en interne sur le thème de l'approche globale de promotion de la santé ;
- ✓ la diffusion des comptes-rendus des réunions de la cellule bien-être à l'ensemble des personnels ;
- ✓ l'affichage en salle des professeurs de l'avancée des projets.

10.7 Les financements

10.7.1 Une expérimentation sans financement expérimental (résultats)

L'expérimentation d'ABMA n'a pas été accompagnée d'un financement ponctuel octroyé en vertu de son statut innovant comme cela se rencontre habituellement. C'est un choix assumé dès le départ par l'équipe qui a conçu le dispositif⁶⁵⁴.

Cette absence de financement a été déplorée par de nombreux référents ABMA qui auraient souhaité pouvoir faire appel à un partenaire extérieur pour mener certaines actions prévues. Néanmoins, deux référents ABMA ont un autre point de vue sur le sujet. Le premier précise que finalement "*l'absence de financement recentre sur les actions qui peuvent être entreprises dans l'établissement lui-même.*"⁶⁵⁵ Ce qui est bien dans l'esprit des écoles promotrices de santé et rejoint la réflexion à propos des actions⁶⁵⁶. Le second, pense quant à lui qu'il est préférable que l'expérimentation n'ait pas bénéficié d'un budget spécifique, car cela aurait constitué "*un frein, il vaut mieux savoir faire sans.*"⁶⁵⁷ Ses propos rejoignent ceux tenus par un référent départemental pour qui cette absence est susceptible de contribuer à la pérennisation du dispositif, "*comme il n'y a pas de financement, je pense que ça va perdurer.*"⁶⁵⁸

⁶⁵⁴ Cf. infra, deuxième partie, chapitre 4, sous partie 4.3.4.

⁶⁵⁵ Entretien n°18.

⁶⁵⁶ Cf. infra, quatrième partie, chapitre 10.2.5.

⁶⁵⁷ Entretien n°14.

⁶⁵⁸ Entretien n°2.

10.7.2 Sur quoi portent les financements d'une école promotrice de santé ?

Il n'en reste pas moins, ainsi que nous l'avions précisé dans le chapitre quatre de la deuxième partie, qu'ABMA n'est pas un dispositif "gratuit". Certains éléments de son implantation nécessitent un financement, et celui-ci est indispensable.

Il s'agit du budget pour mettre en place l'accompagnement. En ce qui concerne l'accompagnement individualisé, les référents départementaux doivent pouvoir se déplacer et venir rencontrer les équipes dans les établissements. Cela suppose de prendre en charge leurs frais de déplacement. Tant qu'ABMA garde un statut expérimental, les chefs de service ont accepté qu'une partie des frais alloués au fonctionnement de leur service soient octroyés à ABMA. Mais outre le fait que cela n'est pas pérenne, cette modalité ne résout pas tous les cas de figure. Depuis que le recrutement des référents départementaux s'est élargi à d'autres fonctions que celles de conseillers techniques, certains, comme les CPE, n'ont pas de frais de remboursement dans leur fonction habituelle. Cette question très "terre-à-terre" a une importance "vitale" pour le dispositif car l'accompagnement individualisé est un élément central de l'implantation. Une solution semble se trouver au niveau de la direction académique et de son engagement formel accordé au dispositif. Une autre partie de la solution se situe également au niveau académique, avec la reconnaissance du volet formation du dispositif ABMA et la possibilité de mettre en place l'accompagnement individualisé dans le cadre d'une formation d'initiatives locales. Cela suppose aussi que les référents départementaux soient reconnus comme des formateurs.

10.7.3 Comparaisons internationales

Recension 2011

Des études *"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."*⁶⁵⁹ Toutefois, le document n'indique pas à quoi sont destinés ces financements : projets dans les écoles, accompagnement, formation ? Il est seulement précisé qu'un chercheur démontre que *"les ressources financières, et la flexibilité dont les écoles disposent pour les utiliser, semblent importantes pour implanter une approche globale."*⁶⁶⁰ La notion de "flexibilité" est intéressante. D'une part, car elle fait écho au caractère unique de l'opérationnalisation des principes de l'école promotrice de santé qui impliquent de s'adapter au plus près des besoins de l'établissement concerné. D'autre part, parce que les financements accordés pour

⁶⁵⁹ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

⁶⁶⁰ Simard, C. § Deschesnes, M. (2011).

développer la promotion de la santé en milieu scolaire sont souvent associés à des sujets de santé prédéfinis par le financeur.

CBE 2

Les cellules bien-être sont le résultat d'une volonté ministérielle et leur création a été financée.

Sont budgétées :

- ✓ les structures qui accompagnent méthodologiquement la mise en place des cellules bien-être dans les écoles ;
- ✓ les écoles qui reçoivent 1 000 € par an ;
- ✓ l'évaluation du processus d'implantation du dispositif à hauteur de 54 000 €.

L'aspect financier n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Résumé du chapitre 10

Synthèse des éléments clés à prendre en compte et à mobiliser pour implanter une démarche de type "école promotrice de santé" dans un établissement scolaire

Dans l'environnement institutionnel des établissements :

Le soutien institutionnel

Il se manifeste par la reconnaissance officielle de l'existence de la démarche.

Il est concrétisé par un engagement formel de l'équipe de direction du rectorat.

L'accompagnement des établissements

Il se manifeste par l'institutionnalisation d'une fonction de référent départemental et par la production de ressources.

Il est concrétisé par des rencontres régulières entre l'équipe de l'établissement et le référent départemental ; par des journées de formation et d'échanges à destination des équipes des établissements ; par la mise à disposition d'un espace de partage sur Internet.

La **communication** sur les objectifs, les principes et les valeurs des écoles promotrices de santé.

Le financement

Les formations peuvent être inscrite dans le PAF, l'accompagnement peut faire l'objet d'une FIL

Eléments identifiés dans les établissements :

L'implication du chef d'établissement : il a pour rôle de légitimer, d'impulser, de donner à la promotion de la santé globale et au bien-être un statut prioritaire dans l'établissement.

La **mobilisation de référents** sur le dispositif et la **constitution d'une équipe** de suivi : ils viennent en relais et en appui du chef d'établissement, pour faire le lien avec les autres membres de la communauté éducative. L'équipe et une instance de concertation et de coordination des actions éducatives et pédagogiques.

La participation de l'ensemble de la communauté éducative : dans l'idéal, une participation aux décisions concernant les conditions d'amélioration du bien-être dans l'établissement ; de façon pragmatique, une compréhension des objectifs du dispositif, une adhésion à ses valeurs et une transposition de celles-ci dans les actes au quotidien.

La **planification** : l'analyse de la situation est un préalable incontournable. L'objectif de l'école promotrice de santé constitue une ligne directrice à suivre qui permet de donner de la cohérence à l'ensemble des actions. L'étendue du champ d'action des écoles promotrices de santé : des « actions » à « une façon d'être ».

La **communication** : sur le sens et les objectifs du dispositif, sur l'avancée de sa mise en œuvre. C'est un élément central en lien avec la constitution de l'équipe, la participation de la communauté éducative et la planification.

DES CONCLUSIONS AUX PERSPECTIVES

"Nous partîmes à sept établissements mais par un prompt renfort, nous nous vîmes vingt-huit en entamant la quatrième rentrée scolaire."⁶⁶¹

Cette paraphrase m'est venue à l'esprit le 8 octobre dernier, lors de la journée de formation des référents ABMA, en découvrant les référents rassemblés dans l'amphithéâtre du collège qui nous accueillait... J'ai alors pensé que la salle de classe dans laquelle nous nous étions retrouvés la première année aurait été trop petite pour nous recevoir à présent...

L'école promotrice de santé, une idée séduisante

L'augmentation régulière du nombre de collèges et de lycées ayant rejoint le dispositif au fur et à mesure de sa présentation en diverses occasions reflète bien l'attention portée par les personnels des établissements scolaires aux idées qui le sous-tendent : l'amélioration du climat scolaire et la prise en compte du bien-être.

Une approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire telle que celle des écoles promotrices de santé rencontre les préoccupations des acteurs du système éducatif dès lors que ses objectifs sont clairement présentés. S'il s'agit bien, sur le long terme, de viser une amélioration de la santé globale des populations qui fréquentent l'établissement scolaire, à moyen terme cela se traduit par une prise en compte de leur bien-être et à court terme par une action sur ses déterminants. Il se trouve que ces derniers présentent de grandes similitudes avec ceux qui permettent également d'agir sur l'amélioration du climat scolaire et de la réussite académique. Ainsi, il apparaît que les intérêts du secteur de la santé et ceux du secteur de l'éducation sont convergents en la matière.

Conclusion sur les résultats : l'identification des leviers pour implanter la démarche dans les établissements et à l'échelon académique

Comment déployer les écoles promotrices de santé au sein du système scolaire français ? Quels leviers activer ? Quelles sont les résistances à surmonter ? Comment passer de l'idée d'école promotrice de santé à sa réalisation dans les établissements ? Telle était ma problématique initiale.

⁶⁶¹ Corneille, P. (1637). "Nous partîmes cinq cents mais par un prompt renfort nous nous vîmes trois mille en arrivant au port (...)", acte IV, scène 3, Le Cid.

L'objectif de la recherche était de pouvoir identifier *"un modèle d'école promotrice de santé adapté au système éducatif français ainsi que son processus d'implantation."*⁶⁶² L'atteinte de cet objectif n'est que partiel. Les éléments relevant de la dynamique interne à l'institution scolaire et sur lesquels agir pour implanter la démarche des écoles promotrices de santé ont été identifiés. Ils permettent de modéliser un processus d'implantation. Ces facteurs se situent simultanément dans l'environnement institutionnel des établissements, à l'échelon académique, et à l'intérieur même des établissements scolaires. Ils ont fait l'objet d'une présentation dans la quatrième partie de ce mémoire. Cependant, il n'a pas été possible d'établir "un modèle" d'école promotrice de santé.

L'analyse au cas par cas du processus d'implantation du dispositif ABMA dans chacun des établissements pilotes a mis en évidence la pluralité des situations et leur hétérogénéité. De plus, la durée pendant laquelle ce processus a été évalué, entre deux et trois ans, a révélé - s'il en était besoin - le caractère fluctuant d'un établissement scolaire. Les élèves évoluent tous les ans en changeant de classe et ils sont ainsi entièrement renouvelés tous les cinq, quatre ou trois ans selon le degré de la scolarisation. Les personnels sont mutés plus ou moins fréquemment, pour certaines fonctions comme les personnels de direction, la durée maximale du temps passé dans un établissement est même encadrée par les textes. Aussi, ce n'est pas un modèle d'école promotrice de santé que nous avons identifié, mais plutôt des conditions d'implantation qui demandent à être actualisées en fonction des caractéristiques propres à un établissement. Il s'agit des éléments mobilisés à l'échelle de l'établissement pour soutenir le dispositif ABMA et qui ont été détaillés dans la quatrième partie.

Les trois hypothèses relatives aux modalités d'implantation ont été partiellement validées. Les éléments qui avaient été identifiés comme de potentiels leviers pour asseoir le dispositif dans les établissements se sont révélés pertinents. Toutefois, il convient pour chacun d'entre eux de les appréhender sous un angle quelque peu différent. Ainsi, ce n'est pas l'adhésion des chefs d'établissement qui est requise mais leur implication. Par ailleurs, l'identification de référents et la constitution d'une équipe ne sont pas à mettre sur le même plan. De même, il est utile de distinguer la phase d'analyse de la situation des autres étapes de la planification de projet. Cette dernière se trouve en partie substituée par la mise en cohérence des diverses activités et actions déployées au sein de l'établissement. Enfin pour être vérifiées de façon satisfaisante, la modification de la typologie des actions nécessite au préalable une prise de conscience de la part des équipes des établissements de la diversité des initiatives prises dans tous les aspects

⁶⁶² Cf. infra, deuxième partie, chapitre 5.1.

de la vie de l'établissement et qui peuvent être identifiées comme une "action" de nature à promouvoir la santé globale.

Concernant les hypothèses relatives aux effets du dispositif sur le climat et les résultats scolaires, elles n'ont pas été validées. Les données que nous avons obtenues forment un faisceau de présomptions indiquant que l'implantation complète d'une démarche d'école promotrice de santé aurait certainement une influence positive sur le climat d'établissement et la réussite académique.

Un résultat imprévu : les bénéfices de l'accompagnement intégré

Enfin, nous avons obtenu un résultat qui n'avait pas été prévu. Il s'agit de l'importance de l'engagement de l'environnement institutionnel des établissements en faveur de la démarche des écoles promotrices de santé. Les Directions des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN), à cet égard, sont particulièrement sollicitées car c'est à leur niveau que s'opérationnalise le soutien apporté aux établissements. L'accompagnement a été identifié comme un levier contributif essentiel à l'implantation des écoles promotrices de santé dans les établissements. Il importe donc que les différents services des Directions des services départementaux de l'Éducation nationale apportent leurs concours aux établissements qui implantent une démarche du type des écoles promotrices de santé. Il s'agit donc que cet objectif soit reconnu comme prioritaire aussi dans les DSDEN.

Cela me permet de revenir sur la création (et la disparition) du premier réseau français d'écoles promotrices de santé créé en 1993⁶⁶³. Ce réseau, resté confidentiel, bénéficiait a priori d'un soutien institutionnel fort puisque c'est l'administration centrale du ministère de l'Éducation nationale, par le biais de la Direction de l'enseignement scolaire (Desco), qui incitait les établissements à s'engager dans cette démarche. L'analyse que j'avais pu faire de son implantation⁶⁶⁴ montrait que les écoles n'avaient pas reçu de soutien ou d'accompagnement de la part des services des Inspections académiques de l'époque. En fait, ces dernières n'avaient tout simplement pas été identifiées et désignées comme un relais pour sa mise en place. De plus, c'est une structure⁶⁶⁵ extérieure à l'Éducation nationale qui s'était peu à peu positionnée pour accompagner les établissements. Le choix que nous avons fait avec l'équipe de suivi d'ABMA de mettre en place un accompagnement intégré, c'est à dire

⁶⁶³ Cf. infra, première partie, chapitre 1, sous-partie 1.4.

⁶⁶⁴ Broussouloux, S. (2009).

⁶⁶⁵ Ou plutôt plusieurs structures puisqu'il s'agit du réseau des Comités départementaux d'éducation à la santé (CODES) et Comités régionaux d'éducation à la santé (CRES).

faisant partie de l'institution scolaire, est certainement un levier majeur pour l'implantation et la pérennisation d'une démarche d'école promotrice de santé dans les établissements.

Conclusion sur les choix méthodologiques

Le choix d'une méthode mixte à dominante qualitative s'est avéré adaptée pour apporter des réponses au sujet de la recherche. En effet, il importait avant tout de comprendre les représentations, les enjeux et les relations intrapersonnelles mobilisées pour l'implantation du dispositif ABMA dans les établissements.

Le cadre de la recherche interventionnelle a tenu ses promesses en facilitant l'adaptation du protocole de recherche aux évolutions du dispositif.

Compléments...

Cette recherche peut être considérée comme le premier volet d'une compréhension du processus d'implantation d'une démarche de promotion de la santé de type écoles promotrices de santé dans un établissement scolaire. Premier, car elle compte de "grands" absents, notamment : les élèves, les enseignants et les parents. Aucune de ces trois composantes de la communauté éducative n'a fait l'objet d'une hypothèse de recherche spécifique. Pourtant au vu des éléments d'implantation identifiées et en particulier de celui relatif à la participation, il serait utile d'appréhender finement quelles sont les représentations des élèves, des enseignants et des parents sur des questions telles que :

- ✓ ce qui génère du bien-être à l'école ou au contraire ce qui contribue au mal-être;
- ✓ les relations entre bienveillance et apprentissages scolaires, bienveillance et excellence académique;
- ✓ les missions de l'école, la contribution de l'école à la formation des citoyens.

Ce ne sont que quelques exemples de questionnements dont les réponses pourraient apporter des pistes intéressantes sur la façon de construire un argumentaire à destination de chacune des populations mentionnées ci-dessus, afin de leur proposer une présentation de l'école promotrice de santé construite à partir de leurs représentations sur le sujet.

Prolongements...

L'évaluation de l'implantation du dispositif ABMA montre que celle-ci n'est pas homogène d'un établissement à l'autre, que les différents éléments identifiés pour la favoriser peuvent être mobilisés à des moments différents avec plus ou moins d'intensité selon les caractéristiques de chaque établissement et selon leurs environnements. Afin de soutenir les

équipes dans leur démarche et contribuer à ce qu'elles ne s'essouffent pas, il pourrait être utile de chercher à établir une typologie des niveaux d'implantation de la démarche des écoles promotrices. Cela reviendrait à définir trois ou quatre niveaux d'implantation et leurs caractéristiques afférentes, comme "pré-implantation" ; "implantation partielle" ; "implantation complète". Cette échelle permettrait aux établissements de situer leurs efforts et d'apprécier le chemin à parcourir.

La fréquentation des équipes pendant les trois années de l'expérimentation d'ABMA me conduit néanmoins à la prudence quant à l'élaboration de ce type d'échelle. Elle devrait être construite avec des personnels des établissements scolaires afin qu'elle garde un caractère opérationnel et pragmatique.

En outre, cet outil contribuerait en retour à adapter les modalités d'accompagnement individualisé des établissements. Dans le cadre de l'évaluation d'ABMA, c'est ce que nous avons observé et défini empiriquement.

... Perspectives

Ce travail de recherche a un double ancrage : universitaire et professionnel, tout comme l'a été ma "double casquette" pendant ces trois dernières années... tantôt doctorante, tantôt chargée de mission d'une agence de santé publique. Malgré tout les perspectives penchent du côté professionnel et c'est en matière de recommandations pour une agence de santé publique qu'elles s'énonceront.

La première perspective est celle de la clarification des concepts. Comment promouvoir les écoles promotrices de santé si leurs principes, leurs objectifs et les modalités de leurs mises en œuvre ne sont pas compris ? Il conviendrait de préciser les définitions et les enjeux respectifs de la prévention, de l'éducation à la santé, de la promotion de la santé et de l'approche globale en santé et de l'école promotrice de santé. Parmi toutes ces approches, seule l'école promotrice de santé représente un véritable changement de paradigme en ne s'articulant pas autour d'une thématique de santé mais en plaçant en son centre les relations interpersonnelles, et les enjeux qui s'y rattachent dans un milieu de vie.

La seconde perspective concerne le développement de la communication sur les écoles promotrices de santé. Il faut "aider" ce concept à sortir du malentendu dans lequel le place d'emblée les termes avec lesquels il s'énonce. Faire connaître ses objectifs, ses enjeux en termes de santé, surtout dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, mais aussi ses enjeux en termes éducatifs, surtout en rappelant ses

similitudes avec les conditions de réussite scolaire et d'apaisement du climat scolaire de l'établissement.

Ces deux perspectives sont de nature à venir conforter et soutenir les équipes des établissements qui voudraient s'engager dans cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Direction de santé publique. (2011). Quelles sont les conditions de succès qui facilitent la mise en œuvre des approches globales en promotion de la santé ? *Ecole en santé*, n°3, mai, 2p.

Albert, L., Cheng, F., St-Léger, L. (2005). Evaluating health promoting schools in Hong Kong : development of a framework. *Health promotion international*, 20 (2), 177 – 186.

Allensworth, D., Kolbe, L. (1987). The comprehensive school health program : exploring an expanded concept. *Journal of School Health*, december, 57 (10), 409 - 412.

Allensworth, D. Wyche, J. Lawson, E. et al. (1995) Defining a Comprehensive School Health Program : an Interim Statement. Washington SC : Division of Health Sciences Policy, National Academy Press.

Barnekow, V. (2005). The European Network of Health Promoting Schools - From Iceland to Kyrgystan. *Promotion and Education*, IUHPE, vol XII, n°3-4, P 169 - 172.

Barnekow, V., Buijs, G., Clift. S., et al. (2006). Health promoting schools : a resource for developing indicators. International Planning Committee, 231 p. <http://ws10.e-vision.nl>

Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., Jourdan, D. (2009). Education à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, n°34, p. 35 - 66.

Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Spirale*, n°25, p17 - 30.

Buijs, G. (2009). Better schools through health : networking for health promoting schools in Europe. *Europe journal of education*, 44 (4), p 507 – 520.

Buijs, G. Jociuté, A., Paulus, P. (2009). Better schools through health : learning from practice. Case studies of practice presented during the third conference on health promoting schools, held in Vilnius, Lithuania, 15-17 June 2009, 119 p.

Buijs, G. (2010). Le réseau européen des écoles promotrices de santé, SHE network. Session 6, Journées de la prévention, INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Broussouloux, S., Houzelle-Marchal, N. (2006). Education à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet. Saint-Denis : Inpes, 139 p.

Broussouloux, S. (2009). "Ecoles promotrices de santé, promotion de la santé à l'école : quelles représentations ? quelles pratiques ? Mémoire Master professionnel : Education et

santé publique. Clermont-Ferrand : Université Blaise Pascal, 59 p.

Broussouloux, S. (2010). Historique des liens entre le réseau européen des écoles promotrices de santé et la France. Session 6, Journées de la prévention, INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Broussouloux, S. (2013). Feeling better to work better. 4TH European conference on health promoting schools, Equity, Education and Health, 7 – 9 octobre 2013, Odense, Danemark

California State Board of Education. (2003) Health Framework for California Public Schools, Kindergarten through grade twelve. Sacramento : California Department of Education, , 103 p.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Health Education Curriculum Analysis Tool. Atlanta : CDC. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/HECAT/>

Center for social and emotional education. (2010). School climate research summary. *School climate brief*, 1(1), 18 p.

Charlot, B. (1997), Pour le savoir, contre la stratégie. In Dubet, F. (2003), Paris : Textuel.

Clift, S., Bruun, B. (2005). The health promoting school : international advances in theory, evaluation and practice. Copenhagen : Danish university of education press, 510 p.

Conference Report : "The Health Promoting School - an investment in education, health and democracy." (1997). First Conference of the European network of Health Promoting Schools, Greece, ENHPS, Technical Secretariat, WHO Regional Office for Europe.

Dadaczinski, K. (2013). Predictors of principals' engagement in school health promotion. 4TH European conference on health promoting schools, Equity, Education and Health, 7 – 9 octobre 2013, Odense, Danemark

Denman, S., (1999). Health promoting schools in England - a way forward in development. *Journal of Public Health Medicine*, 21 (2), p 215 - 220.

Debarbieux, E., Anton, N., Astor, R-A. et al. (2012). Le climat scolaire : définition, effets et conditions d'amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction générale de l'enseignement scolaire, Paris : Ministère de l'éducation nationale. MEN-DGESCO/Observatoire International de la Violence à l'école. 25 p.

Debarbieux. E. (2011). A l'école des enfants heureux...enfin presque. Rapport de l'Observatoire international de la violence à l'école, Paris : Unicef France, 42 p.

Department for education and skills. Department of Health. (2005). National Healthy School Status : a guide for Schools. London : Department of Health.

Desy, M. (2009). L'école en santé : recension des écrits. Montréal : Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 100 p.

Dix, K., SLEE, P., Lawson, M. et al. (2012). Implementation quality of whole-school mental health promotion and students' performance académique. *Child and adolescent mental*

health, 17 (1), 45-51

Dubet, F. et al. (2003). *Ecole, familles : le malentendu*. Textuel, Le penser vivre, 170 p.

Fotinos, G., Horenstein, J-M. (2011). *La qualité de vie au travail dans les lycées et collèges. Le « burnout » des enseignants*. Paris : MGEN, 69 p.

Fortin, J. (2001). *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris : Hachette éducation, 144 p.

Freire, P. (1974). *Pédagogies des opprimés suivi de conscientisation et révolution*, Paris : Maspéro, 202 p.

Gaussel, M. (2011). *Education à la santé : vers une démocratie sanitaire, volet 1. Dossier d'actualité Veille et Analyses, n°69, décembre, 16 p.*

Gaussel, M. (2012). *Vers une école saine : éducation à la santé, volet 2. Dossier d'actualité Veille et Analyses, n°77, septembre, 18 p.*

Godeau, E., Navarro, F., Arnaud, C. (2012). *La santé des collégiens en France – 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC)*. Saint-Denis : INPES, 254 p.

Hamilton, K., Saunders, L. (1997). *The Health Promoting Schools : a summary of the ENHPS evaluation project in England*, London : NFER, 49 p.

Hubin, N., Miermans, M.C., Absil, G., Vandoorne, C. (2013). *Rapport d'évaluation EvalCBE.2 Institutionnalisation et vision partagée du bien-être*, Université de Liège, 58 p. <http://www.enseignement.be/index.php?page=26753&navi=3375>

Ippolito-Sheperd, J., Mantilla Castellanos, L. (2003). *Ecoles promotrices de santé, Renforcement de l'initiative régionale. Stratégies et lignes d'action 2003 - 2013*. Washington DC : OMS, Organisation panaméricaine de la santé, 74 p.

Janosz, M., Georges, P., Parent, S. (1998). *L'environnement socioéducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu*. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 27 (2), 285-306

Janosz, M., Bouthillier, C. (2007). *Rapport de validation du questionnaire sur l'environnement socioéducatif des écoles secondaires (QES – secondaire)*. Groupe de recherche sur les environnements scolaires. Université de Montréal. 232 pages.

Jensen, B., Simovska, V. (2002). *Models of Health Promoting Schools in Europe*. ENHPS Technical Secretariat, Copenhague : WHO Regional Office for Europe.

Jourdan, D., Berger, D., Pic, I., Aublet-Cuvelier, B., Lejeune, M-L, Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., Glandier, P-Y. (2002). *Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire*. *Santé publique*, n° 41, p. 403-423.

Jourdan, D. (2012). Apprendre à mieux vivre ensemble : des écoles en santé pour la réussite de tous. Lyon : Chronique sociale, 149 p.

Kickbusch, I. (1981). Involvement in health : A social Concept of Health Education. *International Journal of Health Education*, 24 (4 suppl.).

Larue, R. Fortin, J., Michard, J-L. (2000) Ecole et santé : le pari de l'éducation. Paris : Hachette éducation, 158 p.

Lanfranconi, E. Exemple d'un réseau d'écoles adhérent au SHE network qui fonctionne : le Suisse. Session 6, Journées de la Prévention, INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Lee, A. (2010). Changer la politique au sein d'un pays pour promouvoir le réseau des écoles promotrices de santé, Session 6 des Journées de la Prévention INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Lenoir, M., Berger, D. (2007). Représentations du bien-être du collégien selon la communauté éducative : étude exploratoire. *Santé publique*, 39 (5), 373 - 381

Liesse A., Lafontaine, C., Vandoorne, C. (2000) La participation : les multiples facettes d'un concept généraliste. *Education santé*, n°153, novembre 2000

Manderscheid, J-C. (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue française de pédagogie*, 107 (1), p. 81-96.

Martin, C., Arcand, L. Rodrigue, Y. (2005). Ecole 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 : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Merieu, P. (1996) Vers un nouveau contrat parents-enseignants. In *Ecole, familles : le malentendu*. Dubet F. et al. Paris : Textuel, (2003) p 79 à 101.

Merle, P. (2009). La démocratisation de l'enseignement. Paris : La découverte, Repères, 128 p.

Michard, J-L. (2009). Les éducations à ... de la logique des savoirs à la logique des compétences et le socle commun des compétences. Session 1 Compétences et partenariats en éducation pour la santé en milieu scolaire. Journées de la Prévention 2 et 3/04/2009, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2009/s1.asp>

Mukoma, W., Flisher, A-J. (2004). Evaluations of health promoting schools a review of nine studies. *Health Promotion International*, september, 19 (3), p 357 - 368.

Murray-Harvey, R. (2010). Relationship influences on students' academic achievement, psychological health and well-being at school. *Educational and child psychology*, 27(1), 104 - 115

Nourrisson, D. et al. (2002). Education à la santé XIX°-XX°. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 158 p.

Nourrisson, D. et al. (2002). A votre santé ! Education et santé sous la IV^e République. Saint-Etienne : Publication de l'Université de Saint-Etienne, 214 p.

OCDE. (2011) L'environnement d'apprentissage. In : OCDE. Résultats du PISA 2009 : les clés de la réussite des établissements d'enseignement. Ressources, politiques et pratiques volume IV, 95-118

Perry, L. (2009). The Welsh network of healthy school schemes - National quality award. In : Buijs, G. Jociuté, A., Paulus, P. (2009). Better schools through health : learning from practice. Case studies of practice presented during the third conference on health promoting schools, held in Vilnius, Lithuania, 15-17 June 2009, p 28 - 29.

Calvès Anne-Emmanuèle, « « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. », *Revue Tiers Monde* 4/2009 (n° 200) , p. 735-749

Piette, D., Roberts, C., Prevost, M., et al. (1999). *Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination. The EVA2 project. Final report.* Bruxelles : ULB : 65 p.

Pirard, A-M. (2003). Promotion de la santé à l'école. Bruxelles : Labor, 93 p.

Rasmussen- Barnekow V., Rivett, D. (2000). The European network of health promoting schools : an alliance of health, education and democracy. *Health Education*, 100 (2), p 61-67.

Rémy, J. (2009). Pour certains élèves, le lycée est une deuxième maison. *La Santé de l'Homme*, n°403, p 48 – 49.

Roberge, M-C., Laverdure, J. Ecoles promotrices de santé au Québec : de la conceptualisation à la réalisation. Session 6, Journées de la Prévention, INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Rosas, S., Case, J., Tholstrup, L. (2009). A retrospective examination of the relationship between implementation quality of the coordinated school health program model and school-level academic indicators over time. *Journal of School Health*, march, 79 (3), p 108 - 115.

Rostan, F., Simon, C., Ulmer, Z., et al. (2011). Promouvoir l'activité physique des jeunes. Elaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 188 p.

Rowling, L., Jeffreys, V. (2006). Capturing complexity : integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health Education Research*, october, 21(5), p 705 - 718.

Sandrin-Berthon, B. (1997). Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF, 128 p.

Sandrin-Berthon, B. (2000). Approche historique de l'éducation pour la santé à l'école. *La Santé de l'Homme*, n°346, mars-avril, p17 - 18

St-Leger, L., Young, I., Blanchard, C., et al. (2010). Promoting health in schools. From evidence to action. France : IUHPE.

Sauneron, S. (2013). Favoriser le bien-être des élèves, condition de la réussite éducative. *La note d'analyse*, n°313, 1-11

Schapman, S. et al. La démarche communautaire : développement social et promotion de la santé. Vandoeuvre-les-Nancy : SFSP, Santé et société n°9, 2000, 183 p.

School for Health in Europe newsletter. (2007). News from the European Network of Health Promoting Schools (ENHPS). ENHPS Secretariat, NIGZ, n°1.

Simard, C., Deschesnes, M. (2011). Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 53 p.

Simovska, V., Mannix-McNamara, P. (2015) Schools for Health and Sustainability: Theory, research and practice. Springer, 243 p.

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach ? OMS Europe, Health evidence network.

Stewart-Burgher M., Barnekow, V., Rivett D. (1999). The European Network of Health Promoting Schools, The alliance of education and health. ENHPS, IPC, OMS Europe, 20 p.

Sun, J. Stewart, D. (2007). How effective is the health promoting school approach in building social capital in primary schools? *Health Education*, 107 (6), p. 556 - 574

Thomas C., Parsons C., Stears D.(1998). Implementing the European Network of health promoting schools in Bulgaria, the Czeq Republic, Lithuania and Poland : vision and reality. *Health promotion international* : Oxford University press, 13 n°4, p. 329-338.

UIPES. (2009). Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école. Saint-Denis : UIPES, 4 p.

Vandoorne, C., Hubin, N. (2012). Rapport d'évaluation intermédiaire EvalCBE1. Mise en oeuvre du dispositif au niveau local selon les récits des établissements scolaires et les analyses des accompagnateurs. Université de Liège, 78 p.
<http://www.enseignement.be/index.php?page=26753&navi=3375>

Vince-Witman, C., Aldinger, C. (2009). Case Studies in Global School Health Promotion : From Research to Practice. New-York : Springer Science, 404 p.

Verba, D. (2006). Echec scolaire : travailler avec les familles. Paris : Dunod, 156 p.

Vitard, M. (2010). L'école maternelle, lieu extraordinaire d'apprentissage du mieux vivre ensemble. *La Santé de l'Homme*, n°406, p 47 – 48.

Wang, M-T. Holcombe, R. (2010). Adolescents' perceptions of school environment,

engagement, and academic achievement in middle school. *American educational research journal*, 47(3),p. 633-662

Warwick, I., Mooney, A., Oliver, C. (2009). National Healthy schools programme : developing the evidence base. London: Thomas Coram Research Unit.

Wojnarowska, B. (2010). S'appuyer sur la recherche pour accompagner le changement. Session 6, Journées de la Prévention, INPES, 8 et 9/04/2010, Paris. <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s6.asp>

Xin Wei, Z., Li-Qun, L., Xue-Hai, Z. (2008). Health promoting school development in Zhejiang province, China. *Health promotion international*, 23 (3), 220-230.

Young, I., William, T. (1989). The Healthy School. Scottish Health Education Group, Bureau régional de l'OMS en Europe.

Young, I. (2005). La promotion de la santé à l'école - une perspective historique. *Promotion et éducation*, vol XII n°3-4, p184-190.

Sitographie

Eduscol. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://eduscol.education.fr/pid23384-cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html>

HBSC. Health behaviour in school-aged children, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.hbsc.org>

ISHN. International School health network, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.internationalschoolhealth.org/>

IUHPE. International union for health promotion and education, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.iuhpe.org/index.php/en/>

NSCC. National school climate center, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.schoolclimate.org/about/>

Qualité de vie dans les écoles, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.qualite-de-vie-dans-les-ecoles.ch/>

Radix, (page consultée le 15 décembre 2015).

<http://www.radix.ch/index.cfm/9030CE38-F4B2-231D-B8B2A9E8C969572B/?lang=fr>

SHE network. School for health in Europe network, (page consultée le 15 décembre 2015)

<http://www.schoolsforhealth.eu/>

