



HAL
open science

La promotion de la santé à l'École : d'une ambition politique à la réalité des écoles calédoniennes : Etude des mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle de la santé à l'école primaire en Nouvelle-Calédonie

Carmella Fernandes da Rocha-Puleoto

► To cite this version:

Carmella Fernandes da Rocha-Puleoto. La promotion de la santé à l'École : d'une ambition politique à la réalité des écoles calédoniennes : Etude des mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle de la santé à l'école primaire en Nouvelle-Calédonie. Education. Université Clermont Auvergne, 2024. Français. NNT : 2024UCFA0068 . tel-04807113

HAL Id: tel-04807113

<https://theses.hal.science/tel-04807113v1>

Submitted on 27 Nov 2024

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
INSTITUT NATIONAL SUPÉRIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'ÉDUCATION
ÉCOLE DOCTORALE DES LETTRES, LANGUES, SCIENCES HUMAINES ET SOCIALE
LABORATOIRE ACTÉ

La promotion de la santé à l'École : d'une ambition politique à la réalité des écoles calédoniennes

Étude des mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle de la santé à l'école primaire en Nouvelle-Calédonie

Thèse pour l'obtention du grade de docteur
mention : Sciences de l'éducation et de la formation
soutenue le 10 septembre 2024

Composition du jury :

- Pr Deana Leahy, Université de Monash, présidente
- Pr Dominique Berger, Université Lyon I, rapporteur
- Pr Olivier Galy, Université de Nouvelle-Calédonie, rapporteur
- Pr Nicola Gray, Université d'Huddersfield, membre
- Dr Pierre-Christophe Pantz, Université de Nouvelle-Calédonie, membre
- Pr Didier Jourdan, Université Clermont-Auvergne, directeur

Carmella Fernandes Da Rocha

Remerciements

Ce travail est le fruit d'un travail collectif de personnes, d'organisations et d'institutions impliquées de manière directe ou indirecte et sans lesquelles rien n'aurait été possible. Pour ne gêner personne je ne poserai pas de nom et c'est avec une immense gratitude que je remercie :

Ma famille et mes amis qui m'ont soutenue dans les difficultés et les doutes de ce labeur.

Mon directeur de thèse qui m'a donné confiance pour me lancer dans une reprise d'étude, conduire ce travail de thèse et contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes calédoniens.

L'Université Clermont Auvergne à travers ses composantes :

- Le laboratoire Acté qui a su critiquer mon travail, me faire avancer et me soutenir.
- L'Ecole doctorale de Lettres, Langues, Sciences Humaines et Sociales qui a été très à l'écoute et compréhensive.
- Le Collège des Ecoles Doctorales par lequel j'ai pu bénéficier de formations à distance qui m'ont permis de valider mes UE.

Les institutions calédoniennes avec lesquelles j'ai pu à tout moment revenir vers elles :

- La Direction de l'Enseignement de la Nouvelle-Calédonie
- Le Direction de l'Enseignement Catholique de Nouvelle-Calédonie
- La Direction de l'Alliance Scolaire de l'Eglise Evangélique en Nouvelle-Calédonie
- La Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie
- L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie

La chaire UNESCO EducationS & Santé Centre collaborateur OMS que j'ai découverte à mon arrivée en France et que j'ai emportée avec moi en rentrant en Nouvelle-Calédonie. Un très grand merci à tous ses membres pour leurs encouragements, les opportunités de rencontres et d'échanges internationaux et je dirais de m'avoir permis d'endosser progressivement « ma casquette de chercheuse ».

Et pour finir, une grande reconnaissance aux directrices, directeurs, enseignantes et enseignants, éducatrices et éducateurs des écoles calédoniennes pour le temps consacré, pour la plupart sur vos temps de repos, et une pensée particulière à ceux qui travaillent dans des écoles avec peu de moyens.

Ce travail se veut le reflet de cette collaboration interprovinciale, écoles privées-écoles publiques, internationale et intersectorielle (évidemment).

Table des matières

1.	Introduction	8
1.1	La santé en Nouvelle-Calédonie	8
1.1.1	La part croissante des maladies chroniques	8
1.1.2	Une question de déterminants	9
1.1.3	Une question d'inégalités sociales de santé	14
1.1.4	L'école un acteur clé de la réduction des inégalités sociales de santé.....	14
1.2	Vers une « Ecole calédonienne en santé »	15
1.2.1	La promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie	15
1.2.2	La sanctuarisation du financement de la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie	15
1.2.3	La promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie	16
1.2.4	L'institutionnalisation de l'intersectorialité santé-éducation en Nouvelle-Calédonie	16
1.3	Volet éthique de la recherche	16
1.3.1	Dimension éthique de la recherche	16
1.3.2	Intégrité scientifique de la recherche	17
1.4	Intérêts et ambitions de cette étude	18
1.4.1	Un intérêt pour la question des inégalités en Nouvelle-Calédonie	18
1.4.2	L'entrée dans un travail sur promotion de la santé en milieu scolaire.....	19
1.4.3	La prise en compte de tous les savoirs.....	19
1.4.4	Une contribution à la production de connaissances	20
1.4.5	Une inscription dans le nouveau cadre réglementaire calédonien de la santé à l'école	20
1.5	Problématique de recherche.....	21
1.5.1	Action sur les déterminants sociaux	21
1.5.2	Action à l'école	21
1.5.3	Processus de traduction d'une recommandation internationale des politiques aux élèves.....	22
2.	Contexte de la recherche	24
2.1	La Nouvelle-Calédonie	24
2.1.1	Contexte démographique	24
2.1.2	Contexte historique	24
2.1.3	Contexte politique	24

2.1.4	Contexte socio-économique	25
2.1.5	Compétences de l'enseignement primaire et secondaire.....	25
2.1.6	L'exercice de la santé publique	26
2.2	Le dispositif de recherche-intervention "Réussir être bien être ensemble"	26
2.2.1	La commande d'un outil d'éducation à la santé destiné aux enseignants	26
2.2.2	Une démarche de co-construction.....	27
3.	Objets de recherche	28
3.1	Promotion de la santé.....	28
3.1.1	Continuité de la charte d'Ottawa.....	28
3.1.2	Evolution de la définition	28
3.1.3	Nouveau champ de recherche	28
3.1.4	Articulation de divers concepts.....	29
3.2	Promotion de la santé à l'Ecole.....	29
3.2.1	Naissance du concept d'Ecoles promotrices de santé	29
3.2.2	Une approche prometteuse.....	29
3.2.3	Une mobilisation de tous les acteurs de l'école.....	30
3.3	Inégalités sociales de santé.....	31
3.3.1	D'abord des inégalités sociales	31
3.3.2	Agir de manière précoce et dans le temps.....	31
3.3.3	Réduire la pente du gradient social	31
3.4	Collaboration intersectorielle	32
3.4.1	Intersectorialité ou collaboration intersectorielle	32
3.4.2	Catégories d'acteurs engagés dans la collaboration intersectorielle	32
3.4.3	Concept de Santé dans Toutes les Politiques.....	33
3.4.4	Types d'intervention étudiées : l'intersectorialité santé-éducation.....	34
3.4.5	Exemples de programmes santé-éducation destinés aux écoles	37
4.	Question de recherche.....	38
4.1	L'intersectorialité pour expliquer la diffusion la promotion de la santé à l'Ecole	38
4.1.1	Comprendre le processus à l'œuvre	38
4.1.2	Identifier les effets des collaborations entre les secteurs de la santé et de l'éducation	38
4.2	Hypothèses de recherche	39
4.2.1	Des acteurs-clefs spécifiques	39
4.2.2	Un courant du changement hybride	39

4.2.3	Une dynamique de réseau	39
5.	Cadre théorique	40
5.1	La sociologie de la traduction.....	40
5.1.1	Naissance dans le champ de l'innovation technique	40
5.1.2	Des principes d'analyse pour conjuguer le technique et le social	43
5.1.3	La chaîne de traduction (outil méthodologique).....	44
5.1.4	La socialisation des objets.....	46
5.1.5	L'irréversibilité du réseau	46
5.2	Applications dans le champ de la promotion de la santé.....	47
5.2.1	Travaux actuels sur la théorie de l'acteur-réseau appliquée à l'implantation de programmes de santé publique	47
5.2.2	Réseau sociotechnique et distinction avec le contexte.....	47
5.2.3	Observer la constitution du réseau sociotechnique.....	47
5.2.4	Expansion du réseau sociotechnique et implantation de programme.....	48
5.3	Une étude dans la continuité de travaux des chaires du Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé et UNESCO EducationS & Santé Centre collaborateur OMS.....	48
5.3.1	Chaire du Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé.....	48
5.3.2	Chaire UNESCO EducationS & Santé Centre collaborateur OMS.....	48
6.	Buts et intentions	49
6.1	La production de connaissances dans l'implantation de programmes intersectoriels santé-éducation.....	49
6.1.1	Les pratiques.....	49
6.1.2	Comprendre l'impact d'une innovation sociale	49
6.1.3	Comprendre le processus de collaboration dans un réseau d'acteurs et d'actants	49
6.1.4	Pragmatisme	50
6.2	Identifier les mécanismes de diffusion d'un programme intersectoriel dans les écoles calédoniennes.....	50
6.2.1	Réseau hétérogène.....	50
6.2.2	Résultats	50
6.2.3	Approches complémentaires dans l'analyse du processus de traduction.....	51
7.	Choix méthodologiques	52
7.1	Une étude mixte	52
7.1.1	Un monitoring du processus de traduction.....	52

7.1.2	Type [QUAL + QUAL+QUAN → QUAN+QUAL → QUAN]	52
7.1.3	Les méthodes d'échantillonnage	54
7.1.4	La collecte de données	55
7.1.5	Calendrier de recueil des données.....	57
7.1.6	Outils de collecte.....	58
7.1.7	Etudes de cas sur les 3 provinces.....	59
7.1.8	Le traitement des données	60
7.1.9	Les actants	61
7.1.10	Une opportunité	63
8.	Résultats de la recherche	64
8.1	A L'ECHELLE POLITIQUE (1er article en cours de soumission)	65
8.1.1	Etude des conditions d'émergence d'une politique intersectorielle de promotion de la santé à l'échelon du territoire néocalédonien	66
	Introduction.....	66
8.1.2	« Comment améliorer la santé de tous les élèves calédoniens ? »	66
	Matériels et méthodes.....	66
	Résultats	71
	Discussion	75
	Conclusion	77
	Références.....	78
8.1.3	SYNTHESE DU 1er ARTICLE.....	81
8.2	DES DIRECTIONS DU GOUVERNEMENT AUX ECOLES (2 nd article en cours de finalisation).....	83
8.2.1	« Comment améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens ? »	83
8.2.2	« Comment intéresser les acteurs calédoniens de la santé et de l'éducation ? » 84	
8.2.3	« Comment les acteurs s'approprient-ils l'innovation ? »	89
8.2.4	« Qui parlent au nom de qui ? ».....	92
8.2.5	SYNTHESE DU 2 nd ARTICLE	96
8.3	A L'ECHELLE DES ECOLES (3 ^e article – Phases d'intéressement et d'enrôlement des écoles).....	97
8.3.1	Déterminants de la participation des professionnels de l'éducation à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie	98
	Introduction.....	98
	Matériels et méthodes.....	99

Résultats	103
Discussion	109
Conclusion	111
Références.....	112
8.3.2 SYNTHESE DU 3 ^e ARTICLE.....	115
8.4 RESOLUTION DE LA 4 ^{eme} CONTROVERSE (4 ^{eme} article publié).....	116
8.4.1 Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19.....	117
Introduction.....	117
Le contexte néo-calédonien.....	118
Les enseignants et la promotion de la santé à l'école primaire	119
Le développement des outils de continuité pédagogique	120
Évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils.....	121
Résultats	122
Discussion	125
Bibliographie.....	127
8.4.2 SYNTHESE DU 4 ^e ARTICLE.....	130
8.5 Synthèse des résultats et vérification des hypothèses.....	131
8.5.1 Une action et une visibilité politique	131
8.5.2 Un réseau d'actants renouvelé	131
8.5.3 Des acteurs-clefs spécifiques	132
8.5.4 Une approche hybride à vérifier en contexte hors COVID-19	133
8.5.5 Une dynamique de réseau productive.....	133
8.5.6 Synthèse	134
9. Discussion	135
9.1 Les limites de notre étude.....	135
9.1.1 L'absence de représentativité de l'échantillon choisi pour les données quantitatives	135
9.1.2 La focalisation sur le 1 ^{er} degré	135
9.2 Les points ouverts à discussion	135
9.2.1 Simple ou double traduction	135
9.2.2 L'impact de la crise du Covid sur le déroulé du projet	136
9.2.3 Les critiques au plan Do Kamo	136
9.2.4 Les critiques au Projet éducatif calédonien	136

9.3	Les implications.....	136
9.3.1	Le cycle des politiques	136
9.3.2	De nouveaux experts	137
9.3.3	La co-construction	137
9.3.4	Une stratégie en accord avec le contexte de l'Ecole	137
9.3.5	L'influence de la stratégie intersectorielle sur les inégalités sociales de santé 138	
10.	Conclusion.....	139
	REFERENCES	140
	Articles et ouvrages	140
	Textes officiels	153
	Sitographie.....	155
	SIGLES.....	156
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	158
	LISTE DES TABLEAUX	160
	LISTE DES ANNEXES	161
	Annexe 1 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation- Période 2015-2016	162
	Annexe 2 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation – Période 2017-2019 ...	168
	Annexe 3 : Tableaux des échanges mails de la phase d'intéressement des cadres.....	181
	Annexe 4 : Tableau détaillé des controverses.....	183
	Annexe 5 : Graphiques sur QDA Miner des représentations des stagiaires en phases projective et d'envoi	185
	Annexe 6 : Rapport dispositif Rebee correspondant aux phases d'intéressement et d'enrôlement des écoles.....	186
	Annexe 7 : Analyses de contenu des discours des 3 directeurs les plus impliqués dans la phase d'enrôlement des écoles	213
	Annexe 8 : Analyse des commentaires des cadres en phase d'enrôlement des cadres à la fin du stage de formateurs.....	215
	Annexe 9 : Confirmation de la soumission de l'article 1 en date du 04 septembre 2024 .	220

1. Introduction

1.1 La santé en Nouvelle-Calédonie

1.1.1 La part croissante des maladies chroniques

L'état de santé de la population calédonienne évolue comme beaucoup de pays vers une augmentation des maladies liées à la sédentarité et l'alimentation très riche avec son lot de maladies chroniques. Elle connaît également des difficultés à juguler des pathologies infectieuses telles que le rhumatisme articulaire aigu avec ses conséquences sur la qualité de vie des personnes. Comme pour les autres pays de la région pacifique, l'accroissement de la prévalence des maladies non transmissibles est un enjeu de santé publique majeur en Nouvelle-Calédonie.

Se pose aujourd'hui la question de l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour prévenir l'obésité et ses conséquences (hypertension, diabète, insuffisance rénale etc.) sur le coût des soins et la qualité de vie (Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie, 2022; IEOM, 2023). L'alcoolisation impliquée dans les accidents de la route, les violences et la délinquance (Haut-Commissariat de la république en Nouvelle-Calédonie, 2023) ou encore de la santé mentale des jeunes et de la part de suicide important (Magnat, Domingue Mena, Goodfellow, Bertrand-Protat, & Demaneuf, 2022) sont des problèmes aigus de la société calédonienne qui ne peuvent se limiter à une prévention individuelle. Ces problèmes de société ont des origines à la fois individuelles et collectives.

Le point commun à ces quelques exemples marquants est le comportement. Prendre l'habitude de faire de l'activité physique, de consommer sainement, de consulter son médecin en cas de douleur à la gorge, de systématiquement appliquer un antiseptique en cas de blessure ne sont pas ancrés dans les habitudes de tous. Ces « mauvaises » habitudes sont pointées du doigt comme de l'entêtement voire de l'ignorance de la part des populations concernées. Or, les données montrent que cette interprétation est inadéquate du fait de l'importance des déterminants sociaux de la santé qui conditionnent largement les comportements. Sur quel temps un parent seul qui se lève à 4h du matin et arrive de sa journée de travail à 17-18h pour ensuite s'occuper des enfants va-t-il aller faire son footing ou sa marche sur le parcours santé du parc de la commune ? Peut-il se permettre d'avancer des frais médicaux et des médicaments à toute période du mois sans grever le budget alimentation de sa famille ? Nous sommes face à des inégalités sociales de santé qui malheureusement comme partout dans le monde se creusent.

1.1.2 Une question de déterminants

Vue sous le prisme des déterminants de la santé 4 champs caractérisent la santé d’une population : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global (Dahlgren & Whithead, 1991; Ministère de la santé et des services sociaux, 2012).

1.1.2.1 Les caractéristiques individuelles des calédoniens

La particularité de la population calédonienne est sa multiethnicité avec des caractéristiques biologiques et génétiques voire épigénétiques particulièrement différenciées entre les océaniens et les non-océaniens. La cardiopathie rhumatismale et le rhumatisme articulaire aigu (Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, 2022), l’obésité (Frayon et al., 2020) ou encore les maladies bucco-dentaires (Tubert-Jeannin, Pichot, Rouchon, Pereira, & Hennequin, 2018) touchent particulièrement les océaniens. Des études à l’échelle du Pacifique Sud par le Réseau International de l’Institut Pasteur sont en cours afin d’ajuster les politiques de santé publique de la région (Tarantola et al., 2019).

1.1.2.2 Les milieux de vie en Nouvelle-Calédonie

Comme de nombreux pays, les calédoniens vivent soit en milieu rural (« en brousse ») soit en milieu urbain avec un croisement des cultures notamment occidentale et kanak auxquelles se sont mêlées d’autres communautés d’Océanie et d’Asie. Ces dernières sont arrivées pour beaucoup au cours du XIXème siècle comme travailleurs sous contrat liés au développement économique de la Nouvelle-Calédonie (Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre Mer (ORSTOM), 1981).

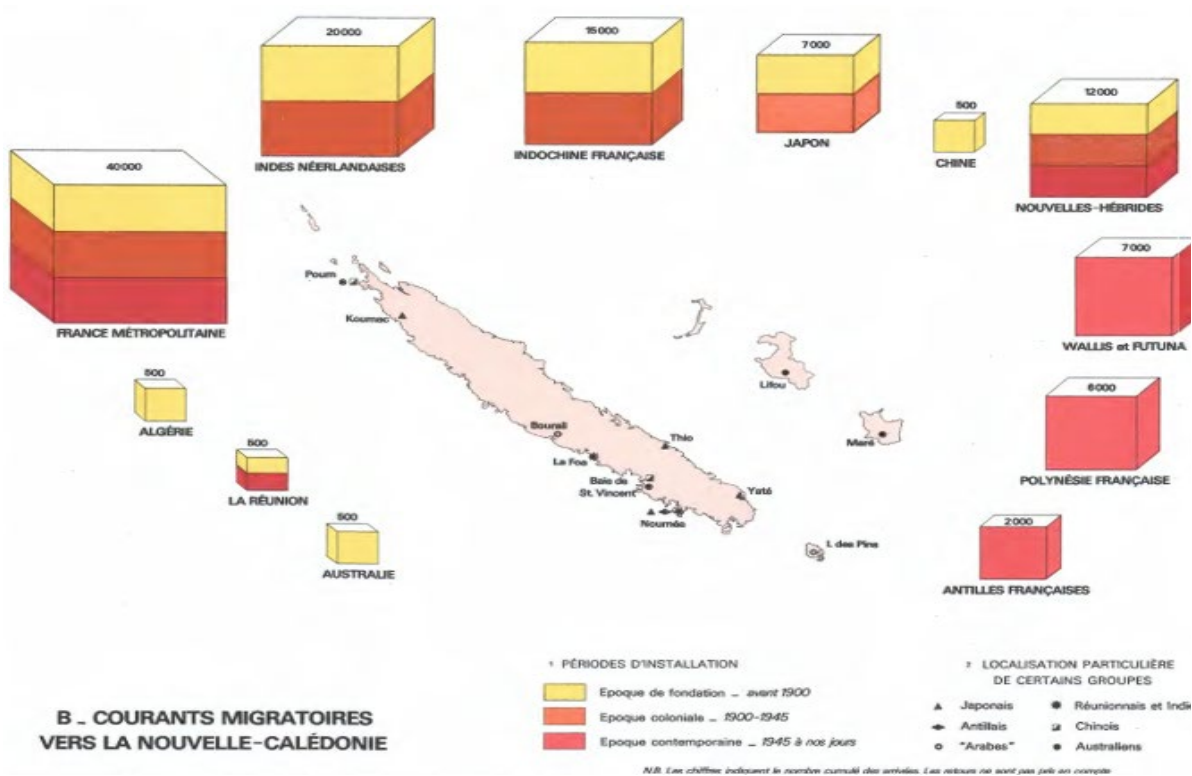


Figure 1 - Carte des courants migratoires vers la Nouvelle-Calédonie, ORSTOM 1981

La société kanak est organisée autour de la coutume structurée par clans réunis en tribu et tout un réseau d’alliances constituées dans le temps et l’espace (Bonvallot, Gay, & Habert, 2012). Les modes et les conditions de vie varient selon les territoires en zone rurale avec l’habitat traditionnel kanak (dit « en tribu »), mais aussi sur une exploitation agricole ou d’élevage (couramment dénommée « sur une propriété ») ; en zone urbaine en location ou en accès à la propriété mais aussi en habitat précaire (nommé localement « squat »).



Figure 2 - Carte de la répartition de la population calédonienne vivant en tribu en 2019, Isee-NC 2020

Globalement pour les océaniens, la santé est une affaire collective. Les représentations culturelles kanak de la santé considère l’état de santé comme un équilibre, une harmonie constante de la société kanak avec son environnement vivant et non-vivant (Merle, 2001; Salomon-Nekiriaï, 1994). Dans les communautés polynésiennes la bonne santé se manifeste par les capacités physiques et la maladie est perçue comme une malédiction des anciens (Direction de la santé de Polynésie française, 2020).

1.1.2.3 Les systèmes en Nouvelle-Calédonie

En 2019, on comptait un peu plus de 66 000 habitants âgés de 3 à 18 ans avec un taux de scolarisation de 98%.

La Nouvelle-Calédonie comptait 359 établissements scolaires en 2019 (259 écoles, 73 collèges, 10 lycées général et technologique et 17 lycées professionnels). La répartition provinciale est en rapport avec la concentration de population de celle-ci. Elle est dense en province Sud ou au contraire clairsemée en province Nord et Îles, expliquant un nombre important de petites structures dans ces provinces. Chaque province compte au moins un lycée général et technologique et un lycée professionnel.

Les plus diplômés sont les 25-34 ans dont 28% sont diplômés supérieurs (dans l’hexagone ce taux est de 48%). Des différences entre les communautés persistent et se résorbent peu depuis 10 ans.

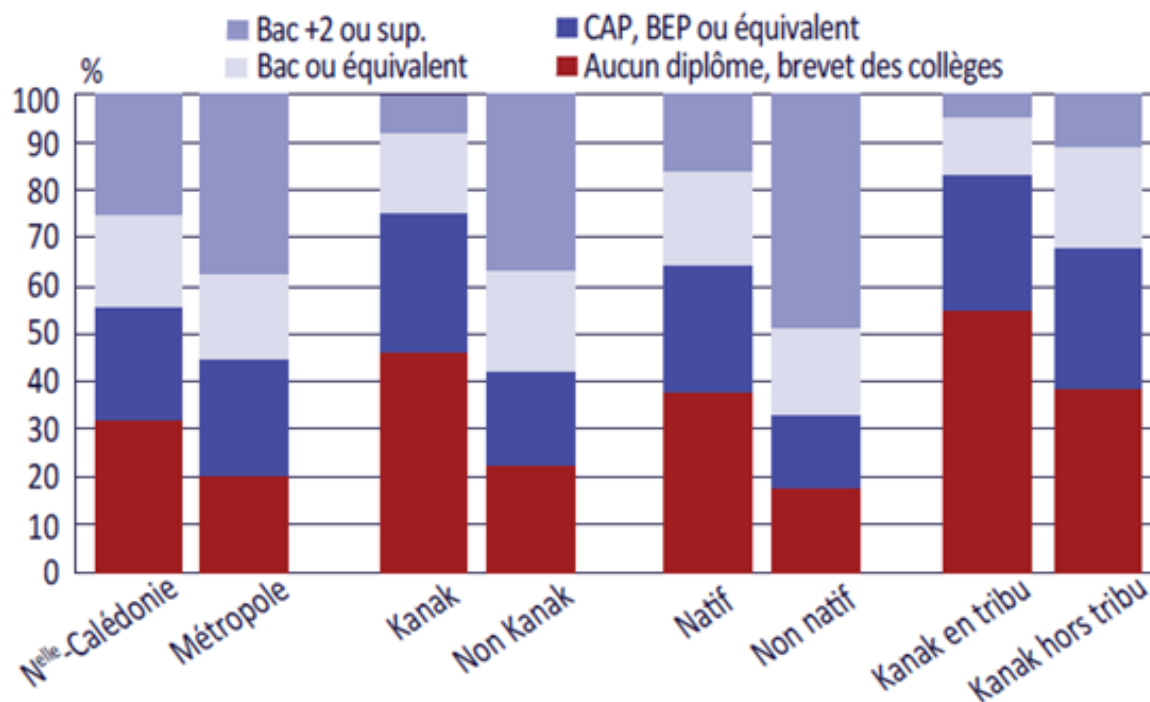


Figure 3 – Graphique des répartitions du diplôme le plus élevé en 2019 des 25-64 ans par communauté, lieu de vie et lieu de naissance, Isee-NC, 2020.

Les comparaisons présentées par l'Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie (Isee-NC) montrent des écarts importants avec l'hexagone avec une part plus importante de gens sans diplômes et moins importante de personnes diplômées bac+2 en Nouvelle-Calédonie. Pour ces mêmes catégories, l'écart est entre les natifs et les non natifs est encore plus important (plus du double). Ces mêmes écarts s'accroissent encore entre une personne kanak ou non et s'aggravent si elle est kanak vivant en tribu (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020b).

Les niveaux de vie selon les territoires diffèrent notamment entre la côte Est et la côte Ouest de la Grande Terre et de manière accentuée entre les provinces Sud et Iles pour lesquelles le niveau de vie médian des habitants est de 192 400 francs CFP (1 600 euros) en province Sud et moitié moins en province des Iles (Molina & Makhzoum, 2023).

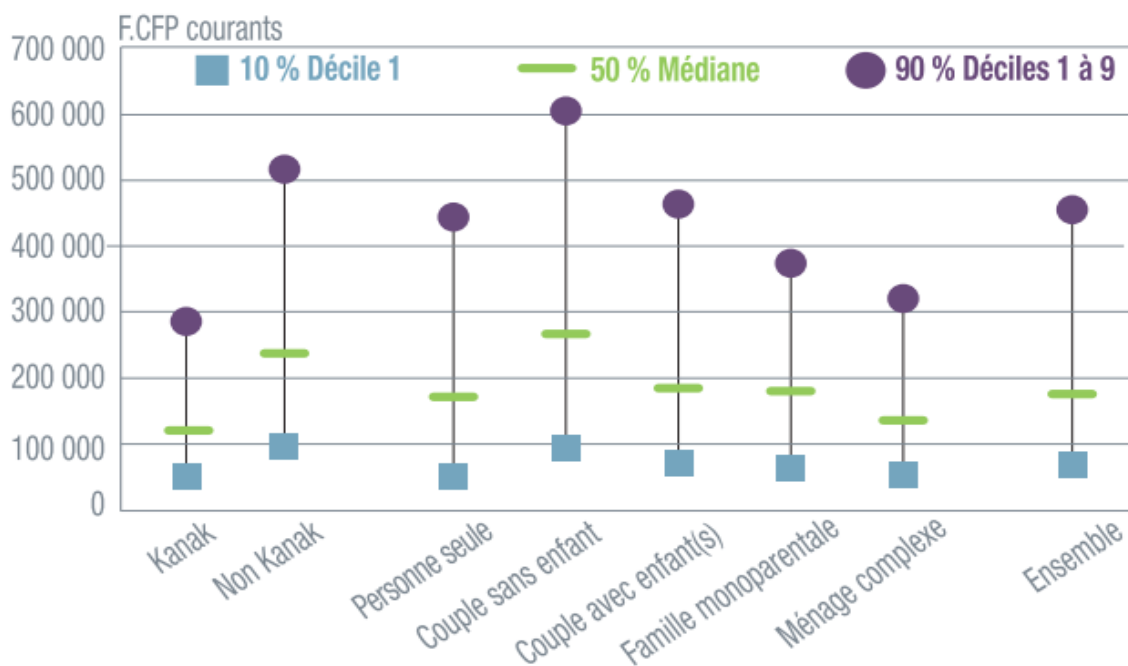


Figure 4 – Graphique de la distribution du niveau de vie en 2019 par communauté d'appartenance et type de ménage, Isee-NC 2021

De plus, des disparités sont relevées selon la structure du ménage entre un ménage complexe et un couple sans enfants ; et selon s'il est kanak ou non (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2021).

L'offre de soins est plus développée en ville et plus particulièrement en médecine spécialisée. 4 hôpitaux sont implantés en Nouvelle-Calédonie : 1 centre hospitalier territorial et un centre hospitalier spécialisé en province Sud et 2 centres hospitaliers provinciaux en province Nord. Les autres structures de soins sont des centres médicaux publics et privés (Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, 2019).

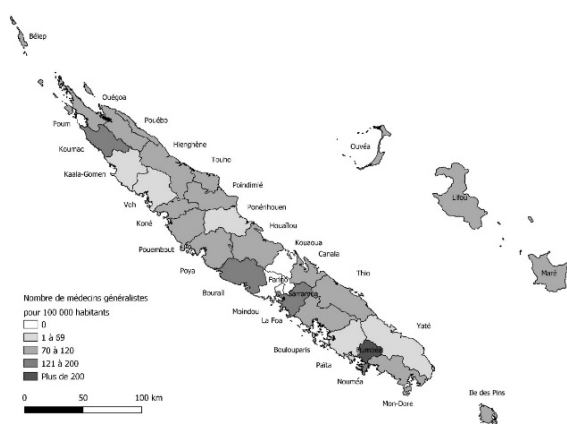


Figure 5 : Carte de la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2018 (source : DASS NC, 2019)

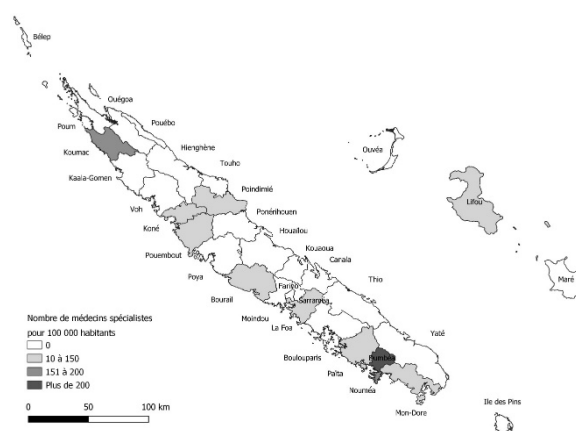


Figure 6 – Carte de la densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 2018 (source : DASS NC, 2019)

La prise en charge des soins est assurée par une caisse locale de protection sociale et de complémentaires mutuelles selon les secteurs d'activité des personnes. Pour les personnes à faible niveau de revenus une aide médicale peut leur être octroyée. Ainsi en 2019, la Nouvelle-Calédonie comptait 58 458 bénéficiaires de l'aide médicale soit 21.5% de la population. La répartition selon les populations provinciales était de 68.7% de loyaltiens, 37.7% de résidents de la province Nord et 13.3% de ceux de la province Sud (Institut d'Emission d'Outre-Mer (IEOM), 2020; Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020b).

L'équipement des ménages dit de « confort élémentaire » (eau, électricité, WC, sanitaires) progresse (91% pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie) avec des différences territoriales importantes entre les habitants de la province Sud qui possèdent pour la majorité l'équipement de confort, tandis qu'aux Iles ils sont seulement 68%. Les familles les moins équipées vivent dans les squats de Nouméa et du Grand-Nouméa et les tribus les plus éloignées (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020a).

1.1.2.4 Le contexte global calédonien

La Nouvelle-Calédonie est une démocratie représentative entrée dans un processus d'émancipation depuis les Accords de Nouméa signés en 1998. Dès lors, les compétences se répartissent entre l'État, la Nouvelle-Calédonie, les provinces et les communes. 3 référendums d'autodéterminations en 2018, 2020 et 2021 se sont déroulés clôturant les Accords de Nouméa sans résolution définitive et apaisée (Vie-publique.fr, 2023). De nouveaux accords politiques entre les indépendantistes, les non-indépendantistes et l'Etat français sont donc en discussion.

Sur un plan économique, son Produit intérieur brut (PIB) s'élève à 1092 milliards en 2022 réparti essentiellement entre les services et l'administration à hauteur de 58% et l'industrie du nickel pour 14%. Le secteur public emploie un peu plus de 11 000 fonctionnaires (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2024). Son économie s'appuie essentiellement sur le secteur du nickel, sa 1ère exportation loin devant les produits de la mer. Le secteur du nickel a un effet d'entraînement sur le climat des affaires calédonien avec des fluctuations selon les cours mondiaux et génère près de 15 600 salariés représentant 25% des emplois du privé en 2023. Le taux de chômage calédonien était de 10,9% en 2022 et l'indice de Gini à 0,39 en 2019.



Figure 7 : Carte des principales activités et infrastructures de La Nouvelle-Calédonie en 2021 (source : IEOM, 2024)

Le poumon économique de la Nouvelle-Calédonie reste la province Sud avec ses 2 usines de nickel, les grosses infrastructures portuaires, aéroportuaires, électriques et hospitalières. Le développement économique en province Nord est basé également sur le nickel avec une usine à Koné mais aussi le tourisme et l'agroalimentaire. La province des Iles n'a pas de ressource minière et s'axe sur le tourisme, l'artisanat, la pêche et l'agriculture (Institut d'Emission d'Outre-Mer (IEOM), 2020, 2024).

1.1.3 Une question d'inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont étudiées depuis plus de 30 ans aujourd'hui, les acteurs de santé publique n'usent plus du terme de « lutte contre » les inégalités sociales de santé, l'ambition a été revue à la baisse et on parle de « réduction » des inégalités sociales de santé. Désormais nous savons qu'elles se mettent en place tôt, qu'elles s'accumulent et que pour agir sur ces inégalités sociales de santé, il faut abaisser la pente du gradient social. L'action doit donc être précoce et poursuivie dans le temps.

1.1.4 L'école un acteur clé de la réduction des inégalités sociales de santé

Selon Jourdan et Gray (2024), le milieu scolaire, écosystème de vie où les enfants passent 40% de leur temps éveillé, où ils acquièrent et développent des compétences leur permettant de

dépasser les difficultés de la vie (autrement dit les compétences psychosociales), offre un espace social et un parcours dans le temps pour accompagner les élèves vers une meilleure santé physique, psychologique et sociale. Cela demande une mobilisation de toute la communauté éducative, les familles au premier chef, ainsi qu'un travail partenarial avec les acteurs qui gravitent autour de l'école, tels que les communes, les associations de quartier, les services de santé et de prévention. L'école se situe au croisement de plusieurs secteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents tels que le social, la jeunesse, le sport, la culture et la santé.

1.2 Vers une « Ecole calédonienne en santé »

1.2.1 La promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie

Les professionnels de la prévention sont mobilisés sur ces sujets depuis plus de 20 ans. Ils actualisent leurs connaissances pour avoir une action ajustée notamment en s'appropriant et en diffusant les principes d'actions de la charte d'Ottawa et l'approche par le développement des compétences psychosociales chez le jeune public. Sur le volet contextualisation, des approches liées aux représentations de la santé des populations ont été initiées telle que formations, colloques et conférences sur « l'approche culturelle de la maladie » qui offrent à s'initier aux valeurs, représentations et pratiques en santé des océaniens (Salomon-Nekiriaï, 1994). Malheureusement, force est de constater le peu d'effet de l'action publique sur les comportements de santé des calédoniens. Aujourd'hui s'y ajoute un taux d'illettrisme de 18% de la population adulte et près de 30% des jeunes de 17 ans en difficulté de lecture (Observatoire de la réussite éducative, 2018) avec ses conséquences sur la littératie en santé et des difficultés d'exercice de la parentalité dans une société en mutation, en quête d'une identité calédonienne.

1.2.2 La sanctuarisation du financement de la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie

La création de l'Agence sanitaires et sociale de la Nouvelle-Calédonie en 2001, inscrit de nouveaux moyens financiers pour une action efficace sur la santé des calédoniens (Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie, 2001). En théorie, la taxe sur l'alcool et le tabac donnera de nouvelles recettes pour l'action de prévention du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. La réalité sera rattrapée par le coût des soins et de structures de santé tel que le Médipôle (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2022). Des plans d'actions sont déposés par des élus au bureau du Congrès mais ne seront pas votés tel que le plan ISA (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2012). Néanmoins le financement de la prévention est maintenu (Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie, 2017). Une nouvelle dynamique est lancée en 2015 avec « Les assises de la santé » (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2015b), véritable mobilisation citoyenne invitant à participer au nouveau modèle de santé calédonien : Le plan Do Kamo « Être épanoui » voté en 2016 (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016b). L'urgence de la maîtrise des coûts de la santé ne permet pas le déploiement de tous les volets de ce plan de santé dit de « nouvelle génération » et la crise du COVID-19 aura accentué les dépenses de

santé et la dette des collectivités calédoniennes. Pour autant, la prévention reste présente dans les discours de politique générale des deux derniers présidents du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2019a, 2021) et la délibération 244 du 26 juillet 2022 acte la mise en place de l'objectif calédonien d'évolution des dépenses de prévention (OCEP) (Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie, 2022).

1.2.3 La promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie

Du côté de l'école, pendant longtemps l'éducation à la santé a été portée et menée par les services de prévention sanitaire de proximité (services provinciaux et avant cela les dispensaires) et ceux de la direction de la santé puis l'Agence sanitaire et sociale dans un format de « campagnes de sensibilisation » non corrélé au programme scolaire et dans une approche hygiéniste. De la même façon, des demandes émanant des établissements scolaires généralement liées à un projet pédagogique ou à un évènement marquant de l'établissement pouvaient être faites et de la même manière sans connexion avec la stratégie de santé publique des institutions. L'invitation aux communautés éducatives et aux services de prévention à collaborer peut être identifiée dans le Projet éducatif calédonien lui-même issu du « Grand débat de l'Ecole calédonienne ».

1.2.4 L'institutionnalisation de l'intersectorialité santé-éducation en Nouvelle-Calédonie

En Nouvelle-Calédonie, l'approche intersectorielle du changement social s'incarne dans le plan de santé Do Kamo (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016b) et le Projet éducatif calédonien (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016a) votés en 2016. Tout comme en Europe, l'opérationnalisation de cette stratégie n'est pas aisée malgré la sensibilité des professionnels de l'éducation et de la santé aux problématiques d'inégalités de santé vécues par leurs élèves et la société dans son ensemble (Fernandes Da Rocha-Puleoto, O'Callaghan, Tessier, & Jourdan, 2022). Ainsi, l'année 2016 marque le pas de ces 2 textes invitant les secteurs de la santé et de l'éducation à contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être des élèves.

Ces textes votés au congrès et issus d'une large concertation citoyenne ont été relayés et accompagnés auprès des professionnels de la santé et de l'éducation. Des documents cadres et des outils ont été déployés afin de faciliter la compréhension des enjeux et de la démarche dans une dynamique collective élargie (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2016, 2018).

1.3 Volet éthique de la recherche

L'éthique est une problématique complexe dans un contexte multiculturel qui appelle d'entrée de jeu à une réflexion éthique (Roussille & Deschamps, 2013).

1.3.1 Dimension éthique de la recherche

En référence aux travaux de Potvin et Jourdan (Louise Potvin & Jourdan, 2022), quatre marqueurs permettent de décrire la dimension éthique de cette étude : la réduction des

inégalités sociales de santé, le vivre-ensemble, le partage des savoirs et la participation réelle des acteurs.

En effet, comme toute action dans le champ de la promotion de la santé, que celle-ci soit opérationnelle, stratégique ou théorique, cette étude se penche sur la réduction des inégalités sociales de santé. Ces inégalités rappelons-le sont injustes et sont le produit de la société (Commission nationale consultative des droits de l'homme, 2022). Elles sont évitables par l'action sur les déterminants et une approche intersectorielle (Commission organisation mondiale de la santé des déterminants sociaux de la santé, 2021).

De plus, l'éducation est identifiée comme déterminant majeur des inégalités sociales de santé par la littérature scientifique (Simar, Darlington, Bernard, & Berger, 2020) et liée à des inégalités ethniques et économiques en Nouvelle-Calédonie (Gorohouna, 2011; Gorohouna & Ris, 2017). Ce sont en somme des valeurs de justice et d'équité en santé qui animent ces travaux pour un vivre-ensemble sain et épanouissant pour tous.

Concernant le partage des savoirs, les participants à ce programme de recherche sont contributeurs à la production de connaissances. Qu'ils soient cadres ou acteurs de l'école, de la santé ou de l'éducation tous ont été des acteurs actifs du processus étudié. La quête d'une participation réelle des gens et d'une équité de traitement a été une exigence de l'équipe de recherche tout au long de ce travail.

1.3.2 Intégrité scientifique de la recherche

Ce travail suit également les recommandations du comité d'éthique du Centre national de la recherche scientifique (Comité d'éthique du CNRS, 2017) travaillé avec le Collège des écoles doctorales de l'université Clermont Auvergne sous le prisme des risques déontologiques relatives aux risques liés à la conception, à la réalisation, à la démarche analytique, à la valorisation et au conflit d'intérêt.

Le champ d'investigation est délimité par les objectifs de la recherche-intervention sur laquelle ce travail s'appuie. La question de l'intersectorialité santé-éducation est traitée par différentes équipes de renom et a nécessité une réflexion précise sur la manière de s'assurer d'être dans un apport de connaissances. La reprise du cadre conceptuel de la théorie de l'acteur-réseau permettait déjà d'aller vers une analyse complémentaire des travaux en cours en Europe et en Amérique du Nord. Puis les lectures des auteurs de la théorie de l'acteur-réseau ont ouvert une voie d'analyse séduisante et stylisée appliquée à l'époque à l'innovation technique qui aujourd'hui pourrait s'appliquer à la collaboration intersectorielle considérée comme une innovation sociale.

La réalisation de cette étude a demandé surtout des accords hiérarchiques afin d'accéder à tous les acteurs des secteurs de la santé et de l'enseignement. Sans ces accords qu'ils soient formels ou informels, il eut été impossible de débiter, suivre et finaliser ce travail. L'étude n'a

pas nécessité de collectes de données auprès de mineurs et celles conduites auprès des adultes ont été réalisées avec leur accord pour la saisie et les enregistrements des échanges. Tous les tableurs ont été systématiquement anonymés et mis sur un drive partagé et sécurisé de l'université Clermont Auvergne.

S'assurer de la fiabilité des données récoltées a pu se faire par un travail en équipe, une supervision par le directeur de thèse et aussi leur visibilité aux acteurs concernés. Concrètement tous les rapports produits ont été mis en ligne sur le site de la chaire Unesco EducationS & Santé et les articles scientifiques publiés en accès libre et transmis aux cabinets politiques et directions des enseignements et de la santé. La triangulation des données a pu être assurée par la diversité des sources permettant d'établir les faits et les vérifier. C'est par exemple des éléments extraits d'un discours de politique générale vérifiés dans un rapport officiel ou encore de notes de projet vérifiées par l'existence d'une production numérique. De plus les principes de la théorie de l'acteur-réseau complètent cette posture éthique de non-jugement.

Ce travail est sous un format d'articles publiés et publiables il est vrai, sans être sous une pression de publication. La notoriété de l'équipe de recherche et de la direction de recherche n'est pas en jeu et votre serviteur est dans une démarche de contribution et de valorisation d'études et jeunes talents d'Océanie.

Cette étude a eu le soutien financier de l'Agence de sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, de l'école doctorale de langues et sciences humaines de l'Université Clermont Auvergne, du laboratoire Acté et de la chaire Unesco Educations & Santé. Aucun de ces organismes n'a influencé sur la conduite et les conclusions de cette étude.

L'horizon et le cadre éthique posés, reste le positionnement du chercheur et de sa recherche à présenter.

1.4 Intérêts et ambitions de cette étude

Cette étude centrée sur la promotion de la santé dans les écoles calédoniennes est le fruit d'un cheminement professionnel, d'une perception d'un environnement de vie lié à la santé des élèves et de leurs familles et d'une sensibilité aux questions de justice sociale. Les collaborations entre les professionnels de l'éducation, de la santé, du social ou encore de la justice avec les familles et les communautés améliorent les conditions et la portée des actions conduites. Les études le montrent et les professionnels le ressentent. Ce croisement des savoirs scientifiques et expérientiels, de participation d'acteurs hétérogènes au bénéfice de la santé et de la réussite éducative des élèves animent cette recherche-intervention.

1.4.1 Un intérêt pour la question des inégalités en Nouvelle-Calédonie

La question des inégalités sociales de santé ou autre est une réalité difficilement avouée par les institutions calédoniennes. Par exemple l'indice de Gini mesuré en 2009 n'a été republié qu'en 2020 ; la première étude sur le taux de pauvreté en Nouvelle-Calédonie est sortie en

2022 ; la première étude sur les inégalités scolaires en 2019. Les universitaires ont travaillé ses questions notamment en économie bien avant et auront certainement contribué à une prise de conscience collective par des conférences, ateliers et même émissions télévisées dédiés au grand public. Il ne va donc pas de soi d'ambitionner la réduction des inégalités dans une société qui ne les mesure pas régulièrement. Tout cela pour exposer une réalité plus complexe qu'il n'y paraît et mieux appréhender les facteurs en jeu dans la stratégie de promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie et spécifiquement en milieu scolaire.

1.4.2 L'entrée dans un travail sur promotion de la santé en milieu scolaire

L'année 2017 sera celle du déclenchement de mon intérêt à approfondir mes connaissances en promotion de la santé lors d'une conférence du Pr Didier Jourdan à l'université de Nouvelle-Calédonie portant sur la promotion de la santé en milieu scolaire. L'année suivante, je suis admise dans la formation en master santé publique parcours éducation à la santé auprès des jeunes, adolescents et jeunes adultes de l'Université Clermont Auvergne. Puis en novembre 2018, je postule auprès de la chaire Unesco EducationS & Santé pour un stage de conduite de projet en éducation à la santé. Je suis retenue en appui de l'équipe de recherche qui travaille à un nouveau dispositif de promotion de la santé destiné aux écoles calédoniennes dans une démarche de co-construction d'un outil d'éducation à la santé destiné aux enseignants et aux éducateurs de santé.

1.4.3 La prise en compte de tous les savoirs

Le croisement des savoirs scientifiques (« les études montrent que »), expérientiels (ma pratique professionnelle) et profanes (mon vécu personnel) n'est pas une chose aisée à identifier et à harmoniser. En effet, au contact des chercheurs et à 20 000 km de la Nouvelle-Calédonie, je vais tenter d'apporter ces savoirs « de terrain » à la construction du dispositif élaboré sur les données de la recherche et le recueil réalisé par les chercheurs sur les pratiques de classe en Nouvelle-Calédonie. Aux premiers contacts avec le projet, je ne retrouve pas les aspects les plus courants de la vie des élèves calédoniens en particulier de ceux issus de territoires isolés dans les fiches du 1^{er} prototype construit par les chercheurs de l'hexagone. Je m'attacherai donc, au-delà de mon statut de stagiaire, à partager ma connaissance des pratiques locales et des savoirs profanes pour contextualiser au mieux les outils du dispositif. Un chef d'établissement me disait souvent « ici, c'est le soleil qui gâche tout » au sujet du peu de visibilité de la misère sociale dans laquelle vivent certaines familles calédoniennes. Cette (hyper)sensibilité aux populations les plus vulnérables ne me quitte pas et m'amènera à conduire mon directeur de mémoire (qui deviendra mon directeur de thèse) à percevoir l'importance pour l'hôte du geste coutumier lorsque l'on arrive (la coutume de bonjour), lorsque nous sommes présentés (coutume du visage) ou encore d'aller à la rencontre de l'association des jeunes de Saint Louis (tribu tristement connue pour les actes de délinquance de ses jeunes sur le Grand Nouméa). Le sujet de mon mémoire portera sur les déterminants de la participation des enseignants d'élémentaire à un programme de promotion de la santé à l'école dont les données sont issues de la formation et de l'accompagnement réalisés lors de la seconde phase de co-création de l'outil. L'équipe de recherche aura à cœur d'avoir le retour d'expérimentation du second prototype des territoires les plus isolés où les conditions

d'exercice sont moins confortables qu'à Nouméa avec très souvent des profils d'enseignant remplaçants ou néo-titulaires. C'est ainsi que je suis partie recueillir la parole de « ceux pour lesquels on parle » (Callon, 1986), j'étais semble-t-il déjà dans la sociologie de la traduction.

1.4.4 Une contribution à la production de connaissances

A mon retour en Nouvelle-Calédonie fin 2020, mon master en poche j'investis la profession de chargé de mission d'abord sur un diagnostic territorial de la promotion de la santé en milieu scolaire pour le vice-rectorat de Nouméa puis sur une évaluation de la politique jeunesse pour la province Sud. Cela ne m'empêche pas de maintenir le lien avec le réseau de la chaire Unesco et de reprendre mes travaux de recherche sous l'angle de la collaboration des acteurs de la santé et de l'éducation : l'intersectorialité.

Les professionnels de ces secteurs diront qu'ils travaillent déjà ensemble, qu'ils n'ont pas attendu une commande politique ni une étude scientifique pour le faire. C'est vrai, la question qui se pose est celle de la pérennisation de cette collaboration entre les professionnels de l'éducation et de la santé. La durabilité d'un programme de promotion de la santé en milieu scolaire est souvent fonction de la coordination et des financements dédiés au programme. Il faut donc pouvoir répondre aux questions sur la stratégie intersectorielle : Pour qui ? Pour quoi ? Quelle différence avec les pratiques collaboratives actuelles ? Quels bénéfices pour les populations ? Comment réduit-elle les inégalités ?

Tant de questions auxquelles la recherche répond à petits pas et par ré-interrogations successives et dont chaque avancée est publiée en direction des décideurs et des professionnels. Cette étude s'inscrit dans cette démarche de partage des connaissances et d'une meilleure compréhension des effets de l'intersectorialité santé-éducation .

1.4.5 Une inscription dans le nouveau cadre réglementaire calédonien de la santé à l'école

Ce travail s'inscrit dans l'évolution récente de la promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Longtemps limitée à la dimension préventive (médecine scolaire et informations sanitaires « one-shot »), elle s'ouvre progressivement à la dimension éducative (développement de compétences des élèves) et protectrice (environnement scolaire) en référence au modèle de Downie et Tanhil (Tannahill, 2008).

Désormais, la promotion de la santé en milieu scolaire est :

- encadrée par la délibération n° 36 du 23 décembre 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2019a);
- inscrite en seconde position des priorités de santé pour les 6 ans à venir dans la délibération 320 adoptée en juillet 2023 relative à la promotion de la santé et à l'offre de prévention du plan de santé calédonien Do Kamo « être épanoui ! » ;

- bénéficie d'une coordination multisectorielle en matière de promotion de la santé et de prévention à l'échelle du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2023).

La conduite de ce programme de recherche se veut un éclairage à la pratique des acteurs impliqués dans la promotion de la santé en milieu scolaire aux échelles des politiques, des cadres et des écoles calédoniennes. Il apporte également sa contribution à la caractérisation du champ de recherche en promotion de la santé conduit par la chaire Unesco EducationS & Santé et l'axe de recherche sur les collaborations du laboratoire Acté.

1.5 Problématique de recherche

D'un point de vue politique, la promotion de la santé est une stratégie (un ensemble d'actions intersectorielles coordonnées) qui vise à contribuer au changement social afin d'améliorer la santé de tous et de réduire les inégalités en matière de santé. La stratégie intersectorielle appliquée à l'École et mobilisant des acteurs de différents secteurs, bien que validée par les organisations internationales, nécessite une compréhension en contexte pour une meilleure appropriation du travail intersectoriel par les parties prenantes.

1.5.1 Action sur les déterminants sociaux

Agir sur les inégalités sociales de santé, c'est agir sur les déterminants structurels et intermédiaires : Education, emploi et revenu, environnement et aménagement du territoire, habitudes de vie et système de soins. (Jourdan, 2016). Leur résolution est un sujet de premier plan questionné et étudié mondialement notamment par la commission des déterminants sociaux de la santé qui invite les Etats Membres et le Directeur général de l'organisation mondiale de la santé à une démarche intersectorielle en termes d'observation des données, de conduites de politiques publiques ainsi que de productions de pratiques « en matière d'interventions intersectorielles portant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et leur incidence sur les inégalités et les résultats en matière de santé, ainsi que sur le bien-être de la population » (Commission OMS des déterminants sociaux de la santé, 2021). Pour ce faire, des guides des recommandations sont produits par des organisations internationales (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Rees et al., 2023) et nationales (CNESCO, 2016; Commission nationale consultative des droits de l'homme, 2022) auxquels les professionnels de la santé publique peuvent se référer.

1.5.2 Action à l'école

A l'école, la promotion de la santé est par nature intersectorielle. Les prescriptions institutionnelles et les outils d'accompagnement à sa mise en œuvre sont diffusés des

directions des enseignements vers les équipes éducatives. Le constat est qu'une simple mise en œuvre de programmes promoteurs de santé au sein des écoles ne suffit pas. La nécessité d'une impulsion et d'un portage par les professionnels de la santé permettrait de favoriser une approche intersectorielle dans le secteur scolaire (Jourdan et al., 2021).

Finalement, se pose la question de la réalité de la promotion de la santé au sein des écoles et en particulier des écoles les plus éloignées des offres structurelles de soin et éducatives. De comprendre le cheminement d'une recommandation des organisations internationales de la santé et de l'éducation d'une stratégie intersectorielle jusqu'à l'action en classe. Que se passe-t-il entre une décision politique de s'engager dans cette approche et ce qu'il sera produit dans l'école ? Autrement dit, comment cela traduit-il dans le milieu scolaire ?

1.5.3 Processus de traduction d'une recommandation internationale des politiques aux élèves

Des travaux de la chaire Unesco EducationS & Santé sur le concept de la « Santé dans Toutes les Politiques » au Danemark ont été récemment menés (Nordin, Jourdan, & Simovska, 2019). Les résultats indiquent deux niveaux différents, mais enchevêtrés des processus de traduction :

- Un niveau national où la traduction a abouti à l'intégration de certains principes clés de l'approche de la promotion de la santé dans les programmes national d'éducation à la santé. Néanmoins, les auteurs indiquaient la résistance d'un certain nombre d'acteurs ayant des priorités différentes.
- Un niveau municipal où les principes promoteurs de santé semblent être "perdus dans la traduction". Les auteurs mettent cela sur le compte d'une approche medicocentrée et de difficultés d'attention des acteurs du secteur de la santé à une approche promotrice de santé.

Nous nous proposons d'explorer ce processus de double traduction : le premier entre les textes politiques concernant la promotion de la santé en milieu scolaire et appelant à une collaboration intersectorielle et les administrations en charge de mettre en place ces politiques ; le second entre les cadres et les formateurs, les agences, les formations et les acteurs de terrain d'autre part.

Pour étudier ce processus de traduction, nous avons considéré la stratégie intersectorielle comme une innovation sociale s'intégrant dans un espace social en l'occurrence le système éducatif calédonien. En effet, dans ce contexte l'action intersectorielle amène à un changement social.

Pour ce faire, l'étude des réseaux d'acteurs des deux secteurs offrira une visualisation dans le temps du processus à l'œuvre de la décision politique à la mise en œuvre sur le terrain. Dans

le champ de la sociologie des sciences politique, de l'éducation et de l'innovation des outils théoriques permettront une meilleure compréhension des processus à l'œuvre.

Ce travail portera donc sur les conditions qui rendent possible l'approche intersectorielle dans les écoles primaires de Nouvelle-Calédonie et de ses effets.

Ce travail a débuté par une exploration de la stratégie intersectorielle et d'un état de la recherche sur l'intersectorialité santé-éducation. Il s'est poursuivi par une description synthétique du contexte calédonien, le choix du cadre théorique et de la méthodologie de recherche. Enfin, les résultats donneront à voir les productions du réseau d'acteurs au regard de l'analyse des controverses et de l'élaboration du processus de traduction. Les questions de l'implantation de programmes de promotion de la santé à l'Ecole et de l'épistémologie de cette recherche sont en filigrane de cette étude au cœur de l'accompagnement au changement social des secteurs de l'éducation et de la santé en Nouvelle-Calédonie.

2. Contexte de la recherche

L'étude se déroule en Nouvelle-Calédonie ancien Territoire d'Outre-Mer (TOM) sous statut particulier dont les compétences en matière de santé et d'éducation influent sur la mise en œuvre du programme de recherche-intervention.

2.1 La Nouvelle-Calédonie

2.1.1 Contexte démographique

La Nouvelle-Calédonie est située dans la Pacifique Sud à 2 000 km à l'est de l'Australie et comptait 271 400 habitants au recensement de 2019. La population calédonienne est vieillissante avec une espérance de vie allongée (77.8 ans en 2019), un taux de fécondité passé sous la barre de 2 enfants par femme et la part des moins de 20 ans en baisse (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020b).

2.1.2 Contexte historique

La Nouvelle-Calédonie devint une colonie française en 1853 et le peuple autochtone (nommé kanak) a subi la création de réserves tribales en 1867 ainsi que le régime de l'indigénat jusqu'en 1946 qui les restreignait dans leurs droits (de circulation, de vote, à l'emploi etc...). Différents soulèvements contre l'autorité coloniale ont émaillé l'histoire calédonienne jusqu'aux « évènements » de 1984 véritable guerre civile opposant les indépendantistes kanak aux loyalistes non-kanak. Des accords de paix : « accords de Matignon » et « accords d'Oudino » seront finalement signés en 1988 puis renouvelés en 1998 par les « accords de Nouméa » afin de permettre à la Nouvelle-Calédonie de se développer de manière équilibrée sur tout l'archipel tout en favorisant l'accession des kanak aux responsabilités dans tous les secteurs d'activité.

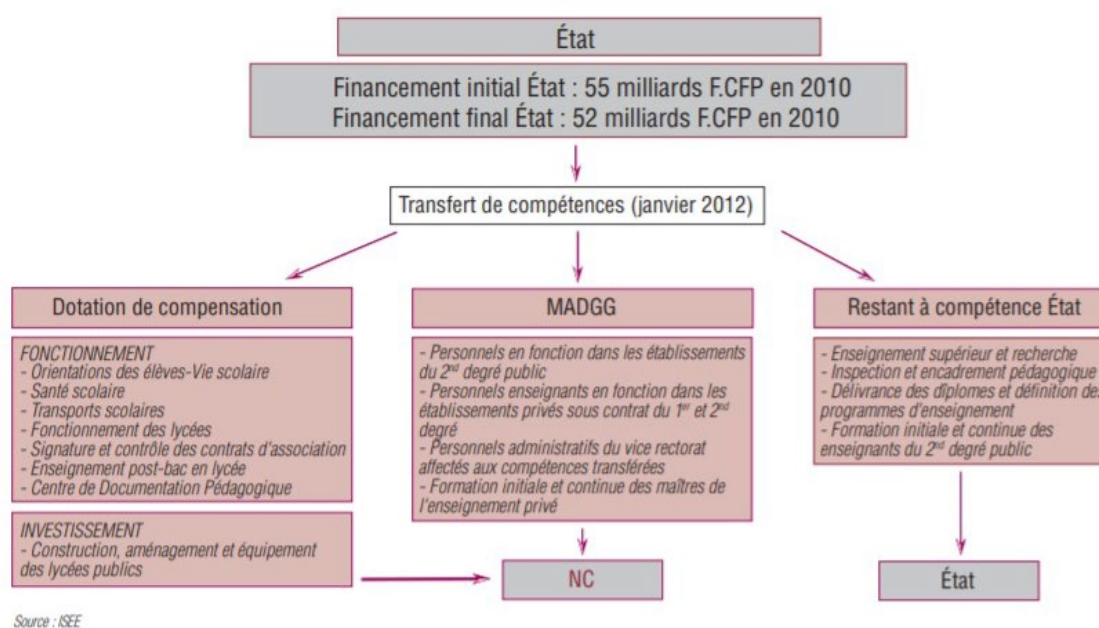
2.1.3 Contexte politique

Devenue territoire d'outre-mer en 1946, la Nouvelle-Calédonie est depuis 1999 une collectivité d'outre-mer qui dispose d'un statut très particulier de large autonomie, dit « sui generis » (Gavard, 2008). Les compétences de la France ont été progressivement transférées aux institutions de la Nouvelle-Calédonie et à ce jour ne reste plus que les compétences régaliennes. Le congrès est l'assemblée délibérante de la Nouvelle-Calédonie qui détient le pouvoir législatif, il est constitué d'une proportion de chacune des trois assemblées de Province. Le gouvernement est élu par le congrès pour une durée de 5 ans et ses membres sont de cinq à onze. Le gouvernement, en tant qu'organe politique du pouvoir exécutif calédonien, met en œuvre la politique voulue par le congrès, dans le cadre des transferts de compétences prévus par l'accord de Nouméa. A ce titre, il prépare les projets de délibération et les projets de loi du pays, qui sont ensuite soumis à l'examen et au vote du congrès. Après leur adoption, le gouvernement se charge de les faire exécuter.

2.1.4 Contexte socio-économique

Le territoire est depuis 1988 divisé en 3 Provinces : Nord, Sud et Iles avec un dispositif de rééquilibrage économique et social en faveur de la population kanak. L'objectif étant de permettre aux provinces Nord et des Îles Loyauté (majoritairement kanak) de rattraper la province Sud (majoritairement non kanak). « Ces collectivités républicaines en Nouvelle-Calédonie permettent ainsi à certains kanak d'être élus et de pouvoir s'appuyer sur une assise électorale, leur donnant une légitimité démocratique et géographique » (Pantz, 2017). Pourtant même si l'éducation y est reconnue comme un levier des politiques publiques dans la réduction des inégalités interethniques et économique, on y relève une grande part d'inégalités de réussite scolaire liée au capital humain des parents (Gorohouna, 2011; Gorohouna & Ris, 2017). De plus, des inégalités territoriales de santé sont constatées entre l'agglomération de Nouméa et la « brousse ». Cette dernière est largement bénéficiaire de l'aide médicale surtout dans la province des Iles Loyauté et en province Nord (Gavard, 2008; Institut d'Emission d'Outre-Mer, 2020) où le niveau de vie médian des habitants est inférieur à ceux de la province Sud (Molina & Makhzoum, 2023).

2.1.5 Compétences de l'enseignement primaire et secondaire



Source : ISEE

Figure 8 - Schématisation du transfert de compétences de l'éducation au 1^{er} janvier 2012 (source : Isee-NC, 2020)

L'enseignement du 1^{er} degré public est transféré à la Nouvelle-Calédonie en 2000 et amène à la création de la Direction de l'enseignement de Nouvelle-Calédonie. Puis les compétences de l'enseignement du 2nd degré, du 1^{er} degré privé et de la santé scolaire seront partagées entre le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, les directions confessionnelles et le Vice-rectorat (représentant l'Etat français) en 2012 (Chung, 2021) . Ces transferts seront marqués par l'évolution d'une prise en main technique vers « une vision de l'Ecole » et finalement son

projet éducatif (Capron, 2017). Le 15 janvier 2016, le congrès de la Nouvelle-Calédonie adopte la délibération relative à l'avenir de l'école calédonienne qui fixe un cadre à l'organisation de la compétence de la Nouvelle-Calédonie en matière d'enseignement, ainsi que les principales orientations retenues. Communément nommé « Projet éducatif calédonien », ce dernier se divise en 4 ambitions :

- Ambition 1. Développer l'identité de l'École calédonienne pour favoriser le vivre ensemble.
- Ambition 2. Prendre en compte la diversité des publics pour favoriser la réussite de tous
- Ambition 3. Créer un environnement de travail favorable, pour un meilleur épanouissement de l'élève au sein de l'École.
- Ambition 4. Ouvrir l'École sur la région Océanie et le monde, pour répondre aux défis du XXI^e siècle (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016a).

2.1.6 L'exercice de la santé publique

La compétence de la santé publique a été transférée à l'assemblée territoriale de Nouvelle-Calédonie par décret en 1957 (Journal Officiel de la République Française, 1957). Puis en 1994, le premier texte inscrivant la promotion de la santé ainsi que les priorités de santé publique est voté au congrès (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 1994). Vingt-deux ans plus tard, cette instance votera un nouveau plan de santé nommé Do Kamo qui signifie « être épanoui ». L'esprit du plan Do Kamo est de sortir de la vision unique des soins en adoptant une approche plus globale, en agissant sur les déterminants de la santé. Ce plan sur 10 ans vise à la réduction des dépenses de santé et l'amélioration de la santé du calédonien par sa responsabilisation. Il s'articule autour de 3 axes :

Axe 1 : construire le nouveau modèle économique du système de santé calédonien

Axe 2 : construire une nouvelle gouvernance du système de santé calédonien

Axe 3 : assurer une offre de santé efficiente grâce à une offre de prévention renforcée et coordonnée avec l'offre de soin (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016b).

2.2 Le dispositif de recherche-intervention « Réussir être bien être ensemble »

2.2.1 La commande d'un outil d'éducation à la santé destiné aux enseignants

Ce travail de recherche s'appuie sur l'implantation du dispositif de recherche-intervention « Réussir, être bien, être ensemble » (Rebee), co-porté par la Chaire UNESCO, la direction de l'enseignement et l'agence de santé de la Nouvelle-Calédonie. Dans le cadre de la mise à l'agenda d'une politique de promotion de la santé en milieu scolaire, la commande d'un outil d'éducation à la santé destiné aux enseignants a été lancée par l'agence de santé et la direction de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en 2018.

L'équipe de recherche composée des membres de la chaire, d'étudiants et doctorants de l'université Clermont Auvergne assurera la co-construction, l'accompagnement des acteurs et

l'évaluation du dispositif sous la co-gouvernance des directions de la santé et de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

2.2.2 Une démarche de co-construction

L'objectif de Rebee est de permettre aux écoles d'agir efficacement au service de la réussite éducative de tous les élèves et de l'amélioration de leur santé. Il vise spécifiquement la réduction des inégalités de santé. La démarche consiste en la valorisation, la mutualisation et l'enrichissement des pratiques des professionnels via une démarche de co-construction d'un outil pédagogique destiné à l'ensemble des enseignants de l'école primaire ainsi qu'aux partenaires des écoles sur le territoire. Rebee vise également le développement de compétences en matière de santé des enfants tout au long de la scolarité dans les différentes disciplines et dans le cadre des programmes. Ce dispositif a amené les enseignants d'écoles élémentaire puis de maternelle à co-construire avec l'équipe de recherche des outils d'éducation à la santé. D'abord Rebee Élémentaire de 2019 à 2020, puis Rebee Maternelle de 2020 à 2022.

Cette recherche se penche sur la période 2016-2019, de la mise à l'agenda politique d'une collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour la promotion de la santé en milieu scolaire à la phase de déploiement sur le terrain de l'outil Rebee Élémentaire.

3. Objets de recherche

Les concepts de promotion de la santé, d'écoles promotrices de santé et d'inégalités sociales de santé sous-tendent le concept d'intersectorialité en santé publique. Il convient ici d'en préciser le sens.

3.1 Promotion de la santé

3.1.1 Continuité de la charte d'Ottawa

Le concept de promotion de la santé émane de la charte d'Ottawa signée par les Etats Membres de l'organisation mondiale de la santé en 1986 (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). Elle promeut une approche globale et postule que les problématiques de santé soient abordées dans une approche holistique de la santé, c'est-à-dire intégrant des déterminants sur le bien-être social et psychologique. La promotion de la santé se décline en 5 axes : le renforcement de l'action communautaire et de compétences personnelles, la capacité d'agir, la création d'environnements sains, la réorientation des services de santé et l'élaboration de politiques publiques saines (World Health Organisation, 1987). Puis Downie et Tannahill ont modélisé ce concept en 3 champs combinant des mesures de prévention, d'éducation et de changement de l'environnement vers une meilleure santé (Tannahill, 2008).

3.1.2 Evolution de la définition

Dans l'optique d'une approche globale de la promotion de la santé, 5 principes directeurs de promotion de la santé ont été produits en 2017 par une équipe du Danemark : la définition holistique et positive de la santé ; la participation et l'implication du public ; l'attention au contexte des individus ; l'acquisition de connaissances et compétences nécessaires à la prise en charge de sa santé ; ainsi que l'équité en santé (Grabowski, Aagaard-Hansen, Willaing, & Jensen, 2017).

Pour le Haut Conseil de la santé publique, la promotion de la santé représente « un processus politique et social qui combine d'une part des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations. » (Cambon, Alla, & Chauvin, 2018)

3.1.3 Nouveau champ de recherche

Le champ de la promotion de la santé est en mutation et tends à être définie comme un champ d'investigation scientifique lié à la pratique professionnelle. Selon Potvin et Jourdan (Louise Potvin & Jourdan, 2022) la promotion de la santé a commencé à se développer suivant le modèle « potluck » c'est-à-dire par des apports de chercheurs de diverses disciplines. Le travail auquel participent plus d'une centaine de chercheurs dans le monde mettent en lumière les premières balises et 4 marqueurs communs semblent établis :

- La reconnaissance des différentes formes de connaissances.
- L'ancrage de la pratique de la recherche dans le contexte, la prise en compte de la complexité et l'utilisation d'une perspective systémique pour produire des explications
- La relation entre les chercheurs et les autres parties prenantes impliquées dans la recherche et dans la pratique étudiée.
- L'articulation de la production et du partage des connaissances

3.1.4 Articulation de divers concepts

En effet, la promotion de la santé par nature articule divers concepts issus d'autres disciplines et à en définir de nouveaux. Elle amène à voir la personne dans son ensemble au vu de sa communauté, de ses conditions de vie, de sa capacité d'agir pour sa santé et celle d'autrui. La santé devient une affaire collective qui tient compte du contexte des territoires et de l'environnement. Elle mobilise au-delà des personnels de santé, agit sur les différents milieux de vie et tout au long de l'âge des individus. On y retrouve alors la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren & Whithead, 1991) , le développement de l'empowerment qui s'inscrit dans une démarche participative des populations à même d'identifier puis d'agir sur les facteurs en jeu dans les inégalités (Calvès, 2009; de Mullenheim, 2018). Elle a conduit les autorités de santé à initier la démocratie en santé constituée du pouvoir d'agir individuel et collectif des populations d'une part, et de leur participation réelle d'autre part (Rusch, Aubry, & Denis, 2023). La recherche en ce domaine est donc très riche et large.

3.2 Promotion de la santé à l'École

3.2.1 Naissance du concept d'Ecoles promotrices de santé

Les actions de promotion de la santé visent, dans une optique de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation pour la santé. Les 5 axes stratégiques de la charte d'Ottawa ont toute leur place dans le système scolaire par la création de milieux physiques et sociaux favorables à la santé, le développement d'aptitudes personnelles, la mobilisation de la communauté éducative, le soutien institutionnel de politiques éducatives et pour les services de santé scolaire « la reconnaissance des apprentissages et la réussite scolaire des élèves comme faisant partie intégrante de la promotion de la santé ». Ce contexte a donné naissance au concept d'Ecoles promotrices de santé (Union Internationale pour la Promotion de la santé et d'Education pour la Santé (UIPES), 2010).

3.2.2 Une approche prometteuse

Depuis, la promotion de la santé en milieu scolaire intègre les notions de précocité, de durée, de parcours scolaire et de réussite éducative pour améliorer la santé et réduire les inégalités (Jourdan et al., 2021). L'école est reconnue comme milieu de vie privilégié pour l'amélioration

de la santé dans le sens où les individus d'une même classe d'âge sont localisés au même endroit ; les démarches de prévention sont organisées autour de thématiques spécifiques ; elle est un milieu de vie spécifique, dans son organisation et ses codes qui lui sont propres (Jourdan, 2010) et où les élèves du système éducatif français y passent plus d'un tiers de leur temps d'éveil (Pinel-Jacquemin, 2016). De plus, il est désormais reconnu que plus les actions de prévention commencent tôt dans la vie des individus, plus les retombées positives en matière de santé seront importantes à l'âge adulte. Cette stratégie définit comme pertinente influe sur l'amélioration du bien-être des élèves et des inégalités sociales de santé en promouvant une approche globale de l'école. (Simar, Darlington, Bernard, & Berger, 2018). L'approche Ecoles promotrices de santé apparaît comme « prometteuse » en terme d'efficacité (Simar et al., 2020). Elle est recommandée par les spécialistes en promotion de la santé même si les connaissances relatives à son implantation et ses effets sont encore limitées (Deschesnes et al., 2008).

3.2.3 Une mobilisation de tous les acteurs de l'école

Promouvoir la santé nécessite la mobilisation concertée de tous les acteurs, une approche collaborative, un travail intersectoriel, interdisciplinaire et partenarial (Battel-Kirk et al., 2007). Violon et al. (2016) ont démontré l'importance des facteurs humains dans l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé, notamment dans l'accompagnement des acteurs scolaires au plus près de leurs préoccupations ainsi que du développement de dynamiques collectives de travail à adapter en fonction du contexte des écoles. Les dynamiques collectives de types partenariales favorisent le développement de la promotion de la santé (Mérini & Bizzoni-Prévieux, 2009) Or l'engagement des acteurs tout comme le partenariat ne se décrètent pas ((Bizzoni-Prévieux & Merini, 2011) et est souvent négligé (Cèbe, 2019) voire invisible aux yeux des institutions (Barrere, 2017). Le travail collaboratif peut amener à la conception d'outils propres à chaque école en fonction des besoins identifiés, la co-construction d'un outil pédagogique ne se limite pas à la conception d'un artefact, elle est également une démarche de co-construction des connaissances (Foudriat, 2019). Cette participation active et transformative contribue au développement du pouvoir d'agir vu comme « un processus par lequel les individus, les organisations et les communautés acquièrent la capacité d'exercer des choix, ainsi que la capacité et la compétence d'agir de façon autonome et responsable » (Bernard, 2014). Pour ce faire les organisations internationales et les institutions diffusent des guides destinés à tous les acteurs du secteur éducatif notamment l'organisation mondiale de la santé et l'UNESCO (Schools for Health in Europe (SHE), 2019; World Health Organization & United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2021).

3.3 Inégalités sociales de santé

3.3.1 D’abord des inégalités sociales

Les inégalités sociales de santé sont une préoccupation majeure des organisations et institutions car elles sont injustes et sont le produit de la société (Commission nationale consultative des droits de l’homme, 2022). En effet, elles sont la différence d’état de santé évitables et importantes entre deux groupes sociaux différents. Elles se construisent au cours de la vie et peuvent s’hériter (Potvin, L., Moquet, M. J., & Jones, 2010). Elles peuvent être sociales, territoriales, scolaires, sanitaires et peuvent se lier, s’accumuler. Les inégalités sociales de santé sont d’abord des inégalités sociales abordées par la santé considérée comme une ressource du développement humain (Lang & Ulrich, 2017). Le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie dépendent aussi du niveau de littératie en santé ainsi que l’accès au système de soins (Ministère des solidarités et de la santé, 2017) Elles sont l’expression de tous les déterminants sous-jacents aux catégories sociales et sont liées aux politiques territoriales.

3.3.2 Agir de manière précoce et dans le temps

Pour ce faire, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l’organisation mondiale de la santé , fondée en 2005 et présidée par l’épidémiologiste britannique Sir Michael Marmot, étudie les données disponibles pour en tirer des recommandations relatives aux interventions et aux politiques efficaces en la matière (Potvin, L., Moquet, M. J., & Jones, 2010).

La CDSS a produit un modèle décrivant la genèse des inégalités sociales de santé : le modèle de Pathway (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008) offrant ainsi un modèle d’action pour les réduire, faute de les supprimer. Agir sur les inégalités sociales de santé c’est agir de manière précoce avec un impact tout au long de la vie et un enjeu de justice sociale, un investissement pour réduire les coûts futurs de la mauvaise santé et une approche fondée sur l’équité (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017) .

Ces interventions ne relèvent pas forcément du domaine de la santé : soutien à la parentalité, école, accueil du jeune enfant ou encore amélioration de l’habitat privé (IGAS, 2011). La lutte contre les inégalités sociales de santé passe entre autres par la réussite éducative facteur favorable à la santé (Langford et al., 2014).

3.3.3 Réduire la pente du gradient social

Les inégalités sociales de santé et les inégalités territoriales de santé suivent le gradient social d’une population. En d’autres termes, les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu’aux personnes les plus démunies.

Pour Eric Breton, l'action publique doit se faire sur la population dans son ensemble et de manière proportionnée selon les causes du gradient afin d'agir sur le gradient social (Breton, 2015).

In fine, agir sur les déterminants de santé demande : d'agir de façon globale et transversale sur tous les niveaux dans le temps et l'espace ; de définir des programmes, des politiques et des pratiques dans l'approche globale de la santé ; de réduire les inégalités sociales.

3.4 Collaboration intersectorielle

3.4.1 Intersectorialité ou collaboration intersectorielle

Les questions de santé publique débordent largement du cadre strict de la santé et interpellent toutes les dimensions du mode de vie (Brunet, Fallen, Joris, & Leva, 2008). Elles invitent à agir sur les déterminants sociaux de la santé tout au long du parcours de vie (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Jourdan, 2016) pour lesquelles la stratégie d'action intersectorielle est fortement encouragée et accompagnée à l'échelle internationale (Commission OMS des déterminants sociaux de la santé, 2021).

En 2015, une revue de la littérature sur l'intersectorialité (Dubois, St-Pierre, & Veras, 2015) propose de définir la collaboration intersectorielle comme le fait de : « Travailler avec plus d'un secteur de la société pour agir sur un domaine d'intérêt commun pour obtenir de meilleurs résultats que ceux obtenus en travaillant isolément. Les secteurs peuvent inclure des départements gouvernementaux tels que la santé, l'éducation, l'environnement, la justice, etc. Citoyens ordinaires ; sociétés ou organisations à but non lucratif ; et les affaires. » Dans le domaine de la santé, l'intersectorialité est « une relation reconnue entre une partie ou des parties du secteur de la santé avec une partie ou des parties d'un autre secteur qui a été formée pour prendre des mesures sur un problème afin d'obtenir des résultats sanitaires ou des résultats intermédiaires en matière de santé d'une manière plus efficace, efficiente ou durable que cela pourrait être réalisé par le secteur de la santé agissant seul ».

3.4.2 Catégories d'acteurs engagés dans la collaboration intersectorielle

De manière globale, la collaboration intersectorielle est « une action collective dans laquelle plusieurs parties prenantes ayant un objectif commun assument des rôles différents. Ce processus facilite la mise en réseau et le partage d'informations, de ressources, d'activités et de capacités entre les différentes parties prenantes impliquées (Bergeron, Talbot, & Gaboury, 2017).

La collaboration intersectorielle est nécessaire à tous les niveaux, en commençant par les institutions (tels que les ministères) en passant par les services, les parents jusqu'aux acteurs locaux (Roche et al., 2018). Elle implique un large éventail d'acteurs dans les institutions publiques, les entreprises privées, les organisations non gouvernementales et la société civile (Gray et al., 2018). Cette collaboration ne se limite donc pas aux acteurs de la santé et de l'éducation, elle demande une collaboration avec les parties prenantes concernées dont les

parents qui sont des acteurs clés mais aussi les enseignants, les personnels des établissements et les élèves eux-mêmes (Rasesemola, Matshoge, & Ramukumba, 2019). Une attention est également portée aux directeurs d'écoles avec un travail de coordination pour susciter et maintenir leur l'intérêt (Roche et al., 2018). Cette collaboration repose aussi sur une base solide de communication et de relations professionnelles interpersonnelles (Tooher et al., 2017).

3.4.3 Concept de Santé dans Toutes les Politiques

Dans le champ des politiques publiques on parle de Santé dans Toutes les Politiques (SdTP) nommée Health in All Policies (HiAP) en anglais. La « Santé dans Toutes les Politiques » est définie par l'organisation mondiale de la santé comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. Elle améliore la responsabilisation des décideurs quant à leurs impacts sur la santé, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques » (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Cette approche officialisée par 122 Etats Membres de l'organisation mondiale de la santé et l'adoption de la déclaration d'Helsinki en juin 2013, vise au renforcement de l'action intersectorielle dans les secteurs politiques afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités sociales de santé. La concrétisation de cette approche a débuté par les désignation d'un représentant de la santé et d'un représentant d'un autre secteur pour chaque Etat Membre (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2014). La mise en œuvre de la « Santé dans Toutes les Politiques » sur les différents continents est décrite par différentes équipes de recherche mais rendue difficile. Elle est complétée d'outils de formation et de guides de l'organisation mondiale de la santé rappelant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Ridde, Béland, & Lacouture, 2016).

Inscrite dans le Traité pour le fonctionnement de l'Union européenne, la « Santé dans Toutes les Politiques » trouve difficilement son expression en France hexagonale (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, 2023). Mise en application par le décret 2014-629 relatif à la création du Comité interministériel pour la santé en 2014, recommandée et définie comme « une condition essentielle de la réussite de la lutte contre les déterminants négatifs de la santé » par le Haut Conseil de la santé publique (Haut Conseil de la santé publique, 2017) et explicitée comme principe d'action de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2017), l'approche de la « Santé dans Toutes les Politiques » reste à ce jour peu visible (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, 2023) voire invisible (Menvielle & Lang, 2021).

La création en 2014 du Comité interministériel pour la santé « inscrit dans les institutions le principe de l'intersectorialité ». Malheureusement, le Comité interministériel pour la santé est confronté au modèle biomédical et au fonctionnement en silo autant du secteur de la santé que des autres politiques publiques (Menvielle & Lang, 2021). A ce jour, le Comité

interministériel pour la santé est considéré « très effacé et peu productif » (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, 2023). Même si des avancées dans les discours politiques français sont notées (i.e. la stratégie nationale de santé 2018-2022 (Haut Conseil de la santé publique, 2017; Ministère des solidarités et de la santé, 2017)), la « Santé dans Toutes les Politiques » a réellement été opérationnalisée en France avec la mise en œuvre du dispositif d'information nutritionnel « Nutriscore » mobilisant les secteurs de la santé et de la consommation (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, 2023; Menvielle & Lang, 2021).

Ainsi le plaidoyer en faveur de cette approche « invisible » et peu audible des décideurs politiques reste à développer. Pour ce faire, « un effort de recherche est nécessaire pour mieux connaître les conséquences et les impacts potentiels des déterminants macroéconomiques sur la santé » (Menvielle & Lang, 2021). Le champ des sciences politiques est mobilisé (Ridde et al., 2016) à travers différents travaux en Afrique (Ridde & Sambieni, 2021) et en Europe (Bocquet, 2020; Nordin et al., 2019) relatifs à la mise à l'agenda politique des questions de santé globale. En effet, la compréhension du cycle des politiques publiques par les acteurs de la santé publique « s'avère primordiale » afin d'y situer l'inscription des déterminants sociaux de la santé (Ridde et al., 2016).

Néanmoins, la recherche explore également une autre stratégie de mise à l'agenda politique des questions de santé. L'idée est d'inverser la logique « Santé dans Toutes les Politiques » c'est-à-dire prouver les impacts de la santé sur les autres politiques et notamment l'économie par un régime de visibilité. « Le régime de visibilité représente les moyens mis en œuvre ou prévus pour permettre à l'objet de gouvernement de s'installer de façon régulière et non contestée. Il comprend à la fois les modes de communication mis en place pour que l'objet soit visible et connu et les moyens mobilisés pour que l'objet soit reconnu et légitime aux yeux des acteurs ». Cette stratégie a notamment été opérationnalisée par les services de santé de la Commission européenne (Guigner, 2016).

La recherche en promotion de la santé, « c'est produire des connaissances sur les pratiques d'une variété d'acteurs sociaux qui ont le potentiel d'améliorer la santé des individus et des groupes » (Louise Potvin & Jourdan, 2022). L'action politique y a une place centrale dans ses divers secteurs notamment l'éducation.

3.4.4 Types d'intervention étudiées : l'intersectorialité santé-éducation

Il y a aujourd'hui consensus sur le fait que le travail intersectoriel est une condition de l'efficacité des politiques et des interventions tant dans le domaine de l'éducation que de la santé. C'est la raison pour laquelle, il y a une injonction forte pour les professionnels à travailler ensemble. Les recherches actuelles portent sur la compréhension des processus et des facteurs influençant la collaboration intersectorielle dans une visée d'efficacité des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire (Tooher et al., 2017). Elle porte aussi sur les processus à l'œuvre et les circonstances par lesquelles les interventions

intersectorielles produisent leurs effets (Bergeron et al., 2017; L Potvin, Bilodeau, Lefebvre, Galarneau, & Bellavance, 2016).

Dans le champ de la santé publique, l'approche intersectorielle apporte une meilleure satisfaction des attentes et besoins de la population et initie un processus d'apprentissage entre les personnes qui y prennent part. Elle « participe d'une démarche qui tente de jeter des passerelles entre les différentes approches que l'on peut avoir, en fonction de son domaine de compétence, sur une réalité bien déterminée. Ces « passerelles » peuvent être définies en termes de flux d'informations entre personnes appartenant à des secteurs différents. » (Brunet et al., 2008). Il a été également observé que le désalignement entre les lignes hiérarchiques du système de santé et d'éducation favorise l'innovation par les encadrants (Roche et al., 2018). Ainsi la collaboration intersectorielle est identifiée comme un facteur clé de succès (Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan, & Klaewkla, 2014) et d'efficacité des programmes en promotion de la santé (Bergeron et al., 2017; Gray et al., 2018) avec des résultats en matière de santé mais aussi d'éducation des élèves (Chiang, Meagher, & Slade, 2015). In fine cette collaboration entre des systèmes complexes est qualifiée de prometteuse (Tooher et al., 2017).

La mise en œuvre de cette collaboration intersectorielle ne va pas de soi. Les partenariats existent et sont reconnus nécessaires mais certains aspects de l'articulation intersectorielle dans le processus politico-managérial sont difficiles dans la mise en œuvre de programmes en promotion de la santé en milieu scolaire. On parle alors de « désarticulation des secteurs de l'éducation et de la santé » (Brasil, Silva, Silva, Rodrigues, & Queiroz, 2017). Pour d'autres chercheurs, « la pluralité des intérêts en présence explique que l'articulation de leurs manières de voir et de faire demeure une opération particulièrement complexe. » (Illivi & Honta, 2019).

Les difficultés se posent à différents niveaux :

- Structurel du fait d'une modification des rapports hiérarchiques traditionnels des secteurs impliqués. Le décloisonnement des secteurs suppose la construction de nouveaux canaux d'échange ou de mise en réseau.
- Organisationnel, avec un accompagnement nécessaire et d'une mise à disposition de moyens adéquats, notamment en termes de « temps ». Ainsi que la nécessité d'une coordination intersectorielle des politiques de prévention et du mandat adéquat des décideurs.
- Individuel, avec des efforts de mise en œuvre de sensibilisation, de motivation des acteurs à la démarche (Brunet et al., 2008; Ehlen & Rehaag, 2018; Phaitrakoon et al., 2014; Roche et al., 2018) et d'explicitations de ce processus interactif (Pucher, Candel, Krumeich, Boot, & De Vries, 2015), des rôles et responsabilités (Phaitrakoon et al., 2014).

Selon les scientifiques, il est urgent de générer des stratégies intersectorielles et de les intensifier au niveau national (Obach, Sadler, & Cabieses, 2019) mais aussi d'impliquer les professionnels dans le plan d'action (Brasil et al., 2017). Ils invitent à penser des espaces pour la négociation et des accords formalisés des actions de collaboration engageant tous les acteurs (Pucher et al., 2015) dans « une stratégie d' enrôlement » rendue compatible avec les priorités des écoles ainsi que les intérêts personnels et professionnels des personnels enseignants (Gaborit & Haschar-Noé, 2014). Le tout en s'appuyant sur les cadres d'actions et plateformes existant (Roche et al., 2018).

3.4.4.1 Les éléments favorables

La mise en œuvre de programmes de santé en milieu scolaire passe par des axes de collaboration, de leadership, d'alignement et de mise en œuvre de politiques (Chiang et al., 2015; Tooher et al., 2017). Le leadership est combiné à une participation ascendante au sein d'une organisation (Gray et al., 2018). On y retrouve également des mécanismes de coordination, de gouvernance et de responsabilisation (Agence de la santé publique du Canada, 2009 cité par Dubois et al., 2015).

Au stade initial, les recommandations portent sur :

- des styles de gestion facilitant la participation active des parties concernées ; l'information des parties collaboratrices ; le contrôle et le soutien à l'accomplissement de leur tâche; et la coordination des processus de collaboration (Pucher et al., 2015).
- un soutien institutionnel qui encourage à une collaboration entre acteurs publics et privés de différents secteurs (Illivi & Honta, 2019) ;
- un alignement des programmes sectoriels divergents dès le début du processus de collaboration pour garantir que tous les partenaires puissent répondre à leurs besoins opérationnels de base et contribuer au programme (Pucher et al., 2015; Tooher et al., 2017).

Les éléments clés pour une collaboration réussie identifiés sont :

- la nécessité, l'opportunité, la capacité, les relations, l'action planifiée et les résultats durables (Dubois et al., 2015) ;
- un engagement politique, une politique habilitante, des objectifs communs, une formation et un plaidoyer conjoints, l'établissement de relations et communication informelle, et le partage de données (Roche et al., 2018) ;
- des partenariats durables (Gray et al., 2018) ;
- la prise en compte des parties prenantes locales dès le début du processus pour assurer la durabilité des programmes (Bergeron et al., 2017).
- le travail d'équipe reconnue comme une stratégie clé, la contribution de tous les acteurs et le rôle de soutien et de développement par les directeurs d'école ainsi que la notion d'opportunité et de suivi et de retours d'informations (Phaitrakoon et al., 2014).

Des divers travaux de recherche, des programmes axés sur le travail intersectoriel et basés sur les données probantes sont ainsi mis en œuvre par les professionnels.

3.4.5 Exemples de programmes santé-éducation destinés aux écoles

La stratégie intersectorielle peut se décliner en différentes approches pour des actions répondant aux divers contextes. 3 programmes soutenus par les institutions des pays concernés illustrent ces déclinaisons possibles.

3.4.5.1 *Whole School Whole Community (USA)*

Aux Etats Unis, l'Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD) et le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) proposent une approche collaborative de l'apprentissage et de la santé par le modèle « Whole School, Whole Community, Whole Child ». Ce modèle appelle à une plus grande collaboration entre les secteurs de la communauté, de l'école et de la santé dans une approche globale de la santé de l'enfant. Le modèle « Whole School, Whole Community, Whole Child » est un cadre et un appel pour que les secteurs de la santé et de l'éducation travaillent à un meilleur alignement et coordination des politiques, processus, et de la pratique (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD), 2014).

3.4.5.2 *Food in Scholls (Royaume Uni)*

Au Royaume Uni dans le cadre d'un programme ministériel conjoint "Food in Schools" le gouvernement a invité les trois organisations à développer un partenariat, afin d'offrir une formation à des groupes d'enseignants du primaire, en collaboration avec des enseignants experts en technologie alimentaire du secondaire (Orme et al., 2011) .

3.4.5.3 *Diagnosis of Sustainable Collaboration (Pays Bas)*

Au Pays-Bas le modèle DISC (pour Diagnosis of Sustainable Collaboration) développé en 2008 (Leurs, Mur-Veeman, van der Sar, Schaalma, & de Vries, 2008) permet d'évaluer la collaboration intersectorielle. Il est considéré comme stratégie prometteuse. Le modèle DISC résume les facteurs importants en six groupes principaux qui ont un impact sur le changement prévu et sa durabilité: soutien collaboratif, gestion du changement, gestion de projet, contexte , facteurs externes et durabilité (Pucher et al., 2015).

4. Question de recherche

4.1 L'intersectorialité pour expliquer la diffusion la promotion de la santé à l'Ecole

Cette étude vise à comprendre les conditions de mise en œuvre et de pérennisation de collaborations entre les secteurs de la santé et de l'éducation contribuant à l'implantation de la promotion de la santé en milieu scolaire dans les écoles du 1^{er} degré en Nouvelle-Calédonie.

La démarche consiste à identifier les collaborations intersectorielles à travers les réseaux d'acteurs constitués ou non ; observer leur évolution dans le temps et décrire les effets produits par la collaboration intersectorielle.

La question de recherche se rapporte donc à 2 sous questions :

- Comment les acteurs de la santé et de l'éducation se mettent en interaction ?
- Quels sont les effets communs et/ou sectorisés de leur collaboration ?

4.1.1 Comprendre le processus à l'œuvre

Les collaborations ne vont pas de soi et faire travailler ensemble même au sein d'un même secteur demande la prise en compte d'intérêts, de cultures professionnelles et de contextes. Explorer la boîte noire de cette stratégie d'actions intersectorielles demande donc une description précise des acteurs et de leurs relations. Il nous faut relever leurs niveaux de décision et d'actions. Pour ce faire, nous avons étudié les réseaux infra et intersectoriels dans le cadre de nouvelles politiques de santé publique et éducative initiées en 2016 et la commande d'un outil d'éducation à la santé destiné aux enseignants par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en 2018. L'objectif étant de comprendre comment les politiques, les directions, les cadres et les acteurs locaux de la santé et de l'éducation ont mis en œuvre l'éducation à la santé dans les écoles du 1^{er} degré en Nouvelle-Calédonie.

4.1.2 Identifier les effets des collaborations entre les secteurs de la santé et de l'éducation

La mesure des effets des collaborations santé-éducation nécessite un suivi et des observations continues mais aussi de pouvoir distinguer et expliquer les éléments de contexte. Il s'agira dans un premier temps de relever ce que produisent ces collaborations selon les secteurs et sous quelles conditions ; puis dans un second temps de révéler le processus de changement, les courants ascendants (bottom up) ou descendants (top down) en faveur ou non de la mise en œuvre d'une démarche promotrice de santé à l'Ecole en Nouvelle-Calédonie.

4.2 Hypothèses de recherche

4.2.1 Des acteurs-clefs spécifiques

La sociologie des organisations invite à observer l'acteur actif et le système d'action dans leurs relations et leurs enjeux (Crozier & Friedberg, 2014). Dans notre étude, l'acteur du système éducatif ou de santé va collaborer avec ses confrères et consœurs ainsi qu'avec des professionnels de l'autre secteur. Ces collaborations infra et intersectorielles vont être impulsées par des commandes politiques de courant top down. Collaborer ou travailler en partenariat ne va pas de soi (Mérini, 2015) et le rôle prépondérant des directeurs d'écoles à la réussite de collaborations intersectorielles est établi (Isabelle, 2011).

Ainsi nous pensons identifier des profils favorisant l'intersectorialité santé-éducation à l'échelle individuelle du directeur d'école, d'un acteur politique ou d'un directeur de l'administration.

4.2.2 Un courant du changement hybride

Le changement en éducation est très régulièrement questionné quel que soit le modèle éducatif étudié. Le changement est souvent perçu comme des injonctions institutionnelles selon un courant descendant (top down). Ainsi, dans le système américain, Bryk évoque une tempête de conseils (Bryk, 2017) tout comme pour l'éducation à la santé à l'École en France, pour laquelle Pizon et Jourdan décrivent un foisonnement de prescriptions (Pizon & Jourdan, 2009). Enfin, même si l'innovation pédagogique de courant ascendant (bottom up) est encouragée par les institutions, les enseignants peuvent justement les accuser de récupération de leur innovation (Cros & Broussal, 2020). Une approche hybride est donc à considérer et à explorer dans le système éducatif occidental (Bryk, 2017; Carpentier, 2012).

Nous soutenons que la mise en œuvre de collaborations entre les secteurs de la santé et de l'éducation est favorisée par une approche hybride.

4.2.3 Une dynamique de réseau

L'importance des facteurs humains et l'inscription des personnels éducatifs dans des dynamiques collectives de travail facteurs majeurs à l'implantation de programmes en santé publique (Simar, Mérini, & Terfous, 2019; Violon et al., 2016) amènent à se pencher sur les réseaux d'acteurs.

Ainsi, l'exploration de l'expansion de la promotion de la santé en milieu scolaire sous l'angle des réseaux et des différentes entités qui les composent permettront considérer l'évolution du réseau en termes d'extension, de typologie des acteurs du programme, de nature des interconnexions et d'actions réalisées. Nous pourrions ainsi vérifier si la dynamique de réseau des acteurs participe à l'implantation de la promotion de la santé en milieu scolaire.

5. Cadre théorique

5.1 La sociologie de la traduction

5.1.1 Naissance dans le champ de l'innovation technique

5.1.1.1 *Travaux princeps*

La sociologie de la traduction a été développée par des chercheurs de l'École des Mines de Paris afin de « comprendre comment les connaissances scientifiques circulaient » dans le champ de l'innovation technologique (Callon & Ferrary, 2006). Développée avec Bruno Latour, Madeleine Akrich (Akrich, Callon, & Latour, 2006) et John Law (Callon & Ferrary, 2006), elle permet d'identifier les conditions d'échecs ou de succès d'une innovation technique au-delà de la nature de l'innovation mais aussi de par la mobilisation d'acteurs et du réseau constitué autrement dit le processus de traduction (Akrich, Callon, Latour, & Latour, 1988). L'étude de cas la plus connue est celle des coquilles Saint Jacques de la baie de St Brieuc (Callon, 1986) par laquelle Michel Callon « reprend de façon stylisée le processus qui part d'un ensemble de groupes d'acteurs isolés (les marins-pêcheurs, les coquilles, les chercheurs) pour aboutir à une « communauté » d'acteurs partageant une même façon de poser le problème et prêt à collaborer à sa résolution. » (Lavigne Delville, 2014).

5.1.1.2 *Concepts clefs*

La sociologie de la traduction tente de fournir des outils analytiques pour expliquer le processus même par lequel la société est constamment reconfigurée. Ce qui la distingue des autres approches constructivistes, c'est son explication de la société en devenir, dans laquelle la science et la technologie jouent un rôle clé.

5.1.1.2.1 Innovation

Selon Akrich, l'innovation c'est l'art d'intéresser un nombre croissant d'alliés qui vous rendent de plus en plus fort (Akrich et al., 1988). Pour cet auteur, 3 caractéristiques définissent une innovation (Akrich, 2006) :

- un processus de conception qui donne naissance à un artefact ou un dispositif ;
- une mise sur le marché et/ou l'intégration d'une nouveauté (un composant, une méthode) dans la production ;
- le succès commercial qui légitime l'emploi du terme innovation.

Nous retrouvons ces éléments à travers la définition proposée par Norbert Alter qui distingue l'innovation et l'invention par l'appropriation de l'objet créé. « Celle-ci (l'invention) représente une nouvelle donne, la création d'une nouveauté technique ou organisationnelle, concernant des biens, des services ou des dispositifs, alors que l'innovation représente l'ensemble du processus social et économique amenant l'invention à être finalement utilisée, ou pas. » (Gaglio, 2011).

Enfin, « le processus d'innovation s'achève lorsque la circulation du dispositif technique ne génère plus de revendications susceptibles de défaire le réseau ainsi constitué et de remettre en cause le partage stabilisé des compétences entre l'objet et son environnement » (Akrich, 2006).

L'innovation sociale défini par l'Union Européenne est « un produit, un processus de production, une technologie mais elle peut aussi être un principe, une idée, une loi, un mouvement social, une intervention ou une combinaison d'entre eux. » A la fois processus et résultat l'innovation sociale invite à s'intéresser aux actants et au réseau « qui a conduit à l'émergence, à la diffusion et à la consolidation de l'innovation sociale. » En effet, un réseau d'acteurs impliqués est nécessaire à sa durabilité et sa propagation (Richez-Battesti, Petrella, & Vallade, 2012).

Dans le champ de l'éducation, Le Conseil national pour la réussite éducative (CNIRE) définit l'innovation pédagogique en « une pratique innovante est ainsi une action pédagogique caractérisée par l'attention soutenue portée aux élèves, au développement de leur bien-être, et à la qualité des apprentissages. En cela, elle promeut et porte les valeurs de la démocratisation scolaire. Prenant appui sur la créativité des personnels et de tous les élèves, une pratique innovante repose également sur une méthodologie de conduite du changement. Enfin, le partenariat permet à l'équipe d'enrichir son action grâce aux ressources de son environnement. Chacun de ces points ne suffit pas à lui seul, mais plusieurs combinés font d'une action une pratique innovante dans sa conduite et dans ses effets » (Giordan, 2016).

Le but est d'apprendre comment les pratiques d'enseignement et les processus organisationnels fonctionnent réellement afin de développer le « savoir-comment ».

Ce processus d'innovation s'articule dans « un carré magique » du changement constitué de 4 pôles : Organisation du travail - Pratiques professionnelles - Développement professionnel – Leadership. Ce « carré » du changement est intégré dans les politiques éducatives et en lien avec l'environnement scolaire. Cette dynamique du changement passe par une diagonale évoluant d'une logique incrémentale (changement mineur proche de la pratique existante) vers une logique radicale d'innovations majeures éloignées de la pratique existante). L'objectif étant l'amélioration des apprentissages et de la réussite des élèves (Giordan, 2016). Former les enseignants au changement sur des démarches permettant la collaboration, voire le mentorat par les pairs, aboutit, sur le plan pédagogique, à des résultats bien plus durables que des activités de formation isolées pour lesquelles aucun suivi n'est organisé ou structuré (CNETCO, 2016). Le changement des pratiques dans de bonnes conditions passent par le capital professionnel (Hargreaves & Fullan, 2013) et le développement professionnel (Giordan, 2016).

Rapporté dans le champ technique, les auteurs de la théorie de l'acteur-réseau décrivent deux modalités de succès d'une innovation, l'une liée aux qualités intrinsèques de l'innovation et sa diffusion par contagion, l'autre par une capacité à susciter l'adhésion de nombreux alliés

(utilisateurs, intermédiaires...) et la participation active des acteurs intéressés (Akrich et al., 1988).

5.1.1.2.2 Traduction

La traduction est « le mécanisme par lequel un monde social et naturel se met progressivement en forme et se stabilise ». C'est un processus par lequel les facteurs qui sont différents sont considérés comme convergents et dans lequel « l'identité des acteurs, la possibilité d'interaction et les marges de manœuvre sont négociées et délimitées » (Callon, 1986).

« Traduire c'est décrire, organiser tout un monde peuplé d'entités (actants) dont les identités et les interactions sont par là même définies ainsi que la nature de leurs interactions. Dans ce modèle, la notion d'action disparaît au profit de celle de traduction. » (Akrich et al., 1988).

La traduction peut être définie comme le processus d'expansion et de consolidation d'un réseau qui consiste en l'établissement de connexions entre des entités qui n'étaient pas préalablement connectées (L Potvin & Clavier, 2012) .

La traduction est caractérisée par 4 opérations itératives : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés. « A la fin du processus, s'il a réussi, on n'entend plus que des voix parlant à l'unisson et se comprenant mutuellement. » (Callon, 1986)

5.1.1.2.3 Réseau sociotechnique

Le processus d'innovation est collectif et a besoin d'alliés constituant ainsi un réseau (Akrich et al., 1988). Ce dernier est dit « sociotechnique » lorsqu'il assemble des entités humaines et non humaines. La théorie de l'acteur-réseau tient compte de ces différentes entités et demande à « les considérer comme des effets interactionnels plutôt que comme des causes primitives (Law, 2001).

Dans le domaine de la santé publique, on retrouve le réseau sociotechnique à travers les interventions communautaires et intersectorielles qui visent la réduction des inégalités sociales de santé. Le réseau sociotechnique est un système flexible et dynamique, dont la distinction avec le contexte s'opère principalement à travers la stabilité et la densité des connexions (L Potvin & Clavier, 2012). L'analyse sociotechnique se place à l'endroit précis où l'innovateur se situe, dans cet entre-deux difficile à saisir où se mettent simultanément en forme la technique et le milieu social qui le reprend (Akrich et al., 1988).

5.1.1.2.4 Actants

La principale spécificité de la théorie de l'acteur-réseau est d'introduire les objets c'est-à-dire des acteurs « non-humains » dans l'analyse des interactions du réseau. L'ensemble de ces acteurs « humains » et « non-humains » sont appelés actants. C'est ce qui permet d'assembler

la sphère technique et la sphère sociale. La relation est symétrique et réciproque entre les humains et les non-humains (L Potvin & Clavier, 2012)

La théorie de l'acteur-réseau affirme que l'ordre est un effet généré par des moyens hétérogènes, que les entités dites « non humains » participent à l'ordre social. L'acteur est plutôt un réseau structuré de relations hétérogènes, ou un effet produit par un tel réseau D'où le terme d'acteur-réseau : un acteur est aussi, toujours, un réseau (Law, 2001).

5.1.1.2.5 Controverse

Une controverse est un point de tension ou un élément sur lequel s'opposent différentes personnes, groupes, ou idées. Il s'agit du moment où les choses sont, sur le plan social, en désordre et présentées sous la forme d'un débat (Akrich et al., 2006). Le caractère dynamique du monde social amène à des controverses autour de l'innovation qui seront suivies par un processus de clôture de la controverse (Gaglio, 2011). Les auteurs de la théorie de l'acteur-réseau invitent à « partir des controverses et des traces qu'elles laissent derrière elle pour identifier les groupements, considérés non comme des groupes stables, mais comme le résultat d'un travail incessant de connexion et de délimitation » (Grossetti, 2007)

5.1.2 Des principes d'analyse pour conjuguer le technique et le social

Ces principes permettent de se libérer d'une auto-censure scientifique gage d'objectivité des faits, de tenir compte du discours social des acteurs et pour ces derniers de « repérer comment ils définissent et associent, parfois en négociant, les différents éléments dont ils composent leur monde, qu'il soit social ou naturel. » De cette façon, la théorie de l'acteur-réseau offre une « description symétrique et tolérante du processus complexe mélangeant réalités sociales et naturelles. » Elle ne distingue pas les spécificités du social des spécificités du technique. (Callon, 1986).

5.1.2.1 Principes posés par Callon (Akrich et al., 1988)

Reconnaissant que « l'innovation par définition crée de l'instabilité, de l'imprévisibilité qu'aucune méthode, aussi raffinée soit-elle, ne parvient à maîtriser entièrement. » et que cela amène à des prises de décisions à chaud (Akrich et al., 1988), 3 principes s'imposent à l'observateur :

- L'agnosticisme et la tolérance invitant l'observateur du réseau et des actants à être dans le non-jugement vis-à-vis des actants et des décisions prises à un instant donné (généralement à chaud) (Akrich et al., 1988). Il ne censure les propos d'aucun acteur et ne prend pas partie (Callon, 1986).
- La symétrie généralisée imposant à l'observateur de décrire les faits de la même manière par l'usage d'un même répertoire dans le cas présent celui de la traduction dans les champs social et technique (Callon, 1986). Ces faits ne sont pas « socialement construits », ils sont construits par l'association entre des actants humains et non humains (Grossetti, 2007). La théorie de l'acteur-réseau affirme que tout mérite d'être

expliqué notamment ce que l'on cherche à expliquer ou à faire comprendre. L'observateur ne peut supposer des catégories de phénomènes qui n'ont pas besoin d'être expliqués du tout. (Law, 1994)

- La libre-association signifiant que la théorie de l'acteur-réseau ne fait pas de distinction entre « faits de Nature et faits de Société ». Le réseau est constitué d'acteurs en relations fluctuantes que l'observateur suit « pour repérer comment ils définissent et associent, parfois en les négociant, les différents éléments dont ils composent leur monde, qu'il soit social ou naturel » (Akrich et al., 1988; Callon, 1986).

5.1.2.2 Principes complétés par Law (1994)

La théorie de l'acteur-réseau se préoccupe de l'évolution des processus récursifs et aux processus d'ordonnancement qui génèrent des effets. John Law dans son travail sur l'ordre social propose une description symétrique, non réductionniste, récursif, orienté vers le processus et réflexif (Law, 1994)

En effet, pour John Law, la « société » se reproduit de manière récursive de par sa constitution hétérogène (Law, 2001). La théorie de l'acteur-réseau invite à voir la réalité comme un processus récursif, non comme une chose et non stable. Elle se penche sur les phénomènes qui émergent et les mouvements qui d'une manière ou d'une autre se dirigent eux-mêmes (auto-générateurs) (Law, 1994).

Il y applique le non-réductionnisme qui consiste à avoir une vision élargie et de considérer les éléments comme provisoires et inachevés. La théorie de l'acteur-réseau n'accepte pas le réductionnisme qui scinde l'humain et le technique. Elle affirme qu'il n'y a aucune raison de supposer, a priori, que les objets ou les personnes en général déterminent le caractère du changement ou de la stabilité sociale (Law, 2001).

Enfin, l'intégration de l'observateur dans le réseau peut être considérée comme une extension du principe de symétrie : en effet, elle dit qu'il n'y a aucune raison de supposer qu'il soit différent de ceux qu'il étudie. L'observateur est aussi un acteur vu comme un produit et un effet du réseau (Law, 1994).

5.1.3 La chaîne de traduction (outil méthodologique)

Pour comprendre la structure, le pouvoir et l'organisation d'un réseau, la théorie de l'acteur-réseau invite à explorer les effets sociaux (Law, 2001). L'un des outils est le suivi du processus traduction qui se décompose en quatre grandes étapes : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation afin d'aboutir à un réseau « irréversibilisé » (Akrich et al., 2006).

5.1.3.1 La problématisation (ou comment se rendre indispensable ?)

Problématiser, c'est ouvrir l'espace de signification d'une situation, c'est explorer les zones d'incertitude. La problématisation est une opération essentielle de repérage de l'espace social

des programmes par la projection de l'ensemble des connexions à établir entre tous les acteurs pertinents pour la réduction des incertitudes liées à la situation qui pose problème. De cette alliance autour d'une interrogation naît le passage obligé. Ce dernier fait référence aux tentatives des innovateurs de s'établir ou de l'innovation en question comme étant centrale et inévitable dans le réseau de relations qu'ils ont développé à cette fin (Nordin et al., 2019). Dans l'étude des coquilles Saint Jacques, trois chercheurs revenus du Japon proposent aux pêcheurs de la baie de St Brieuc d'entrer dans un programme de recherche visant un meilleur rendement par la fixation des larves à un filet protecteur mis en œuvre au Japon mais avec une espèce différente. La question est comment l'espèce de St Brieuc se fixe-t-elle ?

5.1.3.2 L'intéressement (ou comment sceller les alliances ?)

L'opération d'intéressement consiste à tenter d'imposer aux acteurs pertinents une identité, donc des rôles et des intérêts, en relation avec la situation problématique à travers une série d'actions qui mettent en place un dispositif d'intéressement. C'est par des dispositifs concrets et à travers des négociations implicites ou explicites que les intérêts des acteurs du réseau peuvent s'aligner et exclure d'autres intérêts ou identités possibles (Callon, 1986). « Le modèle de l'intéressement met en scène tous les acteurs qui se saisissent de l'objet ou s'en détournent et il souligne les points d'accrochage entre l'objet et les intérêts plus ou moins organisés qu'il suscite. » (Akrich et al., 1988). Pour l'étude de cas de St Brieuc, le dispositif d'intéressement est un filet avec des collecteurs conçu par les japonais qui permet de protéger les petites coquilles St Jacques des prédateurs et des courants. L'intérêt des acteurs est différent, économique pour les pêcheurs et l'apport de connaissances pour les collègues scientifiques. Ainsi, les trois chercheurs écrivent des articles, animent des conférences et des réunions sur l'épuisement du stock des coquilles St Jacques et le peu de connaissances sur leur reproduction afin d'intéresser les collègues de la recherche, des financeurs et les professionnels de la pêche.

5.1.3.3 L'enrôlement (ou comment définir et coordonner les rôles ?)

Pour Michel Callon l'enrôlement est un intéressement réussi. C'est l'alignement des intérêts des acteurs sur l'acceptation des identités et des rôles définis. Dans cette phase sont décrits les négociations et stratégies de la phase d'intéressement ayant permis l'enrôlement des acteurs (Callon, 1986). Dans l'étude de cas de St Brieuc, cela commence par l'acceptation des coquilles St Jacques de se fixer aux collecteurs du filet ce qui demande plusieurs expérimentations liées à la position du filet dans la baie, aux courants, aux parasites etc. et finalement une production inférieure la production japonaise. Le 2nd acteur, le cercle des collègues scientifiques se laisse convaincre et considéreront les chiffres avancés comme satisfaisants tandis que le 3^e acteur les représentants des marins-pêcheurs reste en position d'observateur.

5.1.3.4 *La mobilisation des alliés (ou les porte-paroles sont-ils représentatifs ?)*

La mobilisation également nommée déplacement est la mise en situation et en action des identités et rôles des acteurs du réseau. Il s'agit en fait de tester par une action coordonnée l'enrôlement des acteurs et la solidité des connexions dans le réseau. « Mobiliser c'est rendre mobile des entités qui ne l'étaient pas ». Des déplacements se font tout au long d'un programme, ils amènent à la désignation de porte-parole successifs. Or « parler pour d'autres, c'est d'abord faire taire ceux au nom desquels on parle. » La négociation généralisée de leur représentativité construit la réalité sociale et naturelle. Le consensus atteint est ensuite illustré par un réseau de liens contraignants : l'acteur-réseau. (Callon, 1986). Pour les coquilles St Jacques, après une succession d'intermédiaires et d'équivalences amenant à la désignation de porte-paroles successifs, les trois chercheurs finissent par parler au nom des autres entités.

5.1.4 La socialisation des objets

Ces travaux de recherche de l'École des mines de Paris ouvriront la voie à la socialisation des objets en réponse à la question « comment les choses agissent-elles » dans des réseaux sociaux par nature hétérogènes, c'est-à-dire constitués d'humains et de non humains. Ainsi, les objets sont actifs au même titre que les acteurs ; la société se compose d'actants humains et non humain en interaction réciproque. La théorie de l'acteur-réseau combat la séparation tranchée entre la sphère technique et la sphère sociale. Michel Callon donne en exemple la voiture électrique, une belle innovation technique en soi qui ne tient pas uniquement à la performance technique et esthétique de l'objet. Elle tient à tout un environnement humain et non-humain qui lui permettront de se diffuser tel que le réseau de bornes de recharge, de techniciens de maintenance, de programmes de maintenance, des capacités du réseau électrique liées aux sources de production, aux décideurs etc... Pour Callon, « l'action et le réseau sont ainsi les deux faces d'une même réalité » (Akrich et al., 2006) L'identification du monde sociotechnique et de sa construction dont ont besoin ces entités conduira à la construction de la théorie de l'acteur-réseau (TAR). Cette dénomination tient du « réseau auquel s'attache l'objet pour survivre et se développer » et de l'action « à imaginer et à construire » son monde sociotechnique (Callon & Ferrary, 2006).

5.1.5 L'irréversibilité du réseau

Le concept d'irréversibilité explique comment une traduction peut surmonter d'autres traductions concurrentes et empêche tout retour en arrière c'est-à-dire à un moment où cette traduction en était une parmi d'autres. Dans le réseau irréversibilisé « controverse et désintéressement deviennent hautement improbables. » Cela passe par la durabilité et la robustesse des intermédiaires et des actants. (Callon, 1991)

5.2 Applications dans le champ de la promotion de la santé

5.2.1 Travaux actuels sur la théorie de l'acteur-réseau appliquée à l'implantation de programmes de santé publique

L'innovation au sens de la sociologie des sciences et des techniques c'est-à-dire « l'art d'intéresser un nombre croissant d'alliés qui vous rendent de plus en plus fort » (Akrich et al., 2006) s'applique en santé publique. L'introduction d'une politique intersectorielle dans un espace social mobilise un réseau d'acteurs humains et non-humains avec des évolutions de réseaux et l'identification de points de passages obligés, généralement un dispositif. Les applications de la théorie de l'acteur-réseau dans le champ de la promotion de la santé (Bilodeau et al., 2022a; Cambon, Minary, Ridde, & Alla, 2014; Nordin et al., 2019; L Potvin & Clavier, 2012) contribuent à des modélisations du processus d'implantation de programmes en promotion de la santé. Des travaux sont menés sur les effets exogènes et endogènes des programmes pour une identification des éléments reproductibles (Cambon et al., 2014). D'autres travaux mettent l'accent sur les changements liés aux programmes notamment sur les comités locaux au Québec afin de suivre les marqueurs de résultats transitoires (TO) du réseau intersectoriel jusqu'à ses effets (Bilodeau, Galarneau, Lefebvre, & Potvin, 2019). L'application de la théorie de l'acteur-réseau dans le champ de l'innovation sociale est appliquée depuis un peu plus de 10 ans en promotion de la santé et nourrit les connaissances relatives à l'implantation de programmes intersectorielles.

5.2.2 Réseau sociotechnique et distinction avec le contexte

Un réseau sociotechnique est défini comme l'assemblage d'entités humaines et non humaines connectées dans un réseau. Il naît de la circulation des inscriptions qui articulent un réseau qualifié de sociotechnique, du fait de sa nature hybride [Callon, *et al.*, 1986] [Latour, 1987]. » (Akrich et al., 2006) C'est un système flexible et dynamique, dont la distinction avec le contexte s'opère principalement à travers la stabilité et la densité des connexions (Cambon et al., 2014).

5.2.3 Observer la constitution du réseau sociotechnique

La théorie de l'acteur-réseau s'intéresse aux non-humains et se libère des notions de contexte et de macrostructure. Elle explore « les arrangements, faits de discours, d'éléments techniques, de corps humains, de règles, qui mettent en forme l'actions. » Elle permet de « savoir comment un point, qui était isolé, devient un point qui contrôle un grand nombre d'autres points, qui devient un lieu de pouvoir. On peut suivre à la fois la composition du pouvoir et sa décomposition. » (Callon & Ferrary, 2006). Pour Callon, « c'est durant la constitution de ces réseaux sociotechniques, c'est-à-dire durant la conception, le développement et la diffusion de nouveaux artefacts techniques, qu'apparaissent le plus clairement, avant la mise en boîte noire, les inévitables négociations et ajustements entre actants humains et non humains. Et c'est vers ces processus de constitution que la SAR tourne son attention [Law, 1987] » (Akrich et al., 2006).

5.2.4 Expansion du réseau sociotechnique et implantation de programme

Les interventions communautaires et intersectorielles qui visent la réduction des inégalités sociales de santé sont issues des réseaux sociotechniques. Selon Potvin et Clavier, « les programmes peuvent être définis comme un réseau sociotechnique composé d'acteurs et d'actants non-humains, dont la mise en action procède d'opérations de traduction pour créer des liens entre les parties prenantes du programme [...]. Concevoir l'implantation d'un programme comme l'expansion d'un réseau sociotechnique permet de rendre compte des bricolages continuels qui sont nécessaires pour adapter le programme aux conditions contextuelles qui se transforment à la suite d'actions d'un programme efficace » (L Potvin & Clavier, 2012).

5.3 Une étude dans la continuité de travaux des chaires du Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé et UNESCO EducationS & Santé Centre collaborateur OMS

5.3.1 Chaire du Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé

Cette action originale d'utilisation de la théorie de l'acteur-réseau comme cadre d'analyse de l'implantation d'un programme en santé publique se veut dans la continuité des recherches de la chaire du Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé (CACIS) sur l'action intersectorielle dans l'action communautaire locale (Bilodeau Potvin 2022).

5.3.2 Chaire UNESCO EducationS & Santé Centre collaborateur OMS

Ce travail prend place dans les travaux relatifs à l'intersectorialité portés par la chaire EducationS & Santé (ES) centre collaborateur OMS partagés à l'échelle internationale et notamment la santé dans toutes les politiques (Nordin et al ;2019).

Dans l'idée que « la société est le résultat toujours provisoire des actions en cours » (Akrich et al., 2006), la théorie de l'acteur-réseau permet de suivre le processus en cours en l'occurrence la traduction des recommandations internationales en matière de « Santé dans Toutes les Politiques » dans le secteur éducatif calédonien de la commande politique à la pratique de classe.

Dans la lignée des travaux de la chaire du CACIS (Bilodeau et al., 2022b) et de la chaire ES (Nordin et al., 2019) nous nous proposons d'étudier l'introduction du concept d'Ecoles Promotrices de Santé dans le système éducatif et politique calédonien.

6. Buts et intentions

La génération de connaissances dans le domaine de la promotion de la santé repose sur les actions des individus et des différents acteurs sociaux dans leur contexte. Ces actions se déclinent en pratiques opérationnelles (les actions quotidiennes des individus et des communautés) et stratégiques (les actions planifiées sous mandat légitime) (Louise Potvin & Jourdan, 2022). Cette recherche-intervention vise à apporter de nouvelles connaissances à partir des pratiques sociales des acteurs.

6.1 La production de connaissances dans l'implantation de programmes intersectoriels santé-éducation

6.1.1 Les pratiques

Pour comprendre comment les individus agissent en relation les uns avec les autres et avec les contraintes structurelles pour atteindre des objectifs de santé pour les enfants, les jeunes et les adultes, Potvin et Jourdan identifient quatre types de pratiques : les pratiques visant à promouvoir leur propre santé par les individus et les populations ; les pratiques des professionnels de la santé et d'autres secteurs engagés dans la promotion et l'éducation à la santé pour améliorer la santé des individus ou des populations ; les pratiques des responsables politiques et des décideurs institutionnels visant à modifier les normes et la distribution des ressources dans divers contextes ; les pratiques des chercheurs et des innovateurs qui étudient les pratiques de promotion de la santé et partagent les résultats de la recherche ou expérimentent de nouvelles approches en promotion de la santé (Louise Potvin & Jourdan, 2022).

6.1.2 Comprendre l'impact d'une innovation sociale

Nous visons à comprendre le processus de mise en œuvre de la commande politique d'une politique publique de promotion de la santé en milieu scolaire, depuis sa formulation jusqu'à sa réalisation dans les écoles de Nouvelle-Calédonie. Le cadre théorique de l'acteur-réseau devrait nous permettre d'atteindre nos objectifs de recherche en examinant les processus de négociation entre les différents acteurs et en élaborant des réseaux sociotechniques. "La théorie de l'acteur-réseau suggère une approche relationnelle de l'action, permettant de représenter l'émergence des interventions sous la forme d'un processus de mise en réseau reliant les acteurs sociaux à des entités matérielles et techniques." (Bilodeau et al., 2019).

6.1.3 Comprendre le processus de collaboration dans un réseau d'acteurs et d'actants

La sociologie de la traduction est pertinente pour notre travail car elle offre "un cadre permettant de comprendre comment une telle innovation interagit avec un réseau d'acteurs et comment elle se diffuse ou non." (Akrich et al., 1988; Bilodeau et al., 2019) . La théorie de l'acteur-réseau permet une meilleure compréhension et étudie l'évolution du processus de collaboration dans un réseau d'acteurs lors de l'introduction d'un programme intersectoriel.

Elle explore la manière dont les arrangements sont mis en place pour atteindre leurs objectifs et comment ceux-ci évoluent (L Potvin & Clavier, 2012). Les travaux de Bilodeau et al. sur les réseaux d'actions locales permettent d'observer le processus de transformation jusqu'aux effets (Bilodeau et al., 2022b). En d'autres termes, la théorie de l'acteur-réseau permet d'étudier comment les effets sont produits et comment ils sont liés au processus. On note que l'identité de chaque entité présente change progressivement à mesure que le réseau se stabilise, surtout lorsque les organisations de santé publique s'associent à des partenaires d'autres secteurs ou types de réseaux.

6.1.4 Pragmatisme

La théorie de l'acteur-réseau permet de comprendre le processus de changement et les effets d'un programme, ainsi que la validité d'une intervention selon le contexte (L Potvin & Clavier, 2012). Elle offre la possibilité de décrire les traductions et l'agrégation des acteurs dans le programme étudié. De plus, elle présente des applications pratiques importantes. En effet, l'adaptabilité de l'intervention à différents éléments du contexte est rarement prise en compte de manière problématique, ce qui limite la capacité des opérateurs de terrain à orienter les interactions entre l'intervention et son contexte pour en optimiser l'efficacité. "La pratique révèle les faiblesses de la théorie, et les ajustements ad hoc deviennent alors des hypothèses à vérifier par des observations encore plus approfondies de la pratique. Inversement, la théorie rend la pratique intelligible et, parce qu'elle se situe complètement en dehors de l'action, elle devient ainsi une condition qui rend possible l'exercice de réflexivité de la pratique.» (Potvin et al., 2012). Nous en faisons donc une application pragmatique pour un rendu à la fois professionnel et scientifique.

6.2 Identifier les mécanismes de diffusion d'un programme intersectoriel dans les écoles calédoniennes

6.2.1 Réseau hétérogène

Les pratiques étudiées impliquent à la fois les politiques, les professionnels, la population et les chercheurs, d'une part, ainsi que les acteurs non-humains, d'autre part. Chacun de ces acteurs sera donc identifié au sein de ce réseau hétérogène.

6.2.2 Résultats

L'application des principes de la théorie de l'acteur-réseau dans un récit sans censure, symétrique et sans distinction entre fait de nature et fait social offre une nouvelle description de la collaboration intersectorielle et prend en compte les résultats "inhabituels" du processus de traduction, notamment à travers l'analyse des mécanismes de clôture des controverses.

6.2.3 Approches complémentaires dans l'analyse du processus de traduction

Pour caractériser les acteurs clés et comprendre ce qui se passe dans l'espace politique et éducatif, des concepts complémentaires ont été introduits dans nos analyses.

Pour analyser les questions politiques de la première traduction, l'approche des courants multiples de Kingdon (Bocquet, 2020; Ridde et al., 2016) permet de caractériser les acteurs politiques en place, notamment les entrepreneurs politiques considérés comme des innovateurs, et de comprendre la dynamique politique qui sous-tend l'innovation.

Pour appréhender le deuxième niveau de la traduction, nous avons mobilisé l'échelle de participation d'Arnstein et Hart (Arnstein, 1969; PromoSanté Ile-de-France, 2019) afin de mesurer le degré de participation des enseignants dans le programme. Cette approche permettra d'observer les interactions entre les différents secteurs et institutions au niveau des écoles, permettant ainsi de mieux comprendre le fonctionnement des réseaux sociotechniques en action.

7. Choix méthodologiques

7.1 Une étude mixte

7.1.1 Un monitoring du processus de traduction

Afin de suivre les transformations du réseau sociotechnique, le processus de traduction et des controverses au fil du temps, 3 directives méthodologiques sont recommandées (Bilodeau et al., 2019) :

- Développer un système de données qui suit et documente les transformations dans le réseau étudié (son action, ses effets et son contexte ainsi que la façon dont les acteurs eux-mêmes définissent ce qui se passe)
- Adopter un ordre chronologique des événements car la théorie de l'acteur-réseau se concentre sur les processus qui évoluent dans le temps
- Utiliser un large éventail de données pour saisir les modalités complexes de l'intervention et son réseau de soutien.

Les enjeux sont de pouvoir assurer une collecte de données continue afin de suivre toutes les entités mais aussi d'identifier les éléments du dispositif et ceux du contexte qui influencent les résultats. Cette collecte de données devra permettre de suivre les transformations des réseaux sociotechniques de manière continue. Elle devra conduire à l'observation du processus de traduction de la gouvernance (de l'échelle gouvernement de la Nouvelle-Calédonie à l'échelle provinciale) à la mise en œuvre à l'échelle locale.

7.1.2 Type [QUAL + QUAL+QUAN → QUAN+QUAL → QUAN]

Le protocole de recherche en méthodes mixtes est de type multi-phase au sens de Creswell et Plano Clark (Creswell, Plano Clark, & Clark, 2019). Ce design est adapté à ce travail qui étudie le développement d'un programme. Différentes phases se succèdent abordant le changement social à travers une innovation et la participation des acteurs. Cette recherche se décompose en plusieurs études dont 2 simultanément (la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé à l'École et l'évolution des réseaux sociotechniques) puis 2 de manière séquentielle (la participation des enseignants à la co-construction et l'évaluation de l'outil).

L'approche est complémentaire afin de combiner les forces des études qualitatives et quantitatives et obtenir une vue complète du sujet de l'étude. Elles sont d'égale importance c'est-à-dire que les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément. Ainsi les éléments de l'un contribueront au volet de l'autre et/ou apporteront des éléments complémentaires explicatifs ou de compréhension. L'approche qualitative est dominante du fait de la nature de la question de recherche. Ainsi, les analyses qualitatives compléteront les analyses descriptives afin d'expliquer les résultats d'étapes tout au long du processus étudié, en l'occurrence le réseau d'actants en évolution.

Les outils de collecte ont été diversifiés pour s’assurer d’une plus grande expression et confirmation des faits exposés et répondre aux critères de qualité d’une recherche en méthode mixte telles que la crédibilité, la fiabilité et la validation des résultats (M.-R. Guével & Pommier, 2012).

7.1.2.1 Les éléments quantitatifs

Les éléments quantitatifs sont issus du rapport produit lors de la phase d’intéressement des écoles qui donne une mesure de la participation des enseignants (Fernandes Da Rocha-Puleoto et al., 2022) et de l’évaluation sur la prise en main de l’outil d’intéressement réalisée lors de la phase d’enrôlement (Tessier, O’Callaghan, Fernandez Da Rocha Puleoto, & Jourdan, 2021).

7.1.2.2 Les éléments qualitatifs

A partir d’un corpus de traces écrites constitué autour de la participation des parties prenantes à la co-construction de l’outil d’intéressement (un outil d’éducation à la santé), nous avons identifié les acteurs impliqués, analysé les controverses et suivi l’évolution du réseau d’actants. Ces données qualitatives offrent une compréhension réelle du phénomène étudié et investissent les questions du « comment » et du « pourquoi » (Miles & Huberman, 2003).

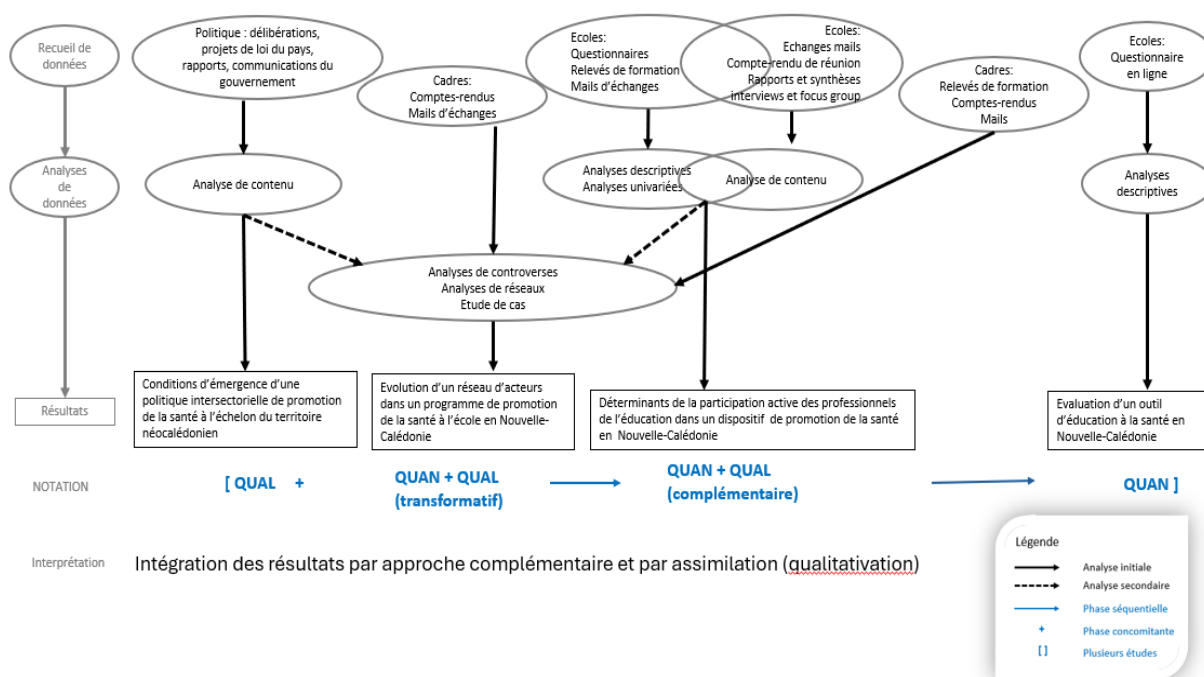


Figure 9 - Schématisation du protocole de recherche mixte multi-phases d’étude des mécanismes de diffusion d’une approche intersectorielle de la santé à l’école primaire en Nouvelle-Calédonie (inspiré de Cresswell et al., 2007 ; Guével et Pommier, 2012)

7.1.3 Les méthodes d'échantillonnage

La population de l'étude se compose des professionnels des 202 écoles élémentaires pour lesquelles on comptait 1270 enseignants en 2019. Ces écoles sont accompagnées des cadres de l'enseignement (inspecteurs et conseillers pédagogiques) et de la santé (des services provinciaux de prévention sanitaire et du gouvernement) contribuant à la promotion de la santé en milieu scolaire. L'échantillonnage consécutif par l'inclusion des équipes d'écoles intéressées par le programme a amené 23% des écoles publiques et privées à s'y inscrire pour un taux de retour de 62% des écoles incluses dans le programme (le taux de retour est de 61% des enseignants inclus). Au total, ont été inclus dans le dispositif : 10 cadres de l'éducation ; 15 cadres de la santé ; 97 enseignants et 18 directeurs d'écoles des 3 provinces.

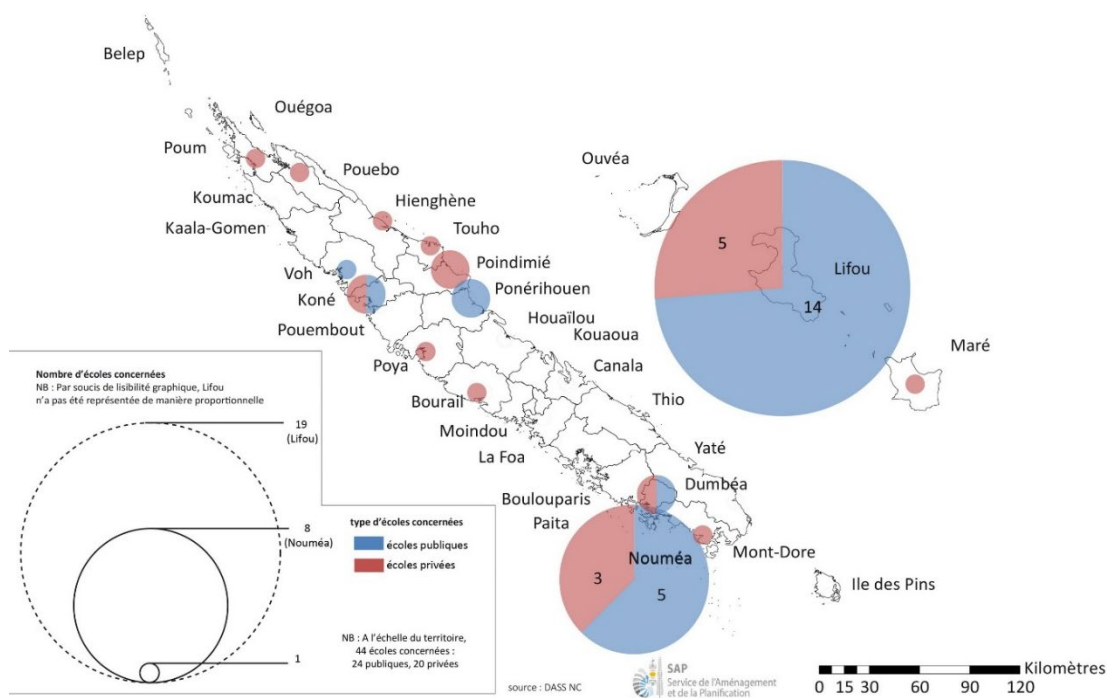


Figure 10 - Carte de localisation des écoles élémentaires incluses dans le dispositif en 2019 (Source : DASS NC, 2019)

Les critères de sélection étaient politiques afin d'inclure des écoles des 3 provinces, des côtes Est et Ouest, des 3 îles Loyauté, des directions de l'enseignement catholique, protestant et public. Les critères d'inclusion étaient également managériaux liés à la participation volontaire et sous couvert de leur hiérarchie. Ce dernier critère sera questionné dans la discussion quant au biais de sélection qui toutefois, reflète le soutien institutionnel au dispositif. Finalement 102 professionnels de la santé et de l'éducation ont co-construit l'outil pédagogique avec les chercheurs puis 50 personnes non exposées au dispositif ont participé à l'évaluation de l'outil. Ce dernier groupe était composé de 30 enseignants de l'ensemble des provinces sollicités par mail par les cadres de l'enseignement et de 20 étudiants en master de santé publique de l'hexagone sollicités par les enseignants-chercheurs membres de la Chaire Unesco EducationS & Santé.

7.1.4 La collecte de données

La théorie de l'acteur-réseau examine la question des matériaux et analyse les réseaux d'acteurs. Ceux-ci se composent d'un large éventail de matériaux hétérogènes parmi lesquels sont inclus les personnes, les dispositifs, les textes, les "décisions", les organisations et les relations inter organisationnelles (Law, 1994).

7.1.4.1 La problématisation (2015-2019)

Tableau I – Matériel d'étude sur la période 2015-2019

DATE DE PUBLICATION	TYPE DE DOCUMENT	TITRE ET LIEN D'ACCES INTERNET
19/11/2014	Rapport	Rapport d'information fait au nom de la commission du Règlement et d'administration générale sur la Nouvelle-Calédonie Mme Sophie JOISSAINS, M. Jean-Pierre SUEUR et Mme Catherine TASCA
AVRIL 2015	Discours politique	Discours de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
AOUT 2015	Article web du GNC	« Tous debout pour les Assises de la santé »
OCT 2015	Article web du GNC	« Le projet éducatif en marche »
DEC. 2015	Rapport	Plan de santé calédonien Do Kamo (être épanoui) Synthèse du projet au 23 octobre 2015
2016	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2015
15/01/2016	Délibération	Délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne
MARS 2016	Délibération	Délibération n°114 Plan de santé Do Kamo
AVRIL 2016	Article web du GNC	« Le plan de santé en action »
MAI 2016	Article web du GNC	« Le projet éducatif en action »
01/12/ 2016	Délibération	Délibération n° 186 du 1er décembre 2016 relative à la charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie
DEC 2016	Article web du GNC	« Les actions du projet éducatif votées au congrès »
2017	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2016
AOUT 2017	Courrier	Courrier d'invitation au séminaire relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire le vendredi 15 septembre 2017 de 08h30 à 16h00, à l'université de Nouvelle-Calédonie
SEPT 2017	Article web du GNC	« A l'école de la bonne santé »
SEPT 2017	Rapport	« Dix mesures pour une politique de Promotion de la Santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie » Pr Didier Jourdan
DECEMBRE 2017	Discours politique	Déclaration de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
2018	Rapport	Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie Rapport de présentation du compte administratif 2017
2018	Rapport	« Mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé » M. Philippe CALMETTE et M. Jean-Louis REY
19/12/2018	Délibération	Délibération n° 365 du 19 décembre 2018 portant application de la délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Être épanoui ! » en matière de modèle de santé
2019	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2018 Le compte administratif
10/01/2019	Délibération	Délibération n°381 du 10 janvier 2019 portant organisation de l'enseignement primaire de la Nouvelle-Calédonie
11/01/2019	Projet de délibération	Projet de délibération n° 383 du 11 janvier 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire
JANV 2019	Article web du GNC	« Réforme du primaire et nouveau socle commun »
23/12/2019	Délibération	Délibération n°36 du 23 décembre 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire

L'étude de la phase de problématisation se compose de 3 discours de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ; 8 délibérations votées par le congrès de la Nouvelle-Calédonie ; 1 projet de délibération ; 6 bilans annuels de l'agence de santé et 8 articles internet du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

7.1.4.2 L'intéressement des cadres (oct 2018-avril 2019)

L'intéressement des cadres en une co-construction d'un outil d'intéressement destiné aux écoles se compose de 136 courriels des cadres, 305 commentaires écrits, 11 comptes-rendus de réunion et 9 documents de projet (comptes-rendus de réunion, note de cadrage, point d'étape etc.).

7.1.4.3 L'intéressement des écoles (avril-mai 2019)

Les données se rapportant à la phase d'intéressement se composent de 14 relevés sur représentations et les pratiques des 139 professionnels formés et invités à expérimenter l'outil.

7.1.4.4 L' enrôlement des écoles (juin-sept 2019)

L'expérimentation de l'outil en classe correspondant à la phase d' enrôlement des écoles est constitué d'un procès-verbal de réunion ; 816 commentaires écrits des enseignants ; 45 entretiens individuels avec les professionnels et 14 focus-groups.

7.1.4.5 L' enrôlement des cadres (nov 2019)

Le déploiement de l'outil demandait au préalable une formation des cadres correspondant à leur enrôlement ainsi 75 retours écrits de formation en phase d'envoi et un article de presse ont enrichi la récolte de données.

7.1.4.6 La mobilisation des alliés (mars-décembre 2020)

La mobilisation des alliés liée au déploiement de l'outil mais aussi à l'ajustement du programme se compose d'un article internet du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ; un communiqué de presse du vice-rectorat ; 50 retours de questionnaire ; 4 comptes-rendus de réunion appuyés des liens des sites de l'outil et des vidéos produites lors de cette phase.

7.1.5 Calendrier de recueil des données

Les données ont été recueillies d'abord en phase opérationnelle de la recherche-intervention puis en phase d'analyse.

7.1.5.1 Octobre 2018- Avril 2019

Lors de la phase d'intéressement des cadres et la co-conception du premier prototype par un groupe constitué d'enseignants, de cadres de l'éducation et de professionnels de santé. Les retours écrits, les présentations et les enregistrements de réunions avec les chercheurs ont été inclus dans les analyses relatives à la 1ere traduction et le dispositif d'intéressement.

7.1.5.2 Avril-Mai 2019

Lors de la phase d'intéressement des écoles et la formation des enseignants « Prendre part à une innovation pédagogique en lien avec la recherche : travailler au développement d'outils pédagogiques en éducation à la santé » ont été relevés leurs représentations de la santé, leur sentiment sur l'outil en phase d'envoi et leur engagement à expérimenter l'outil.

7.1.5.3 Juin-Septembre 2019

Lors de la phase d'enrôlement des écoles de juin à septembre 2019 c'est-à-dire lors de l'expérimentation des activités du prototype dans les écoles élémentaires. Les enseignants disposaient d'éléments pour expérimenter l'outil, faire leurs propositions de séances et partager leurs retours sur celles du prototype.

7.1.5.4 Novembre 2019

Lors de l'enrôlement des cadres correspondant au recueil des relevés des écrits en phase d'envoi de la formation de formateurs « Accompagnement des écoles : vivre ensemble, santé et bien-être » et les éléments médiatiques avant le déploiement de l'outil.

7.1.5.5 Mars-Décembre 2020

Lors de la mobilisation des alliés, ont recueillis les éléments médiatiques, les documents projets et les traces des actions produites par le réseau notamment lors du confinement lié à la pandémie du COVID-19.

7.1.5.6 2021 – 2023

Le recueil des délibérations adoptées ont été classées au fil de l'eau, puis pour affiner les actants du réseau au-delà de l'opérationnalisation de la recherche-intervention, d'autres types de documents écrits ont été récoltés entre 2021 et 2023 : les discours de politique générale des présidents du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le rapport de la commission santé et protection sociale du congrès d'août 2018 et le projet de délibération relative aux orientations générales de la promotion de la santé en milieu scolaire de janvier 2019.

7.1.6 Outils de collecte

7.1.6.1 Veille de documentaire

La captation des textes en lien avec le sujet de recherche a permis de suivre les directives institutionnelles.

7.1.6.2 Questionnaires

2 questionnaires destinés ont été élaborés par l'équipe de recherche, l'un pour la co-construction de l'outil pédagogique ; l'autre pour l'évaluation de la prise en main de l'outil.

7.1.6.3 Entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été menés avec les acteurs clef identifiés se rapportant à l’histoire professionnelle, leur conception de la santé et de l’éducation à la santé, leur pratique en éducation à la santé, leur réseau de relations et sources d’information en éducation à la santé.

7.1.6.4 Focus group

Des focus group praticiens-experts (relatifs au travail collaboratif, historique, mise en œuvre, réussites et échecs, changements constatés ont également été conduits avec les équipes d’écoles.

7.1.6.5 Traces écrites

Un relevé écrit de toutes actions sur le projet de recherche a été mise en place au lancement du projet. Cela a permis de conserver et reprendre de manière précise les controverses.

7.1.7 Etudes de cas sur les 3 provinces

7.1.7.1 Le corpus des réseaux sociotechniques constitués

La sélection de territoires de contextes économiques et culturels différents ont été étudiés afin de prendre en compte tous les territoires de la Nouvelle-Calédonie.

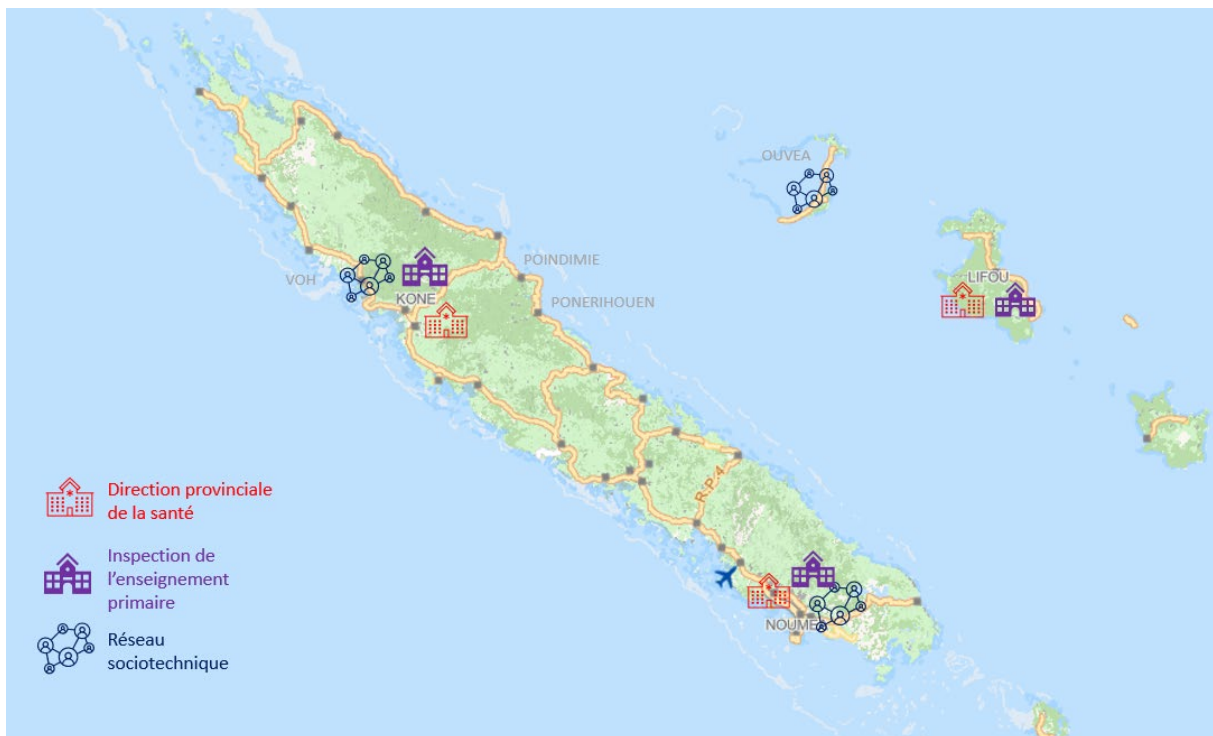


Figure 11 - Carte de situation des 3 réseaux sociotechniques étudiés d’avril 2019 à décembre 2020

Ainsi 3 réseaux sociotechniques constitués d’une équipe d’école et d’un service de santé local répartis sur les 3 provinces ont été sélectionnés.

Les critères portent sur l'inclusion dans le dispositif Rebee Élémentaire des cadres, des directeurs et d'enseignants d'écoles du public et du privé d'une même circonscription scolaire. Les services provinciaux de santé ont été inscrits dans le réseau étudié même s'ils n'avaient pas intégré le dispositif.

7.1.7.2 *Le profil sociodémographique des environnements scolaires*

Des disparités existent avec des inégalités territoriales, économiques, éducatives et sociales de santé plutôt en faveur de l'agglomération de Nouméa en province Sud et en défaveur de la côte nord-est en province Nord et de la province des Iles Loyauté (Service études et Prospectives (SEP) vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements, 2020). La sélection s'est donc faite sur ces 3 territoires nommés pour l'étude Géo1, Géo2 et Géo3.

7.1.8 Le traitement des données

7.1.8.1 *Les données qualitatives*

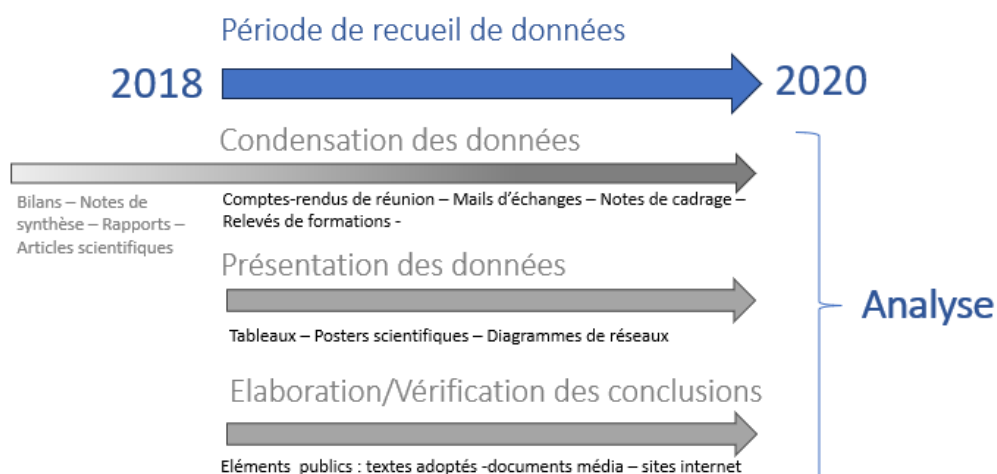


Figure 12 - Schéma des composantes de l'analyse des données : modèle de flux inspiré de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 2003)

Après anonymisation des questionnaires, interviews et traces écrites, les données ont été traitées selon la méthodologie de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 2003) avec une analyse composée de 3 courants :

- La condensation des données avec un recueil élargi des éléments du suivi de projet.
 - ✓ Les traces écrites liées au programme ont été codées puis traitées sur tableur Excel dans un 1^{er} temps.
 - ✓ Les analyses de contenu des représentations de la santé en début et fin de formation des enseignants avec le logiciel d'analyse de contenu QDA Miner©

- ✓ Les commentaires des stagiaires en fin de formation de formateurs ont été codés selon l'évocation de l'usage à venir de l'outil pédagogique (oui/non/hypothétique/mitigée/non évoqué).
- La présentation des données par « un assemblage organisé des informations ».
 - ✓ Les mails ont été définis selon l'existence d'une controverse ou non sous forme de tableaux. Une synthèse des controverses a été produite décrivant les solutions mises en place, la durée et la résolution ou non lors de phase d'intéressement des cadres. Les comptes-rendus de réunion ont permis d'apporter des éléments complémentaires de contexte ou d'arbitrage.
 - ✓ Les rapports et bilans de mission produits ont permis d'extraire les éléments quantitatifs et qualitatifs de la phase d'intéressement des écoles et en particulier d'enseignants qui s'étaient retirés du programme.
 - ✓ Le suivi du processus de traduction était ensuite présenté en diagrammes de réseaux avec des codes couleurs selon les liaisons entre les actants.
- L'élaboration/vérification des conclusions par des éléments qui assurent de la validité des données.
 - ✓ Les observations rédigées de manière narrative sont vérifiées par les documents produits non plus par l'équipe de recherche impliquée dans l'action mais par les acteurs politiques et médiatiques d'articles et sites accessibles au grand public.

7.1.8.2 Les données quantitatives

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

Les réponses au questionnaire posé lors de la phase de mobilisation à un échantillon non exposé au programme de 30 enseignants et 20 étudiants a quant à lui été traité sur tableur Excel©.

7.1.9 Les actants

7.1.9.1 Réseau d'entités

Chaque secteur a ses intérêts à collaborer de manière intersectorielle :

- Le secteur de la santé pour qui la promotion de la santé à l'école est un enjeu fort pour améliorer la santé des calédoniens. C'est ce secteur qui assurera le financement de l'outil pédagogique.
- Le secteur de l'enseignement dont la discipline transversale d'éducation à la santé reste difficile à mettre en œuvre malgré une préoccupation partagée des enseignants vis-à-vis de la santé de leurs élèves. Ce secteur assurera le contrôle pédagogique et la mise en place de l'outil d'éducation à la santé.
- Le secteur de la recherche en pleine expansion de travaux relatifs à l'intersectorialité sur tous les continents dont l'Océanie.

7.1.9.2 Typologie des actants

Chaque entité est identifiée selon son périmètre d'actions. La théorie de l'acteur réseau intègre les entités non humaines dans les négociations ainsi la typologie des acteurs les considèrera comme suit :

A l'échelle politique :

- Le cabinet de la santé (Sante_Cab_GNC)
- Le cabinet de l'enseignement (Ens_Cab_GNC)

A l'échelle des directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie :

- La direction de la santé et l'agence de santé (Sante_GNC)
- La direction de l'enseignement public (Ens_GNC)
- Les directions de l'enseignement privé (Ens_privé)

A l'échelle des provinces :

- Les directions de la santé (Sante_Geo)
- Les directions de l'éducation (Ens_Geo)

A l'échelle des écoles :

- Les circonscriptions (Circo_Geo)
- Les directions des écoles (Dir_Geo)

Un autre type d'acteur a été introduit par les directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en accord avec les chercheurs que nous nommerons coordonnateurs. Ces derniers sont dédiés à la facilitation de mise en œuvre du projet par leurs directions respectives. Ils seront identifiés pour la direction de la santé : Sante_Coord et pour la direction de l'enseignement : Ens_Coord.

Viennent enfin les chercheurs (A, B, C, D et E) du laboratoire de recherche et membres de la chaire Unesco EducationS & Santé.

7.1.9.3 Les acteurs non-humains

Les produits des acteurs du réseau ont été intégrés, il peut s'agir de rapports, d'outils, de sites internet etc. Tout comme les acteurs humains, ils sont classés selon le secteur producteur, puis les connexions sont inscrites vers les utilisateurs du produit.

7.1.9.4 L'étude des controverses

Les controverses révélées à chaque phase du processus ont été répertoriées selon les actants concernés, la période, les solutions proposées et leur résolution. Elles ont été reportées sur le diagramme des réseaux selon le statut de la controverse (rouge non résolue ; vert résolue).

7.1.10 Une opportunité

7.1.10.1 Initiative du programme de recherche

La démarche de recherche débute dès la rédaction du projet en 2018. L'équipe de chercheurs relève et archive toutes les traces écrites relatives au dispositif proposé aux directions de la santé et de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie ainsi que le rapport diagnostic établi en 2017, les textes votés au congrès en 2016, les programmes scolaires et le socle commun de connaissances.

7.1.10.2 Chaire Unesco Educations & Santé

Le soutien et l'opportunité d'une expertise internationale en matière de promotion de la santé à l'Ecole a permis un lancement du programme de recherche à l'échelle régionale.

7.1.10.3 Pour un renforcement de ressources

La recherche-intervention proposée par les chercheurs aux décideurs calédoniens se veut répondre à la problématique posée sur un temps d'au moins 10 ans avec des actions dans le cadre de la recherche-intervention offrant une montée en compétences des équipes d'écoles et de les outiller.

7.1.10.4 Un alignement des étoiles

Cette collaboration des directions de la santé et de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie avec les chercheurs de la chaire actée en 2018 s'aligne à une volonté forte et partagée de travailler ses questions de santé à l'Ecole sans submerger les équipes scolaires et dans la continuité de concertations citoyennes sur la santé et l'Ecole calédonienne.

8. Résultats de la recherche

Le suivi du processus de traduction se situe du politique au local et inclue les actants humains (de la santé, de l'éducation et les chercheurs) comme les non-humains (textes, rapports, lien internet, outil matérialisé et dématérialisé). En se mettant en relation, ils vont produire de nouveaux actants mono ou intersectoriels que nous avons relevé tout au long de la traduction. Ce processus débute par la phase de problématisation, moment où les acteurs partagent le souhait de faire avancer les connaissances. Vient ensuite la phase d'intéressement pour laquelle ce premier réseau d'actants va tenter de convaincre de nouveaux alliés. Suit la phase d' enrôlement où des négociations permettent au réseau de se construire. Puis la dernière étape est celle de la mobilisation, étape de consolidation du réseau par le rassemblement des actants en un seul et même endroit. Se révèlent alors les porte-paroles, la production de nouvelles connaissances, de nouveaux outils techniques et une nouvelle organisation sociale. Les résultats ont donc été déclinés d'abord selon le champ d'intervention (politique, directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et local) dans lesquels sont intégrés les 4 phases de la traduction.

8.1 A L'ECHELLE POLITIQUE (1er article en cours de soumission)

Étude des conditions d'émergence d'une politique intersectorielle de promotion de la santé à l'échelon du territoire néocalédonien

Fenêtre d'opportunité pour la santé à l'École

Auteurs

Carmella Fernandes Da Rocha¹, Pierre-Christophe Pantz², Didier Jourdan¹

Affiliations

¹ Université Clermont Auvergne – Laboratoire ACTé – Clermont-Ferrand – France. Chaire UNESCO et Centre Collaborateur OMS EducationS & Santé

² Université de Nouvelle-Calédonie – Laboratoire LARJE – Nouméa – Nouvelle-Calédonie.

Correspondance : Carmella Fernandes Da Rocha
carmella.fernandes-da-rocha@doctorant.uca.fr

Résumé

Introduction : La promotion de la santé est un ensemble d'actions intersectorielles qui vise à améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé. Identifier les conditions d'émergence concrètes de politiques de promotion de la santé à l'échelon territorial est un enjeu pour la recherche en santé publique.

But de l'étude : Afin d'identifier les conditions de développement d'une telle politique nous avons étudié le cas de la politique intersectorielle de promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Nous avons analysé finement le contexte, les acteurs impliqués et le mécanisme ayant conduit à la publication de textes réglementaires et d'engagements financiers sur la base du modèle de Kingdon adapté à la santé publique par Ridde et coll.

Résultats : Nous avons observé l'émergence d'entrepreneurs politiques dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Ces acteurs-clefs ont de faire de la santé à l'école un « problème » au sens politique du terme. L'appui sur l'expertise de l'agence de santé et ses partenaires a permis que soient proposées des solutions crédibles et acceptables par les institutions, dans un contexte politique favorable à l'émergence d'un consensus entre les membres du gouvernement de courants politiques différents.

Conclusion : Il apparaît qu'une fenêtre d'opportunités s'est ouverte en 2016 avec la convergence des trois éléments clé : une prise de conscience de l'existence d'un problème, de solutions et d'un contexte politique favorable et la mobilisation des entrepreneurs politiques s'appuyant sur des experts en capacité de nourrir le projet politique.

Mots-clés : *Collaborations intersectorielles – Politique publique- Promotion de la santé – Santé dans Toutes les Politiques*

8.1.1 Etude des conditions d'émergence d'une politique intersectorielle de promotion de la santé à l'échelon du territoire néocalédonien

Introduction

« Comment améliorer la santé de tous les élèves calédoniens ? »

Cette question est le reflet d'une prise de conscience collective. L'école, lieu de vie et d'éducation qui accueille tous les enfants du territoire, est interpellée sur sa contribution vis-à-vis des principaux défis de santé publique locaux. La question concerne une large palette d'acteurs : gouvernement calédonien, directions et services en charge de l'enseignement et de la santé, enseignants, parents, communautés, chercheurs... (1). Elle appelle des approches interdisciplinaires et des stratégies d'actions intersectorielles visant à agir sur les déterminants de la santé et des inégalités (2).

Une réponse apportée par l'agence de santé et la direction de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a été la conduite d'une politique de promotion de la santé en milieu scolaire soutenue par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. L'année 2016 est particulièrement marquée par deux textes invitant les secteurs de la santé et de l'éducation à contribuer à l'amélioration de la santé des élèves pour leur réussite éducative : le plan de santé Do Kamo (3) et le Projet éducatif calédonien (4).

L'étude porte sur la période couvrant les votes de ces deux textes majeurs de la santé et de l'éducation en 2016 suivis des textes d'application et l'inscription de la promotion de la santé à l'agenda politique en décembre 2019. Nous avons tenté de comprendre comment s'est construite cette collaboration intersectorielle entre les cabinets politiques et les directions du gouvernement calédonien des secteurs de la santé et de l'éducation. Cette contribution porte donc sur l'identification de conditions d'émergence des politiques de promotion de la santé à l'échelon d'un territoire.

Matériels et méthodes

Le contexte

La Nouvelle-Calédonie est située dans la Pacifique Sud à 2 000 km à l'est de l'Australie et comptait 271 400 habitants au recensement de 2019. Elle se caractérise par une diversité culturelle composée pour 41% de kanak (le peuple premier), 24% d'européens, 11% de métis, 8% de wallisiens-futuniens et 7% d'autres communautés (asiatique, ni-vanuataise et tahitienne)(5). Devenue colonie française en 1853, l'histoire calédonienne est émaillée de différents soulèvements du peuple autochtone (1878, 1917 notamment) jusqu'aux « événements » de 1984 véritable guerre civile opposant les indépendantistes kanak aux loyalistes non-kanak. Des accords de paix : « Accords de Matignon » et « Accords d'Oudinot » seront finalement signés en 1988 puis seront remplacés en 1998 par un accord de

décolonisation, l'« Accord de Nouméa » afin de permettre à la Nouvelle-Calédonie de se développer de manière équilibrée sur tout l'archipel tout en favorisant l'accession des Kanak aux responsabilités dans tous les secteurs d'activité.

L'archipel est depuis 1988 découpé en 3 Provinces : Nord, Sud et Iles Loyauté. « Ces collectivités républicaines en Nouvelle-Calédonie permettent ainsi à certains Kanak d'être élus et de pouvoir s'appuyer sur une assise électorale, leur donnant une légitimité démocratique et géographique » (6). Toutefois, les inégalités socio-économiques persistent. Elles sont inter-ethniques et territoriales entre les provinces Nord et Iles d'un côté et la province Sud de l'autre. L'un des indicateurs marquant reste le niveau de diplomation avec 58% des européens de niveau bac plus deux contre 8% des kanak (5,7).



Figure 1 – Part de diplômés BAC +3 ou plus par province en 2019

source : https://ncl.poggis.spc.int/#bbox=163,-19,7,3&c=indicator&i=p13_diplome.dipsup2_p&view=map3

La Nouvelle-Calédonie est une collectivité d'outre-mer qui dispose d'un statut très particulier de large autonomie, dit « sui generis » (8). Les compétences de la France ont été progressivement transférées aux institutions calédoniennes. Le Congrès est l'assemblée délibérante et le gouvernement l'organe politique du pouvoir exécutif calédonien. Ce dernier met en œuvre la politique voulue par le Congrès, dans le cadre des transferts de compétences prévus par l'accord de Nouméa. Concernant l'enseignement, les transferts seront marqués par l'évolution d'une prise en main technique vers « une vision de l'École » et finalement son projet éducatif (9) voté le 15 janvier 2016. Deux mois plus tard et de manière complémentaire, le Congrès vote un nouveau plan de santé publique nommé Do Kamo qui signifie « être épanoui ». L'esprit du plan Do Kamo est de sortir de la vision unique des soins en adoptant une approche plus globale, en agissant sur les déterminants de la santé. Ce plan sur 10 ans vise à la réduction des dépenses de santé et l'amélioration de la santé des calédoniens par leur responsabilisation (3).

Tableau I : Etat des compétences non transférées à la Nouvelle-Calédonie en 2016

Défense	Défense, régime des matériels de guerre, armes et munitions, poudres et substances explosives.
Justice	Droit pénal Justice, organisation judiciaire, organisation de la profession d'avocat, frais de justice pénale et administrative ; Procédure pénale et procédure administrative contentieuse ; commissions d'office et service public pénitentiaire.
Ordre public	Maintien de l'ordre.
Monnaie	Monnaie, crédit, changes, relations financières avec l'étranger ; Trésor
Relations extérieures	Relations extérieures sous réserve, le cas échéant, des compétences dévolues à la Nouvelle-Calédonie. Conditions d'entrée et de séjour des étrangers.
Communication	Communication audiovisuelle. Liaisons et communications gouvernementales de défense et de sécurité en matière de postes et télécommunications ; réglementation des fréquences radioélectriques.
Administration et Finances	Fonction publique de l'Etat. Marchés publics et délégations de services publics de l'Etat et de ses établissements publics. Domaine de l'Etat. Contrôle de légalité et règles relatives à l'administration des provinces, des communes et de leurs établissements publics ; régime comptable et financier des collectivités publiques et de leurs établissements publics. Contrôle budgétaire des provinces, communes et leurs établissements publics.
Enseignement et recherche	Collation et délivrance des titres et diplômes. Enseignement supérieur et recherche.
Droit civil	Nationalité ; garantie des libertés publiques ; droits civiques ; régime électoral.
Transport	Desserte maritime entre la Nouvelle-Calédonie et les autres points du territoire de la République, statut des navires. Desserte aérienne entre la Nouvelle-Calédonie et les autres points du territoire de la République ; immatriculation des aéronefs ; sûreté en matière aérienne.
Mines et énergie	Réglementation minière concernant les substances minérales mentionnées au 1er de l'article 19 du décret 54-1110 du 13 novembre 1954, ainsi qu'aux installations qui en font usage.
Ressources naturelles, Environnement	Réserve de Sèche-Croissant.

Le modèle de Kingdon adapté à la santé publique par Ridde et coll.

Afin d'identifier les acteurs impliqués et les capacités mises en œuvre de cette stratégie intersectorielle en Nouvelle-Calédonie, nous avons utilisé le modèle de Kingdon adapté à la santé publique par Ridde et coll. (10,11). L'approche de Kingdon offre un outil d'analyse des événements sociaux et politiques et une visualisation des acteurs impliqués. Pour l'ajuster au contexte calédonien et dans la même ligne de conduite des travaux de Bocquet dans un système politique consensuel (12), nous y avons intégré : le lien institutionnel entre l'entrepreneur et l'exécutif ; l'état des réseaux sur le niveau de conflictualité du (ou des) secteur(s) ainsi que le contenu de la solution sur le niveau de menace des équilibres de la coalition.

Cette étude qualitative consiste en une étude documentaire de traces écrites institutionnelles relatives à la promotion de la santé en milieu scolaire produites entre 2014 et 2019. Issu des sciences politiques, le modèle de Kingdon adapté à la santé publique permet d'identifier les acteurs et le processus à l'œuvre (11) quant à la mise à l'agenda de la promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie.

Matériel d'étude sur la période 2015-2019

La triangulation des données (13,14) est assurée par la diversité des types de documents étudiés : textes politiques, rapports techniques et articles internet. Cette étude qualitative offre une description dans le temps, une compréhension affinée du processus de mise à l'agenda politique de la promotion de la santé à l'École en Nouvelle-Calédonie et permet d'identifier les actants du champ politique.

L'établissement du 1^{er} niveau d'acteurs du réseau et des premières traductions à l'échelle décisionnelle se situe à l'adoption en 2016 de 2 délibérations votées par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie : Le plan de santé publique Do Kamo (3) et le Projet éducatif calédonien (4). Ils ont été suivis de plans d'actions votés en décembre 2016 pour le projet éducatif (15) et en septembre 2018 pour le plan Do Kamo (16) puis de la délibération relative à la réforme du primaire de 2019 (17) pour lesquels la promotion de la santé s'y inscrit.

Des rapports d'experts missionnés sur la période et dans les champs de la santé publique ont été également intégrés : le rapport diagnostic relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie établi en septembre 2017 (18) ; ainsi que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales venue en mission en 2018 (19). Les rapports d'activité de l'agence de santé du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie apportent des précisions techniques sur la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé en milieu scolaire (20–22).

Tableau II : Matériel d'étude sur la période 2015-2019

19/11/2014	Rapport	Rapport d'information fait au nom de la commission du Règlement et d'administration générale sur la Nouvelle-Calédonie Mme Sophie JOISSAINS, M. Jean-Pierre SUEUR et Mme Catherine TASCA
AVRIL 2015	Discours politique	Discours de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
AOUT 2015	Article web du GNC	« Tous debout pour les Assises de la santé »
OCT 2015	Article web du GNC	« Le Projet éducatif en marche »
DEC. 2015	Rapport	Plan de santé calédonien Do Kamo (être épanoui) Synthèse du projet au 23 octobre 2015
2016	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2015
15/01/2016	Délibération	Délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne
MARS 2016	Délibération	Délibération n°114 Plan de santé Do Kamo
AVRIL 2016	Article web du GNC	« Le plan de santé en action »
MAI 2016	Article web du GNC	« Le Projet éducatif en action »
01/12/2016	Délibération	Délibération n° 186 du 1er décembre 2016 relative à la charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie
DEC 2016	Article web du GNC	« Les actions du Projet éducatif votées au Congrès »
2017	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2016
AOUT 2017	Courrier	Courrier d'invitation au séminaire relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire le vendredi 15 septembre 2017 de 08h30 à 16h00, à l'université de Nouvelle-Calédonie
SEPT 2017	Article web du GNC	« A l'école de la bonne santé »
SEPT 2017	Rapport	« Dix mesures pour une politique de Promotion de la Santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie » Pr Didier JOURDAN
DECEMBRE 2017	Discours politique	Déclaration de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
2018	Rapport	Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie Rapport de présentation du compte administratif 2017
2018	Rapport	« Mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé » M. Philippe CALMETTE et M. Jean-Louis REY
19/12/2018	Délibération	Délibération n° 365 du 19 décembre 2018 portant application de la délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Être épanoui ! » en matière de modèle de santé
2019	Rapport	ASS-NC rapport d'activité 2018 Le compte administratif
10/01/2019	Délibération	Délibération n°381 du 10 janvier 2019 portant organisation de l'enseignement primaire de la Nouvelle-Calédonie
11/01/2019	Projet de délibération	Projet de délibération n° 383 du 11 janvier 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire
JANV 2019	Article web du GNC	« Réforme du primaire et nouveau socle commun »
22/08/2019	Discours politique	Déclaration de politique générale Thierry Santa Président du 16eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
23/12/2019	Délibération	Délibération n°36 du 23 décembre 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire

Concernant les éléments évolutifs du contexte politique, un rapport du Sénat de 2014 relatif à l'avenir institutionnel de la Nouvelle-Calédonie post Accord de Nouméa (23), les déclarations de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sur la période 2015-2018 (24,25) ainsi que les éléments de l'actualité calédonienne sur le site du gouvernement relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire ont été inclus.

Les méthodes d'analyses

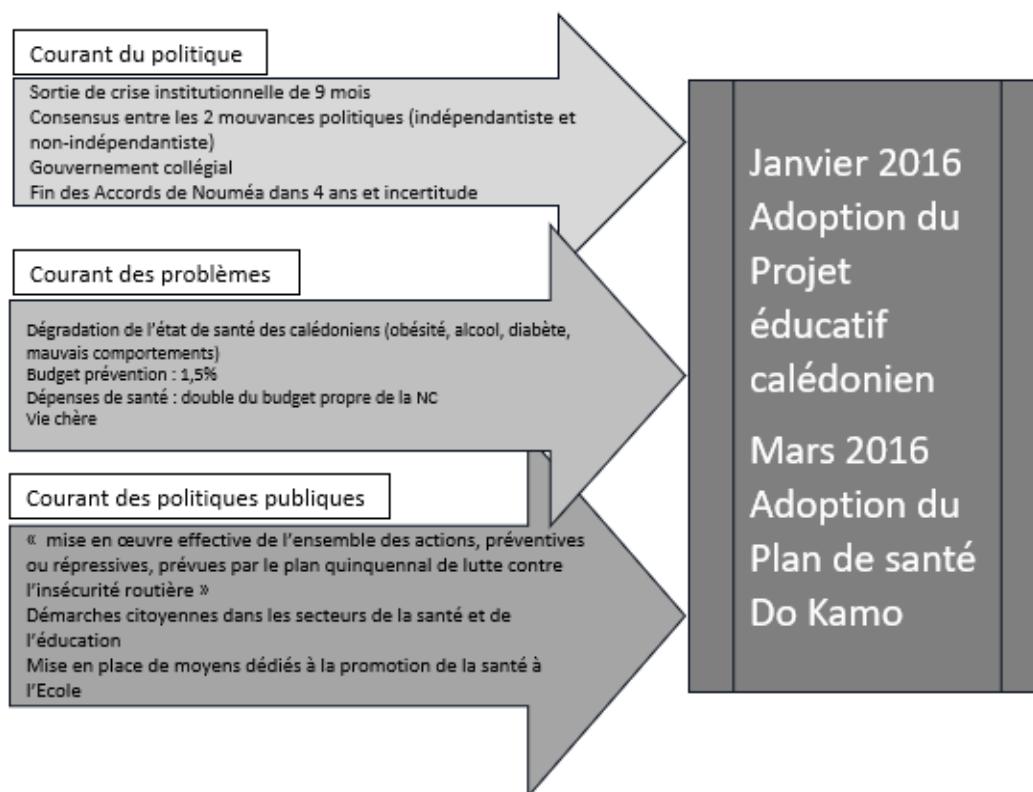


Figure 2 – Cadre de Kingdon ajusté au contexte (inspiré de Bocquet, 2020)

Les analyses de contenu des textes de ce matériel d'étude (cf. préc) ont été effectuées avec le logiciel QDA Miner afin de catégoriser de manière automatique les données. Elles ont été produites par une recherche de mots-clés liés aux courants multiples et aux secteurs étudiés c'est-à-dire la santé et l'éducation. Les extraits ont été catégorisés selon le courant des problèmes, le courant des politiques publiques et le courant du politique. L'item courant des politiques publiques est complété par l'identification des entrepreneurs politiques et leur lien avec le membre du gouvernement en charge du secteur ; l'état des réseaux sur le niveau de conflictualité des secteurs et enfin le niveau de menace des équilibres de la coalition.

Résultats

Un contexte politique favorable à l'approche de la fin des Accords de Nouméa

En avril 2015, le 14^e gouvernement prend place après neuf mois de « paralysie institutionnelle » consécutive à la chute du 13^e gouvernement par la démission de trois de ses membres et de leurs suivants de liste issus du groupe politique « Calédonie ensemble » à tendance non-indépendantiste. C'est avec le soutien du Front de Libération Nationaliste Kanak Socialiste (FLNKS) à tendance indépendantiste que le président (non-indépendantiste) et le vice-président (indépendantiste) seront installés le 1^{er} avril 2015. Cette remise en marche

négociée de l'exécutif calédonien découle de l'approche de la fin de l'Accord de Nouméa et de l'inquiétude de la population sur l'avenir de la Nouvelle-Calédonie. Le 14^e gouvernement est composé de 6 membres non_indépendantistes et 5 membres de la mouvance indépendantiste. Valentine Eurisouke membre en charge du secteur de la santé, de la jeunesse et des sports est du parti indépendantiste « Union nationale pour l'indépendance-Parti de libération kanak » (UNI-Palika). Hélène Iekawe membre en charge du secteur de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la mise en place du service civique est du parti non-indépendantiste « Calédonie ensemble ».

Fin 2017, le président Germain est reconduit à la tête du 15^e gouvernement après trois mois de paralysie institutionnelle à la suite de la démission des membres du gouvernement. Lors de son discours de politique générale, il se félicite d'un « *gouvernement qui a retrouvé l'esprit de l'Accord de Nouméa* » à travers un accord inter-groupes composé des non_indépendantistes et des indépendantistes. Les membres du gouvernement en charge de la santé et de l'enseignement sont les mêmes. Il annonce l'imminence de « *mesures arrêtées par les acteurs de Do Kamo* » qui seront présentées au Congrès dont « *la promotion de la santé à l'école* ».

Les comportements de santé des calédoniens

Les problèmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie sont reconnus, médiatisés et débattus depuis des années. D'ailleurs, la délibération n°490 d'août 1994 (26) avait fixé des priorités de santé publique au nombre de dix et les mesures appliquées pour enrayer ces maladies. Mais tout comme ses voisins, les maladies non-transmissibles se sont ajoutées à la liste des principales maladies avec leurs conséquences sur les coûts de santé atteignant les 100 milliards de francs CFP en 2015 représentant « *le double du budget propre de la Nouvelle-Calédonie* » dont 1,5% sont dédiés à la prévention. Les chiffres évoqués concernent la moitié de la population en surpoids, les 26% en obésité et les 8% de diabétiques. Les premières causes de dégradation de l'état de santé des calédoniens établies sont « *la consommation massive d'alcool et de sucres, la mauvaise hygiène de vie, les mauvais réflexes alimentaires et les addictions.* ».

Une des politiques publiques questionnée par Philippe Germain en avril 2015 est l'insécurité routière avec une hausse dramatique des décès et une invitation « *à la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions, préventives ou répressives, prévues par le plan quinquennal de lutte contre l'insécurité routière adopté à l'unanimité par le Congrès, en décembre 2013.* » Les inégalités sociales ne sont pas oubliées avec le sujet de la vie chère et la mobilisation sociale de 2013 encore présents dans les esprits d'autant que le « *protocole vie chère* » a pris fin en décembre 2014.

Puis dans son discours de politique générale de décembre 2017, le président réitérera la préoccupation du gouvernement quant à l'insécurité routière et les coûts du régime santé auxquels s'ajoutent les violences et les addictions. Pour lui, « *il est devenu impératif de changer en profondeur les mentalités et les comportements* » et de sauver le régime de santé.

Le tout dans un contexte de crise du marché du nickel qui est une industrie essentielle de la Nouvelle-Calédonie et son principal baromètre économique.

La promotion de la santé en milieu scolaire

En avril 2015, Philippe Germain annonce « *la nomination simultanée d'un médecin de santé scolaire au vice-rectorat et d'un chargé de mission à la direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie.* » Le premier est financé par l'Etat français dans le cadre des accords de transfert de compétences de l'enseignement du second degré et de la santé scolaire à travers la mise à disposition globale et gratuite (MADGG) des personnels de l'Etat. Le second est financé par l'agence de santé de la Nouvelle-Calédonie (ASSNC). Philippe Germain annonce également un projet éducatif établi sur la base des propositions issues du « grand débat sur l'avenir de l'école calédonienne » tenu en 2010 et en 2014 et la tenue d'assises de la santé dans l'année. C'est donc dans la continuité de ces concertations citoyennes que seront adoptées la délibération n°106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'école calédonienne, puis en mars 2016 le Plan Do Kamo.

L'ASSNC sous la tutelle de la Direction de l'action sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (DASS NC) apporte un « *soutien aux activités de l'équipe Do Kamo avec le prêt de trois postes à temps complet* » et la prise en charge financière de missions de prévision et conseil de politique économique. « *L'ASSNC participe activement à la mise en œuvre du plan de santé Do Kamo* » et est en « *soutien des grands projets éducatifs et de prévention de la santé* ». De son côté, la Direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie (DENC) accueille la mission de santé scolaire financée par l'ASSNC et complète une mission d'éducation à la santé au sein de ses conseillers pédagogiques.

Des solutions crédibles et acceptables

En 2017, l'ASSNC et l'équipe projet Do Kamo en lien avec les conseillers pédagogiques de la DENC commandent une mission relative à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie. Elle sera effectuée par le Pr. Didier Jourdan enseignant chercheur en éducation à la santé et titulaire de la chaire Unesco EducationS & Santé et co-auteur de cet article. Au cours de cette mission, il participera à des séminaires et rencontres avec les professionnels du champ de la santé scolaire issus des secteurs de l'éducation et de la santé. Ses recommandations portent sur le pilotage de la santé à l'Ecole à l'échelon provincial et gouvernemental ; un parcours éducatif de santé au sein du parcours civique ; un renforcement du suivi de la santé des élèves ; la formation et la production de ressources opérationnelles. Le séminaire inhérent à cette mission a vu les interventions de Valentine Eurisouke et Hélène Iekawe ainsi que de leurs chefs de cabinet. A la suite de cette mission, l'ASSNC lance la commande « *d'outils d'accompagnement pédagogique du CP au CM2 participant à la promotion de la santé* » à l'équipe du laboratoire Acté et la chaire Unesco EducationS & Santé. Ces chercheurs proposent un dispositif de promotion de la santé avec un modèle logique d'intervention dans une approche écologique. Ainsi des présentations du dispositif seront réalisées par les chercheurs en présentiel ou distanciel auprès de la DENC, la Direction de l'enseignement catholique (DDEC), l'Alliance Scolaire Evangélique (ASEE), la Fédération de l'enseignement

libre protestant (FELP), la DASSNC, la Direction de l'action sanitaire et sociale de la province Sud, la Direction des affaires sanitaires sociales de la prévention et de la solidarité (DASSPS) de la province Nord et de la Direction de l'actions communautaire et de l'action sanitaire (DACAS) de la province des Iles. L'outil produit sera composé d'un guide et de 200 fiches pédagogiques contextualisées aux réalités sanitaires, sociales, culturelles, linguistiques et structurelles locales. De plus sa préface sera co-signée par les directions de la DENC et de l'ASSNC.

L'annonce d'une révision des enseignements et de l'aménagement du temps scolaire lors du discours de politique générale de Philippe Germain en décembre 2017 conduira à la réforme du primaire votée par le congrès en janvier 2019. On y notera l'inscription de l'éducation à la santé de manière transversale et particulièrement le sport-santé, l'éducation au goût, le lien entre l'environnement et la santé et l'engagement citoyen dans ces nouveaux programmes.

L'année 2019 verra la maturation de la délibération relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire avec la présentation du projet de délibération en janvier. Isabelle Champmoreau en charge de l'éducation en fera la présentation avec ces propos : « *Ces textes vont obliger le Nouvelle-Calédonie à se fixer des objectifs plus exigeants en matière de santé scolaire et contribuer à améliorer l'éducation à la santé, tout en favorisant la réduction des inégalités sociales et territoriales* ». Puis en août, Thierry Santa le nouveau président du gouvernement attestera d'une volonté d'« *améliorer la santé des Calédoniens en agissant sur ses déterminants tout au long de la vie par une approche multisectorielle* » et « *de décloisonner les fonctionnements en silo pour créer de la synergie.* » La délibération relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire sera adoptée le 23 décembre 2019.

L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité

Les données montrent une collaboration assumée des secteurs de la santé et de l'éducation dans le contexte d'approche de fin de l'Accord de Nouméa. Ainsi, le courant des politiques dans une recherche de consensus entre les deux mouvances montre une prise en considération des secteurs respectifs. Le courant des problèmes permet d'identifier une prise de conscience de la promotion de la santé à l'Ecole des élus calédoniens : « *Aujourd'hui, il est devenu impératif de changer en profondeur les mentalités et les comportements.* » In fine, les expertises de l'ASSNC et le DENC offrent des solutions crédibles et acceptables par les décideurs. Ces innovateurs s'attacheront de nouveaux soutiens des champs institutionnel et scientifique à envergure nationale et internationale mobilisant ainsi de nouveaux acteurs à leur cause.

Selon le modèle de Kingdon adapté à la santé publique, on peut considérer qu'une fenêtre d'opportunités s'est ouverte de 2016 à 2019 permettant de catalyser un travail intersectoriel autour de l'éducation et de la santé à l'Ecole. En effet, ces collaborations entre les cabinets de la santé et de l'éducation et de leurs directions respectives auront permis l'émergence d'une même voix d'une nouvelle politique de promotion de la santé en milieu scolaire. Elles se

concrétisent à travers des engagements financiers partagés, un périmètre d'action dans les deux secteurs ainsi que l'adoption de textes structurants et complémentaires.

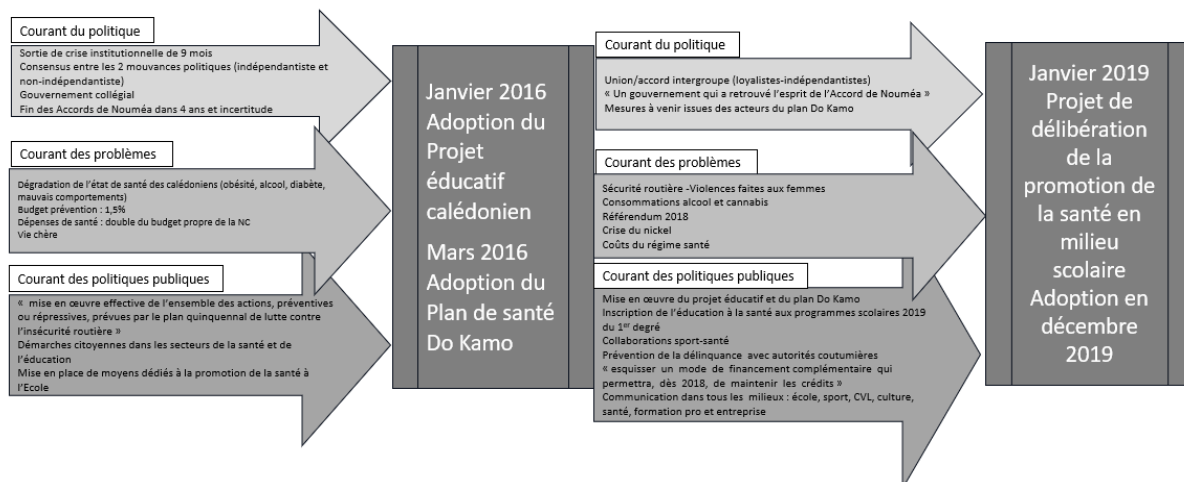


Figure 3 – Illustration des résultats dans le cadre de Kingdon ajusté au contexte (inspiré de Bocquet, 2020)

Discussion

Une dynamique intersectorielle

La collaboration intersectorielle santé-éducation dans le champ de la promotion de la santé se construit et se pérennise à travers la mobilisation d'acteurs et d'actants clés qui entrent en relation. Pour ce faire, 3 courants ont convergé en faveur de la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Le courant des problèmes, de nature experte, chiffrée à travers des rapports, remontées d'informations, enquêtes et études mettent en lumière les problèmes majeurs de la société calédonienne et aident à une meilleure compréhension des enjeux. Ces éléments sont produits ou validés par les directions du GNC. Ainsi, des travaux issus d'organismes universitaires ou d'organisations non gouvernementales auraient pu compléter voire modifier l'ordre des priorités de santé publique présentés par les différents présidents du gouvernement dans leur déclaration de politique générale. Néanmoins les médias n'ont pas révélé d'autres positions sur les problèmes sanitaires de la société calédonienne.

Le courant du politique, de nature politique par le soutien mutuel des membres du gouvernement en charge de l'éducation et de la santé, a offert une visibilité cohérente de leurs actions et de la mise en œuvre d'une promotion de la santé en milieu scolaire renouvelée. Ce travail collaboratif a permis de sortir d'une logique en silo et de communiquer sur les effets mutuels de la santé et de l'éducation auprès du grand public. Cette collaboration a été félicitée par les élus du Congrès lors de la présentation du projet de délibération de la promotion de la santé en milieu scolaire en janvier 2019.

Le courant des politiques publiques, plus dense, reflète la richesse des ressources mobilisées à différentes échelles locales, nationales et internationales. Au niveau de la Nouvelle-

Calédonie, la collaboration entre l'ASSNC et la DENC évolue dans le temps et dans leurs rôles respectifs en matière de promotion de la santé à l'École. Enfin à l'échelle internationale, l'attache du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie à la chaire Unesco EducationS & Santé aura conféré une nouvelle envergure à cette politique publique au-delà des frontières calédoniennes. Grâce à une communication internationale, ce partenariat l'aura enrichie à travers des présentations de travaux conduits avec les services de santé et les écoles calédoniennes (27–30) et d'une expansion du réseau à l'échelle régionale avec le réseau des écoles en santé du Pacifique piloté par la communauté du Pacifique Sud (31,32).

Les limites de la dynamique en cours

Le périmètre de l'école primaire n'est qu'une partie de cette politique publique qui se décline tout au long du parcours scolaire de l'élève. La chronologie des textes montre l'apparition d'une fenêtre d'opportunité en 2016 permettant la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé et d'une approche milieu dont le milieu scolaire développée dans l'axe 2 du plan Do Kamo. Le Projet éducatif calédonien l'explique clairement dans son article 12-1 : « *La réussite pour tous et la lutte contre les inégalités à l'École sont garanties par les actions de promotion de santé assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun. Toute la communauté éducative [...] participe à la réalisation de cet objectif.* » Cette dynamique se retrouve tout autant dans le second degré via l'expérimentation du programme « Aller Bien pour Mieux Apprendre » (ABMA) également issu du concept des écoles promotrices de santé en phase de déploiement (33). Les laboratoires de recherche sont à pied d'œuvre sur les questions de santé des jeunes. Ainsi, plusieurs travaux dans le champ de la promotion de la santé dans le 2nd degré sont conduits et partagés par l'Université de la Nouvelle-Calédonie dans des revues scientifiques internationales (34) et en collaboration avec les pays de la région (35).

Même s'il existe une contre-proposition assez forte au plan de santé Do Kamo de la part du conseil du dialogue social contre le plan de santé calédonien (36), celle-ci ne remet pas en question le travail intersectoriel bien au contraire. Elle remet plutôt en question la gouvernance des dépenses de santé et propose une implication des acteurs sociaux dans les instances (37). Il en est de même concernant le Projet éducatif calédonien dont les critiques portent dans le contenu sur le poids de la culture kanak pour les indépendantistes (38) et sur l'assurance d'une qualité de diplôme pour les non-indépendantistes. En revanche l'ambition stratégique liée à la santé et au bien-être des élèves à l'école vers la réussite éducative est partagée par tous les acteurs politiques (9).

In fine, cette stratégie intersectorielle se veut équitable en répondant à chaque territoire scolaire de manière proportionnée. Cette stratégie nécessite un soutien fort en matière de formation et d'accompagnement des enseignants (notamment du premier degré) quel que soit leur lieu d'exercice. Tenir compte et répondre à ces critères d'équité et de soutenabilité est incontournable dans une approche promotrice de santé à l'École afin d'agir efficacement sur les inégalités sociales et territoriales de santé pour améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens.

Conclusion

De 2016 à 2019, la convergence des courants s'est produite avec un changement de gouvernement accompagné de la tenue d'assises de la santé et de l'élaboration d'un projet éducatif. Elle a été précédée par des rencontres citoyennes entre 2010 et 2014 lors du « grand débat sur l'avenir de l'école calédonienne. » Ces démarches de concertations citoyennes amènent à l'implication des acteurs de la santé et de l'éducation autant dans le Projet éducatif calédonien que le plan de santé Do Kamo. Cette intersectorialité apporte de la cohérence, de la rationalité en articulant les politiques publiques. Pour le secteur de l'éducation cette dynamique est liée au transfert de compétences de l'enseignement du second degré et de la santé scolaire à la Nouvelle-Calédonie entamée en 2012. Pour le secteur de la santé la tenue des « Assises de la santé » de 2015 concrétise le plan Do Kamo. Ainsi l'Inspection générale des affaires sociales y verra « *une volonté politique d'améliorer le niveau sanitaire et social de la population très largement partagée par les partis politiques, les Gouvernements successifs, les Provinces, les partenaires sociaux, les corps intermédiaires et la population.* » (19). Ainsi, les cabinets de la santé et de l'éducation ont pu être considérés comme « entrepreneurs » du fait du lien institutionnel qu'ils ont avec les directions respectives. Le double-portage politique de la promotion de la santé en milieu scolaire a permis sa mise à l'agenda et élargi le champ d'actions des directions de la santé et de l'enseignement auprès des acteurs de l'école.

La mise en œuvre d'une commande politique de promotion de la santé à l'École a demandé une approche intersectorielle initiée par l'agence de santé et la direction de l'enseignement accompagnées d'experts en capacité de nourrir le projet politique. Cette stratégie intersectorielle sera renforcée par l'implication et la visibilité de cette collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation par les membres du gouvernement et leurs cabinets malgré leurs divergences politiques. La volonté politique de travailler la promotion de la santé avec le secteur de l'enseignement du 1^{er} et du 2nd degré reste visible et le portage politique par la membre du gouvernement en charge de l'enseignement depuis 2019 reste d'actualité (39).

Ainsi, l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité en 2016 montre ses effets dans le temps avec désormais l'inscription de la promotion de la santé en milieu scolaire en seconde position des priorités de santé de la Nouvelle-Calédonie en juillet 2023 (40).

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Brunet S, Fallen C, Joris G, Leva C. Gouvernance et politiques de santé. les chemins de la cohérence. Sante Publique (Paris). 2008 Mar;20(2):177–90.
2. Potvin L, Jourdan D. Global Handbook of Health Promotion. Springer N. Vol. 1. Switerland; 2022. 869 p.
3. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien "Do Kamo, Etre épanoui ! ". 2016.
4. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n°106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'école calédonienne. 2016.
5. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019 - Synthèse 45 - RP 2019. 2020.
6. Pantz P-C. Existe-t-il des territoires kanak ? Multitudes. 2017;68(3):196.
7. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. Synthèse 52: BDF 2019-2020: En 2019, le taux de pauvreté reste stable en Nouvelle-Calédonie. 2021.
8. Gavard A-M. Mutations et influences du système de santé en Nouvelle-Calédonie. In: Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale. Nouméa; 2008. p. 187–209.
9. Capron R. Quelques exemples de politiques publiques décidées par la Nouvelle-Calédonie depuis le transfert : d'une vision technique des transferts à la construction d'un Projet éducatif. In: L'école du destin commun. Presses Un. Nouméa; 2017. p. 55–61.
10. Kingdon J. Agendas alternatives and public policy. Longman Hi. Boston; 1984. 240 p.
11. Ridde V, Béland D, Lacouture A. Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. Montréal, Québec, Canada; 2016.
12. Bocquet N. Théorie des courants multiples et systèmes politiques consensuels: l'adoption de solutions techniques en Région bruxelloise. Gouv action publique. 2020;9(3):81–111.
13. Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. BMJ. 1995;311:109–12.
14. Bloor M, Wood F. Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts. SAGE Publications Ltd; 2006. 208 p.
15. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Charte d'application de la délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne. 2016. 15p.

16. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Do Kamo Être épanoui Plan de santé calédonien 2018-2028 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=298:do-kamo-plan-de-sante-caledonien>
17. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Réforme du primaire et nouveau socle commun [Internet]. 2019. Available from: <https://gouv.nc/actualites/04-01-2019/reforme-du-primaire-et-nouveau-socle-commun>
18. Jourdan D. Dix mesures pour une politique de promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie [Internet]. 2017. Accessible à: <https://drive.uca.fr/d/6e13154ad82a4df09346/files/?p=/Rapport%20Sant%C3%A9%20Oscolaire%20NC.pdf>
19. Calmette P, Rey J-L. Analyses et recommandations de la mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé. 2018.
20. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Rapport d'activité 2016. 2017.
21. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Rapport compte administratif 2018. 2019.
22. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Compte administratif 2017. 2018.
23. Joissains S, Sueur J-P, Tasca C. Rapport d'information fait au nom de la commission du Règlement et d'administration générale sur la Nouvelle-Calédonie. 2014.
24. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Déclaration de politique générale prononcée devant le Congrès, au nom du 14eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie par M. Philippe Germain président du gouvernement. 2015.
25. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Déclaration de politique générale prononcée devant le Congrès au nom du 15eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie par M. Philippe Germain président du gouvernement. 2017.
26. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Nouvelle Calédonie; 1994.
27. Douiller A, Dupeux N, Le Calvez V. JE (TE) PROMEUS LE LANGAGE ! Agir pour le développement langagier : tous concernés [Internet]. Chaire Unesco Educations & Santé; 2021. Available from: <https://chaireunesco-es.org/2021/05/12/je-te-promeus-le-langage-agir-pour-le-developpement-langagier-tous-concernes/>
28. Potvin L, Fernandes Da Rocha C. Education, santé, social: travailler ensemble au service de tous [Internet]. Chaire Unesco Educations & Santé; 2021. Available from: <https://chaireunesco-es.org/2021/05/03/education-sante-social-travailler-ensemble->

au-service-de-la-sante-de-tous/

29. Faucher C, Boivin M, Diop R, Damus O, Fernandes Da Rocha C, Levesque C, et al. Décoloniser les savoirs et les pratiques, un impératif de justice sociale [Internet]. Chaire Unesco Educations & Santé; 2022.
30. Chaire Unesco EducationS & Santé. Créer les conditions de la santé de tous : des pratiques à un cadre structurant pour l'action [Internet]. 2023. Available from: <https://chaireunesco-es.org/2023/11/14/creer-les-conditions-de-la-sante-de-tous-des-pratiques-a-un-cadre-structurant-pour-laction/>
31. Chaire Unesco EducationS & Santé. Le futur de la promotion de la santé à l'école dans le Pacifique [Internet]. 2023. Available from: <https://chaireunesco-es.org/lavenir-de-la-promotion-de-la-sante-en-milieu-scolaire/>
32. TNTV News. "Ecoles en santé" rassemble les îles du Pacifique. 2023 Jun 19; Available from: <https://www.tntv.pf/tntvnews/polynesie/societe/ecoles-en-sante-rassemble-les-iles-du-pacifique/#:~:text=Fin juin 2023%2C un total,la Communauté du Pacifique Sud.>
33. Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements. ABMA, Aller Bien pour Mieux Apprendre [Internet]. 2024. Available from: <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?rubrique403>
34. Frayon S, Wattelez G, Paufigue E, Nedjar-Guerre A, Serra-Mallol C, Galy O. Overweight in the pluri-ethnic adolescent population of New Caledonia: Dietary patterns, sleep duration and screen time. *Lancet Reg Heal - West Pacific* [Internet]. 2020;2:100025.
35. Trask S, Manuele P, Borne L, Galy O, Potter B, Bay J. Developing the Tokelau National Health and Physical Education Curriculum: A case study. *Health Educ J* [Internet]. 2023 Dec 30;00178969231219567.
36. Chambre Territoriale des Comptes de Nouvelle-Calédonie. Rapport d'observations définitives L'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie Exercices 2014 et suivants. Nouvelle Calédonie; 2021.
37. Saidi A. "Ma santé-NC : Un plan de réforme du système de santé de la Nouvelle-Calédonie. Regards [Internet]. 2023;1(61):189–201. Available from: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-regards-2023-1-page-189.htm>
38. Salaün M, Duclos R. L'école à l'heure du « Projet éducatif de la Nouvelle- Calédonie » : une école décolonisée ? Entretien avec L'Union des Groupements de Parents d'Elèves de Nouvelle-Calédonie. *Mouvements* [Internet]. 2017;3(91):99–106.
39. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Plein feu sur la rentrée ! [Internet]. 2020. Available from: <https://gouv.nc/actualites/17-02-2020/pleins-feux-sur-la-rentree>
40. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n°320 du 20 juillet 2023 relative à la promotion de la santé et à l'offre de prévention du plan de santé calédonien "Do Kamo, être épanoui ! " [Internet]. 2023.

8.1.2 SYNTHÈSE DU 1er ARTICLE

Selon le modèle de Kingdon, on peut considérer qu'une fenêtre d'opportunités s'est ouverte de 2016 à 2019 avec la convergence des 3 courants et la mobilisation des entrepreneurs politiques (l'Agence sanitaire et sociale et la Direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie). Ces derniers ont pu faire adopter la solution qu'ils préconisaient (un travail intersectoriel autour de l'éducation et de la santé à l'École) pour répondre au problème inscrit à l'ordre du jour (Ridde et al., 2016) c'est-à-dire améliorer la santé de la population calédonienne.

Ainsi, les collaborations entre les cabinets de la santé et de l'éducation et de leurs directions respectives auront permis l'émergence d'une même voix d'une nouvelle politique de promotion de la santé en milieu scolaire. Elles se concrétisent à travers des engagements financiers partagés, un périmètre d'action dans les deux secteurs, l'adoption de textes structurant et complémentaires.

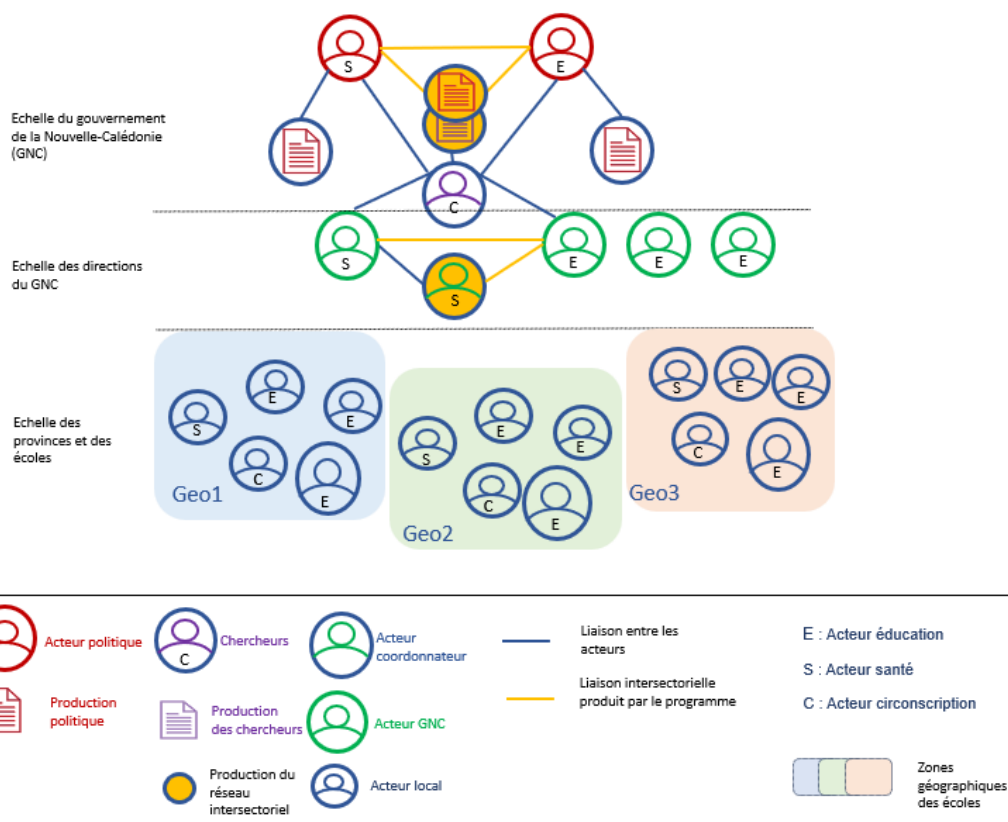


Figure 16 – Etat du réseau d'acteurs de la promotion de la santé à l'École lors de la phase de problématisation - Août 2018 (inspiré de Law, 1994)

Cette analyse permet désormais de positionner les 1ers actants du réseau constitué autour de la promotion de la santé à l'École en Nouvelle-Calédonie.

Y sont identifiés les cabinets de la santé et de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (personnages rouges) collaborant de manière intersectorielle (liaison jaune) et destinataires du rapport relatif à la l'état de la promotion de la santé en milieu scolaire (document violet sur fond jaune) produit par le chercheur A (personnage violet). Un autre document est également produit cette fois-ci par les 2 acteurs politiques : la commande de l'outil d'éducation à la santé (document rouge sur fond jaune). Ensuite les délibérations propres à chaque secteur (documents rouges sur fond blanc) en l'occurrence le plan Do Kamo et le Projet éducatif calédonien ont été inscrits dans le réseau puisque l'un et l'autre invitent à collaborer dans les 2 secteurs.

Au niveau des directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sont représentés les entrepreneurs politiques de la santé (personnage bleu avec S) et de l'enseignement (personnage bleu avec E) qui collaborent de façon intersectorielle et produisent un autre actant intersectoriel : un coordonnateur-santé (personnage vert entouré en bleu sur fond jaune).

En août 2018, lors de la phase de problématisation, on observe donc la production de 3 actants intersectoriels : le chargé de mission santé positionné à la direction de l'enseignement (en 2016), le rapport relatif à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie (de 2017) et la commande commune d'un outil pédagogique d'éducation à la santé (en 2018).

8.2 DES DIRECTIONS DU GOUVERNEMENT AUX ECOLES (2nd article en cours de finalisation)

Auteurs : Carmella Fernandes Da Rocha et Didier Jourdan

8.2.1 « Comment améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens ? »

La phase de problématisation débutée en 2016 pose une question à la fois simple et complexe : Comment améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens ? Simple en se disant qu'en s'y prenant tôt, les générations à venir seront en meilleure santé. Complexe car on fait la santé avec les gens, avec leurs conditions de vie, leurs habitudes, au-delà de savoirs scientifiques.

8.2.1.1 Proposition d'un outil pédagogique d'éducation à la santé co-construit

En août 2018, suite aux recommandations de la mission relative à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie, l'agence de santé commande la « Réalisation de documents d'accompagnement pédagogique pour l'ensemble des contenus des programmes scolaires de la Nouvelle-Calédonie participant à l'éducation pour la santé des élèves » à l'équipe du laboratoire Acté et la chaire Unesco EducationS & Santé. Dans cette commande, il est spécifiquement demandé que l'outil pédagogique soit au format numérique. L'équipe de chercheurs propose donc un dispositif intersectoriel mobilisant les acteurs de l'environnement scolaire dans une démarche innovante de co-construction d'un outil pédagogique d'éducation à la santé. Ils prévoient d'élaborer un prototype de l'outil pédagogique combinant les données de la recherche et les données expérientielles. Ce prototype sera ensuite affiné avec les cadres de l'enseignement et de la santé puis expérimenté en classe par des enseignants volontaires. Cette expérimentation finalisera la construction de l'outil grâce à leurs retours. La phase de déploiement sera assurée par les cadres de l'enseignement et de la santé qui suivront préalablement une formation de formateurs proposée par les chercheurs A et D.

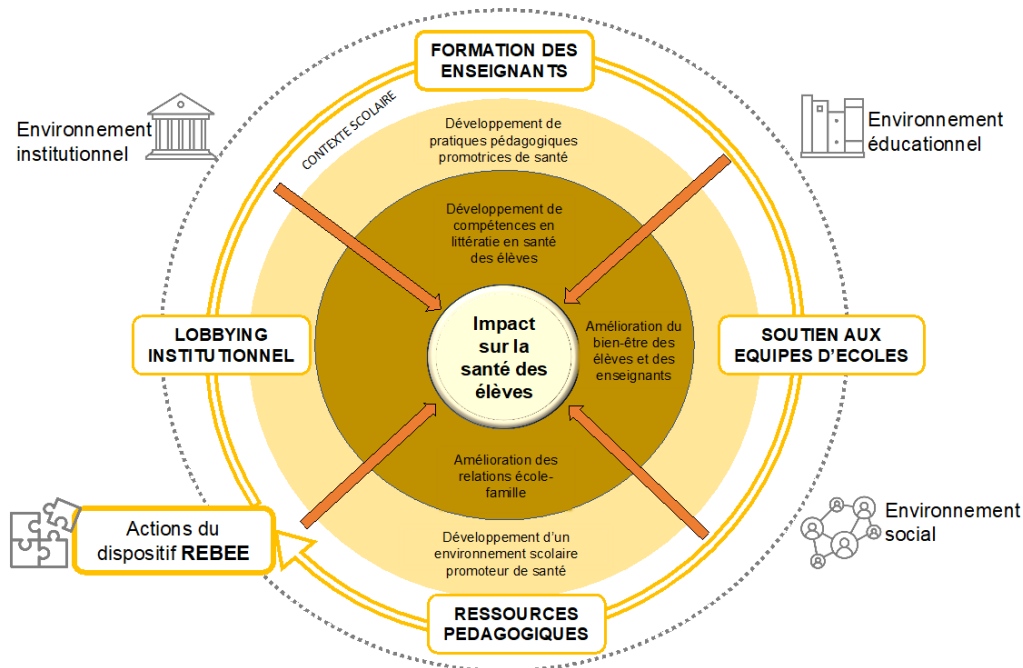


Figure 17 – Modèle logique de la recherche-intervention

En y regardant de plus près, on observe que le modèle logique d'intervention va au-delà de la production d'un outil pédagogique d'éducation à la santé. En effet, l'équipe de recherche propose une démarche de renforcement des compétences des enseignants en produisant avec eux des outils conçus pour répondre à leurs préoccupations et aux besoins d'enseignement de tous les élèves notamment les plus vulnérables. La démarche est écologique et intersectorielle, elle s'intègre dans le contexte de l'école et mobilise les acteurs des secteurs de la santé et de l'enseignement. Le point de passage obligé « Comment améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens ? », passe d'abord par le développement de pratiques pédagogiques et d'un environnement scolaire promoteurs de santé ; générant ensuite le développement de compétences en littératie en santé des élèves, l'amélioration du bien-être des élèves et des enseignants et des relations école-famille.

8.2.2 « Comment intéresser les acteurs calédoniens de la santé et de l'éducation ? »

8.2.2.1 Intéressement des cadres

Le travail débute pour les chercheurs par un diagnostic des pratiques de classe afin de dessiner les bases du prototype. Le chercheur B arrive en Nouvelle-Calédonie en septembre 2018 pour quelques semaines. Des coordonnateurs des directions assistent le chercheur, un de l'agence de santé, un de l'équipe Do Kamo (Sante_Coord) et deux de l'enseignement public (Ens_Coord). Des réunions d'échanges et de présentations du dispositif sont conduites auprès de la direction de l'enseignement public et de l'agence de santé et des rencontres avec des enseignants permettent au chercheur de récolter les éléments de contextualisation dont devront tenir compte les chercheurs. Les conditions de pratique de classe, les représentations de l'éducation à la santé des acteurs mais aussi et surtout la nouvelle réforme

scolaire qui sera votée pour la rentrée de février 2019. L'acceptation n'est pas unanime, le chercheur B note chez certains cadres de l'enseignement « une défiance voire un rejet lors de leur rencontre ». À la suite de cette mission, les chercheurs s'attèlent à l'élaboration du prototype et le soumettent à la relecture des cadres calédoniens comme convenu.

Mais à la veille des grandes vacances calédoniennes de mi-décembre, les chercheurs n'ont aucun retour des cadres calédoniens. Les quatre coordonnateurs sont contactés pour comprendre le pourquoi de cette situation. En ressort la charge de travail et les responsabilités en fin d'année scolaire auxquels s'ajoute ce « travail fastidieux ». En effet, cette relecture du prototype est un travail de corrections et d'ajustements de 127 fiches pédagogiques ! Les chercheurs mettent alors en place un « pré-test » de 46 fiches pédagogiques destiné aux 6 cadres de l'agence de santé avec un retour par un questionnaire en ligne et auquel les 6 cadres répondront. Du côté de l'enseignement, les deux coordonnateurs organisent in extremis la relecture complète du prototype sous forme de réunions et de restitutions collectives. Le bilan montre la légitimité, la cohérence et l'utilité des fiches proposées et les chercheurs relèvent « la dynamique participative antérieure à la production des fiches » des cadres de l'enseignement. Cependant, les chercheurs auraient souhaité plus d'éléments de retours. A la veille de Noël, une ultime soumission du prototype est lancée en direction des amies et connaissances calédoniennes exerçant en école élémentaire des étudiants du laboratoire. 3 accepteront d'en faire une relecture pour un niveau de classe et en faire un retour par un entretien en ligne. Désormais arrivent Noël, les vacances d'hiver en France et les grandes vacances en Nouvelle-Calédonie.

8.2.2.2 Déclenchement de la participation des cadres à la co-construction du prototype

Cependant, les chercheurs estiment « la version très moyenne », ils décident de remissionner le Chercheur B « pour l'améliorer, l'optimiser » à la rentrée scolaire de février 2019 en Nouvelle-Calédonie en accord avec la direction de la santé et les coordonnateurs-santé. Des rencontres sont organisées avec les directions de la santé et de l'enseignement privé et public pour recueillir leurs retours généraux sur l'outil et relancer leur participation à la co-construction du prototype par des relectures et des retours détaillés. Le temps presse car le prototype pour le test dans les classes doit être prêt pour le mois d'avril.

8.2.2.2.1 Groupes de travail collectif et rencontres pour résoudre les controverses

Pour les chercheurs « il est important de tenir compte des remarques des partenaires et de leur connaissance extraordinaire du terrain. » Dès les premiers échanges dans la co-construction du prototype entre les chercheurs et les cadres des négociations et controverses apparaissent.

Tableau III : Synthèse des controverses lors de la co-construction du prototype

Période	Nature de la controverse	Acteurs	Actions mises en place	Outils de résolution (acteur à l'initiative)	Résultat
23/11/2018 – 20/12/2018	Non-participation	Sante_GNC	Diversification Entretiens Simplification Relances	Simplification (Chercheurs)	Résolution partielle
23/11/2018 – 29/03/2019	Non-participation	Sante_GNC	Explicitations Rencontres	Rencontres (Chercheurs)	Résolution partielle
23/11/2018- 29/03/2019	Non-participation	Ens_GNC	Rencontres Prévention Travail collectif	Groupes de travail collectif (Ens_coord)	Résolution complète
09/01/2019 – 19/04/2019	Contenu des fiches	Sante_GNC	Explicitations Médiation Ajustements de forme Rencontre prévue le 23/04/2019	Fiches connaissances le 06/02/2019 (Sante_Coord)	Non satisfaisant (report de la controverse sur le positionnement Sante_GNC)
18/03/2019 – 25/03/2019	Démarche pédagogique	Sante_GNC Sante_Geo1 Sante_Geo2 Ens_Geo1 Ens_Geo2	Rencontres	Rencontres (Chercheurs – Sante_Coord)	Résolution partielle
05/04/2019- 30/04/2019	Positionnement	Sante_GNC	Rencontre le 23/04/2019 Notes de cadrage	Non (Chercheurs – Sante_Coord)	Retrait Sante_Geo1 Sante_GNC

8.2.2.2.1.1 Controverse 1 : Résolue

Les inspecteurs et conseillers pédagogiques de la direction de l'enseignement s'organisent en plusieurs groupes de travail pour effectuer la relecture des 175 fiches et remettent leurs conclusions à l'un des coordonnateurs-enseignement. Ce dernier assurera la transmission par mail et un échange en visioconférence avec les chercheurs. Les cadres de l'enseignement tiennent à inscrire une entrée par cycle scolaire ainsi que des parcours de progressivité pour chaque séquence pédagogique composées de 7 activités de classe. Cette exigence est liée à la réforme des programmes scolaires du 1^{er} degré votée en janvier 2019 pour laquelle les niveaux de classe sont regroupées et remplacées par des niveaux de cycle. Dans le même temps, la direction de l'enseignement « tient à ce que l'abord de l'éducation à la santé puisse se faire [par discipline] » et les chercheurs tiennent à maintenir les niveaux de classe car « dans la vie courante il n'est pas d'usage d'identifier les élèves ainsi dans leur niveau d'étude. » Ainsi, le prototype se verra évoluer en 3 versions de la proposition initiale des chercheurs à une version enrichie par des parcours thématiques, des entrées par niveaux de classe mais aussi de cycle ainsi que des entrées disciplinaires et liées au socle commun de compétences des élèves.

8.2.2.2.1.2 Controverse 2 : Non résolue

Les directions sanitaires à l'échelle gouvernementale et provinciale apportent leur expertise technique dans l'élaboration des fiches et fournissent des liens vers des ressources scientifiques. Pour autant le contenu des fiches leur paraît incomplet et insuffisamment contextualisé. Pour y répondre le contenu des fiches pédagogiques sera revu par les chercheurs avec l'intégration d'éléments du contexte calédonien et la création de nouvelles fiches maladies (rhumatisme articulaire, leptospirose ...).

Du côté des directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, la centralisation des retours des cadres sera transmise par mail avec les coordonnateurs-santé. L'équilibre entre l'approche medicocentrée et l'approche globale de la santé est un exercice connu des chercheurs qui notent : « Il est relevé par ces personnels un manque d'explicitation sanitaire de nos messages qu'ils souhaiteraient plus hygiénistes et normatifs (les pédagogues de leur côté souhaiteront certainement une approche plus didactique !) ». Les cadres de santé du gouvernement élaboreront des fiches complémentaires nommées « fiches connaissances » auxquelles contribueront l'un des coordonnateur-enseignement et une des directions de l'enseignement privé sous la coordination des coordonnateurs-santé. A ces remises en question du contenu des fiches pédagogiques par la direction de la santé va s'ajouter des demandes sur leur positionnement dans cette démarche pédagogique durant plusieurs semaines médiés par l'un des coordonnateurs-santé. Malgré l'organisation d'une rencontre avec la direction de l'éducation Geo2 (Ens_Geo2) et les Chercheurs A et C dès leur arrivée pour la formation des enseignants à l'utilisation du prototype, la direction de la santé (Sante_GNC) ne sera pas présente dans l'expérimentation du prototype et sera représentée par le coordonnateur-santé (Coord_Sante).

8.2.2.2.1.3 Controverse 3 : Résolue

Du côté des provinces, les retours ont été présentés par les équipes de prévention en visioconférence avec des explications détaillées de chacune de leurs observations. Les directions sanitaires des territoires Géo1 et Géo2 en plus de leur forte contribution à la relecture des fiches du prototype, seront dans une quête de leur rôle dans l'expérimentation puis dans l'utilisation des fiches en classe. Les chercheurs y répondront lors des 6h d'échanges en visioconférence et ne manqueront pas de « valoriser la place des éducateurs sanitaires, les structures locales et les acteurs de santé. »

8.2.2.2.2 Un prototype aussi pour ceux qui n'ont pas de réseau internet

Au sein des chercheurs, un moteur de recherche des 175 fiches sur clef USB est proposé par le Chercheur B. En effet, le nombre de fiches est passé de 127 à 175 en 4 mois. Ce chercheur catégorise donc les 175 fiches par niveau de classe, cycle, discipline, parcours thématique et produit ainsi un moteur de recherche avec toutes les entrées possibles selon le cycle et le niveau scolaire de la classe. Cet outil, « qui fait hyper pro » pour les plus jeunes mais non prévu initialement pour les chercheurs plus anciens, est discuté durant plusieurs semaines. Il sera finalement validé par les chercheurs à 15 jours du début de la phase de co-construction avec les écoles.

Le prototype, la 4^e version, sera donc présenté aux écoles en avril sous 2 formats : un dossier papier de 2 séquences de 14 activités interdisciplinaires chronologiquement prédéfinies ; un format numérique avec un moteur de recherche des 175 fiches sur clef USB.

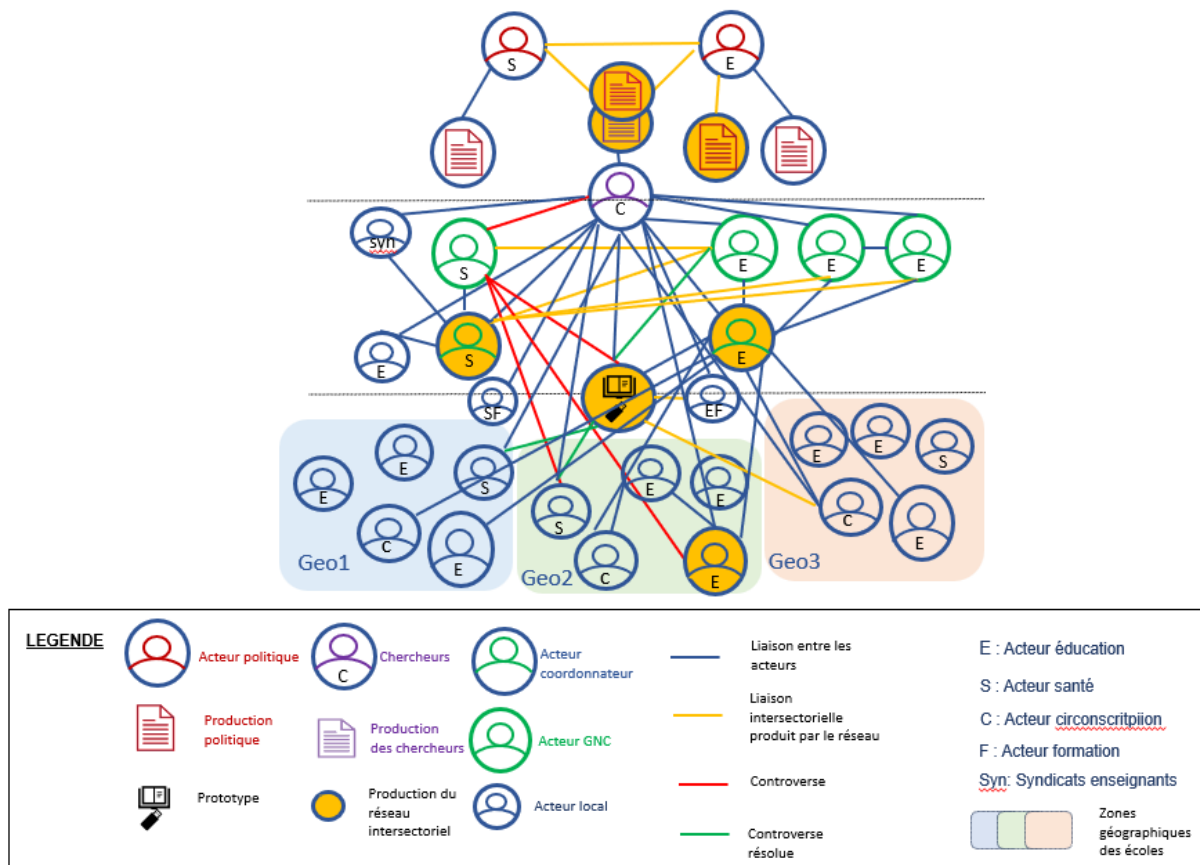


Figure 18– Phase d'intéressement des cadres – Avril 2019 -(inspiré de Law, 1994)

Lors de la phase d'intéressement des cadres, 3 nouveaux actants intersectoriels émergent : des nouveaux programmes scolaires incluant explicitement l'éducation à la santé, des coordonnateurs de l'enseignement dédiés à la mise en place du dispositif et le prototype élaboré avec les cadres des 2 secteurs. On y note également un « rayonnement » de la controverse non résolue qui amènera au retrait de l'actant sur la phase suivante malgré la médiation réalisée avec la direction de l'éducation Geo2.

8.2.2.3 « Créer de l'engagement et une dynamique d'appropriation de l'outil »

Des présentations de l'outil sous ses 2 formats seront réalisées par les coordonnateurs de la santé et de l'enseignement en direction des directions des écoles publiques et privées. Les équipes d'écoles, directeurs et enseignants, sont invitées à se former à l'outil puis à s'engager à le tester sur 2 périodes scolaires de 7 semaines avec leurs élèves tout en informant les familles. Pour ce faire, ils sont invités à s'inscrire à une formation conjointe enseignements public et privé intitulée « Prendre part à une innovation pédagogique en lien avec la recherche : travailler au développement d'outils pédagogiques en éducation à la santé. » Cela aboutira à l'inscription de 139 personnes de 46 écoles c'est-à-dire 23% des écoles des 3 provinces. Du côté des directions sanitaires provinciales, 2 s'inscriront au stage (Géo2 et Géo3) et l'autre se retirera du projet (Géo1) faute de ressources humaines disponibles.

Les formations se déroulent sur toutes les provinces avec des préoccupations de santé liées aux problématiques de santé publique et d'environnement et de l'importance du bien-être relevés dans le discours des stagiaires auxquels s'ajoutent en fin de séance des notions de collaboration et de politique de santé. Les fiches d'évaluation de séance font un retour positif du stage. Chacun repartira donc avec 2 dossiers au format A3 contenant 7 fiches hebdomadaires, sa clef USB et le lien pour répondre au questionnaire en ligne. L'objectif des chercheurs de : « créer de l'engagement et une dynamique d'appropriation de l'outil » paraît atteint. L'expérimentation peut donc débuter pour les 2 prochaines périodes scolaires soit 14 semaines. Les chercheurs retournent dans l'hexagone et traiteront les retours d'expérimentation à distance grâce au questionnaire en ligne.

8.2.3 « Comment les acteurs s'approprient-ils l'innovation ? »

8.2.3.1 « *l'expérimentation prend-t-elle ?* »

A la mi-juillet, les chercheurs comptabilisent les retours en ligne de 4 enseignants pour 2 séquences et 3 fiches. En effet, malgré des mails de rappel et la newsletter pour communiquer sur le dispositif la participation en ligne ne décolle pas. « Il a donc été décidé d'organiser une nouvelle tournée des écoles début septembre afin de recueillir leurs retours et les accompagner sur le dispositif. » Le Chercheur C repart donc en Nouvelle-Calédonie. Il recueillera par entretiens, focus group, recueils de traces écrites les éléments de l'expérimentation en situation réelle de classe par 60 enseignants représentant 25 écoles publiques et privées des 3 provinces. Tout ce matériel sera transmis par voie électronique au fil de l'eau aux chercheurs restés en France qui doivent apporter les modifications à l'outil pour le finaliser. L'outil final devant être présenté en novembre aux cadres de l'enseignement et de la santé invités à une formation de formateurs pour en assurer eux-mêmes la formation aux équipes d'écoles.

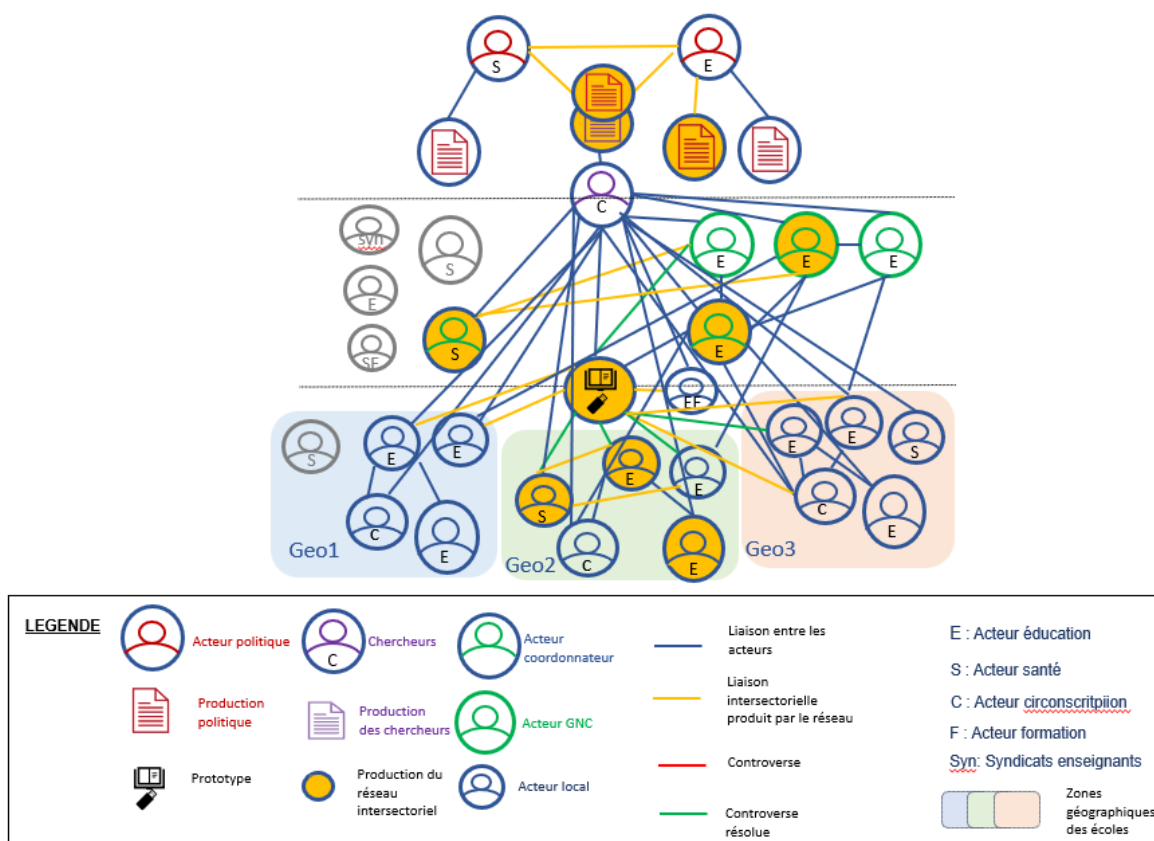


Figure 19 – Etat du réseau à la phase d'enrôlement des écoles -Septembre 2019-(inspiré de Law, 1994)

L'enrôlement des écoles voit apparaître 3 nouveaux actants humains faisant le lien entre les secteurs de la santé et de l'enseignement : un situé au niveau de la direction de l'enseignement privé 1 ainsi que 2 acteurs locaux du territoire Géo2 (un de la santé et l'autre de l'enseignement). Sont également notés de nouvelles connexions intersectorielles des actants de l'enseignement des territoires Géo1 et Géo3.

8.2.3.2 « Doute et légitimité de l'outil »

8.2.3.2.1 Formation de formateurs et controverse 4

En novembre 2019, les chercheurs A et D arrivent en Nouvelle-Calédonie afin d'assurer la formation à l'outil pédagogique des cadres. Désormais l'outil se compose de 200 fiches d'activités de classe multi entrées et d'un guide pédagogique disponibles en téléchargement sur le site internet des chercheurs. Ce seront 44 directeurs, conseillers et inspecteurs pédagogiques ainsi que 31 responsables de programmes de prévention qui seront formés à l'outil destiné aux enseignants des écoles élémentaires. Le bilan de formation est globalement positif avec une reconnaissance du travail fournit par les chercheurs et un intérêt important. Néanmoins, à la question s'ils se projetaient dans l'utilisation future de l'outil, les réponses montrent une réponse affirmative et ferme de 24% des cadres, négative et ferme pour 3% d'entre eux puis 32% ont eu une réponse mitigée et 40% n'évoquent pas un usage à court ou

moyen terme de l'outil. Pour autant, une communication via les médias calédoniens est lancée en décembre, à laquelle participe le membre du gouvernement en charge de l'éducation, le chef de cabinet de la santé, la direction de l'agence de santé et les chercheurs. Confiants, les chercheurs donnent leurs recommandations aux directions de la santé et de l'enseignement pour la phase de déploiement de l'outil prévu à la rentrée de février 2020 et repartent en France hexagonale.

8.2.3.2.2 Fiches connaissances et controverse 2

Le travail d'élaboration de fiches expertes par les cadres de la santé appelées « Fiches connaissance » débuté en début d'année 2019 se poursuit. Pour autant l'outil final n'a pas encore leur complète adhésion même avec le soutien des coordonnateurs des 2 secteurs et d'un cadre de l'enseignement privé. Ce dernier est fraîchement diplômé d'un master en éducation dont l'une des unités d'enseignement a été validée sur le dispositif en cours.

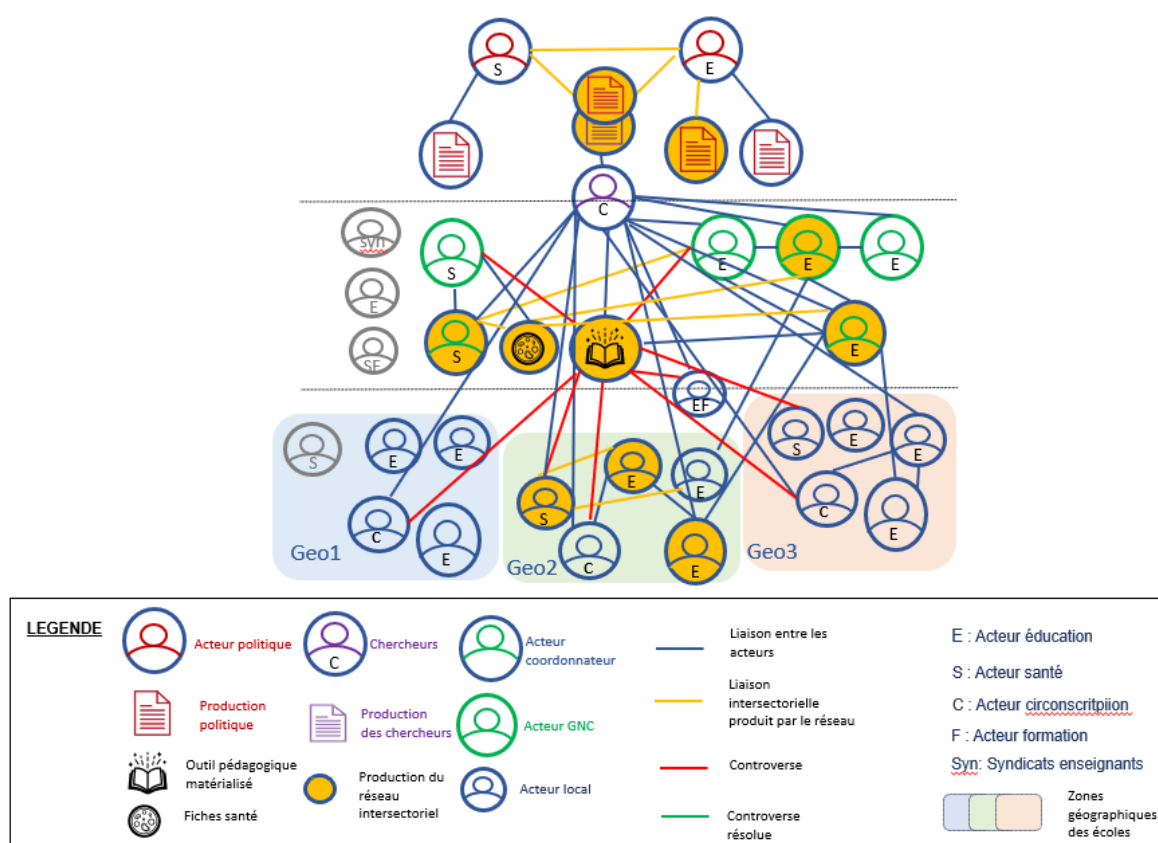


Figure 20– Etat du réseau à la phase d'enrôlement des cadres -Novembre 2019-(inspiré de Law, 1994)

La phase d'enrôlement des cadres fait apparaître plusieurs controverses en direction de l'outil finalisé et un nouvel actant : « les fiches connaissances » élaborées par les cadres de la santé avec les contributions des coordonnateurs de l'enseignement et la direction de l'enseignement privé 1.

8.2.4 « Qui parlent au nom de qui ? »

A cette étape, les porte-paroles issus de regroupements de différentes entités émergent. A l'évidence nous n'aurions pas été surpris de retrouver nos 4 coordonnateurs dédiés au programme mais ce ne fut pas le cas.

8.2.4.1 *Communication de rentrée perturbée*

A la rentrée de février 2020, débute une communication sur la politique de promotion de la santé du 1^{er} au 2nd degré « pour un véritable parcours de l'élève en matière de santé ». Pour le vice-recteur, « L'idée c'est de dire que la condition de la réussite, c'est aussi de se retrouver dans un environnement scolaire où le climat est apaisé, où les questions de santé sont prises en compte, où l'on encourage le sommeil réparateur et les activités physiques au bon moment. » L'implication du vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements (VR-DGE) est liée à l'expérimentation de la démarche Aller Bien pour Mieux Apprendre (ABMA) et de l'adoption en décembre 2019 de la délibération n°36 « relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire », par laquelle il assure le secrétariat du comité technique de coordination de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Malheureusement, le phasage du dispositif est bouleversé par la pandémie du COVID-19. La Nouvelle-Calédonie n'est pas directement touchée mais par mesure de précaution, elle s'isole du monde et se confine.

Néanmoins, une évaluation du dispositif Rebee élémentaire sur les acquis de compétences en santé des élèves et des représentations des enseignants est demandée par l'agence de santé (qui est le financeur) et la direction de l'enseignement public (qui assure le contrôle pédagogique de l'outil).

8.2.4.2 *Ajustement du programme de recherche*

L'équipe de recherche désormais étoffée de 2 doctorants en sciences de l'éducation et 1 étudiant en 2^e année de master santé publique s'attèle donc au protocole d'évaluation de l'outil élémentaire dont l'objectif est de « rendre compte aux politiques » ; à la première phase-projet de co-construction de l'outil maternelles ; et à la finalisation des éléments de l'outil élémentaire numérique provisoirement hébergé sur le site des chercheurs en attendant son hébergement sur les sites des directions de la santé et de l'enseignement public. Du côté de l'enseignement privé, le coordonnateur entame des démarches pour l'hébergement de l'outil sur leur site. Pour les chercheurs ce volet communication est important à entretenir pour renforcer la capacité d'action des maîtres et des maîtresses (« nous on parle aux maîtres »). Le besoin d'assurer la continuité pédagogique durant le confinement et la mise en place de l'outil Rebee élémentaire en ligne permettront aux directions de l'enseignement de proposer, en complément d'outils transmis par les équipes d'écoles, des fiches pédagogiques

en éducation à la santé utilisables par les familles. Des clips de présentation destinés à la communauté éducative sont réalisés et mis en ligne par les chercheurs.

8.2.4.3 Résolution de la controverse 4

Une évaluation sur la prise en main de l'outil élémentaire est réalisée d'avril à mai 2020. Le questionnaire administré en ligne a permis d'interroger 30 enseignants des trois provinces, sélectionnés par les conseillers pédagogiques de la direction de l'enseignement public et 20 étudiants en santé publique non exposés au programme. Ils ont été invités par courriel à participer à cette évaluation. Les questions portaient sur : l'adaptabilité des fiches aux pratiques des enseignants et aux élèves, l'attractivité des activités pour les élèves, la pertinence des scénarios pédagogiques pour développer des compétences en éducation à la santé chez les élèves, la nécessité d'une formation ou d'un accompagnement pour utiliser ces fiches, les points positifs et les points à améliorer dans l'outil proposé. En conclusion, les fiches sont perçues comme utilisables (score 8,1/10), utiles (score : 8,4 sur 10) et acceptables (score : 8,3) par la majorité des enseignants interrogés. Les résultats sont donc partagés aux partenaires calédoniens puis un article sera rédigé et publié dix mois plus tard dans une revue anglophone de santé publique. Une évaluation sur les compétences en santé développées par les élèves sera ensuite travaillée pour l'année 2021.

8.2.4.4 Résolution de la controverse 2 ?

Le difficile positionnement des cadres de santé accompagnés par la réalisation de fiches connaissances hébergées sur le site des chercheurs et la production des résultats de la 1^{ère} évaluation de l'outil n'auront pas montré une résolution franche de cette controverse. Quoiqu'il en soit leurs contributions à la démarche intersectorielle s'est poursuivie tout au long du processus de traduction. Ainsi, une équipe « promotion de la santé en milieu scolaire » sera hébergée au sein du vice-rectorat financée par l'agence de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la délibération n°36 « relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire ».



Figure 21 – Etat du réseau lors de la phase de mobilisation des acteurs -Juin 2020 - (inspiré de Law, 1994)

Entre novembre 2019 et juin 2020 de nouvelles productions intersectorielles émanent du réseau d'actants : une délibération de décembre 2019 cadre relative à la promotion de la santé en milieu scolaire, une évaluation sur la prise en main de l'outil pédagogique partagée en juin 2020, la disparition des coordonnateurs de l'enseignement devenus des chercheurs et la direction de l'enseignement public devenue acteur de santé prépondérant dans le cadre de la continuité pédagogique liée au confinement de la COVID-19. L'outil dématérialisé est hébergé sur 2 sites, l'un sur celui des chercheurs dans lequel sont intégrées les fiches connaissances, l'autre sur le site de la direction de l'enseignement public. Une 4eme entité directions de l'enseignement est ajoutée : le vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements (VR-DGE).

8.2.4.5 Mise en ligne de l'outil pédagogique

Concernant l'hébergement de l'outil dématérialisé, ce seront au final 2 sites qui seront créés par les directions des enseignements : celui du public présente l'outil avec des entrées thématiques, une sélection par cycle et niveau de classe puis une présentation de la nature de l'activité pédagogique proposée ; et celui du privé présente toutes les possibilités d'entrées dans les fiches à l'instar de la clef USB proposée aux enseignants lors du test. Sur les 2 sites

internet, l'outil est consultable et téléchargeable en ligne. Quant à l'agence de santé, elle relayera l'outil via un lien sur son site vers celui de l'enseignement privé.

8.2.4.6 Collaboration Santé & Education à capitaliser

En décembre 2020, les 3 directions de l'enseignement, la direction provinciale de l'enseignement Géo1, la direction de la santé et les chercheurs reprogramment le déploiement de l'outil pour la rentrée 2021. Les partenaires s'accordent sur « cette collaboration Santé & Education [qui] est à capitaliser et [qu'] il est important de communiquer fortement là-dessus. » On peut également relever parmi les participants, les 2 coordonnateurs-enseignement dédiés au projet Rebee désormais chercheurs ainsi que la représentante de l'enseignement privé 1 diplômée d'un master en éducation pour lequel ce programme de promotion de la santé a été soutenu. La capitalisation de cette collaboration se reflète également à travers la formation d'experts en éducation à la santé. Ce jour-là, les secteurs de la santé, de l'enseignement et de l'éducation et de la recherche ont parlé d'une seule voix.



Figure 22 - Fin de la traduction -Décembre 2020- (inspiré de Law, 1994)

En décembre 2020, le réseau d'actants s'est étoffé d'un site d'hébergement de l'outil sur le site de la direction de l'enseignement privé 1 et d'un relais vers ce site par l'agence de santé. Cette fois-ci les coordonnateurs-santé du dispositif s'estompent et ce sont les cadres de la santé et le vice-rectorat qui deviennent des traducteurs de la promotion de la santé à l'École.

8.2.5 SYNTHÈSE DU 2nd ARTICLE

L'objectif de cette étude était de suivre l'évolution du réseau d'actants autour d'une innovation sociale : la promotion de la santé à l'École.

Tableau IV – Récapitulatif des évolutions du réseau d'actants lors de la traduction

	Controverses non résolues	Actants non-humains intersectoriels	Actants humains intersectoriels
Intéressement des cadres	Controverse 2	Nouveaux programmes scolaires avec éducation à la santé Prototype co-construit	2 Coord_Sante 2 Coord_Ens 1 Ens_Geo2
Intéressement des écoles			Tous sauf Sante_Geo2 et Sante_Geo3
Enrôlement des écoles			1 Ens_privé1 1 Sante_Geo2 1 Dir_Geo2 1 Ens_Geo1 1 Ens_Geo3
Enrôlement des cadres	Controverse 4	Fiches connaissances Outil final matérialisé Outil web site chercheurs	
Mobilisation des alliés		Délib PSMS Evaluation sur l'outil Outil web Ens GNC Outil web Ens privé1 Relai-outil Sante_GNC	Ens GNC VR-DGE Sante_GNC

Au fil des étapes de la traduction les rôles évoluent par la création de nouvelles connexions, la production de nouveaux intermédiaires et l'entrée/sortie des actants.

La diffusion de la promotion de la santé à l'École circule de l'échelle politique à l'échelle locale. On note une stabilité de la collaboration intersectorielle sur le territoire Géo2 tout au long de la traduction et l'arrivée dans le réseau du vice-rectorat (en charge du second degré). Le processus aboutit en décembre 2020 à l'émergence de traducteurs issus des secteurs de l'éducation et de la santé.

Parmi les effets de cette recherche-intervention le développement de compétences locales en matière d'éducation à la santé est constatée, ces nouveaux experts issus de l'enseignement seront à même d'accompagner les communautés éducatives et éclairer les décideurs dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Considérant les étapes de la traduction, on constate une distinction du processus entre les acteurs locaux et les directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie lors des phases d'intéressement et d'enrôlement.

8.3 A L'ECHELLE DES ECOLES (3^e article – Phases d'intéressement et d'enrôlement des écoles)



DÉTERMINANTS DE LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DE L'ÉDUCATION À LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-CALÉDONIE

[Carmella Fernandes Da Rocha-Puleoto](#), [Nathalie O'Callaghan](#), [Nicolas Tessier](#), [Didier Jourdan](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2022/2 Vol. 34 | pages 169 à 179

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.222.0169

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-169.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

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

Introduction

La santé est influencée par un ensemble complexe de facteurs culturels, environnementaux, sociaux et économiques. En tant que milieu au sein duquel les élèves passent une grande partie de leur vie quotidienne et espace privilégié d'éducation, l'école a une influence sur la santé (World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe), 2016). De nombreuses initiatives en milieu scolaire ont ainsi été lancées, en particulier dans la région Pacifique : Fresh Tastes (Nathan et al., 2016) en Australie, MaliMali (Takeuchi et al., 2017) aux îles Tonga, Mémé Sourire (Tubert-Jeannin et al., 2018) en Nouvelle-Calédonie. Certaines sont des interventions thématiques de santé et d'autres sont fondées sur des approches par milieu, avec des stratégies visant à agir sur les politiques et les pratiques, à remodeler les environnements, à construire des partenariats pour générer des changements durables en milieu scolaire (Whitelaw et al., 2001). Bien que de nombreuses données confirmant l'intérêt de la réalisation d'une démarche de promotion de la santé dans les écoles soient disponibles (Alemán-Díaz et al., 2018; Langford et al., 2014), seuls quelques pays ont réussi à les mettre en œuvre à grande échelle (Fortune et al., 2018). Identifier les approches permettant de généraliser les pratiques professionnelles ayant un impact sur les déterminants de la santé actuelle et future des enfants est un enjeu pour la recherche.

Les données de la recherche sur un grand nombre de réformes ou d'innovations dans le monde éducatif montre que les résultats sont décevants (Bryk, 2017). Une fois mises en œuvre et évaluées dans leur contexte, elles ne produisent pas les effets positifs escomptés. Dès 1995, Tyack et Cuban (Tyack, Cuban, & Press, 1995) attribuaient les échecs des réformes éducatives à la prise en compte insuffisante des contextes ainsi que des visions et des habitudes des professionnels. Les chances de réussite d'une innovation à l'école ou de la diffusion d'un outil dépendraient de deux facteurs principaux : sa compatibilité avec les pratiques habituelles des professionnels et l'efficacité de l'intervention pour les enseignants (Cebe & Goigoux, 2018). La recherche montre que les enseignants modifient leurs pratiques en tenant compte des prescriptions, de leurs propres représentations, des besoins des élèves et du contexte de l'école (Goigoux, 2007). Pour qu'elle se traduise dans les actes, exhorter les enseignants à promouvoir la santé ne suffit pas, il convient de mettre en place, avec eux, une démarche d'accompagnement au changement. Quelle qu'en soit l'approche, la participation réelle des professionnels est un enjeu central (Simar & Jourdan, 2010).

Cette étude en méthodes mixtes vise à comprendre les déterminants de la participation d'enseignants et de cadres de l'enseignement primaire à un dispositif de promotion de la santé et à analyser de façon fine la nature de leur contribution. Elle a impliqué des écoles des trois provinces de l'archipel calédonien dans le Pacifique Sud. Elle a fait l'objet d'un développement méthodologique propre. Le protocole est de type convergent QUAN + QUAL (Creswell & Plano Clark, 2007). Les données sont recueillies via trois modalités, des questionnaires, des interviews et la collecte de traces écrites de l'activité des enseignants. Elles sont analysées selon un double processus parallèle : d'une part une analyse de contenu et d'autre part la mise en œuvre d'un codage en vue d'une analyse quantitative des facteurs conditionnant la participation. De plus la recherche est conduite (du design à l'analyse des

données) par une équipe projet et un groupe de parties prenantes. Le présent article vise à rendre compte tant de la méthodologie utilisée que des résultats de l'analyse détaillée des modalités de participation des enseignants et des facteurs susceptibles de l'influencer.

Matériels et méthodes

Contexte

L'étude se déroule en Nouvelle-Calédonie archipel de 270 000 habitants situé dans le Pacifique Sud entre l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La société calédonienne est « une mosaïque pluriethnique », elle se compose de communautés kanak (41%), européenne (24%) wallisienne et futunienne (8%) ainsi que tahitienne, indonésienne, ni-vanuataise, vietnamienne et d'autres (moins de 8%) (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020b). Le pays est marqué par des inégalités sociales fortes avec 50.000 calédoniens vivant en dessous du seuil de pauvreté (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2021) essentiellement dans les provinces Nord et des Iles (Gorohouna & Ris, 2017). Le territoire est marqué par d'importantes inégalités de santé et d'éducation. Malgré une volonté politique forte d'équilibrer les territoires dans les domaines économiques et sociaux, ces inégalités persistent (Pantz, 2017). Ces dernières se mettent en place de manière précoce avec des écarts de diplôme de sortie du système éducatif liés à des différences dans la maîtrise des fondamentaux observés dès l'école primaire s'accroissant au collège (Gorohouna & Ris, 2017).

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

Pilotage de l'étude

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

Population concernée

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

Collecte des données

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

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

Traitement des données

Les questionnaires, interviews et traces écrites ont été anonymés avant d'être analysés. Les échanges de mail, compte-rendu de réunion et newsletters, les données quantitatives et qualitatives liées aux modifications apportées à l'outil ont été traitées selon la méthodologie de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 2003). Les entretiens ont été traités avec le logiciel d'analyse de contenu QDA Miner©.

L'ancrage dans des réseaux de collaboration des écoles a été établi sur la base de la classification de Merini et Bizzoni-Prévieux (Bizzoni-Prévieux et al., 2011) en Réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) de type 1 (collaborations centrées sur l'école de type « prestation ») et en ROC de type 2 (ancrage de l'école dans un réseau de partenariat étroit et durable).

Après analyse de contenu des retours des enseignants, les données ont été codées pour être analysées de façon quantitative. Nous nous sommes limités à une analyse univariée. Du fait de la faible taille de l'échantillon, les résultats doivent être considérés comme indicatifs sans ambition de représentativité. La participation des enseignants était la variable dépendante, le contexte des écoles, le type de classe, l'ancrage des écoles dans des réseaux de partenariat, les effectifs élèves, la durée de la formation, le nombre de visites dans les écoles, les modalités d'accompagnement et l'implication de la direction de l'école dans le dispositif étaient les variables indépendantes. Le logiciel Jamovi© a été utilisé pour mener à bien cette analyse. Les résultats seront présentés selon une approche complémentaire (Pluye, Gagnon, Griffiths, & Johnson-Lafleur, 2009).

Grille d'analyse de la participation des enseignants

Différentes caractérisations de la participation existent en fonction des domaines d'intervention. Des échelles de participation citoyenne (Arnstein, 1969) (Hart, 1994) au « *Montréal model* » (Pomey et al., 2015). Nous avons choisi de nous appuyer sur la synthèse réalisée en 2019 par PromoSanté Ile-de-France (PromoSanté Ile-de-France, 2019) déclinée en 5 niveaux que nous avons adaptés à l'étude.



Figure 23 : Schéma des démarches participatives des équipes des écoles élémentaires (source : Rebee, 2019)

Légende figure 23 : Grille d'analyse de la participation

La participation des enseignants au dispositif est organisée en 5 niveaux. Dans les 3 premiers niveaux « la décision reste de la prérogative des concepteurs » et sont de nature descendante. Puis l'implication et l'influence des enseignants augmentent jusqu'à influencer sur les orientations et le déploiement du dispositif.

Intervention support de l'étude

Cette étude s'appuie sur un dispositif de promotion de la santé « Réussir Être Bien Être Ensemble » porté de façon intersectorielle par le gouvernement calédonien et copiloté par l'agence de santé et la direction de l'éducation.

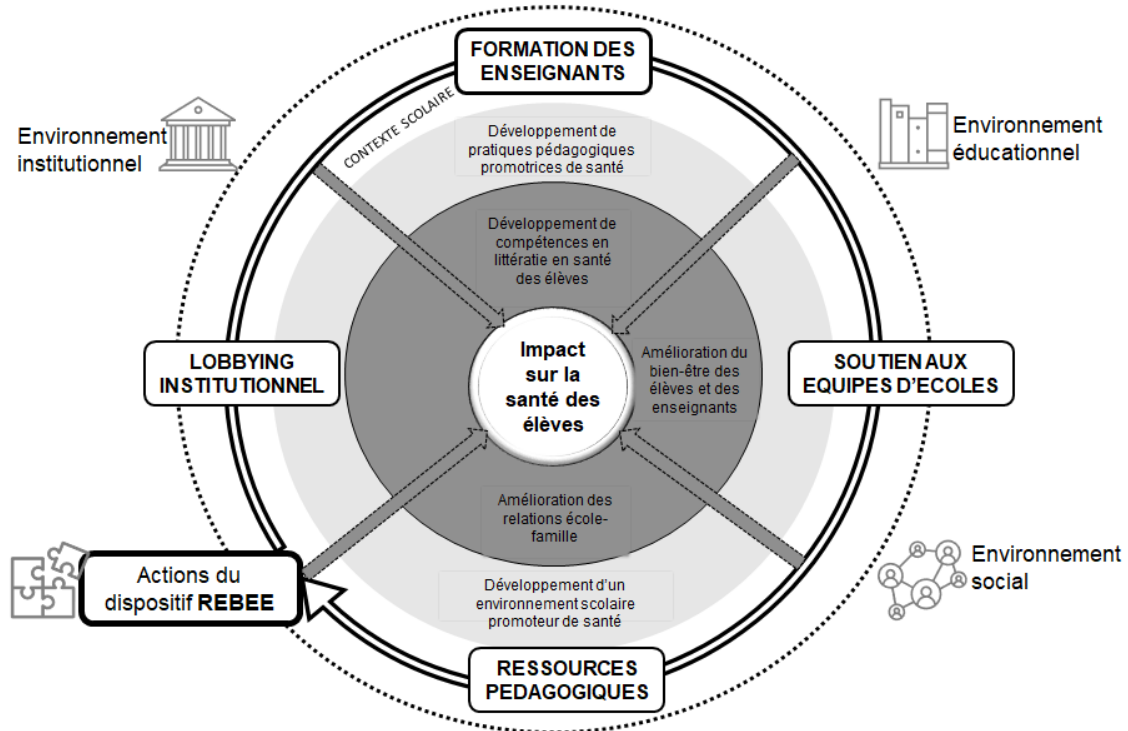


Figure 24 : Modèle logique de l'intervention (source : Rebee, 2019)

Légende figure 2 : Modèle logique de l'intervention

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

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

Ce dispositif est ancré dans une approche socio-écologique de la promotion de la santé (Jourdan et al., 2021) qui articule les dimensions de protection, de prévention et d'éducation selon l'approche d'Andrew Tannahill et coll. (Tannahill, 2008). Le modèle logique de l'intervention (figure 2) s'appuie sur des travaux antérieurs de l'équipe (Pommier, Guével, & Jourdan, 2010) et la grille d'analyse proposée par Jabot et al. (Jabot, Pommier, & Guével, 2017). L'impact envisagé est l'amélioration de la santé des élèves à travers un dispositif ancré dans des environnements soutenant pour le développement de pratiques en éducation à la santé des enseignants, d'environnements scolaires favorables à la santé et de la littératie en santé des élèves.

La démarche consiste à renforcer les compétences des enseignants en produisant avec eux des outils conçus pour répondre à leurs préoccupations et aux besoins d'enseignement de tous les élèves notamment les plus vulnérables. Ces outils sont appelés à s'intégrer sans trop de bouleversements dans les conditions d'exercice ordinaire des maîtres débutants ou chevronnés (Cebe & Goigoux, 2018).

L'étude se déroule durant la seconde phase du programme : l'expérimentation d'un prototype d'éducation à la santé en situation réelle de classe. Ainsi tous les enseignants et directeurs volontaires ont suivi une formation sur la mise en œuvre d'un outil d'éducation à la santé en milieu scolaire innovant. Les équipes de formation étaient composées d'encadrants des équipes d'écoles et des agents sanitaires. Cette composition intersectorielle et multiethnique de professionnels au plus proche des écoles ont permis d'offrir des modalités de formation répondant aux besoins des contextes éducatifs d'isolement, de vulnérabilité sociale et de variété culturelle. Ainsi, la durée des sessions de formation a varié en fonction des possibilités organisationnelles et structurelles : entre 2h30 en ville et 6h aux Iles et en brousse. En province Nord elle s'est faite sur les deux côtes de la Grande Terre afin de favoriser l'accessibilité à cette formation aux équipes du nord de la côte Est qui est une zone étendue particulièrement isolée. Les écoles ont été accompagnées par une équipe support relayée à l'échelon local par 14 directeurs d'écoles et 3 conseillers pédagogiques de circonscription.

Résultats

CARACTERISTIQUES DE LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS

Modalités de retour

Le mode majoritairement utilisé pour les retours est le focus group pour 48,3% des contributeurs dont 33,7% en zone urbaine. Les écoles urbaines à grands effectifs ont préféré des rencontres « efficaces » en termes de temps situées après les cours. Les rencontres ont été généralement organisées en salle des maîtres et les enseignants ont remis leur questionnaire papier à l'équipe projet avec des compléments d'information sur l'expérimentation.

45% ont transmis leurs retours par interviews individuelles en présentiel dont 33,3% en zone rurale. Les enseignants dans les zones les plus isolées sont dans des écoles à petits effectifs et ont des classes à plusieurs niveaux ; en nombre d'enseignants ils ne sont souvent que 2 pour l'élémentaire avec parfois la direction de l'école incluse. Les rencontres étaient organisées soit sur un temps de repas soit sur un temps de classe. Dans ce dernier cas la direction anticipait le remplacement de l'enseignant dans sa classe le temps de l'entretien.

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

Modalités de participation des enseignants

139 professionnels (enseignants et directeurs) de 46 écoles (23% des écoles élémentaires du territoire) ont été inscrits et 120 d'entre eux de 40 écoles (20%) ont suivi la formation. Sur les 99 enseignants qui ont assisté à la formation, 60 (60%) ont produit des ressources et formulé des observations qui ont été intégrées à l'analyse, ils ont travaillé sur 101 fiches tirées des

séquences d'activité et 18 séquences complètes. L'ensemble correspond à une moyenne de 6,7 fiches par enseignant.

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

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

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

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

Concernant la mise en œuvre des activités dans le cadre de partenariats avec les acteurs locaux (santé et culture), on observe que 15% des enseignants ont mobilisé cette modalité de travail. Il a essentiellement concerné les contextes ruraux. Les contributions ont également porté sur les suggestions proposées par 65% des contributeurs et 45 % ont apporté des modifications lors de la mise en œuvre des fiches, essentiellement les enseignants exerçant en zone urbaine. Le fait que tous les contributeurs se donnent le droit de suggérer des activités et de modifier l'outil montre qu'ils se sentent compétents dans la conception et la réalisation d'une activité pédagogique promotrice de santé.

Tableau V – Étapes du processus d’implication des écoles dans le dispositif Rebee (source : Rebee, 2019)

Écoles et contextes	Mode de participation	Participants	Processus (outputs)	Effets (outcomes)
202 écoles en Nouvelle-Calédonie^a Rurales : 127 Urbaines : 75 Privées : 68 Publiques : 134 Effectif : 21396 élèves	Démarche de présentation/ pré-sélection	Directions de l’enseignement, agence de santé, services de santé Inspecteurs de circonscription (IC) et conseillers pédagogiques (CP) Services formation continue	Présentations du dispositif par l’équipe support aux 3 directions d’enseignement, aux IEN, CP et services de santé (2 territoriaux et 2 provinciaux) Taux d’équipes de circonscription mobilisées : 86% - Taux des services formations des écoles publiques et privées mobilisées : 100%	Soutien des 3 directions d’enseignement et des agences territoriales de santé. Nb d’écoles inscrites au stage : 46 (23% des écoles du territoire) ; 139 personnels inscrits.
46 écoles inscrites à la formation Rurales : 34 Urbaines : 12 Privées : 23 Publiques : 23	Démarche de consultation/ formation	Public : Directeurs, enseignants, IC, CP Formateurs : Équipe support, CP, agents de santé communautaire	Sessions de formation : 3 sessions de 6h en provinces Nord et Iles – 4 stages de 2h30 et 4 stages de 3h en province Sud	Nb d’écoles formées : 40 (19,8% des écoles du territoire) ; Stagiaires (n=120) : Enseignants : 94 Enseignants spécialisés : 3 Directions :18 CP :3 IC : 2
40 écoles incluses dans le dispositif Rurale : 28 Urbaines : 12 Privées : 18 Publiques : 22 Effectif : 4011 élèves	Démarche d’implication/ engagement	Directeurs- Enseignants, IC,CP, agents de santé Équipe support (120 participants)	Mode de retour défini par l’équipe support : Questionnaire en ligne (lien /QR code) ou scanné (mail) Accompagnement : 19 écoles accompagnées par l’équipe support – 13 par les directions – 8 sans accompagnement. Nb de visites : 44 - Moyenne : 1,1 visite/école Communication en direction des chercheurs-praticiens -décideurs par newsletters : Nb : 5 / Fréquence : Mensuelle	Engagement à tester 211 séquences et 6 parcours thématiques par un groupe de 99 enseignants composé de : -Enseignants spécialisés formés : 3 -Enseignants titulaires de classes : 96 ^b
25 écoles ont apporté leurs contributions Rurales : 16 Urbaines : 9 Privées : 12 Publiques : 13 Effectif : 1232 élèves	Démarche de collaboration et de co-construction	Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d Equipe support	Matériel testé : 101 fiches et 18 séquences ^e mises en œuvre- Moyenne : 6,7 fiches par enseignant Modes de retours par voie électronique par 9 enseignants Nb d’entretiens à distance : 6 (Nord :5/Iles :1) Nb d’entretiens : 39 (Nord :23/Iles :8/Sud :8) Nb de focus group : 14 (Nord :6/Sud :8)	Contribution effective de 77 professionnels IC ^d : 2 CP ^d : 3 Directeurs ^d : 12 Enseignants ^c :60 ^b Nature des retours 816 commentaires dont 92 commentaires libres 82 suggestions y compris de création de nouvelles fiches 64 modifications proposées Taux de modification des fiches : 55%
4 écoles engagées dans le pilotage Rurales : 3 Urbaine : 1 Privée : 1 Publiques : 3 Effectif : 550 élèves	Participation au pilotage et à la production	Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d	Participation aux réunions avec l’équipe support et 6 interventions de 4 directeurs impliqués hors de leurs écoles- Publics : hiérarchie - autres écoles- agences de santé-élus locaux.	Engagement des directeurs et de leurs équipes dans le pilotage du dispositif et sa valorisation.

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

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

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

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

Positionnement des directeurs d'école

En plus du travail au sein de la classe, les directeurs impliqués sont intervenus lors de réunions au sein de leurs écoles et des services provinciaux ou ont été mandatés pour participer à des réunions avec les services de santé locaux afin de présenter la démarche. L'analyse de contenu des interviews réalisées auprès de 3 directeurs montre qu'ils partagent :

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

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

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

Tableau VI– Modes et types de retours des enseignants contributeurs (source : Rebee, 2019)

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

Légende tableau V : Ce tableau décrit les modes et types de retours des enseignants. Les enseignants avaient plusieurs modes de retours qu’ils pouvaient cumuler. Par exemple répondre au questionnaire en ligne, envoyer un mail complémentaire et rencontrer l’équipe projet en entretien individuel ou en focus group. On peut constater que le questionnaire en ligne a été utilisé par 15,0% des contributeurs dont 11,7% exerçant en zone urbaine ou encore que tous ont pu apporter leur avis sur l’outil dont 45% ont modifié la séance décrite sur la fiche proposée.

FACTEURS INFLUANT SUR LA PARTICIPATION DES ENSEIGNANTS

Contexte

Les écoles en zone rurale représentent 53,5% du dispositif, 35,4% sont fortement ancrées dans des réseaux collaboratifs (ROC2) et 18,2% sont plutôt impliquées dans des collaborations centrées sur l’école (ROC1). Les écoles en zone urbaine représentent 46,5% du dispositif, comptant 4,0% en ROC2 et 33,3% en ROC1 (et 9% non renseignées).

L’analyse des facteurs contextuels montre que les enseignants qui n’ont pas contribué sont davantage implantés en milieu rural (47,2%). Le type de ROC avec les services de prévention intervenant dans l’école n’a pas influé sur la participation des enseignants. Les enseignants contributeurs ont majoritairement (64,6%) des classes à niveau unique mais le fait d’avoir une classe à 1 niveau ou multiniveau et les effectifs d’élèves n’a pas influé sur la participation.

Accompagnement

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

Soutien de la direction

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

Tableau VII – Facteurs agissant sur la participation des enseignants : analyses univariées (source : Rebee, 2020)

Facteurs explicatifs		Total des enseignants impliqués ^a (n=99)		Contextes des écoles				Enseignants contributeurs ^b (n=60)			Valeur p
		n	%	Rural n	Rural %	Urbain n	Urbain %	Non %	Oui %	X ²	
Contextes des écoles	Rural	53	53,5					47,2	52,8	2,89	0,089
	Urbain	46	46,5					30,4	69,6		
Types de classe	1 niveau	65	65,6	23	23,2	42	42,4	35,4	64,6	1,27	0,259
	Multiniveaux	34	34,3	30	30,3	4	4,0	47,1	52,9		
Ancrage des écoles	ROC1	51	51,5	18	18,2	33	33,3	27,5	72,5	1,83	0,176
	ROC2	39	39,4	35	35,4	4	4,0	41,0	59,0		
Effectifs élèves	[10-16]	20	20,2	20	20,2	0	0	45,0	55,0	1,73	0,422
	[17-22]	48	48,5	22	22,2	26	26,3	41,7	58,3		
	[23-28]	28	28,3	9	9,1	19	19,2	28,6	71,4		
Durée de la formation	<1h	10	10,1	3	3,0	7	7,1	30,0	70,0	0,67	0,713
	[1h-3h]	40	40,4	1	1,0	39	39,4	37,5	62,5		
	6h	49	49,5	49	49,5	0	0	42,9	57,1		
	Moyenne (h)			5,6		2,3		4,29	3,92		
Visites dans les écoles	0 visite	14	14,1	3	3,0	11	11,1	100	0	25,1	<.001
	1 visite	54	54,5	35	35,4	19	19,2	29,6	70,4		
	2 visites et +	31	31,3	15	15,1	16	16,2	29,0	71,0		
Types d'accompagnement	Aucun	16	16,2	5	5,0	11	11,1	100	0	30,7	<.001
	Equipe support	34	34,3	27	27,3	7	7,1	35,3	64,7		
	Direction d'école	49	49,5	21	21,2	28	28,3	22,4	77,6		
Implication de la direction	Non	50	50,5	32	32,3	18	18,2	56,0	44,0	11,7	<.001
	Oui	49	49,5	21	21,2	28	28,3	22,4	77,6		

a Ensemble = 99 enseignants inclus dans le dispositif par le stage collectif ou par une présentation par l'équipe support ou par les collègues d'école au retour du stage collectif

b Contributeur= enseignant de l'échantillon ayant fait un retour matériel de l'expérimentation de l'outil en situation réelle de classe

c ROC = Réseau d'Organisation de Collaboration tel que défini par Bizzoni Prévieux & Merini (2014)

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

Discussion

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

Cette étude a concerné 20% des écoles publiques et privées de l'archipel. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif car la sélection a été réalisée sur des critères politiques (localisation des écoles sur tout le territoire) et managériaux (écoles déjà motivées ou écoles pour lesquelles les cadres considéraient que c'était une nécessité). Le fait de participer ou non au stage en ayant été désigné par l'autorité est également lié à la relation entre les écoles et l'inspection. Pour autant le fait que la sélection des écoles ne se soit pas faite sur la base du volontariat est une des forces de cette étude en comparaison à la majorité de celles publiées qui concernent des écoles motivées en amont (Langford et al., 2014). Elle reflète également le soutien institutionnel qui encourage cette collaboration santé-éducation (Illivi & Honta, 2019) qui sera développée dans une étude à venir. Au total 87% des écoles de cette sélection étaient présentes au stage et au bout du compte 64% d'entre elles ont participé activement, ce qui reste très élevé sachant que la promotion de la santé n'est pas considérée comme étant au cœur de leur mission par une large part des professionnels de l'éducation (Jourdan, 2010).

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

Certains résultats sont cohérents avec des études antérieures notamment concernant les principaux déterminants de la pratique en éducation à la santé des enseignants du 1er degré que sont la formation et la réflexion collective à l'échelle de l'école (Simar et al., 2020), tout comme les déterminants d'implantation d'un dispositif en promotion de la santé notamment le poids du soutien institutionnel (Darlington, Violon, & Jourdan, 2018). Sans accompagnement il n'y a pas eu de contribution. L'implication des directions d'école a été primordiale et ne nécessite pas obligatoirement qu'elles soient formées mais surtout convaincues de l'intérêt du dispositif. Ainsi on peut compter 11 écoles sur les 40 ayant des directeurs impliqués qui n'ont pas suivi le stage collectif et pour lesquelles la totalité des enseignants formés ont contribué à l'expérimentation. A l'inverse on a pu constater que le

retrait d'une direction ayant suivi le stage collectif entraîne la non-contribution de toute l'équipe formée.

D'autres résultats diffèrent d'études antérieures tels que le lien entre volume de formation et implication des équipes d'écoles notamment en contexte rural. Selon une étude de Guevel et al., le volume de formation est positivement corrélé au développement de plus d'actions de promotion de la santé (M. R. Guével, Pommier, & Jourdan, 2013). Cette différence est sans doute liée au fait que toutes les formations étaient très brèves dans notre étude.

Il est également possible de tirer des enseignements quant au pilotage d'un processus participatif. Le choix initial de demander aux enseignants à travailler sur 2 séquences minimum (c'est-à-dire 14 fiches) était ambitieuse. Même si 22% d'entre eux ont expérimenté plus de 10 fiches, la majorité a expérimenté au moins 4 fiches avec une moyenne à 6,7. Il serait certainement plus pertinent de leur proposer une fourchette entre 5 et 7 pour commencer.

Les modalités de retours des expérimentations ont été favorisées par la rencontre physique avec les équipes. La voie électronique n'a pas été efficace, les enseignants ont évoqué un manque de temps pour se poser et transmettre leurs éléments mais aussi la difficulté à poser par écrit des critiques qui peuvent paraître abruptes à l'équipe projet. L'offre numérique n'étant pas la même d'un lieu à l'autre certaines écoles rurales ne sont pas connectées. Dans cette démarche participative de co-construction c'est le dialogue enseignants-équipe projet ou enseignants-cadres qui conditionne la participation des écoles à l'expérimentation. Les modes de recueil ont dû être largement diversifiés et malgré cela il n'a pas été possible de prendre en compte les expérimentations de toutes les écoles par manque de moyens pour se rendre sur place ou de non-réponse des écoles. Le choix d'entretiens dans une approche compréhensive ont permis de recueillir des éléments d'explication quant aux difficultés des équipes à nous faire les retours en ligne mais aussi d'entamer en direct un début d'analyse réflexive sur leurs pratiques en éducation à la santé.

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

Dans cette démarche nous nous sommes intéressés aux profils des professionnels qui ont acquis une expertise autour l'outil. Les interviews de 3 directeurs impliqués au niveau de la co-décision montrent des éléments biographiques communs en particulier leur intérêt marqué pour les questions de santé qui touchent leurs populations d'élèves et leur implication hors de l'école à l'échelle locale, communautaire et politique de manière intersectorielle. D'autres éléments communs peuvent être relevés : leur gestion du projet non contrôlante et dans une démarche d'amélioration continue, une vision très libre de l'utilisation de l'outil qu'ils trouvent flexible, adapté aux enseignants débutants tout en permettant une complexification aux enseignants chevronnés et adapté au contexte de la population de leurs écoles. Ils ont également une vision large du rôle de l'école qui a toute sa place dans la construction de la société calédonienne. Leur perception claire du dispositif leur donne une aisance pour en parler et expliciter en toute simplicité la portée de ce travail à d'autres publics.

Il sera intéressant de suivre l'évolution des équipes d'école inscrites dans la démarche de co-décision et de co-pilotage et de mesurer l'effet de leurs interventions en dehors de leurs écoles et selon les contextes ruraux ou urbains. Il apparaît ainsi clairement que le mode de leadership, le professionnalisme et l'engagement des directeurs sont des leviers de transformation de premier ordre pour parvenir à une participation réelle.

Conclusion

Les premières conceptualisations sur les écoles promotrices de santé ont été le fruit du travail de chercheurs et de praticiens océaniques notamment australiens avec la production des premières « *guidelines* » pour les écoles promotrices de santé de l'OMS en 1996 par L. St Leger de l'université Deakin à Melbourne. La Nouvelle-Zélande a organisé un réseau des écoles promotrices de santé particulièrement structuré et efficace qui associe plus de 1500 écoles (Leeson, 2017). Elle a été le premier pays, en 2017, à montrer à l'échelon national que la promotion de la santé à l'école améliore significativement la qualité de l'éducation (compétences en lecture, baisse de l'absentéisme et des sanctions, qualité de vie à l'école, relations aux parents). Dans cet espace océanique, la Nouvelle-Calédonie peut apporter une contribution propre à la production de données de fond sur des études qualitatives et quantitatives. L'engagement politique en matière de promotion de la santé à l'école, l'ancrage dans des textes structurants, le positionnement de l'école au cœur du vivre ensemble calédonien, la prise en compte de la diversité culturelle, la volonté de réduire les inégalités sociales, la présence d'écoles au sein de l'ensemble des territoires, les liens entre écoles et services de santé locaux notamment en zones rurales sont des atouts de premier ordre.

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

Financement :

Le dispositif « Réussir Être Bien Être Ensemble » est financé par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie

Remerciements :

Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, Direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie, Direction diocésaine de l'école catholique en Nouvelle-Calédonie, Alliance scolaire de l'église évangélique, Fédération de l'enseignement libre protestant et tous les participants au dispositif Rebee.

Références

1. Alemán-Díaz, A. Y., Backhaus, S., Siebers, L. L., Chukwujama, O., Fenski, F., Henking, C. N., ... Weber, M. W. (2018, December 1). Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services. *The Lancet Child and Adolescent Health*, Vol. 2, pp. 891–904. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30286-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30286-4)
2. Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
3. Bizzone-Prévieux, C., Mérini, C., Otis, J., Grenier, J., Jourdan, D., & Jourdan Le, D. (2011). Le réseau de collaboration Une forme de pratique favorable à une approche globale et complexe de l'éducation à la santé à l'école. In *Mieux former pour agir dans une société en mouvement (PUQ Numéri)*, pp. 225–230. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821347>
4. Bryk, A. (2017). Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer. *Éducation Et Didactique*, 11(2), 11–29. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2796>
5. Cebe, S., & Goigoux, R. (2018). Lutter contre les inégalités : outiller pour former les enseignants. *Recherche et Formation*, (1), 77–96. Retrieved from <http://serpinstitute.org/>
6. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications Inc.
7. Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>
8. Fortune, K., Becerra-Posada, F., Buss, P., Galvão, L. A. C., Contreras, A., Murphy, M., ... de Francisco, A. (2018). Health promotion and the agenda for sustainable development, who region of the Americas. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 621–626. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204404>
9. Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et Didactique*, 1(3), 47–69. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.232>
10. Gorohouna, S., & Ris, C. (2017). Vingt-cinq ans de politiques de réduction des inégalités : quels impacts sur l'accès aux diplômes ? *Mouvements*, 91(3), 89. <https://doi.org/10.3917/mouv.091.0089>
11. Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2013). Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les Écoles primaires françaises: Implications pour la pratique. *Global Health Promotion*, 20, 13–19. <https://doi.org/10.1177/1757975913483340>
12. Hart, R. (1994). Monter l'échelle de la participation. *Les Enfants d'abord*. Retrieved from https://crabgrass.riseup.net/assets/90695/Echelle_Hart_pdf.pdf
13. Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en oeuvre du plan "Sport, santé, bien-être" en région. Un processus d'ajustements continus. *Sante Publique*, 31(4), 475–484. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>
14. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2020). La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019 - Synthèse 45 - RP 2019. Retrieved from <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>
15. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2021). Synthèse 52: BDF 2019-2020: En 2019, le taux de pauvreté reste stable en Nouvelle-Calédonie. Retrieved from <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>

16. Jabot, F., Pommier, J., & Guével, M.-R. (2017). Evaluation en promotion de la santé. In *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 411–441). Rennes (France): Presses de l'EHESP.
17. Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé: quelle formation pour les enseignants?* (INPES). Saint-Denis (France).
18. Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffè, S., Cornu, C., Diagne, F., ... Sawyer, S. M. (2021, April 1). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The Lancet Child and Adolescent Health*, Vol. 5, pp. 295–303. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30316-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30316-3)
19. Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
20. Leeson, H. (2017). Health Promoting Schools Impact on Targeted Student Outcomes Analysis Report. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hps-impact-targeted-student-outcomes-analysis-report-sep17.pdf>
21. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives Traduction de la 2eme édition américaine par Martine Hlady Rispal Revision scientifique de Jean-Jacques Bonniol (De Boeck)*. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=AQHRYJ1AiPEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=miles+and+huberman&ots=_2OIGYt3ZW&sig=j6B0mE7LVvqB6TPVIXNjAnSpx1E#v=onepage&q=miles+and+huberman&f=false
22. Nathan, N., Lin Yoong, S., Sutherland, R., Reilly, K., Delaney, T., Janssen, L., ... Wolfenden, L. (2016). Effectiveness of a multicomponent intervention to enhance implementation of a healthy canteen policy in Australian primary schools: a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(106). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0431-5>
23. Pantz, P.-C. (2017). Existe-t-il des territoires kanak ? *Multitudes*, 68(3), 196. <https://doi.org/10.3917/mult.068.0196>
24. Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>
25. Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., ... Jouet, É. (2015). Le «Montreal model»: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*, 27, S41–S50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
26. Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>
27. PromoSanté Ile-de-France. (2019). Fiche 3 - La participation. Retrieved April 22, 2020, from <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/fiche-3-la-participation>
28. Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2020). Promouvoir la santé à l'École : revue de littérature et perspectives scientifiques. Introduction. *Administration & Éducation*. Retrieved from <http://www.schools-for-health.eu/she-network/health->
29. Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue Des Sciences de l'éducation*, 36(3), 739–760. <https://doi.org/10.7202/1006254ar>

30. Takeuchi, R., Kawamura, K., Kawamura, S., Endoh, M., Uchida, C., Taguchi, C., ... Kobayashi, S. (2017). Evaluation of the child oral health promotion 'MaliMali' Programme based on schools in the Kingdom of Tonga. *International Dental Journal*, 67(4), 229–237. <https://doi.org/10.1111/idj.12293>
31. Tannahill, A. (2008). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 122(12), 1387–1391. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.009>
32. Tubert-Jeannin, S., Pichot, H., Rouchon, B., Pereira, B., & Hennequin, M. (2018). Common risk indicators for oral diseases and obesity in 12-year-olds: A South Pacific cross sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4996-y>
33. Tyack, D. B., Cuban, L., & Press, H. U. (1995). *Tinkering Toward Utopia: A Century of Public School Reform*. Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=ui6cAAAAMAAJ>
34. Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16(4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>
35. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). (2016). Health policy for children and adolescents No.7 Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/>

8.3.2 SYNTHÈSE DU 3^e ARTICLE

L'étude relative à la participation des enseignants lors des phases d'intéressement puis d'enrôlement des écoles affine l'identification des déterminants au travail intersectoriel santé-éducation à l'école et explique la dynamique du réseau sur le territoire Geo2 « où s'organise depuis plus d'un an des projets entre les écoles, l'agence de santé et le service de prévention de la gendarmerie nationale. »

2 paramètres sont vérifiés sur les 3 territoires et quel que soit la typologie de la classe :

- l'accompagnement des enseignants amenant à un taux de participation de 64,7% ;
- le soutien de la direction de l'école avec un taux de participation de 77,6%.


Elle permet également d'entendre les enseignants (accessibles) n'ayant pas trouvé d'intérêt à poursuivre le programme. Les motifs portant alors sur une quête de fiches explicites de santé.

Les interviews des directeurs d'écoles parmi les plus impliqués dans la recherche-intervention montrent des profils de type marginal sécant. Ce sont des acteurs actifs dans différents domaines (associatif, communautaire, politique etc.) et des leaders auprès des équipes d'école.

8.4 RESOLUTION DE LA 4eme CONTROVERSE (4eme article publié)

Article original

Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19

Nicolas Tessier^{1,2} , Nathalie O'Callaghan^{1,2}, Carmella Fernandez Da Rocha Puleoto¹ et Didier Jourdan¹

Résumé : L'éducation est l'un des principaux déterminants de la santé. Or, la crise sanitaire a conduit à ce que 90 % de la population étudiante mondiale, soit 1,57 milliard d'enfants et de jeunes dans 190 pays, soient privés d'école. Les conséquences de la fermeture des écoles sur les apprentissages et la santé sont bien établies. L'impact du confinement sur la santé des enfants et des jeunes est plus marqué que celui sur d'autres groupes d'âge car l'interaction entre pairs est un aspect essentiel du développement. De plus, les conséquences de la fermeture des écoles sont d'autant plus importantes que les élèves sont plus vulnérables socialement. Le dispositif de promotion de la santé « Réussir, être bien, être ensemble » est une démarche de co-construction d'outils pédagogiques en éducation à la santé qui prend en compte la diversité culturelle, s'appuie sur les pratiques existantes, les partage et les enrichit des apports de la recherche (processus de conception continuée dans l'usage). Il a été activé pour élaborer avec les acteurs, et dans un temps très court, un ensemble d'outils à destination des écoles primaires en vue de s'assurer de la continuité pédagogique pendant la crise. L'évaluation de ces outils auprès des professionnels en activité et en formation (n = 50) montre qu'ils ont une bonne utilisabilité en référence aux pratiques de classe existantes (score de 8,2 sur 10) et aux besoins des élèves (score de 8 sur 10), une utilité pour le développement de compétences et de connaissances en éducation à la santé (score de 8,4 sur 10), une acceptabilité par rapport aux approches pédagogiques, aux supports contextualisés et à leur mise en œuvre (score de 8,3 sur 10). Cette étude montre que la promotion de la santé comme approche est susceptible d'offrir un cadre pour l'élaboration d'outils d'intervention adaptés en période de crise sanitaire.

Mots-clés : promotion de la santé, COVID-19, continuité pédagogique, participation, utilité, utilisabilité, enseignement primaire

Introduction

Agir sur les milieux de vie et développer les compétences de chacun afin de créer les conditions, pour les personnes et les communautés, de prendre en charge leur santé, telle est la finalité de la promotion

de la santé (1). Comme discipline au sein de la santé publique et comme champ de pratiques, la promotion de la santé est appelée à contribuer à la mobilisation collective face à la crise de la COVID-19. Comme le souligne Stephan Van den Broucke, elle intervient en aval, en mettant l'accent sur le changement de

1. Chaire UNESCO et centre collaborateur OMS « ÉducationS & Santé », Université Clermont-Auvergne, Nouméa, Nouvelle-Calédonie
2. DENC (Direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie)

Correspondance à : Nicolas Tessier, chaire UNESCO et centre collaborateur OMS « ÉducationS & Santé », Université Clermont-Auvergne, 19 avenue Foch - Immeuble Foch, BP M2, Nouméa, 98800, Nouvelle-Calédonie. Email : nicolas.tessier@province-sud.nc

(Ce manuscrit a été soumis le 13 juillet 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 28 janvier 2021.)



Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28(2): 96–104; 996133 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975921996133 journals.sagepub.com/home/ghp

8.4.1 Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19

Introduction

Agir sur les milieux de vie et développer les compétences de chacun afin de créer les conditions, pour les personnes et les communautés, de prendre en charge leur santé, telle est la finalité de la promotion de la santé (Jourdan, 2019). Comme discipline au sein de la santé publique et comme champ de pratiques, la promotion de la santé est appelée à contribuer à la mobilisation collective face à la crise de la Covid-19. Comme le souligne Stephan Van den Broucke, elle intervient en aval, en mettant l'accent sur le changement de comportement individuel et la littératie en santé, au niveau intermédiaire via des interventions touchant les organisations et les communautés, et en amont en informant les politiques touchant la population (Van den Broucke, 2020).

Cet article explore les potentialités de la mise en œuvre d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire visant à limiter les conséquences de la fermeture des écoles sur les élèves, en particulier les plus vulnérables d'entre eux. En effet, l'éducation est l'un des principaux déterminants de la santé. Or la crise sanitaire a conduit à ce que 90% de la population étudiante mondiale, soit 1,57 milliard d'enfants et jeunes dans 190 pays, soient privés de l'école (UNESCO, 2020). Les conséquences de la fermeture des écoles sur les apprentissages (Kuhfeld & Tarasawa, 2020) et la santé (Orben, Tomova, & Blakemore, 2020) sont bien établies. L'impact du confinement sur la santé des enfants et les jeunes est plus marqué que celui sur d'autres groupes d'âge car l'interaction entre pairs est un aspect essentiel de développement. De plus l'effet de la fermeture des écoles est d'autant plus important que les élèves sont plus vulnérables socialement (Kim & Quinn, 2013) ou du fait de problèmes de santé (Jourdan, Gray, & Laporte, 2020). Des enquêtes menées auprès des enseignants ont montré que les élèves défavorisés ont appris de 25 à 50 % de moins qu'ils ne l'auraient fait en classe. La même étude montre que l'écart de réussite entre les élèves favorisés et les élèves défavorisés a triplé pendant le confinement (Baker, 2020).

Créer les conditions de l'apprentissage et de la socialisation à distance, renforcer le lien école-famille pendant le confinement apparaissent ainsi comme des enjeux majeurs (Jourdan, Marmot, & Gray, 2020). Dans un nouveau contexte où les incertitudes étaient nombreuses et où les problématiques liées aux conditions matérielles (connexion internet, espace à la maison pour travailler, ambiance familiale favorable) étaient très prégnantes, les tâches des enseignants, des professionnels de santé intervenant en milieu scolaire et des familles se sont retrouvées questionnées. Outre les apprentissages fondamentaux, il s'agissait de favoriser le

bien-être et de développer chez les élèves les compétences nécessaires à la compréhension des enjeux de santé dans ce contexte de crise.

Le dispositif de promotion de la santé « Réussir, être bien, être ensemble » (REBEE) développé en Nouvelle-Calédonie s'appuie sur la participation des acteurs de terrain de la santé et de l'éducation, un partage des savoirs entre ces différents partenaires et la recherche, un pilotage local et réactif sur la base d'une organisation fortement soutenue par le gouvernement calédonien (Jourdan, 2020a). Il s'agit d'une démarche de formation, d'accompagnement et de co-construction d'outils pédagogiques en éducation à la santé qui prend en compte la diversité culturelle, s'appuie sur les pratiques existantes, les partage et les enrichit des apports de la recherche (processus de conception continuée dans l'usage). Il a été activé pour co-élaborer avec les acteurs, et dans un temps très court, un ensemble d'outils à destination des écoles primaires en vue de s'assurer de la continuité pédagogique. Ces outils ont été partagés non seulement avec les enseignants et les parents mais également avec les acteurs de santé à l'échelle des communautés de façon à soutenir leur utilisation sur le terrain.

Cet article vise à décrire les modalités de développement des outils d'accompagnement des écoles pendant la crise du Covid-19 et à présenter les résultats de l'évaluation préliminaire dont ils ont été l'objet. Destinés à l'accompagnement des professionnels en exercice mais également à la formation des futurs professionnels, ces outils ont été présentés à des enseignants sur le terrain et à des étudiants. Une évaluation au long court a également été lancée, ses résultats seront disponibles en 2021.

Après avoir présenté le contexte spécifique de la Nouvelle-Calédonie puis les caractéristiques du dispositif de promotion de la santé REBEE, nous détaillerons les modalités d'élaboration des outils pédagogiques et décrirons les résultats de l'évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils.

Le contexte néo-calédonien

Notre étude s'est déployée en Nouvelle-Calédonie, archipel français du Pacifique voisin de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Sa population est de 282 200 habitants (Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie, 2020a). Politiquement, le pays dispose d'une grande autonomie suite aux Accords de Nouméa (1998) et une répartition des compétences est mise en œuvre entre les différentes institutions du territoire (Journal Officiel de la République Française, 1998). Très diversifié sur le plan culturel et des modes de vie sociétaux, l'archipel se caractérise par un très haut niveau d'inégalités avec, par exemple, une espérance de vie supérieure de 4 ans en province Sud par rapport aux Iles Loyauté (Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, 2016).

En 2016, les élus du Congrès ont adopté la Charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie. Cette Charte comprend un plan d'action visant à atteindre les quatre ambitions fixées par le projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie : développer l'identité de l'école calédonienne, considérer la diversité des publics pour une école de la réussite pour tous, ancrer l'école dans son environnement pour un climat scolaire au service de l'épanouissement de l'élève, et ouvrir l'école sur la région Océanie et sur le monde (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2016). Fin 2018, le pays s'est doté d'un plan de santé intitulé « Do Kamo, Être épanoui » qui vise à réformer le modèle économique et la gouvernance du système de protection sociale et de santé pour la période 2018 - 2028. Ce plan s'appuie sur la prise en compte des déterminants de la santé des populations et vise l'amélioration de la santé de tous et la réduction des inégalités de santé (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2016b; Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, n.d.). Ces deux textes de référence constituent les éléments clé sur lesquels s'appuie le dispositif REBEE.

Les enseignants et la promotion de la santé à l'école primaire

Les études réalisées dans l'enseignement primaire ont montré que, selon les contextes, les enseignants s'emparent différemment des problématiques de santé. Dans beaucoup de cas, ils rencontrent des difficultés (Simar & Jourdan, 2011). Ils n'accordent habituellement qu'une faible priorité à la promotion à la santé et n'ont pas toujours conscience de leur rôle en éducation à la santé (Pommier et al., 2010). De multiples facteurs conditionnent à la fois le sentiment pour les enseignants d'être légitimes à éduquer à la santé et leurs pratiques dans ce domaine (Violon et al., 2016).

Ainsi, la conception et la généralisation d'un outil opérationnel ne sont pas choses aisées. Elles ne peuvent se limiter qu'à une simple diffusion à destination des enseignants, même dans ce contexte de crise sanitaire. Selon Bryk (Bryk, 2017), le meilleur moyen pour faire évoluer les pratiques professionnelles est d'amorcer une collaboration chercheur/enseignant le plus tôt possible dans la conception d'un outil pour connaître et mieux intégrer les habitudes professionnelles des enseignants. En effet, les travaux en sciences de l'éducation montrent que l'intégration de pratiques innovantes dépendraient de deux facteurs principaux : la compatibilité avec les pratiques habituelles des professeurs et l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire du rapport entre son coût pour les enseignants et ses bénéfices (Cebe & Goigoux, 2018).

Les travaux de recherche montrent que les outils doivent avoir les caractéristiques suivantes (Vinatier & Rinaudo, 2015) :

- répondre aux préoccupations des enseignants et aux besoins des élèves ;
- s'intégrer sans trop de bouleversements dans les conditions d'exercice des enseignants ;
- inclure des justifications théoriques et empiriques pour en comprendre les principes.

De plus, cet outil doit s'intégrer dans les conditions d'exercice ordinaire des maîtres débutants ou chevronnés (Perez & Rogalski, 2001). Le but est de développer chez les enseignants des compétences professionnelles leur permettant de mieux comprendre et surmonter les difficultés de leurs élèves en les incitant à recourir à de nouvelles manières de faire. Sur la base de ces données de la recherche, le dispositif REBEE accorde ainsi une place centrale à la conception, à la formation et à l'accompagnement de l'utilisation d'outils professionnels.

Le dispositif « Réussir, être bien, être ensemble »

REBEE est un dispositif de promotion de la santé qui vise spécifiquement la co-construction d'outils pédagogiques en éducation à la santé pour l'école primaire (Eurisouke & Jourdan, 2019). En se basant sur les travaux relatifs à la conception continuée dans l'usage, il a été lancé en 2018. Il est ancré dans une démarche de promotion de la santé à l'école (St Leger, Young, Blanchard, & Perry, 2010) et est structuré autour de trois grands axes : le rapport à soi, le rapport aux autres et le rapport à l'environnement.

Ce travail a conduit à la co-production de fiches détaillées et opérationnelles destinées à tous les enseignants afin qu'ils puissent, soit les utiliser en l'état, soit les adapter à leur projet de classe. Pour cela, des scénarii pédagogiques aux ressources diverses, ancrages disciplinaires multiples et aux approches pédagogiques variées sont proposés (Jourdan, 2020a).

Ce dispositif s'appuie sur un pilotage partagé (direction de l'éducation et agence sanitaire) qui rend possible la participation de tous les partenaires décisionnels et acteurs du terrain. L'ensemble génère un partage des savoirs et des pratiques. Les acteurs du secteur de la santé, de par leur expertise, procurent un appui scientifique, un soutien opérationnel et des ressources pour le monde de l'éducation (Turan-Pelletier, 2018; Van den Broucke, 2020). L'implication du monde de l'éducation favorise les chances de réussite d'une innovation pédagogique ou de la diffusion d'un outil.

Le développement des outils de continuité pédagogique

En Nouvelle-Calédonie, la période de confinement total sur l'ensemble du territoire a débuté le 25 mars 2020. Le travail sur les outils de continuité pédagogique en éducation à la santé a commencé la semaine précédente dès l'annonce du confinement. Nous avons pris en compte deux éléments qui nous apparaissaient cruciaux : les représentations des enseignants sur l'éducation à la santé et les compétences des élèves devant être développées en période de Covid-19. Nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative réalisée en février 2020 : nous avons interrogé en présentiel via un entretien semi-guidé 17 enseignants répartis sur

l'ensemble du territoire et exerçant dans différents milieux (urbain aisé, urbain défavorisé, urbain mixte, village, tribu) afin d'identifier leurs représentations de l'éducation à la santé et leurs pratiques de classe. Leurs réponses ont orienté la définition des contenus proposés lors de la continuité pédagogique. Nous avons ensuite mobilisé les acteurs du dispositif REBEE. Un travail collectif a été engagé de façon à identifier parmi les ressources déjà élaborées dans le cadre de ce dispositif, des supports permettant aux enseignants et aux familles d'aborder les problématiques suivantes en période de pandémie et de confinement : éviter la propagation des virus, gérer ses émotions et son bien-être, construire un esprit critique face aux informations. D'autres ressources ont été identifiées et mises à la disposition. Un site internet (Jourdan, 2020b) a été créé et est accessible via le site Internet de la Direction de l'Enseignement de la Nouvelle-Calédonie (DENC). Ce site dédié regroupe 36 fiches destinées aux éducateurs des enfants entre 6 et 11 ans (parents, enseignants et professionnels de la santé intervenant dans les écoles) avec pour objectif de leur permettre d'aborder les thématiques de santé suivantes : microbes et gestes d'hygiène, bien-être et connaissance de soi, médias et information, santé et attitude. En ce qui concerne les parents, c'est l'enseignant dans le cadre de sa progression qui les invite à travailler telle ou telle fiche à la maison. Toutes les fiches proposées étaient construites selon un modèle identique en format A4 et recto-verso afin de favoriser leur utilisation par les enseignants. Le recto, destiné à la classe, aux élèves, supportant essentiellement un ou plusieurs documents iconographiques (photo, dessin, infographie, reproduction d'affiches, texte...) occupant les 3/4 de l'espace, plus de la titraille et/ou consignes (de 50 à 100 mots, 200 à 400 caractères espaces compris). Le verso, destiné à l'enseignant et aux parents, présente la trame de l'exploitation pédagogique du document iconographique (de 300 à 400 mots, 2000 à 3000 caractères espaces compris). En fonction de l'intention pédagogique, chaque fiche pouvait être téléchargée indépendamment. Ces ressources sont complétées par des vidéos de personnels de la santé et de l'éducation qui proposent aux enseignants et aux familles des éléments sur l'utilisation des outils.

Depuis sa mise en ligne, le site a accueilli 1900 visiteurs différents pour 16.000 pages consultées. Les fiches les plus téléchargées sont celles relatives aux microbes, au lavage des mains et à l'eau. Les visites d'une durée supérieure à 30 minutes représentent 17,3%, 31,5% et 44,8% de l'ensemble en avril, mai et juin.

Évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils

Dans le but de s'assurer de la pertinence des ressources proposées, un dispositif d'évaluation a été élaboré. Cet article rend compte de la première phase de l'évaluation centrée sur l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité des outils. Une évaluation à long terme incluant l'impact sur les compétences des enfants est également en cours, ses résultats seront disponibles courant 2021.

Le questionnaire

Les outils étant destinés à la fois à des professionnels en activité et à des étudiants en formation initiale, cette évaluation a été réalisée avec des enseignants en poste dans les trois provinces de Nouvelle-Calédonie et avec des étudiants en promotion de la santé.

Cette étude qualitative est basée sur un questionnaire administré en ligne. 30 enseignants des trois provinces ont été invités par email à participer à cette évaluation. Le questionnaire incluait 9 questions et a été ouvert entre le 10 avril 2020 et le 27 mai 2020. Son contenu reprends les travaux de Tricot (Tricot & Lafontaine, 2002; Tricot et al., 2003) et de Goigoux (Goigoux, 2017), il vise à mesurer en quoi les outils répondent aux attentes des professionnels en matière de santé, en période de crise sanitaire. Pour cela, nous avons utilisé 3 critères différents mais complémentaires : l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité.

L'utilité a pour but de définir l'efficacité pédagogique de l'outil. Autrement dit de savoir si les activités proposées dans l'outil permettent d'atteindre l'objectif visé et si elles sont pertinentes en termes de motivation et d'apprentissages pour les élèves.

L'utilisabilité mesure la possibilité offerte à l'enseignant d'utiliser, de réutiliser l'outil dans l'état actuel voire de le modifier ou de l'adapter à ses pratiques et/ou ses élèves.

L'acceptabilité concerne la décision d'utiliser ou non l'outil proposé. Il s'agit de mesurer si l'outil répond aux prescriptions institutionnelles, son intérêt et la compatibilité avec ses représentations du métier en termes de styles et démarches pédagogiques.

Résultats

Cinquante personnes ont rempli le questionnaire (30 enseignants calédoniens et 20 étudiants de master première année en santé publique).

Le point de vue des enseignants

Les enseignants interrogés sont expérimentés ; 80% enseignent depuis plus de 10 ans et 20% ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté. Ils exercent en moyenne depuis 6,5 ans dans leur niveau d'enseignement actuel au sein de différents cycles et niveaux de l'école primaire : 3 enseignants en maternelle (enfants de 3 à 6 ans), 13 enseignants en cycle 2 (enfants de 6 à 9 ans), 17 enseignants sont au cycle 3 (enfants de 9 à 11 ans) et 2 enseignants exercent sur plusieurs cycles à la fois.

L'utilisabilité de l'outil a été mise en avant par les enseignants. Ils déclarent que les fiches sont adaptées ou facilement adaptables à leurs pratiques de classe (score de 8,2 sur 10) ainsi qu'à leurs élèves (score de 8 sur 10). L'adaptabilité des fiches aux pratiques et aux élèves est

souvent mise en avant : « *Les documents sont suffisamment ouverts et conçus pour le cycle, ce qui nous laisse une marge d'adaptation. Ces documents sont accessibles tout en conservant une certaine résistance pour prolonger la réflexion.* » ; ou encore « *Le niveau de connaissances et de réflexion de mes élèves leur permettrait de participer activement à ses activités et ils seraient intéressés par les thèmes proposés. Certaines activités sont toutefois un peu difficiles pour mes élèves* » ; « *Activités de découvertes parfois très simples pour des CM2, mais cela peut également être un plus car elles permettent ainsi une entrée facile et pour tous.* ».

Par ailleurs la question autour de la nécessité d'être formé pour utiliser cet outil montre que la plupart des enseignants n'en n'éprouvent pas le besoin (4,2 sur 10). En effet, les symboles de chaque étape, leur concision en font un outil intuitif et facilement utilisable selon leurs dires (« *Le déroulement des séances est très détaillé, les notions abordées sont simples et des pistes sont données aux enseignants pour se documenter.* »). A noter que six enseignants mentionnent la nécessité d'une formation. La formation aurait alors pour but de favoriser une plus large diffusion de l'outil et de permettre de mieux comprendre les enjeux de l'éducation à la santé.

L'utilité des fiches proposées a été également mise en avant par les enseignants pour ce qui concerne le développement de compétences et de connaissances en éducation à la santé pour leurs élèves (score de 8,4 sur 10). Les enseignants mentionnant par ailleurs que ces notions sont très peu abordées à l'école (« *Permet d'aborder des notions souvent mises de côté dans les apprentissages car vu comme acquises au sein des familles comme le lavage des mains, le temps devant les écrans...*»). Ces fiches pourront leur permettre également de mettre en relation les activités qu'ils mènent déjà avec les questions d'éducation à la santé. Le but étant alors de les utiliser pour approfondir certaines notions et participer ainsi de manière importante à la construction de compétences en santé.

L'aspect motivationnel leur est apparu aussi comme un vecteur important pour permettre à leurs élèves de rentrer dans les activités (score de 8,3 sur 10). Ces fiches sont jugées comme intéressantes et motivantes de par la variété des supports et la contextualisation de l'apprentissage. De plus, elles suscitent ainsi chez les élèves la curiosité et le questionnement.

Enfin l'acceptabilité de l'outil semble bonne en particulier sur les aspects suivants :

- L'approche ludique : « *Elles abordent de façon ludique les notions en permettant aux élèves d'échanger leur point de vue et d'apprendre ensemble.* » ou « *Les documents proposés à l'étude sont pertinents, les activités ludiques, la construction des fiches est claire et fonctionnelle, je trouve que c'est un très bel outil.* » ;
- Une complémentarité avec les pratiques existantes due à la variée des supports et des situations : « *La pluralité des supports et les débats en fin de séances très intéressantes.* » ou bien « *Les activités permettent aux élèves des moments d'échange, de partage. Des activités complémentaires sont également mises à disposition pour aller plus loin dans la*

notion. » ou « Ces fiches peuvent venir en complément de ce qui est déjà mis en place dans la classe ou pour des notions qui pourraient être abordées. » ;

- *La construction des fiches : « Ces fiches comportent plusieurs phases qui correspondent à ma pratique : un retour au calme et à la concentration, une phase de débat, des lectures ou vidéos documentaires qui pourraient être transformées en cartes mentales. » ; « Le déroulement "découverte/activité/pour aller plus loin" similaire à celui pratiqué en classe. » ;*
- *La contextualisation de l'outil : « Les activités sont contextualisées à la Calédonie et l'enfant est au centre des questions ou des activités proposées (on lui demande d'agir, de donner son avis ...). »*

Le point de vue des étudiants en santé

L'utilisabilité du site et des fiches est mis en avant dans les différents retours en termes de facilité, de confort, de flexibilité et d'ajustement. En effet, les fiches proposées sur le site internet sont jugées facilement utilisables ou adaptables par le monde de la santé. L'organisation thématique du site et la description de l'ensemble des activités et des supports proposés (images, vidéos...) sont très appréciées.

Le contenu des activités semble adapté aux élèves et faisable en famille dans le contexte sanitaire du COVID-19.

En ce qui concerne l'utilité, les compétences et les connaissances ciblées en éducation à la santé dans le contexte du COVID-19 ainsi que le choix des supports d'apprentissage sont jugées très pertinentes et en lien avec les déterminants de santé ciblés.

Par rapport à d'autres outils utilisés par le monde de la santé, des spécificités de l'outil ont également mis en avant notamment l'adaptation des fiches au contexte, la présence d'activités complémentaires permettant d'approfondir la notion, la présence d'un déroulement détaillé se rapprochant du monde de l'enseignement.

Enfin, en termes d'acceptabilité, les fiches sont majoritairement compatibles avec la vision de l'éducation à la santé qu'ont les étudiants particulièrement en ce qui concerne le développement des compétences psychosociales. Le traitement des différents aspects de l'éducation à la santé soit une vision globale est pas uniquement hygiéniste est aussi un élément mis en avant.

La figure 25 récapitule les données relatives à l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils.

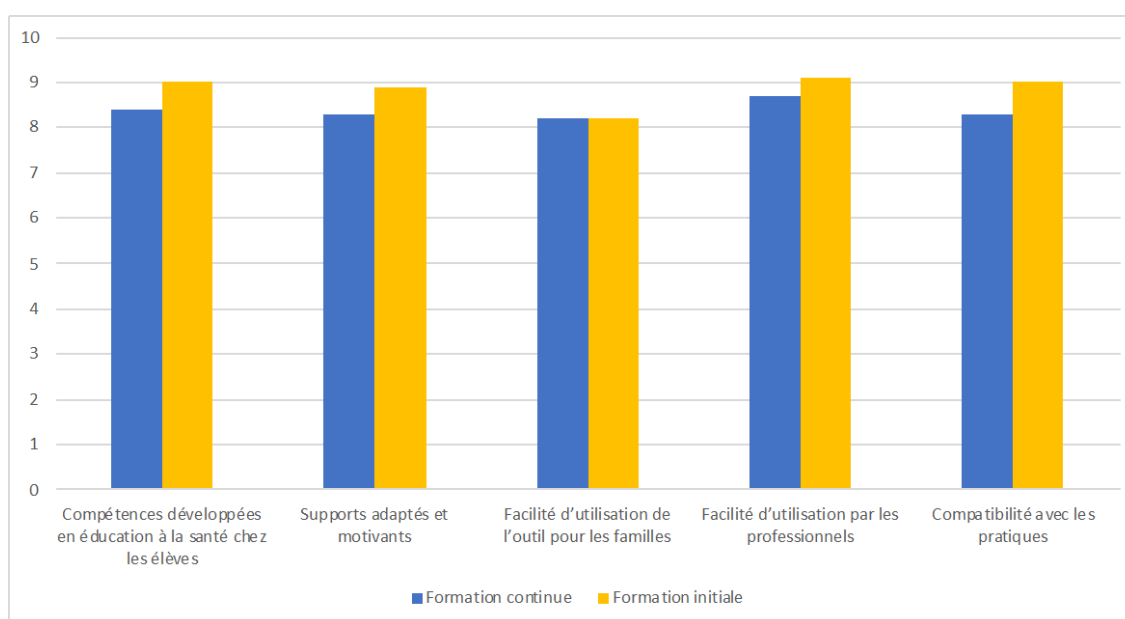


Figure 25 : Moyenne des scores attribués par les enseignants en poste (formation continue) et les étudiants (formation initiale) en ce qui concerne l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité des outils.

Discussion

Dans le contexte de la pandémie, nous avons développé un ensemble d'outils destinés à soutenir les parents, les enseignants et les professionnels de santé travaillant au sein des communautés. L'évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils tant par des enseignants expérimentés que par des professionnels en formation montre que ceux-ci sont perçus comme pertinent. Cette première évaluation ne prend pas en compte l'impact sur les enfants qui ne sera disponible qu'en 2021.

Les enseignants non impliqués dans ce processus de co-construction de cet outil ont accueilli de manière positive un outil « clé en main ». Il est perçu comme utile pour aborder l'éducation à la santé ; utilisable car simple et clair ; acceptable car en lien avec les pratiques existantes et contextualisé aux problématiques de leurs classes. Cet accueil positif de l'outil peut donc permettre à penser que les enseignants pourront mieux aborder l'éducation à la santé en classe et d'en comprendre les enjeux pour leurs élèves. On peut donc penser qu'un outil est alors une forme de dispositif de formation car ils influencent les activités proposées et la manière de faire de l'enseignant.

Il est possible d'identifier les conditions du succès d'une telle entreprise. Il s'agit d'abord du soutien politique à une telle approche intersectorielle et une gouvernance adaptée. Dans le cas du dispositif REBEE-Covid-19 :

- un soutien politique via le plan Do Kamo adopté en 2016 à l'unanimité par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie ;

- un pilotage local et réactif, réunissant la Chaire UNESCO « EducationS & Santé » et des cadres locaux de l'éducation et de la santé ;
- une participation des acteurs de terrain de la santé et de l'éducation. Dans le contexte de la promotion de la santé, les acteurs de la santé, de par leur expertise, procurent un appui scientifique et des ressources pour le monde de l'éducation ;
- un partage des savoirs entre ces différents partenaires et la recherche.

Par ailleurs, la mise à disposition d'un outil co-conçu par la santé et l'éducation a permis de consolider le rôle de l'école dans la promotion de la santé en période de crise sanitaire. Sans l'outil REBEE-Covid-19, un message uniquement sanitaire aurait été porté par l'ensemble des institutions sanitaires et sociales du pays.

Des difficultés ont néanmoins été observées. Il s'agit tout d'abord par l'injonction hiérarchique qui a communiqué principalement en début de confinement autour de la mise en place d'activités autour du français et des mathématiques. La question de l'éducation à la santé étant alors jugée secondaire à différents niveaux alors que de nombreuses recherches évoquées précédemment ont montré un lien fort entre la santé et la réussite scolaire. Il s'agit ensuite de la difficulté à contacter les parents pendant le confinement pour diverses raisons (absence de connexion ou de matériel numérique, numéros ou adresses mail non valides, impossibilité à réaliser les tâches demandées car trop complexes ou non adaptées aux élèves sans la présence de l'enseignant...) ce qui n'a pas toujours permis aux enseignants de pouvoir élargir cette continuité pédagogique.

Il apparaît que la démarche conduite dans un cadre temporel très contraint a bénéficié de son insertion dans une dynamique partenariale associant l'ensemble des acteurs autour du dispositif REBEE. Le fait de pouvoir s'appuyer sur une démarche en cours de promotion de la santé a permis de produire des outils adéquats et compatibles avec les différents contextes culturels et pratiques pédagogiques en Nouvelle-Calédonie. Visée émancipatrice, ancrage dans une stratégie visant les différents déterminants de la santé, sensibilité aux enjeux culturels et territoriaux, appui et valorisation des pratiques existantes, prise en compte des données de la recherche, partage des savoirs et participation sont les constituants de l'approche mise en place.

Bibliographie

1. Baker, J. (2020). Students 'need \$1.1 billion to close remote-learning gap'. The Sydney Morning Herald.
2. Bryk, A. (2017). Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer. *Éducation Et Didactique*, 11(2), 11–29. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2796>
3. Cebe, S., & Goigoux, R. (2018). Lutter contre les inégalités : outiller pour former les enseignants. *Recherche et Formation*, (1), 77–96. Retrieved from <http://serpinstitute.org/>
4. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2016). Délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien "Do Kamo, Etre épanoui!". Retrieved from https://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Deliberation_114_plan_do_kamo.pdf
5. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (n.d.). Structuration stratégique du PLAN D'ACTION DO KAMO. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_plan_dactions_do_kamo.pdf
6. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (2016). Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2015. Retrieved from <https://dass.gouv.nc/file/942/download?token=JJTFZ8PJ>
7. Eurisouke, V., & Jourdan, D. (2019). Renewing the intersectoral framework for Health Promotion in Schools in New Caledonia, multiculturalism, equity and inclusion at the very core of the process. IUHPE, 23rd World Conference on Health Promotion. Rotorua (New-Zealand).
8. Goigoux, R. (2017). Associer chercheurs et praticiens à la conception d'outils didactiques ou de dispositifs innovants pour améliorer l'enseignement. *Éducation et Didactique*, 11(11–3), 135–142. Retrieved from <https://journals.openedition.org/educationdidactique/2872>
9. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2016). Charte d'application de la délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne (p. 15). p. 15. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/charte_dapplication_de_la_deliberation_ndeg106.pdf
10. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2020). Démographie. Retrieved July 13, 2020, from <https://www.isee.nc/population/demographie>
11. Jourdan, D. (2019). Réinterroger et approfondir les fondements épistémologiques de la recherche en promotion de la santé, un enjeu de structuration du champ de recherche. Conférence Magistrale à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal. Retrieved from <https://espum.umontreal.ca/lespum/evenements/evenement/news/eventDetail/Event/conference-de-didier-jourdan/>

12. Jourdan, D. (2020a). Rebee Réussir, être bien, être ensemble. Retrieved July 13, 2020, from <https://rebee.chaireunesco-es.org/>
13. Jourdan, D. (2020b). Réussir, être bien, être ensemble - Assurer la continuité pédagogique en éducation à la santé. Retrieved from <https://covid19.rebee.chaireunesco-es.org/>
14. Jourdan, D., Gray, N., & Laporte, R. (2020). Comment organiser le retour des élèves atteints de maladies chroniques? The Conversation. Retrieved from <https://theconversation.com/comment-organiser-le-retour-des-eleves-atteints-de-maladies-chroniques-139327>
15. Jourdan, D., Marmot, M., & Gray, N. (2020). Coronavirus: there is an urgent need to re-open schools – this is how to make it happen. The Conversation. Retrieved from [there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818](https://theconversation.com/there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818)
16. Journal Officiel de la République Française. (1998). Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998. Retrieved from <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555817>
17. Kim, J. S., & Quinn, D. M. (2013). The Effects of Summer Reading on Low-Income Children's Literacy Achievement From Kindergarten to Grade 8: A Meta-Analysis of Classroom and Home Interventions. *Review of Educational Research*, 83(3), 386–431. <https://doi.org/10.3102/0034654313483906>
18. Kuhfeld, M., & Tarasawa, B. (2020). The COVID-19 slide: What summer learning loss can tell us about the potential impact of school closures on student academic achievement. Retrieved from [chrome-extension://efaidnbmnnhhttp://www.nwea.org/uploads/2020/04/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf](https://efaidnbmnnhhttp://www.nwea.org/uploads/2020/04/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf)
19. Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*, 4(634), 40.
20. Perez, P., & Rogalski, J. (2001). Interférences et conflits de schèmes dans l'usage d'outils professionnels: le cas d'un fichier cartographique de navigation. *Le travail humain*, 64(2), 145–172. <https://doi.org/10.3917/th.642.0145>
21. Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>
22. Simar, C., & Jourdan, D. (2011). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. Retrieved from <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:142239443>
23. St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2010). Promoting health in schools: from evidence to action. Retrieved from <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/promoting-health-schools-evidence-action>
24. Tricot, A., & Lafontaine, J. (2002). Une méthode pour évaluer ensemble l'utilisation un outil multimédia et l'apprentissage réalisé avec celui-ci. Retrieved from

https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/17771/TricotLafontaine_FDM.pdf?sequence=1

25. Tricot, A., Plébat-Soutjis, F., Camps, J.-F., Amiel, A., Lutz, G., & Morcillo, A. (2003). Utilité, utilisabilité, acceptabilité: interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH. *Environnements Informatiques Pour l'Apprentissage Humain* 2003, 391–402. Retrieved from <https://edutice.hal.science/edutice-00000154/file/n036-80.pdf>
26. Turan-Pelletier, G. (2018). Qu'attendent les acteurs de l'école en matière de santé? *Administration et Éducation*, (1), 25–34.
27. UNESCO. (2020). Education: From disruption to recovery. Retrieved from <https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response>
28. Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic and vice versa. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>
29. Vinatier, I., & Rinaudo, J.-L. (2015). Rencontres entre chercheurs et praticiens : quels enjeux? *Carrefours de l'éducation*, 39(1), 9–18. <https://doi.org/10.3917/cdle.039.0009>
30. Violon, N., Jourdan, D., Darlington, E., Sabalot, L., Charron, A., & Simar, C. (2016). Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires. *Education, Santé, Sociétés*, 2(2), 17–42. Retrieved from [https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=vG_gDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=Analyse+des+déterminants+de+l'implantation+d'un+dispositif+de+promotion+de+la+santé+dans+différents+contextes+scolaires&ots=oqYr-tUbb3&sig=cPre1MnLWYXUthoDZQxEGwmjOFw#v=onepage&q=Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires&f=false](https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=vG_gDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=Analyse+des+déterminants+de+l'implantation+d'un+dispositif+de+promotion+de+la+santé+dans+différents+contextes+scolaires&ots=oqYr-tUbb3&sig=cPre1MnLWYXUthoDZQxEGwmjOFw#v=onepage&q=Analyse+des+déterminants+de+l'implantation+d'un+dispositif+de+promotion+de+la+santé+dans+différents+contextes+scolaires&f=false)

8.4.2 SYNTHÈSE DU 4^e ARTICLE

Ce travail conduit à la rentrée 2020 sur un échantillon de 30 enseignants et 20 étudiants de master en santé publique non exposés au programme a permis de démontrer la pertinence de l'outil pédagogique. Les fiches pédagogiques proposées ont été perçues comme utilisables (8,2/10), utiles (8,4/10) et acceptables (8,3/10) par la majorité des enseignants.

Il établira également le rôle clef de la co-construction de l'outil pédagogique dans la consolidation du rôle de l'école dans la promotion de la santé. Toutefois la Nouvelle-Calédonie était en période de confinement liée au risque d'être atteinte par la pandémie en cours.

Les résultats ont permis de faire la preuve de la pertinence de la démarche de co-construction de l'outil et de partage des savoirs et auront participé à la résolution de la controverse 4 lors de la phase d'enrôlement des cadres. La publication scientifique émise par la suite consolidera cette évaluation sur la prise en main de l'outil pédagogique d'éducation à la santé.

8.5 Synthèse des résultats et vérification des hypothèses

L'étude du processus de traduction de la promotion de la santé à l'Ecole des décideurs politiques aux acteurs locaux donne des éléments de compréhension sur la diffusion d'une stratégie intersectorielle de la santé en milieu scolaire.

8.5.1 Une action et une visibilité politique

Le constat initial établit un ensemble d'acteurs qui par leurs actions vont conduire à la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé en milieu scolaire. Ainsi, l'influence et la volonté d'innovateurs politiques, associés à une dynamique liée à l'approche de la fin des Accords de Nouméa et un soutien visible des cabinets de la santé et de l'éducation malgré leurs divergences politiques ont permis l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité en 2016 concrétisée par le vote du Projet éducatif calédonien et du plan de santé « Do Kamo ». La poursuite de cette collaboration a permis de catalyser un travail intersectoriel autour de l'éducation et de la santé à l'Ecole. Cette collaboration s'est construite dans le temps et a été portée d'une seule voix. Ce travail intersectoriel a été reconnu par les élus du Congrès notamment en janvier 2019 lors de l'étude du Projet de délibération n° 383 du 11 janvier 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire :

« Nous ne pouvons que féliciter ces deux secteurs du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, qui ont su travailler ensemble et nous démontrer qu'ailleurs dans d'autres domaines, on peut le faire pour l'intérêt général. Ce nouveau texte commun s'inscrit de ce fait dans la continuité des réformes globales engagées durant cette mandature en matière d'éducation, mais également dans les domaines de la santé et du social et en particulier pour les enfants. Nous insisterons toutefois sur la prévention : qui peut le faire mieux que l'école ? La veille sanitaire et sociale est une avancée dans ce texte. Il faut lui donner les moyens de remplir ces missions dans les établissements scolaires. »

(Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2019b, p.26)

8.5.2 Un réseau d'actants renouvelé

L'analyse du réseau d'acteurs humains et non humains (dénommés actants dans la théorie de l'acteur-réseau) permet d'identifier des actants intersectoriels engagés dans le dispositif de recherche-intervention. Tout commence avec ce rapport produit par un chercheur adressé aux secteurs de l'enseignement et de la santé du gouvernement calédonien qui explore la question du « comment améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens ? » (la problématisation). Il amène ainsi un programme intersectoriel de promotion de la santé proposé par une équipe de chercheurs. Ce groupe spécialisé en éducation à la santé à l'échelle internationale intervient également dans les 2 secteurs. Puis sont identifiés ce que nous avons appelé des coordonnateurs désignés sur le projet par leurs directions respectives : des enseignements public et privé, de la santé (plan Do Kamo) et de l'agence de santé.

Interviennent également des représentants des directions provinciales (Géo1 et Geo2) de la santé et de l'éducation. Tous ces actants interviennent dans les espaces dédiés au programme intersectoriel (réunions et formations), ils font des ponts et participent à la résolution de controverses relevées durant le processus de traduction. En effet à chaque phase, une controverse est apparue amenant à l'intervention de ces actants intersectoriels afin de tendre à la résolution de la controverse par des actions correctives de l'ordre de modalités de démarches participatives et compréhensives ou de production d'un document attestant de la validité de la démarche conduite par les chercheurs. En effet, la démarche de co-construction a abouti à un outil intersectoriel pertinent pour les acteurs de l'éducation et de la santé.

A la fin du processus de traduction, se retrouvent les directeurs et directrices de l'enseignement et de la santé en accord sur l'importance de leur collaboration intersectorielle et de sa nécessaire visibilité : « Cette collaboration Santé & Education est à capitaliser et il est important de communiquer fortement là-dessus. »

Puis, l'étude de l'approche intersectorielle à l'échelle locale à travers la participation des enseignants à un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire fait ressortir 2 principaux déterminants : l'accompagnement et le leadership à l'échelle des écoles. Pour autant, le soutien local des équipes de circonscription, de la santé et d'autres secteurs y joue également un rôle. Le focus réalisé sur les caractéristiques communes aux directeurs et directrices les plus impliqués (c'est-à-dire au niveau de la co-décision sur l'échelle d'Arnstein) décrit également des actants intersectoriels avec un discours commun et partagé (d'une même voix selon Michel Callon). L'un d'entre eux d'ailleurs est un représentant d'une direction de l'éducation provinciale dans le second article.

Le suivi du processus de traduction d'une volonté politique de promotion de la santé en milieu scolaire à sa mise en œuvre en classe a permis d'observer les mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle. Les résultats montrent que l'impact principal de la promotion de la santé à l'École est l'émergence de (nouveaux) acteurs mobilisés dans les deux secteurs et situés au niveau local, gouvernemental et politique.

8.5.3 Des acteurs-clefs spécifiques

Dans le processus politique, l'action d'innovateurs politiques a été prépondérante à la sensibilisation d'une nécessaire politique de promotion de la santé en milieu scolaire de leurs élus respectifs. Ces derniers doivent pouvoir dépasser leur posture politique « pour l'intérêt général ». L'implication des directeurs des écoles à un haut niveau de participation montre des personnes aux intérêts multiples de type marginal-sécant et mobiles d'un niveau de décision à l'autre.

Nous pouvons donc confirmer que les soutiens quel que soit leur position ont un profil spécifique favorisant l'intersectorialité.

8.5.4 Une approche hybride à vérifier en contexte hors COVID-19

L'approche hybride dans le processus de changement et notamment dans le secteur éducatif est connu et en plein essor (Bryk, 2017; Hargreaves & Fullan, 2013).

Dans le cadre du processus d'innovation observé, les courants du changement peuvent être décrits comme suit :

- Une approche « top down » qui s'est manifestée par la forte mobilisation des directions de l'enseignement invitant les écoles à participer à la formation du prototype avec 86% des équipes de circonscription mobilisées et les services de formation du privé et du public (Fernandes Da Rocha-Puleoto et al., 2022).
- Une approche « bottom up » relevée par l'évaluation réalisée sur l'utilité, l'utilisabilité et la pertinence de l'outil et qui montre le rôle clef de la co-construction de l'outil pédagogique dans la consolidation du rôle de l'école dans la promotion de la santé en période de crise sanitaire (Tessier et al., 2021).

Nous avons vérifié en partie que la mise en œuvre de collaborations intersectorielles est favorisée par une approche hybride. En effet, une évaluation de l'outil devra être réitérée hors crise sanitaire.

Néanmoins, au-delà de la participation on observe dans les étapes de la traduction deux particularités :

- Une traduction en 2 temps : d'abord décisionnelle (les directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie) puis locale (les écoles).
- Un changement dans le courant du processus lors de la phase d'enrôlement qui repart des écoles vers les directions du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

8.5.5 Une dynamique de réseau productive

La consolidation du réseau définissant l'implantation de programme est observée dans cette étude. La dynamique constituée de controverses d'entrées-sorties d'acteurs et donc d'extension-réduction du réseau est retrouvée.

Ce que l'on constate grâce au suivi continu du réseau à travers l'identité des acteurs humains et non-humains sont :

- l'émergence d'acteurs intersectoriels actifs qui viennent initialement d'un secteur ;
- des productions d'intermédiaires intersectoriels produits par les deux secteurs.

Nous pouvons en conclure que la dynamique de réseau des acteurs de la promotion de la santé en milieu scolaire participe à son implantation.

8.5.6 Synthèse

La première étude a montré le rôle clef des entrepreneurs politiques que sont les directions de la santé et de l'enseignement du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie soutenues par les membres du gouvernement en charge de ces 2 secteurs dans l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité à une politique de promotion de la santé en milieu scolaire. Dans la seconde étude, d'autres acteurs clefs ont facilité la mise en œuvre de la promotion de la santé à l'École. Soutenus par leur direction respective, les coordonnateurs ont élaboré des stratégies adaptées afin que leurs collègues contribuent au projet. Toutefois, c'est autour de la production de l'outil pédagogique que l'intersectorialité se matérialise mais aussi de la montée en compétence du corps enseignant dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire. On observe un effacement progressif de ces coordonnateurs remplacés par des acteurs devenus intersectoriels qui vont générer et accompagner la promotion de la santé à l'École.

L'évaluation des compétences en littératie en santé et psychosociales acquises par les élèves devra être réalisée afin de valider les outils pédagogiques d'éducation à la santé produits. En effet, lors de la phase transitoire, la co-construction de l'outil maternelle a été lancée et sa production est finalisée. Néanmoins, une évaluation de l'utilisation et de l'usage de l'outil Rebee élémentaire devra également être reconduite pour en mesurer sa pertinence et ajuster l'outil en ligne dont certains liens deviennent obsolètes. Cette évaluation commandée par les cabinets santé et enseignement devrait se faire courant 2024 coordonnée par le chargé de mission « santé scolaire » du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

L'ensemble de ce travail retrouve le processus de double-traduction décrit par Nordin et al. qui semblait « ensuite s'être perdu » (Nordin et al., 2019). Dans le cas étudié, la traduction poursuit son processus dans un courant « bottom up » et est aboutie au niveau décisionnel. Ce processus de traduction pourra être considéré achevé selon les résultats de l'évaluation à venir.

La promotion de la santé en milieu scolaire est une politique publique encadrée et acceptée aujourd'hui par les acteurs des secteurs de la santé et de l'enseignement, du 1^{er} et du 2nd degré. Cette synergie ne peut être mise uniquement sur le compte de cette recherche-intervention, néanmoins elle aura apporté une expertise scientifique partagée et transmise aux professionnels calédoniens.

9. Discussion

9.1 Les limites de notre étude

9.1.1 L'absence de représentativité de l'échantillon choisi pour les données quantitatives

La première limite est celle de la représentativité des échantillons qui ne permet d'envisager de généralisation et ce n'est pas l'objectif de l'étude. Les résultats d'analyses quantitatives restent indicatifs et complètent les éléments qualitatifs traités.

9.1.2 La focalisation sur le 1^{er} degré

Vient ensuite le périmètre de l'étude. Le fait de se limiter à l'école primaire, qui n'est qu'une partie de cette politique publique se déclinant tout au long du parcours scolaire de l'élève, ne permet pas d'intégrer une vision d'ensemble. La chronologie des textes montre l'apparition d'une fenêtre d'opportunité en 2016 permettant la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé et d'une approche milieu dont le milieu scolaire développée dans l'axe 2 du plan Do Kamo. Le Projet éducatif calédonien l'explique clairement dans son article 12-1 : « La réussite pour tous et la lutte contre les inégalités à l'École sont garanties par les actions de promotion de santé assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun. Toute la communauté éducative [...] participe à la réalisation de cet objectif. » Cette dynamique se retrouve tout autant dans le second degré via l'expérimentation du programme « Aller Bien pour Mieux Apprendre » (ABMA) également issu du concept des écoles promotrices de santé en phase de déploiement (Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements, 2024) . Les laboratoires de recherche sont à pied d'œuvre sur les questions de santé des jeunes. Ainsi, plusieurs travaux dans le champ de la promotion de la santé dans le 2nd degré sont conduits et partagés par l'Université de la Nouvelle-Calédonie dans des revues scientifiques internationales (Frayon et al., 2020; Galy et al., 2020) et en collaboration avec les pays de la région (Trask et al., 2023).

9.2 Les points ouverts à discussion

9.2.1 Simple ou double traduction

La question de l'interprétation des données, notamment celles relatives aux étapes de la traduction est ouverte à discussion. En effet, la chronologie des états du réseau pourrait être posée différemment. Les phases n'avaient pas été dissociées au départ puisque nous n'avions pas repris d'hypothèse sur la double traduction évoquée par l'équipe de la chaire Unesco EducationS et Santé au Danemark (Nordin et al., 2019). Le processus était décrit classiquement avec chaque phase en 2 temps, d'abord les cadres puis les acteurs locaux et on passait à l'étape de traduction suivante. Avec cette lecture, seuls les cadres passent la phase d'enrôlement puis la phase de mobilisation des alliés avec le processus mis en pause au niveau des écoles. Nous aurions pu conclure que le processus au niveau local s'était également perdu ou que l'évaluation à venir sur le dispositif Rebee devrait permettre de resituer la traduction au sein des écoles du programme. Mais en ajustant les observations aux définitions des auteurs de la théorie de l'acteur-réseau (Akrich et al., 2006; Law, 1994), la phase d'enrôlement

débutent par les écoles puis les cadres. Quel que soit la lecture faite, le processus se scinde entre les acteurs de l'école et les cadres lors de la phase d'enrôlement. Même en considérant nos choix méthodologiques, les principes éthiques et de la théorie de l'acteur-réseau, une réplication indépendante et l'évaluation du dispositif Rebee éclaireront certainement ce point.

9.2.2 L'impact de la crise du Covid sur le déroulé du projet

L'évaluation produite sur la prise en main de l'outil pédagogique en pleine crise sanitaire a été décrite comme une réponse agile et pertinente liée à la dynamique préexistante du dispositif en cours. Une autre vision peut aussi être présentée, celle d'une réceptivité plus grande des acteurs de l'école aux questions d'éducation à la santé à transmettre aux élèves confinés. Ce qui n'enlève en rien les propriétés intrinsèques du programme mais place l'ensemble dans une perspective différente du fait de la prégnance des questions de santé pendant cette période.

9.2.3 Les critiques au plan Do Kamo

Notre analyse des politiques s'est largement focalisée sur le plan Do Kamo. Ce plan est critiqué au point qu'il existe une contre-proposition au plan de santé Do Kamo portée par le « conseil du dialogue social contre le plan de santé calédonien » (Chambre Territoriale des Comptes de Nouvelle-Calédonie, 2021). Pour autant, celle-ci ne remet pas en question l'importance du travail intersectoriel objet de notre étude. Elle remet plutôt en question la gouvernance des dépenses de santé et propose une implication des acteurs sociaux dans les instances (Galindo, Reiss, & Hamel, 2023; Saidi, 2023). En tout état de cause, notre travail n'avait pas pour but de juger de la pertinence du plan mais bien d'étudier ce qui avait permis de le créer et de le déployer d'une part et ses effets d'autre part.

9.2.4 Les critiques au Projet éducatif calédonien

Il en est de même concernant le Projet éducatif calédonien dont les critiques portent dans le contenu sur le poids de la culture kanak pour les indépendantistes (Salaün & Duclos, 2017) et sur l'assurance d'une qualité de diplôme pour les non-indépendantistes. En revanche l'ambition stratégique liée à la santé et au bien-être des élèves à l'école est partagée par tous les acteurs politiques (Capron, 2017).

9.3 Les implications

Les éléments de connaissance produits complètent et affinent les connaissances relatives à l'implantation de programmes en promotion de la santé en milieu scolaire.

9.3.1 Le cycle des politiques

Que l'on parle d'influenceurs ou d'innovateurs, il est question « de pouvoir influencer les processus des politiques publiques » (Ridde et al., 2016) d'avoir des acteurs en capacité d'identifier et saisir des opportunités. Dans notre étude, qu'en aurait-il été sans une démarche volontariste de l'agence de santé soutenue par la direction de l'enseignement de la Nouvelle-

Calédonie ? Notre étude confirme ainsi que c'est cette interaction entre un contexte favorable et des porteurs de solution qui crée l'opportunité.

9.3.2 De nouveaux experts

Comme recommandé dans les études, les coordonnateurs nommés également « highly skilled intersectoral collaborators » ont été mis en place. Ainsi, les coordonnateurs issus du secteur de l'enseignement peuvent « traduire » les autres acteurs en se formant et acquérir une expertise dans le champ de la promotion de la santé. Ce travail de médiation par des professionnels issus de la santé facteur favorisant la collaboration intersectorielle est documentée (Jourdan et al., 2021; Toohar et al., 2017). Dans l'autre sens les recherches portent sur le développement professionnel des enseignants ou le développement de partenariats par la pratique de l'éducation à la santé (Cury, 2017; Cury, Pironom, Simar, & Jourdan, 2014; Mérini et al., 2010; Thomazet, Merini, & Gaime, 2014). L'exploration de « collaborateurs intersectoriels hautement qualifiés » issus de l'enseignement apporterait d'autres critères de réussite ou d'échec à la mise en œuvre d'une stratégie intersectorielle.

9.3.3 La co-construction

Une des approches par la co-construction intersectorielle montre une véritable mobilisation de tous les acteurs en complément des recommandations d'autres recherches sur le travail en équipe (Pucher et al., 2015; Villeval et al., 2015). L'exploration du rôle de l'outil ou l'objet intersectoriel co-conçu et de ses effets sur l'expansion du réseau (et donc l'implantation de programme) est à envisager. Ceci pourrait réinterroger la collaboration intersectorielle dans le champ de l'ergonomie et notamment la conception continuée dans l'usage de l'outil pédagogique dans la lignée des travaux de Cèbe et Goigoux sur la collaboration chercheurs-enseignants considérée comme « une option prometteuse » (Cèbe, 2019; Cebe & Goigoux, 2018).

9.3.4 Une stratégie en accord avec le contexte de l'École

La stratégie d' enrôlement compatible avec les priorités de l'école (Villeval et al., 2015) reconnue par les études a été appliquée au programme proposé à travers une sensibilité aux enjeux culturels et territoriaux et le partage des savoirs. La contextualisation pose le sujet de la décolonisation des savoirs et des pratiques en promotion de la santé pour une meilleure intégration des savoirs et des pratiques. Divers chercheurs à l'échelle internationale et de disciplines différentes nourrissent cette réflexion qui est un véritable changement de paradigme vers une ambition de justice sociale (International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2023; Sanchez-Pimienta, 2023). Dans le cadre de cette étude, la contextualisation progressive de l'outil pédagogique du prototype au produit final été remarqué et apprécié par ses co-auteurs. Les éléments contextualisés offrent une meilleure centration de l'attention des élèves dans l'activité mais aussi un gain de temps dans le travail préparatoire de l'enseignant au bénéfice de l'approche didactique (Cèbe & Goigoux, 2007).

Dans des travaux ultérieurs, cette stratégie d'enrôlement des écoles sera à requestionner pour comprendre de manière plus fine le processus de traduction sous le prisme de l'écologie des modes de pensées et d'action.

9.3.5 L'influence de la stratégie intersectorielle sur les inégalités sociales de santé

In fine, la stratégie intersectorielle se veut équitable en répondant aux besoins de chaque territoire scolaire de manière proportionnée. Cette stratégie nécessite un soutien fort des écoles en matière de formation et d'accompagnement des enseignants. En effet, la pratique de classe n'est pas la même entre les écoles en zone urbaine et rurale mais aussi selon l'insularité des territoires. Les différences portent sur les moyens structurels, l'environnement des élèves, l'expérience de l'enseignant et l'accessibilité à des ressources pédagogiques. Concrètement, maitresse Véronique de l'école privée de Poindimie n'a pas les mêmes facilités d'usage d'un outil pédagogique numérique que maitresse Françoise à Nouméa. L'une a un tableau interactif connecté à internet facilitant la maniabilité de l'outil pédagogique. L'autre devra se procurer un format papier à photocopier voire polycopier en noir et blanc sans espoir de diffuser une vidéo durant la séquence. Sinon, comme maitre Sylvain sur l'île de Lifou, elle passe la vidéo aux élèves sur le temps de midi depuis le bureau du directeur avant de retourner en classe à 13h00. Il est donc important de ne pas creuser ces inégalités selon un principe d'universalisme proportionné et une stratégie d'actions ciblées en matière de formation, d'attractivité des territoires éloignés et de moyens dédiés.

Tenir compte et répondre à ces critères d'équité et de soutenabilité est incontournable dans une approche promotrice de santé à l'Ecole afin d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé pour améliorer la santé de TOUS les élèves calédoniens (Jourdan et al., 2021).

Il ne fait aucun doute que le travail doit être poursuivi de façon arriver à une meilleure compréhension des déterminants de l'impact des politiques et des interventions sur les pratiques des professionnels. A l'heure actuelle, nous sommes impliqués dans deux démarches de recherche qui visent à poursuivre ce travail. Il s'agit du travail conduit en maternelle sur le développement des capacités des acteurs et celui sur l'évaluation de l'impact du travail conduit par les maîtres sur l'apprentissage en santé des élèves.

10. Conclusion

L'intersectorialité, stratégie promue par les organisations internationales et difficilement mise en œuvre dans les pays demande à être explorée dans les mécanismes de traduction et l'accompagnement. Ainsi des guidelines sont publiés régulièrement (Rees et al., 2023) et les recherches dans ce champs se poursuivent.

L'objectif de notre travail de recherche était de comprendre comment la promotion de la santé à l'École en Nouvelle-Calédonie a été traduite d'une volonté politique en situation réelle de classe en passant par le soutien institutionnel.

Elle a débuté par l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité favorisée par une démarche volontariste de l'agence de santé et de la direction de l'enseignement dans un contexte de projet collectif et participatif de la population calédonienne. L'IGAS décrira de cette période « une volonté politique d'améliorer le niveau sanitaire et social de la population très largement partagée par les partis politiques, les Gouvernements successifs, les Provinces, les partenaires sociaux, les corps intermédiaires et la population. » (Calmette & Rey, 2018). Le double-portage politique visibilisé de la promotion de la santé en milieu scolaire a permis sa mise à l'agenda et élargi le champ d'actions des directions de la santé et de l'enseignement auprès des acteurs de l'école. La volonté politique de travailler la promotion de la santé (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2022) avec le secteur de l'enseignement du 1^{er} et du 2nd degré reste visible et le portage politique par la membre du gouvernement en charge de l'enseignement depuis 2019 reste d'actualité (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2020)

Dans ce travail, l'innovation par la co-construction intersectorielle concrète d'un outil d'éducation à la santé a joué un rôle clé dans la traduction. De plus, les acteurs ont produit des outils contextualisés pour l'école élémentaire et de nouvelles stratégies politiques locales pour développer la promotion de la santé à l'école. Enfin, l'impact principal est l'émergence de « nouveaux » acteurs mobilisés dans les deux secteurs, aux niveaux local, gouvernemental et politique et en capacité d'intervenir dans différents cercles sociaux.

Ainsi, l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité en 2016 s'est maintenue jusqu'en 2019 et ses effets se maintiennent dans le temps avec l'inscription de la promotion de la santé en milieu scolaire en seconde position des priorités de santé de la Nouvelle-Calédonie en juillet 2023 (Congrès de la Nouvelle-Calédonie, 2023).

Le soutien institutionnel de collaborations intersectorielles et l'émergence d'une expertise locale dans le champ de la promotion de la santé sont des leviers de transformation sociale qui offrent aux communautés éducatives des ressources vers des écoles promotrices de santé pour de meilleures conditions d'apprentissage et la réussite éducatives de TOUS les élèves.

REFERENCES

Articles et ouvrages

1. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. (2017). Rapport d'activité 2016. Retrieved from https://www.santepourtous.nc/publication/doc_download/463-
2. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. (2018). Compte administratif 2017. Retrieved from https://www.santepourtous.nc/publication/doc_download/463-
3. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. (2019). Rapport compte administratif 2018. Retrieved from https://www.santepourtous.nc/publication/doc_download/463-
4. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. (2022). Enquête STEPS Baromètre Santé Adulte 2021-2022 Enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques des Calédoniens de 18 à 64 ans. Retrieved from <https://www.santepourtous.nc/detail-d-un-fichier/file/775>
5. Akrich, M. (2006). Les objets techniques et leurs utilisateurs. De la conception à l'action. *Sociologie de La Traduction*, 179–199. <https://doi.org/10.4000/BOOKS.PRESSESMINES.1198>
6. Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Retrieved from https://www.google.com/books/edition/Sociologie_de_la_traduction/ONYnyt2WQ-UC?hl=en&gbpv=1&pg=PA33&printsec=frontcover
7. Akrich, M., Callon, M., Latour, B., & Latour, B. A. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement; 2 : Le choix des porte-parole. *Gérer et Comprendre. Les Annales Des Mines*, 11, 4–17 & 14–29. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00081741>
8. Alemán-Díaz, A. Y., Backhaus, S., Siebers, L. L., Chukwujama, O., Fenski, F., Henking, C. N., ... Weber, M. W. (2018, December 1). Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services. *The Lancet Child and Adolescent Health*, Vol. 2, pp. 891–904. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30286-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30286-4)
9. Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
10. Baker, J. (2020). Students 'need \$1.1 billion to close remote-learning gap '. *The Sydney Morning Herald*.
11. Bergeron, D. A., Talbot, L. R., & Gaboury, I. (2017). Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. *BMJ Open*, 7(2), e014531. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014531>
12. Bilodeau, A., Chabot, C., Martin, N., Di Sante, M., Bertrand, L., & Potvin, L. (2022a). A midrange theory of local cross-sector action based on the actor-network theory. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100199. <https://doi.org/10.1016/J.SSMQR.2022.100199>
13. Bilodeau, A., Chabot, C., Martin, N., Di Sante, M., Bertrand, L., & Potvin, L. (2022b). A midrange theory of local cross-sector action based on the actor-network theory. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100199>
14. Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C., & Potvin, L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods : systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 165–179. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12813>
15. Bizzoni-Prévieux, C., Mérini, C., Otis, J., Grenier, J., Jourdan, D., & Jourdan Le, D. (2011). Le réseau de collaboration Une forme de pratique favorable à une approche globale et complexe de l'éducation à la santé à l'école. In *Mieux former pour agir dans une société en mouvement (PUQ Numéri*, pp. 225–230). Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821347>

16. Bloor, M., & Wood, F. (2006). Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts. Retrieved from <http://digital.casalini.it/9781847877550>
17. Bocquet, N. (2020). Théorie des courants multiples et systèmes politiques consensuels : l'adoption de solutions techniques en Région bruxelloise. *Gouvernement & Action Publique*, 9(3), 81–111. Retrieved from <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-gouvernement-et-action-publique-2020-3-page-81.htm?contenu=article>
18. Bonvallot, J., Gay, J.-C., & Habert, E. (2012). Atlas de la Nouvelle-Calédonie (J. Bonvallot, J.-C. Gay, & E. Habert, Eds.). Retrieved from <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010058377>
19. Brasil, E. G. M., Silva, R. M. da, Silva, M. R. F. da, Rodrigues, D. P., & Queiroz, M. V. O. (2017). Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 51, e03276. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016039303276>
20. Breton, E. (2015). La réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérable. In *Des idées reçues en santé mondiale* (pp. 148–153). <https://doi.org/10.4000/books.pum.3679>
21. Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes (France): Presses de l'EHESP.
22. Brunet, S., Fallen, C., Joris, G., & Leva, C. (2008). Gouvernance et politiques de santé. les chemins de la cohérence. *Sante Publique*, 20(2), 177–190. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0177>
23. Bryk, A. (2017). Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer. *Éducation Et Didactique*, 11(2), 11–29. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2796>
24. Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique* (1940/1948-), 36, 169–208.
25. Callon, M. (1991). Réseaux technico économiques et irréversibilité. In *Les figures de l'irréversibilité en économie* (Éditions d, pp. 195–230). Retrieved from <https://fr.scribd.com/document/362381303/Callon-1991-Re-seaux-technico-e-conomiques-et-irreversibilite>
26. Callon, M., & Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, 13(2), 37–44. <https://doi.org/10.3917/SOPR.013.0037>
27. Calmette, P., & Rey, J.-L. (2018). Analyses et recommandations de la mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé. Retrieved from <https://www.igas.gouv.fr/Mission-d-appui-conseil-au-gouvernement-de-la-Nouvelle-Caledonie-relative-a-l.html>
28. Calvès, A.-E. (2009). « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 735–749. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>
29. Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? *ADSP Actualité et Dossier En Santé Publique*, 103, 9–11. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1030911.pdf>
30. Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2014). Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: ASTAIRE. *Sante Publique*, 26(6), 783–786. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0783>
31. Capron, R. (2017). Quelques exemples de politiques publiques décidées par la Nouvelle-Calédonie depuis le transfert : d'une vision technique des transferts à la construction d'un projet éducatif. In *L'école du destin commun* (Presses Un, pp. 55–61). Nouméa.

32. Carpentier, A. (2012). Les approches et stratégies gouvernementales de mise en œuvre de politiques éducatives. *Éducation et Francophonie -La Gestion et l'appropriation Du Changement En Éducation*, Volume 40, 12–31. <https://doi.org/10.7202/1010144ar>
33. Cèbe, S. (2019). Associer chercheurs et enseignants dans la conception d'outils : une option prometteuse. *Administration & Éducation*, N°164(4), 69. <https://doi.org/10.3917/admed.164.0069>
34. Cebe, S., & Goigoux, R. (2018). Lutter contre les inégalités : outiller pour former les enseignants. *Recherche et Formation*, (1), 77–96. Retrieved from <http://serp.institute.org/>
35. Cèbe, S., & Goigoux, R. (2007). Concevoir un instrument didactique pour améliorer l'enseignement de la compréhension de textes. *Repères*, 5, 185–208. Retrieved from <https://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/reperes/RS035-9.pdf>
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), & Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD). (2014). *WHOLE SCHOOL WHOLE COMMUNITY WHOLE CHILD A Collaborative Approach to Learning and Health*. Retrieved from www.ascd.org.
37. Chambre Territoriale des Comptes de Nouvelle-Calédonie. (2021). Rapport d'observations définitives L'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie Exercices 2014 et suivants. Retrieved from <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lagence-sanitaire-et-sociale-de-nouvelle-caledonie>
38. Chiang, R. J., Meagher, W., & Slade, S. (2015). How the Whole School, Whole Community, Whole Child Model Works: Creating Greater Alignment, Integration, and Collaboration Between Health and Education. *Journal of School Health*, 85(11), 775–784. <https://doi.org/10.1111/josh.12308>
39. Chung, A. (2021). Politiques publiques éducatives et inégalités en Nouvelle-Calédonie (Université de Nouvelle-Calédonie). Retrieved from <https://theses.hal.science/tel-03706678/file/These2021ChungAmelie.pdf>
40. CNESCO. (2016). Inégalités sociales et migratoires- Comment l'école amplifie-t-elle les inégalités ? Retrieved from <http://www.cnesco.fr/fr/inegalites-sociales/>
41. Comité d'éthique du CNRS. (2017). Pratiquer une recherche intègre et responsable. Retrieved from www.cnrs.fr/comets
42. Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : résumé analytique du rapport final. Retrieved from <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-IER-CSDH-08.1>
43. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Avis n° A-2022-1 sur les inégalités sociales de santé. , (2022).
44. Commission OMS des déterminants sociaux de la santé. (2021). EB148.R2 Déterminants sociaux de la santé. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R2-fr.pdf
45. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications Inc.
46. Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., & Clark, P. (2019). *Designing and conducting mixed methods research*. In Thousand Oaks, CA: Sage IOP Conf. Series: Earth and Environmental Science (Vol. 385). SAGE Publications Inc.
47. Cros, F., & Broussal, D. (2020). Changement et innovation en éducation : deux notions en résonance. *Éducation et Socialisation*, 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/edso.8911>
48. Crozier, M., & Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système* (Point Essa). Paris.
49. Cury, P. (2017). Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des enseignants débutants : études transversales et suivi longitudinal d'une

- cohorte (Université Clermont Auvergne). Retrieved from <http://www.theses.fr/2017CLFAL003/document>
50. Cury, P., Pironom, J., Simar, C., & Jourdan, D. (2014). Contribution à la mise en œuvre des éducations transversales. In UNIRÉS (Ed.), *Educations, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis?*. Actes du 5eme colloque UNIRÉS. <https://doi.org/10.1109/LARS>
 51. Dahlgren, G., & Whithead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
 52. Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>
 53. de Mullenheim, A. (2018). Le pouvoir d'agir à la rescousse. *Revue Projet*, 363(2), 68–73. <https://doi.org/10.3917/pro.363.0068>
 54. Direction de la santé de Polynésie française. (2020). Les outils de santé primaire. Les déterminants culturels de la sante en Polynésie française : Recommandations pratiques. Retrieved from <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2020/06/2020-02-27-Outil-SSP-Déterminants-santé-PF.pdf>
 55. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (n.d.). Structuration stratégique du PLAN D'ACTION DO KAMO. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_plan_dactions_do_kamo.pdf
 56. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (2016). Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2015. Retrieved from <https://dass.gouv.nc/file/942/download?token=JJTFZ8PJ>
 57. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (2019). Situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie 2018. Retrieved from <https://dass.gouv.nc/file/2026/download?token=qlomIBWV>
 58. Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. (2022). Situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie 2021. Retrieved from <https://dass.gouv.nc/file/3240/download?token=cMTVSyv1>
 59. Dubois, A., St-Pierre, L., & Veras, M. (2015). A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2933–2942. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>
 60. Ehlen, S., & Rehaag, R. (2018). [Analysis of comprehensive community-based health promotion approaches for children : Health prospects in disadvantaged neighborhoods in Germany's Ruhr area]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(10), 1260–1269. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2809-9>
 61. Eurisouke, V., & Jourdan, D. (2019). Renewing the intersectoral framework for Health Promotion in Schools in New Caledonia, multiculturalism, equity and inclusion at the very core of the process. IUHPE, 23rd World Conference on Health Promotion. Rotorua (New-Zealand).
 62. Faucher, C., Boivin, M., Diop, R., Damus, O., Fernandes Da Rocha, C., Levesque, C., & Nassif-Gouin, C. (2022). Décoloniser les savoirs et les pratiques, un impératif de justice sociale. Retrieved from <https://chaireunesco-es.org/2022/11/17/4-nov-2022-decolonisation-des-savoirs-un-imperatif-de-justice-sociale/>
 63. Fernandes Da Rocha-Puleoto, C., O'Callaghan, N., Tessier, N., & Jourdan, D. (2022). Déterminants de la participation des professionnels de l'éducation à la promotion de la santé en Nouvelle-Calédonie. *Santé Publique*, 34(2), 169–179. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0169>
 64. Fortune, K., Becerra-Posada, F., Buss, P., Galvão, L. A. C., Contreras, A., Murphy, M., ... de Francisco, A. (2018). Health promotion and the agenda for sustainable development, who

- region of the Americas. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 621–626. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204404>
65. Frayon, S., Wattelez, G., Paufigue, E., Nedjar-Guerre, A., Serra-Mallol, C., & Galy, O. (2020). Overweight in the pluri-ethnic adolescent population of New Caledonia: Dietary patterns, sleep duration and screen time. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 2, 100025. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100025>
66. Gaborit, É., & Haschar-Noé, N. (2014). Une entreprise de « sanitisation » de l'école. L'exemple de l'approche « École en santé » au Québec. *Sciences Sociales et Santé*, 32(2), 33. <https://doi.org/10.3917/sss.322.0033>
67. Gaglio, G. (2011). Une innovation, de nouvelles pratiques sociales. In *Que sais-je ? Sociologie de l'innovation* (pp. 7–34). Retrieved from https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PUF_GAGLI_2011_01_0007
68. Galindo, T., Reiss, U., & Hamel, O. (2023). Espoirs et enjeux d'une réforme d'une santé publique : L'exemple de la Nouvelle-Calédonie. *Santé Publique*, 35(HS1), 147–152. <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2023.0147>
69. Galy, O., Paufigue, E., Nedjar-Guerre, A., Wacalie, F., Wattelez, G., Le Roux, P.-Y., ... Frayon, S. (2020). Living in Rural and Urban Areas of New Caledonia: Impact on Food Consumption, Sleep Duration and Anthropometric Parameters Among Melanesian Adolescents. *Nutrients*, Vol. 12. <https://doi.org/10.3390/nu12072047>
70. Gavard, A.-M. (2008). Mutations et influences du système de santé en Nouvelle-Calédonie. In *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale 2008* (pp. 187–209). Retrieved from https://comptrasec.u-bordeaux.fr/sites/default/files/resume_abstract/Gavard_Systemes-de-sante-en-Nouvelle-Caledonie.pdf
71. Giordan, A. (2016). LE CHANGEMENT EN ÉDUCATION.
72. Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et Didactique*, 1(3), 47–69. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.232>
73. Goigoux, R. (2017). Associer chercheurs et praticiens à la conception d'outils didactiques ou de dispositifs innovants pour améliorer l'enseignement. *Éducation et Didactique*, 11(11–3), 135–142. Retrieved from <https://journals.openedition.org/educationdidactique/2872>
74. Gorohouna, S. (2011). Dynamiques des inégalités dans un pays pluri-ethnique: le cas de la Nouvelle-Calédonie (Paris I). Retrieved from <https://www.theses.fr/2011PA010053>
75. Gorohouna, S., & Ris, C. (2017). Vingt-cinq ans de politiques de réduction des inégalités : quels impacts sur l'accès aux diplômes ? *Mouvements*, 91(3), 89. <https://doi.org/10.3917/mouv.091.0089>
76. Grabowski, D., Aagaard-Hansen, J., Willaing, I., & Jensen, B. B. (2017). Principled Promotion of Health: Implementing Five Guiding Health Promotion Principles for Research-Based Prevention and Management of Diabetes. *Societies*, Vol. 7. <https://doi.org/10.3390/soc7020010>
77. Gray, S., Jones, M., Means, R., Orme, J., Pitt, H., & Salmon, D. (2018). Inter-sectoral Transfer of the Food for Life Settings Framework in England. *Health Promotion International*, 33(5), 781–790. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax017>
78. Grossetti, M. (2007). Les limites de la symétrie. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.712>
79. Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustrations. *Santé Publique*, 24(1), 23–38. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>
80. Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2013). Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les Écoles primaires françaises:

- Implications pour la pratique. *Global Health Promotion*, 20, 13–19. <https://doi.org/10.1177/1757975913483340>
81. Guigner, S. (2016). De « la santé dans toutes les politiques » à « toutes les politiques dans la santé » : le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne. *Commentaire. Sciences sociales et santé*, 34(2), 71–79. <https://doi.org/10.1684/sss.2011.0204>
 82. Hargreaves, A., & Fullan, M. (2013). The power of professional capital with an investment in collaboration, teachers become nation builders. *Journal of Staff Development*, pp. 36–39. Retrieved from <https://learningforward.org/wp.../06/the-power-of-professional-capital.pdf>
 83. Hart, R. (1994). Monter l'échelle de la participation. *Les Enfants d'abord*. Retrieved from https://crabgrass.riseup.net/assets/90695/Echelle_Hart_pdf.pdf
 84. Haut-Commissariat de la république en Nouvelle-Calédonie. (2023). *Délinquance en Nouvelle-Calédonie Bilan 2022 et stratégie 2023*. Nouméa.
 85. Haut Conseil de la santé publique. (2017). Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé. Retrieved from https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_hcsp_sns_31072017-vdef.pdf
 86. IEOM. (2023). *Rapport annuel économique 2022*. Retrieved from https://www.ieom.fr/IMG/rapport_annuel_ieom_nouvelle-caledonie_2022/#p=1
 87. IGAS. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*.
 88. Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan "Sport, santé, bien-être" en région. Un processus d'ajustements continus. *Sante Publique*, 31(4), 475–484. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0475>
 89. Institut d'Emission d'Outre-Mer. (2020). L'éducation et la santé. In IEOM (Ed.), *Rapport annuel IEOM Nouvelle-Calédonie 2019* (Edition 20, pp. 136–134). Retrieved from https://www.ieom.fr/IMG/rapport_annuel_ieom_nouvelle-caledonie_2019/#page=146
 90. Institut d'Emission d'Outre-Mer (IEOM). (2020). *Rapport annuel IEOM Nouvelle-Calédonie 2019*. Retrieved from https://www.ieom.fr/IMG/rapport_annuel_ieom_nouvelle-caledonie_2019/#page=138.tle
 91. Institut d'Emission d'Outre-Mer (IEOM). (2024). *Rapport annuel économique 2023*. Retrieved from https://www.ieom.fr/IMG/pdf/rapport_ieom_nc_2023_bat.pdf
 92. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2020a). *Démographie*. Retrieved July 13, 2020, from <https://www.isee.nc/population/demographie>
 93. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2020b). *La croissance démographique fléchit nettement en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2019 - Synthèse 45 - RP 2019*. Retrieved from <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>
 94. Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. (2021). *Synthèse 52: BDF 2019-2020: En 2019, le taux de pauvreté reste stable en Nouvelle-Calédonie*. Retrieved from <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>
 95. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). (2023). *Décoloniser les savoirs et les pratiques : un impératif de justice sociale*. In 24th IUHPE world conference on health promotion May 15-19 .2022.Montreal - Abstract Book Version 2 - February 2023 (pp. 191–194). Retrieved from https://www.iuhpe.org/images/CONFERENCES/world/2022/IUHPE_24thConference_AbstractBook_V2_feb2023.pdf
 96. IsaBelle, C. (2011). Un leadership partagé pour une éducation à la santé. *Revue Des Sciences de l'éducation*, 36(3), 617–629. <https://doi.org/10.7202/1006248ar>

97. Jabot, F., Pommier, J., & Guével, M.-R. (2017). Evaluation en promotion de la santé. In *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 411–441). Rennes (France): Presses de l'EHESP.
98. Joissains, S., Sueur, J.-P., & Tasca, C. (2014). Rapport d'information fait au nom de la commission du Règlement et d'administration générale sur la Nouvelle-Calédonie. Retrieved from https://www.senat.fr/rap/r14-104/r14-104_mono.html
99. Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants? (INPES). Saint-Denis (France).
100. Jourdan, D. (2016). Comprendre et agir sur les inégalités de santé : un défi pour les chercheurs et les praticiens des champs éducatifs, sanitaire et social. *Revue Education, Santé, Société*, 2(2), 7–14. Retrieved from <https://www.educationsantesocietes.net/articles/662>
101. Jourdan, D. (2017). Dix mesures pour une politique de promotion de la santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie. Retrieved from <https://drive.uca.fr/d/6e13154ad82a4df09346/files/?p=/Rapport Santé scolaire NC.pdf>
102. Jourdan, D. (2019). Réinterroger et approfondir les fondements épistémologiques de la recherche en promotion de la santé, un enjeu de structuration du champ de recherche. Conférence Magistrale à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal. Retrieved from <https://espum.umontreal.ca/lespum/evenements/evenement/news/eventDetail/Event/conference-de-didier-jourdan/>
103. Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffè, S., Cornu, C., Diagne, F., ... Sawyer, S. M. (2021, April 1). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The Lancet Child and Adolescent Health*, Vol. 5, pp. 295–303. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30316-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30316-3)
104. Jourdan, D., Gray, N., & Laporte, R. (2020). Comment organiser le retour des élèves atteints de maladies chroniques? *The Conversation*. Retrieved from <https://theconversation.com/comment-organiser-le-retour-des-eleves-atteints-de-maladies-chroniques-139327>
105. Jourdan, D., Marmot, M., & Gray, N. (2020). Coronavirus: there is an urgent need to re-open schools – this is how to make it happen. *The Conversation*. Retrieved from [there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818](https://theconversation.com/coronavirus-there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818)
106. Kim, J. S., & Quinn, D. M. (2013). The Effects of Summer Reading on Low-Income Children's Literacy Achievement From Kindergarten to Grade 8: A Meta-Analysis of Classroom and Home Interventions. *Review of Educational Research*, 83(3), 386–431. <https://doi.org/10.3102/0034654313483906>
107. Kingdon, J. (1984). *Agendas alternatives and public policy* (Longman Hi). Boston.
108. Kuhfeld, M., & Tarasawa, B. (2020). The COVID-19 slide: What summer learning loss can tell us about the potential impact of school closures on student academic achievement. Retrieved from [chrome-extension://efaidnbmnnhttps://www.nwea.org/uploads/2020/04/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf](https://www.nwea.org/uploads/2020/04/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf)
109. Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques. (2023). La "santé dans toutes les politiques", une démarche encore trop rare en France. Retrieved from [sciencespo.fr website: https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/la-sante-dans-toutes-les-politiques-une-demarche-encore-trop-rare-en-france.html](https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/la-sante-dans-toutes-les-politiques-une-demarche-encore-trop-rare-en-france.html)
110. Lang, T., & Ulrich, V. (2017). Les inégalités sociales de santé Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 (Dicom : 17). Retrieved from http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf

111. Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliau, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
112. Lavigne Delville, P. (2014). 2008: Problématisation, intéressement, enrôlement La sociologie de la traduction est-elle utile pour le développement? Retrieved from <https://anthropo-impliquee.org/2013/12/04/2008-problematization-interessement-enrolement-la-sociologie-de-la-traduction-est-elle-utile-pour-le-developpement/>
113. Law, J. (1994). *Organizing modernity* (Blackwell). Retrieved from <https://fr.scribd.com/document/321901700/john-law-organizing-modernity-pdf>
114. Law, J. (2001). Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. Retrieved from <http://comp.lanccs.ac.uk/sociology/soc054jl.html>
115. Leeson, H. (2017). Health Promoting Schools Impact on Targeted Student Outcomes Analysis Report. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hps-impact-targeted-student-outcomes-analysis-report-sep17.pdf>
116. Leurs, M. T. W., Mur-Veeman, I. M., van der Sar, R., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2008). Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion – a case study. *BMC Public Health*, 8(1), 382. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-382>
117. Magnat, E., Domingue Mena, P., Goodfellow, B., Bertrand-Protat, S., & Demaneuf, T. (2022). Facteurs associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide chez les jeunes calédoniens. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Retrieved from [chrome-extensionhttp://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/pdf/2022_6_2.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/pdf/2022_6_2.pdf)
118. Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ*, 311, 109–112. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550154/pdf/bmj00600-0043.pdf>
119. Menvielle, G., & Lang, T. (2021). La santé dans toutes les politiques où en est-on en France ? In *Les presses de l'EHESP* (Ed.), *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution* (pp. 18–21). Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1131821.pdf>
120. Mérini, C. (2015). Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01116704/document>
121. Mérini, C., Victor, P., Jourdan, D., Corinne, M., Patricia, V., Didier, J., ... Jourdan, D. (2010). LE TRAVAIL DES ENSEIGNANTS EN EDUCATION A LA SANTE : analyse des dynamiques collectives du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». In *Travail et Formation en Education. Revue européenne interdisciplinaire de recherche* (Vol. 6). Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01116757/>
122. Merle, I. (2001). Christine Salomon, Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. *Annales*, 232–234. Retrieved from https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_2001_num_56_1_279943_t1_0232_0000_4
123. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives Traduction de la 2eme édition américaine par Martine Hlady Rispal Revision scientifique de Jean-Jacques Bonniol (De Boeck)*. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=AQHRYJ1AiPEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=miles+and+huberman&ots=_2OIGYt3ZW&sig=j6B0mE7LVvqB6TPVIXNjAnSpx1E#v=onepage&q=miles+and+huberman&f=false

124. Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
125. Molina, V., & Makhzoum, S. (2023). Pauvreté et inégalités en Nouvelle-Calédonie. Retrieved from <https://www.isee.nc/publications/etudes-et-syntheses>
126. Nathan, N., Lin Yoong, S., Sutherland, R., Reilly, K., Delaney, T., Janssen, L., ... Wolfenden, L. (2016). Effectiveness of a multicomponent intervention to enhance implementation of a healthy canteen policy in Australian primary schools: a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(106). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0431-5>
127. Nordin, L. L., Jourdan, D., & Simovska, V. (2019). (Re)framing school as a setting for promoting health and well-being: a double translation process. *Critical Public Health*, 29(3), 325–336.
128. Obach, A., Sadler, M., & Cabieses, B. (2019). Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 22(2), 183–192. <https://doi.org/10.1111/hex.12840>
129. Observatoire de la réussite éducative. (2018). Illettrisme et difficultés de lecture chez les jeunes (16-25 ans) en Nouvelle-Calédonie : Etat des lieux. Retrieved from [chrome-extension://ehttps://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Rapport Illettrisme_0.pdf](chrome-extension://ehttps://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Rapport_Illettrisme_0.pdf)
130. Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre Mer (ORSTOM). (1981). Planche 26 - Migrations. In *Atlas de la Nouvelle-Calédonie et dépendances* (Service de, pp. 91–93). Retrieved from https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-08/010023262.pdf
131. Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*, 4(634), 40.
132. Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 5. Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
133. Organisation Mondiale de la Santé. (2014). WHA67/2014/REC/1 Soixante-septième assemblée mondiale de la santé Genève, 19-24 mai 2014 Résolutions et décisions annexes. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf
134. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé (suivi de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé). Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_54-fr.pdf
135. Orme, J., Jones, M., Kimberlee, R., Salmon, D., Weitkamp, E., Dailami, N., ... Smith, A. (2011). Food for Life Partnership Evaluation Full Report.
136. Pantz, P.-C. (2017). Existe-t-il des territoires kanak ? *Multitudes*, 68(3), 196. <https://doi.org/10.3917/mult.068.0196>
137. Perez, P., & Rogalski, J. (2001). Interférences et conflits de schèmes dans l'usage d'outils professionnels : le cas d'un fichier cartographique de navigation. *Le travail humain*, 64(2), 145–172. <https://doi.org/10.3917/th.642.0145>
138. Phaitrakoon, J., Powwattana, A., Lagampan, S., & Klaewkla, J. (2014). The diamond level health promoting schools (DLHPS) program for reduced child obesity in Thailand: lessons

- learned from interviews and focus groups. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(2), 293–300. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2014.23.2.17>
139. Pinel-Jacquemin, S. (2016). Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (CNESCO). Retrieved from www.cnesco.fr
140. Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale. Revue de Recherches En Éducation*, 43(1), 171–189. <https://doi.org/10.3406/spira.2009.1193>
141. Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>
142. Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., ... Jouet, É. (2015). Le «Montreal model»: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*, 27, S41–S50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
143. Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>
144. Potvin, L., Moquet, M. J., & Jones, C. M. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé (INPES). Retrieved from <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2010/inegalites-sociales-sante.asp>
145. Potvin, L., Bilodeau, A., Lefebvre, C., Galarneau, M., & Bellavance, Y. (2016). Investiguer la concertation locale comme processus de réduction des inégalités sociales de santé dans les quartiers urbains : un dispositif innovant de recherche. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 64, S102–S102. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.016>
146. Potvin, L., & Clavier, C. (2012). La théorie de l'acteur-réseau. In Paramètres (Ed.), *Construire l'espace sociosanitaire Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé* (Les presse, pp. 73–96). Retrieved from <https://pum.umontreal.ca/catalogue/construire-lespace-sociosanitaire>
147. Potvin, Louise, & Fernandes Da Rocha, C. (2021). Education, santé, social: travailler ensemble au service de tous. Retrieved from <https://chaireunesco-es.org/2021/05/03/education-sante-social-travailler-ensemble-au-service-de-la-sante-de-tous/>
148. Potvin, Louise, & Jourdan, D. (2022). *Global Handbook of Health Promotion* (Springer N, Vol. 1). Switerland.
149. Pucher, K. K., Candel, M. J. J. M., Krumeich, A., Boot, N. M. W. M., & De Vries, N. K. (2015). Effectiveness of a systematic approach to promote intersectoral collaboration in comprehensive school health promotion—a multiple-case study using quantitative and qualitative data. *BMC Public Health*, 15, 613. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1911-2>
150. Rasesemola, R. M., Matshoge, G. P., & Ramukumba, T. S. (2019). Compliance to the Integrated School Health Policy: Intersectoral and multisectoral collaboration. *Curationis*, 42(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1912>
151. Rees, J., Roberts, M., Neira, M., Rutter, H., Aguirre, I. Y., Williams, J., & Davidson, J. (2023). Skills for public health systems leadership : Reflections on practice A qualitative research report. Retrieved from <https://phwwhocc.co.uk/resources/skills-for-public-health-systems-leadership-reflections-on-practice/>

152. Richez-Battesti, N., Petrella, F., & Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? *Innovations*, 38(2), 15–36. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0015>
153. Ridde, V., Béland, D., & Lacouture, A. (2016). Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. Retrieved from <https://hal.science/hal-04158742/document>
154. Ridde, V., & Sambieni, E. (2021). L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso. In Ridde Valéry (ed.), Mbow Sane N. B. (préf.). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? : réformes en Afrique subsaharienne* (Science et, pp. 119–145). Retrieved from https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2021-10/010082995.pdf
155. Roche, M. L., Bury, L., Yusadiredjai, I. N., Asri, E. K., Purwanti, T. S., Kusyuniati, S., ... Izwardy, D. (2018). Adolescent girls' nutrition and prevention of anaemia: A school based multisectoral collaboration in Indonesia. *BMJ* (Online), 363. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4541>
156. Roussille, B., & Deschamps, J.-P. (2013). Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé Publique*, S2(HS2), 85–91. <https://doi.org/10.3917/spub.133.0085>
157. Rusch, E., Aubry, J.-D., & Denis, F. (2023). Pour une meilleure gouvernance du système de santé. *ADSP Actualité et Dossier En Santé Publique*, (121), 19–24. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1211924.pdf>
158. Saidi, A. (2023). "Ma santé-NC : Un plan de réforme du système de santé de la Nouvelle-Calédonie. *Regards*, 1(61), 189–201. Retrieved from <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-regards-2023-1-page-189.htm>
159. Salaün, M., & Duclos, R. (2017). L'école à l'heure du « Projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie » : une école décolonisée ? Entretien avec L'Union des Groupements de Parents d'Elèves de Nouvelle-Calédonie. *Mouvements*, 3(91), 99–106. <https://doi.org/10.3917/mouv.091.0099>
160. Salomon-Nekiriaï, C. (1994). Représentations de la maladie et médecine traditionnelle dans les sociétés kanak du centre nord de la Grande Terre (ADCK). Nouméa: CTRDP.
161. Sanchez-Pimienta, C. E. (2023). Rompre avec les présupposés coloniaux en promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 30(1), 73–76. <https://doi.org/10.1177/17579759231156541>
162. Schools for Health in Europe (SHE). (2019). SHE SCHOOL MANUAL 2.0 A Methodological Guidebook to become a health promoting school. Retrieved from www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/
163. Service études et Prospectives (SEP) vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements. (2020). Indice d'éloignement pour les établissements scolaires de Nouvelle-Calédonie. Retrieved from https://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/indice_d_eloignement_nc_dossier_2.pdf
164. Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2018). Promouvoir la santé à l'école: enjeux et perspectives scientifiques. *Administration & Éducation*, 157(1), 143–150. <https://doi.org/10.3917/admed.157.0143>
165. Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2020). Promouvoir la santé à l'École : revue de littérature et perspectives scientifiques. Introduction. *Administration & Éducation*. Retrieved from <http://www.schools-for-health.eu/she-network/health->
166. Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue Des Sciences de l'éducation*, 36(3), 739–760. <https://doi.org/10.7202/1006254ar>

167. Simar, C., & Jourdan, D. (2011). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. Retrieved from <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:142239443>
168. Simar, C., Mérini, C., & Terfous, F. (2019). Analyses des dynamiques d'interactions d'un dispositif de recherche intervention en promotion de la santé : processus et déterminants sous-tendant l'implantation du dispositif.
169. St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2010). Promoting health in schools: from evidence to action. Retrieved from <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/promoting-health-schools-evidence-action>
170. Takeuchi, R., Kawamura, K., Kawamura, S., Endoh, M., Uchida, C., Taguchi, C., ... Kobayashi, S. (2017). Evaluation of the child oral health promotion 'MaliMali' Programme based on schools in the Kingdom of Tonga. *International Dental Journal*, 67(4), 229–237. <https://doi.org/10.1111/idj.12293>
171. Tannahill, A. (2008). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 122(12), 1387–1391. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.009>
172. Tarantola, A., Horwood, P. F., Goarant, C., Buffière, B., Bertrand, S., Merilles, O. E. A., ... Richard, V. (2019). Counting Oceanians of Non-European, Non-Asian Descent (ONENA) in the South Pacific to Make Them Count in Global Health. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(3). <https://doi.org/10.3390/TROPICALMED4030114>
173. Tessier, N., O'Callaghan, N., Fernandez Da Rocha Puleoto, C., & Jourdan, D. (2021). Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19. *Global Health Promotion*, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1177/1757975921996133>
174. Thomazet, S., Merini, C., & Gaime, E. (2014). Travailler ensemble au service de tous les élèves. *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de La Scolarisation*, 65(1), 69. <https://doi.org/10.3917/nras.065.0069>
175. TNTV News. (2023, June 19). "Ecoles en santé" rassemble les îles du Pacifique. Retrieved from <https://www.tntv.pf/tntvnews/polynesie/societe/ecoles-en-sante-rassemble-les-iles-du-pacifique/#:~:text=Fin juin 2023%2C un total,la Communauté du Pacifique Sud>
176. Tooher, R., Collins, J., Braunack-Mayer, A., Burgess, T., Skinner, S. R., O'Keefe, M., ... Marshall, H. S. (2017). Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health Promotion International*, 32(2), 312–321. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>
177. Trask, S., Manuele, P., Borne, L., Galy, O., Potter, B., & Bay, J. (2023). Developing the Tokelau National Health and Physical Education Curriculum: A case study. *Health Education Journal*, 00178969231219567. <https://doi.org/10.1177/00178969231219567>
178. Tricot, A., & Lafontaine, J. (2002). Une méthode pour évaluer ensemble l'utilisation un outil multimédia et l'apprentissage réalisé avec celui-ci. Retrieved from https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/17771/TricotLafontaine_FDM.pdf?sequence=1
179. Tricot, A., Plé gat-Soutjis, F., Camps, J.-F., Amiel, A., Lutz, G., & Morcillo, A. (2003). Utilité, utilisabilité, acceptabilité: interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH. *Environnements Informatiques Pour l'Apprentissage Humain 2003*, 391–402. Retrieved from <https://edutice.hal.science/edutice-00000154/file/n036-80.pdf>
180. Tubert-Jeannin, S., Pichot, H., Rouchon, B., Pereira, B., & Hennequin, M. (2018). Common risk indicators for oral diseases and obesity in 12-year-olds: A South Pacific cross sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4996-y>

181. Turan-Pelletier, G. (2018). Qu'attendent les acteurs de l'école en matière de santé? *Administration et Éducation*, (1), 25–34.
182. Tyack, D. B., Cuban, L., & Press, H. U. (1995). *Tinkering Toward Utopia: A Century of Public School Reform*. Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=ui6cAAAAMAAJ>
183. Union Internationale pour la Promotion de la santé et d'Education pour la Santé (UIPES). (2010). *Vers des écoles promotrices de santé : Lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école 2eme Version du document précédemment intitulé "Protocoles et lignes directrices pour les Ecoles Promotrices de Santé."* Retrieved from www.iuhpe.org
184. Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic and vice versa. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>
185. Villeval, M., Bidault, E., Gaborit, E., Grosclaude, P., Haschar-Noé, N., Lang, T., & AAPRISS, P. le groupe. (2015). Un programme de recherche interventionnelle (AAPRISS) visant à réduire les inégalités sociales de santé: méthodes et validation. *Canadian Journal of Public Health*, 106(6), e434–e441. <https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4955>
186. Vinatier, I., & Rinaudo, J.-L. (2015). Rencontres entre chercheurs et praticiens : quels enjeux ? *Carrefours de l'éducation*, 39(1), 9–18. <https://doi.org/10.3917/cdle.039.0009>
187. Violon, N., Jourdan, D., Darlington, E., Sabalot, L., Charron, A., & Simar, C. (2016). Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires. *Education, Santé, Sociétés*, 2(2), 17–42. Retrieved from https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=vG_gDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=Analyse+des+déterminants+de+l'implantation+d'un+dispositif+de+promotion+de+la+santé+dans+différents+contextes+scolaires&ots=oqYr-tUbB3&sig=cPre1MnLWYXUthoDZQxEGwmjOFw#v=onepage&q=A
188. Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16(4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>
189. World Health Organisation. (1987). *Ottawa charter for health promotion*. p. 2. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/53166/WH-1987-May-p16-17-eng.pdf?sequence=1>
190. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). (2016). *Health policy for children and adolescents No.7 Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/>
191. World Health Organization, & United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school : Global standars and indicators for health-promoting schools and systems*. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341907/9789240025059-eng.pdf?sequence=1>

Textes officiels

1. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (1994). Délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Nouvelle Calédonie.
2. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2016a). Délibération n°106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'école calédonienne. Retrieved from https://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/de_libe_ration_no106_du_15.01.16_relative_a_l_avenir_de_l_e_cole_cale_donienne.pdf
3. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2016b). Délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien "Do Kamo, Etre épanoui ! ". Retrieved from https://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Deliberation_114_plan_do_kamo.pdf
4. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2019a). Délibération n°36 du 23 décembre 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire. Retrieved from https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/Client/FileDownload?did=138&fc=70f9b690-2a92-4c79-a539-11b62e597c25&queryInInvariantCulture=False&_auth=45ADDACBEAFE366CF735F2A8D466926B1622804B7F5633E9697A485DA1389A67EEF285D990D270033FC1AE3FDC1C4
5. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2019b). Quatrième mandature session budgétaire de novembre-décembre 2018 et janvier 2019 - Compte rendu intégral des débats 5ème séance du jeudi 11 janvier 2019 (matin) - Deuxième partie -. Retrieved from https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/Client/FileDownload?did=9&fc=70f9b690-2a92-4c79-a539-11b62e597c25&queryInInvariantCulture=False&_auth=BFDB5AF94DED598DB65BF5A2200D072CD7743301E9765EAA86F9B5927E1B404DB4FCCF2791175D864D1CDC4D9E8495CE6CE06E54ED61C705643526693765D9BB6E70F21B3C7EC632A10E815A1EF07795FF5D85E49AA1A32C78BE7E36778937127EDB333C85D8CE7357FE9FC83E5E5B4025D62B5FC587A0E489DA51CE3E5C1F468DF8D3670D47D2DBE9DC7C13F52AD5BD31C5B6CC6D04F1AEC62C54B121177AD5FF84F942152495760E3FC5080D44D9523627E010B8E4F1C79BBFBEA8DD14AD0B6FD3A3235BA00F969303EDC1548D92DD3CEEFF4EDE3F40DEBEA06B380D42958CBF9627F5B4E0B1F2848C6B87142DEAE177D71967C2358710782A329FFAF1002F9320A541469C02B64295291FFAF971120944EDEBE9828D57A9212CE78F8B7350
6. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2022). Compte-rendu intégral des débats Date d'adoption: 26/07/2022. Retrieved from https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/fd4f6272-d1fb-42ff-9c0c-378ea8af15a1/Integration?&ep=8sVQ6h1CzlcTSpls5v4LZkKwixKRSNXgvWM8GBwtqbxYzTUwzwqulDoDeRbKtxyFMF9_P6Yq8-ty127tc_PHWaO0Izlv0Wkq7KiwEH6kCYfPOCyXBTcevSNxu7Fi1lig5r_zOLEmjv7xfLG
7. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. (2023). Délibération n°320 du 20 juillet 2023 relative à la promotion de la santé et à l'offre de prévention du plan de santé calédonien "Do Kamo, être épanoui ! ". Retrieved from https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/Client/FileDownload?did=16371&fc=70f9b690-2a92-4c79-a539-11b62e597c25&queryInInvariantCulture=False&_auth=95E38AF74584B825815357C235A3793FF4ABA151709D319F74E56F00840F8BF4A389A47DDA4EDED35093C9622D2
8. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2015a). Déclaration de politique générale prononcée devant le congrès, au nom du 14eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie par

- M. Philippe Germain président du gouvernement. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/1-_dpg-germain-2015-04-04.pdf
9. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2016). Charte d'application de la délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne (p. 15). p. 15. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/charte_dapplication_de_la_deliberation_ndeg106.pdf
 10. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2017). Déclaration de politique générale prononcée devant le congrès au nom du 15eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie par M. Philippe Germain président du gouvernement. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2017.12.22_-_dpg_2017_0.pdf
 11. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2018). Do Kamo Être épanoui Plan de santé calédonien 2018-2028. Retrieved from <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=298:do-kamo-plan-de-sante-caledonien>
 12. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2019a). Déclaration de politique générale Thierry Santa Président du 16eme Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2019.08.22_declaration_politique_generale_du_16e_gouv.pdf
 13. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2019b). Réforme du primaire et nouveau socle commun. Retrieved from <https://gouv.nc/actualites/04-01-2019/reforme-du-primaire-et-nouveau-socle-commun>
 14. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2020). Plein feux sur la rentrée ! Retrieved from <https://gouv.nc/actualites/17-02-2020/pleins-feux-sur-la-rentree>
 15. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2021). Déclaration de politique générale Monsieur Louis MAPOU Président du 17eme gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2021.11.25_dpg_louis_mapou_version_revisee.pdf
 16. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2022). Communiqué Avant-projet de loi du pays Réforme du système de santé vers une offre basée sur la promotion de la santé. Retrieved from https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2022.08.10_cp_promotion_de_la_sante.pdf
 17. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2024). Data.Gouv.NC L'open data de la Nouvelle-Calédonie. Retrieved August 25, 2024, from https://nouvelle-caledonie.opendatasoft.com/explore/dataset/fonctionnaires_nc_communes/information/?flg=fr-fr&disjunctive.anciennete_fp&disjunctive.position&disjunctive.cadre&disjunctive.categorie&disjunctive.temps_de_travail&disjunctive.zone_affectation&
 18. Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie. (2001). Délibération n°264 portant création de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (No. 6288). Retrieved from <https://juridoc.gouv.nc/juridoc/jdwebe.nsf/joncentry?openpage&ap=2001&page=6288>
 19. Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n° 244 du 26 juillet 2022 portant création de l'objectif calédonien d'évolution des dépenses de prévention. , (2022).
 20. Journal Officiel de la République Française. (1957). Décret du 22 juillet 1957 portant institution d'un conseil de gouvernement et extension des attributions de l'assemblée territoriale en Nouvelle-Calédonie (No. 169). Retrieved from [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=akWPr6@\\$x8bz47syPmce](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=akWPr6@$x8bz47syPmce)

21. Journal Officiel de la République Française. (1998). Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998. Retrieved from <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555817>
22. Ministère des solidarités et de la santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. Retrieved from https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

Sitographie

1. Chaire Unesco EducationS & Santé. (2023a). Créer les conditions de la santé de tous : des pratiques à un cadre structurant pour l'action. Retrieved from <https://chaireunesco-es.org/2023/11/14/creer-les-conditions-de-la-sante-de-tous-des-pratiques-a-un-cadre-structurant-pour-laction/>
2. Chaire Unesco EducationS & Santé. (2023b). Le futur de la promotion de la santé à l'école dans le Pacifique. Retrieved from <https://chaireunesco-es.org/lavenir-de-la-promotion-de-la-sante-en-milieu-scolaire/>
3. Douiller, A., Dupeux, N., & Le Calvez, V. (2021). JE (TE) PROMEUS LE LANGAGE ! Agir pour le développement langagier : tous concernés. Retrieved from <https://chaireunesco-es.org/2021/05/12/je-te-promeus-le-langage-agir-pour-le-developpement-langagier-tous-concernes/>
4. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2012, November 30). Plan 2012-2016 Informer Sensibiliser Agir Tabac, alcool et autres drogues en Nouvelle-Calédonie. Retrieved from <https://gouv.nc/actualites/30-11-2012/plan-addictions-2012-2016>
5. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. (2015b). Tous debout pour les Assises de la santé. Retrieved from <https://gouv.nc/actualites/25-08-2015/tous-debout-pour-les-assises-de-la-sante>
6. Jourdan, D. (2020a). Rebee Réussir, être bien, être ensemble. Retrieved July 13, 2020, from <https://rebee.chaireunesco-es.org/>
7. Jourdan, D. (2020b). Réussir, être bien, être ensemble - Assurer la continuité pédagogique en éducation à la santé. Retrieved from <https://covid19.rebee.chaireunesco-es.org/>
8. PromoSanté Ile-de-France. (2019). Fiche 3 - La participation. Retrieved April 22, 2020, from <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/fiche-3-la-participation>
9. UNESCO. (2020). Education: From disruption to recovery. Retrieved from <https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response>
10. Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie direction générale des enseignements. (2024). ABMA, Aller Bien pour Mieux Apprendre. Retrieved from <https://www.ac-noumea.nc/spip.php?rubrique403>
11. Vie-publique.fr. (2023). Le statut de la Nouvelle-Calédonie. Retrieved from Direction de l'information légale et administrative website: <https://www.vie-publique.fr/fiches/20236-le-statut-de-la-nouvelle-caledonie>

SIGLES

ABMA : Aller Bien pour Mieux Apprendre

ACTé : Activité, Connaissance, Transmission, éducation

ANT : Actor-Network Theory

ASCD : Association for Supervision and Curriculum Development

ASE : Alliance scolaire évangélique

ASSNC : Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie

CACIS : Canada Approches communautaires et Inégalités de Santé

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CDDS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CIS : Comité interministériel pour la santé

CM2 : Cours moyen 2eme année

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

CNESCO : Centre national d'étude des systèmes scolaires

CNIRE : Conseil national pour la réussite éducative

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CP : Cours préparatoire

DASSPS : Direction des affaires sanitaires sociales de la prévention et de la solidarité

DACAS : Direction de l'actions communautaire et de l'action sanitaire

DASS NC : Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie

DDEC : Direction diocésaine de l'enseignement catholique

DENC : Direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie

DISC : Diagnosis of Sustainable Collaboration

DPASS : Direction provinciale de l'action sanitaire et sociale

ES : Education & Santé

FELP : Fédération de l'enseignement libre protestant

FLNKS : Front de libération nationale kanak et socialiste

GNC : Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HiAP : Health in All Policies

IEOM : Institut d'Emission d'Outre-Mer

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Isee NC : Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie

ISS : Inégalités sociales de santé

JONC : Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie

JORF : Journal Officiel de la République Française

MADGG : Mise à disposition globale et gratuite

MNT : Maladies non transmissibles

OCEP : Objectif calédonien d'évolution des dépenses

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSMS : Promotion de la santé en milieu scolaire

Rebee : Réussir, être bien, être ensemble

RST : Réseau sociotechnique

SAR : Sociologie de l'acteur-réseau

SdTP : Santé dans toutes les politiques

SEP : Service études et prospectives

SHE : Schools for Health in Europe

TAR : Théorie de l'acteur-réseau

TO : Transition outcomes

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UIPES : Union Internationale pour la Promotion de la santé et l'Education pour la santé

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

VR-DGE : Vice-rectorat direction générale des enseignements de la Nouvelle-Calédonie

WHO : World Health Organisation

WSCC : Whole School, Whole Community, Whole Child

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Carte des courants migratoires vers la Nouvelle-Calédonie, ORSTOM 1981	9
Figure 2 - Carte de la répartition de la population calédonienne vivant en tribu en 2019, Isee-NC 2020.....	10
Figure 3 – Graphique des répartitions du diplôme le plus élevé en 2019 des 25-64 ans par communauté, lieu de vie et lieu de naissance, Isee-NC, 2020.....	11
Figure 4 – Graphique de la distribution du niveau de vie en 2019 par communauté d'appartenance et type de ménage, Isee-NC 2021.....	12
Figure 5 : Carte de la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2018 (source : DASS NC, 2019).....	12
Figure 6– Carte de la densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 2018 (source : DASS NC, 2019).....	12
Figure 7 : Carte des principales activités et infrastructures de La Nouvelle-Calédonie en 2021 (source : IEOM, 2024).....	14
Figure 8 - Schématisation du transfert de compétences de l'éducation au 1 ^{er} janvier 2012 (source : Isee-NC, 2020)	25
Figure 9 - Schématisation du protocole de recherche mixte multi-phases d'étude des mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle de la santé à l'école primaire en Nouvelle-Calédonie (inspiré de Cresswell et al., 2007 ; Guével et Pommier, 2012)	53
Figure 10 - Carte de localisation des écoles élémentaires incluses dans le dispositif en 2019 (Source : DASS NC, 2019).....	54
Figure 11 - Carte de situation des 3 réseaux sociotechniques étudiés d'avril 2019 à décembre 2020	59
Figure 12 - Schéma des composantes de l'analyse des données : modèle de flux inspiré de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 2003).....	60
Figure 13 – Part des diplômés BAC+3 par province en 2019 (source Isee-NC, 2020).....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III - Matériel d'étude sur la période 2015-2019	Erreur ! Signet non défini.
Figure 14 – Cadre de Kingdon ajusté au contexte (inspiré de Bocquet, 2020) ...	Erreur ! Signet non défini.
Figure 15 – Illustration des résultats dans le cadre de Kingdon ajusté au contexte (inspiré de Bocquet, 2020)	Erreur ! Signet non défini.
Figure 16 – Etat du réseau d'acteurs de la promotion de la santé à l'Ecole lors de la phase de problématisation - Août 2018 (inspiré de Law, 1994).....	81
Figure 17 – Modèle logique de la recherche-intervention	84
Figure 18– Phase d'intéressement des cadres – Avril 2019 -(inspiré de Law, 1994).....	88
Figure 19 – Etat du réseau à la phase d'enrôlement des écoles -Septembre 2019-(inspiré de Law, 1994)	90
Figure 20– Etat du réseau à la phase d'enrôlement des cadres -Novembre 2019-(inspiré de Law, 1994)	91
Figure 21 – Etat du réseau lors de la phase de mobilisation des acteurs -Juin 2020 - (inspiré de Law, 1994)	94
Figure 22 - Fin de la traduction -Décembre 2020- (inspiré de Law, 1994)	95

Figure 23 : Schéma des démarches participatives des équipes des écoles élémentaires (source : Rebee, 2019).....	101
Figure 24 : Modèle logique de l'intervention (source : Rebee, 2019).....	102
Figure 25 : Moyenne des scores attribués par les enseignants en poste (formation continue) et les étudiants (formation initiale) en ce qui concerne l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité des outils.	125

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Matériel d'étude sur la période 2015-2019.....	56
Tableau II : Etat des compétences non transférées à la Nouvelle-Calédonie en 2016 (source Isee-NC, 2016)	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III : Synthèse des controverses lors de la co-construction du prototype.....	86
Tableau IV – Récapitulatif des évolutions du réseau d'actants lors de la traduction.....	96
Tableau V – Étapes du processus d'implication des écoles dans le dispositif Rebee (source : Rebee, 2019)	105
Tableau VI– Modes et types de retours des enseignants contributeurs (source : Rebee, 2019)	107
Tableau VII – Facteurs agissant sur la participation des enseignants : analyses univariées (source : Rebee, 2020).....	108

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation- Période 2015-2016.....	162
Annexe 2 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation – Période 2017-2019	168
Annexe 3 : Tableaux des échanges mails de la phase d'intéressement des cadres	181
Annexe 4 : Tableau détaillé des controverses	183
Annexe 5 : Graphiques sur QDA Miner des représentations des stagiaires en phases projective et d'envoi.....	185
Annexe 6 : Rapport dispositif Rebee correspondant aux phases d'intéressement et d' enrôlement des écoles	186
Annexe 7 : Analyses de contenu des discours des 3 directeurs les plus impliqués dans la phase d' enrôlement des écoles.....	213
Annexe 8 : Analyse des commentaires des cadres en phase d' enrôlement des cadres à la fin du stage de formateurs	215
Annexe 9 : Confirmation de la soumission de l'article 1 en date du 04 septembre 2024	220

Annexe 1 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation- Période 2015-2016

PÉRIODE 2015 – 2016					
Date de publication	Document étudié	Lien d'accès	Courant du politique	Courant des problèmes	Courant des politiques publiques
2014	Rapport d'information du sénat	https://www.senat.fr/rap/r14-104/r14-1045.htm		Fin « protocole vie chère » déc. 2014	
Avril 2015	Discours de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie	https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/1-dpg-germain-2015-04-04.pdf	<p>Fin de l'Accord de Nouméa et incertitudes</p> <p>Consensus entre les deux mouvements politiques (loyaliste/indépendantiste)</p> <p>Membre en charge de la santé-jeunesse et des sports : UNI-Palika (indépendantiste)</p> <p>Membre en charge de l'éducation, l'enseignement supérieur et la mise en place du service civique : Calédonie ensemble (loyaliste)</p> <p>Dernières élections provinciales mai 2014 = Calédonie ensemble (loyaliste) pour province Sud ; UNI (nationalistes indépendantistes) province Nord et UC (indépendantistes) province Iles</p> <p>« Le temps nous est compté ! A quatre ans de la fin de la dernière mandature de l'accord de</p>	<p>Dégradation de l'état de santé des calédoniens (indicateurs surpoids)</p> <p>Prévention</p> <p>Dépenses de santé</p> <p>Insécurité routière (« mise en œuvre effective »)</p> <p>Vie chère inscrite à l'agenda 2015</p> <p>« Avec plus de la moitié de notre population en surpoids, 26 % d'obèses et 8 % de diabétiques, la consommation massive d'alcool et de sucres, la mauvaise hygiène de vie, les mauvais réflexes alimentaires et les addictions constituent la première cause de dégradation de l'état de santé des Calédoniens. » (dpg avril 2015)</p> <p>1,5% dédiés à la prévention</p> <p>La hausse des dépenses de santé : « la santé représente le double du budget propre de la Nouvelle-Calédonie » (dpg avril 2015)</p> <p>« Je ne peux tracer devant vous ces perspectives sans évoquer l'insécurité</p>	<p>Démarches de concertations citoyennes dans les secteurs de la santé et de l'éducation (Assises de la santé – Grand débat sur l'avenir de l'école calédonienne)</p> <p>Mise en place de moyens dédiés à la PSMS dans le secteur de l'enseignement dans le 1er et le 2nd degré</p> <p>Organisation de la compétence santé par le GNC via la DASSNC et ASSNC + compétences enseignements 1er et 2nd degré</p> <p>Mise en place de missions santé au sein du secteur de l'enseignement du 1^{er} et du 2nd degré : « La nomination simultanée d'un médecin de santé scolaire au vice-rectorat et d'un chargé de mission à la direction de l'enseignement de la</p>

		<p>Nouméa, après plus de cent jours d'immobilisme, nos compatriotes sont inquiets. Face au désordre politique, face au ralentissement de notre croissance et aux difficultés engendrées par la persistance des inégalités, face aux dérives d'une partie de notre jeunesse, beaucoup de Calédoniens doutent de l'avenir. » (dpg avril 2015)</p> <p>Constitution du Congrès (assemblée délibérante) :</p> <p>Loyalistes : 29 sièges</p> <p>Indépendantistes : 25 sièges</p> <p>GNC élu par le Congrès</p> <p>13e GNC a été élu en juin 2014 et chute en décembre 2014.</p> <p>Le 14e GNC est constitué le 1er avril 2015 (ira jusqu'au 19 août 2017)</p> <p>Gouvernement collégial constitué de 6 membres loyalistes et 5 membres de la mouvance indépendantiste.</p> <p>Membre en charge de la santé-jeunesse et des sports : UNI-Palika (indépendantiste)</p> <p>Membre en charge de l'éducation, l'enseignement supérieur et la mise en place</p>	<p>routière. Celle-ci a un coût énorme pour notre société – plus de 14 milliards par an – , et les drames de la route frappent chaque année des centaines de familles. Avec 67 tués, 2014 a été la pire de ces 5 dernières années. Face à ce constat dramatique, nous devons nous mobiliser aux côtés de l'ensemble des acteurs – forces de l'ordre, justice, provinces, communes, associations, corps enseignant – en veillant à la mise en oeuvre effective de l'ensemble des actions, préventives ou répressives, prévues par le plan quinquennal de lutte contre l'insécurité routière adopté à l'unanimité par le Congrès, en décembre 2013. » (dpg avril 2015)</p> <p>Vie chère inscrite à l'agenda 2015 : « Les Calédoniens ne l'acceptent plus. Ils l'ont manifesté massivement à plusieurs reprises. Souvenons-nous de la grève générale d'août 2013, qui a paralysé le pays parce qu'aucune suite n'avait été donnée aux accords économiques et sociaux signés un an auparavant. » (dpg avril 2015)</p>	<p>Nouvelle-Calédonie permettra, dès cette année, de donner une impulsion nouvelle à notre politique en la matière. » (dpg avril 2015)</p> <p>« Tous ces sujets seront au cœur des prochaines assises de la santé, qui se tiendront en 2015 avec l'ensemble des acteurs concernés. » (dpg avril 2015)</p> <p>PEC « Ces trois ambitions sont au cœur du Projet éducatif, dont la construction a été engagée en 2010, et relancées en 2014, sur la base des propositions issues du « grand débat sur l'avenir de l'école calédonienne » » (dpg avril 2015)</p>
--	--	---	---	--

			<p>du service civique : Calédonie ensemble (loyaliste)</p> <p>« nous sortons d'une grave crise institutionnelle. Durant plus de 9 mois, pour la première fois de son histoire, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie s'est trouvé privé de vice-président. Durant plus de trois mois, l'exécutif du pays a dû se limiter à l'expédition des affaires courantes, faute d'accord politique sur l'élection de son président. Cette paralysie institutionnelle a conduit les quatre composantes du FLNKS à intervenir pour débloquer la situation. Cette démarche, effectuée sans aucune contrepartie, a porté à la présidence et à la vice-présidence de l'exécutif, dans le respect de l'expression démocratique des Calédoniens, des représentants des deux mouvements arrivés en tête lors des élections provinciales de mai 2014. » (dpg avril 2015)</p>		
			Ajustements au contexte		
Aout 2015	Article web GNC « Tous debout pour les Assises de la santé »	https://gouv.nc/actualites/25-08-2015/tous-debout-pour-les-assises-de-la-sante	« Aujourd'hui, il s'agit de produire le matériau nécessaire à la construction d'un plan stratégique de la santé pour les dix prochaines années. Ce plan a pour missions de mettre en place une gouvernance plus cohérente, de repenser les financements et d'impulser une politique forte d'éducation et de promotion de la santé auprès de la population. »		
Oct 2015	Article web GNC « Le Projet éducatif en marche »	https://gouv.nc/actualites/12-10-2015/le-projet-educatif-en-marche	« Quatre orientations ont été validées par les acteurs du séminaire, à l'issue des travaux menés autour de douze ateliers distincts : développer l'identité de l'École calédonienne ; considérer la diversité des publics pour une École de la réussite pour tous ; bâtir une École ancrée dans son environnement et au service du bien-être ; poursuivre l'ouverture de l'École sur la région Océanie et sur le monde. »		

Déc. 2015	Plan de santé calédonien Do Kamo (être épanoui) Synthèse du projet au 23 octobre 2015	https://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Plan%20sante%20caledonien%20do%20kamo.pdf	Extraits du préambule signé de la membre du gouvernement en charge de la santé : « Remettre les politiques de santé au cœur de l'action publique, c'est les définir comme transversales, intersectorielles, vecteurs de cohésion calédonienne. » [...] « Il me semble important d'avoir une vision d'un système de santé soutenable, durable et équitable, qui fasse le pari d'accompagner tous les calédoniens et calédoniennes dans les comportements de bonne santé. Notre système de santé doit permettre aux calédoniens, dès le plus jeune âge, une meilleure estime de soi. »
2016	ASS-NC rapport d'activité 2015	https://www.santepourtous.nc/composent/phocadownload/category/148-l-agence?download=340:rapport-d-activites-ass-nc-2015	<p>Page 4 : Editorial du membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge de l'animation et du contrôle des secteurs de la santé, de la jeunesse et des sports. « Je souhaite qu'elle [l'Agence sanitaire et sociale] puisse [...] trouver sa place dans la définition et la mise en œuvre des actions du DO KAMO et du Projet éducatif dont la composante santé est particulièrement développée. » « développement des programmes de prévention en lien étroit avec les autres collectivités avec lesquelles cette compétence est aujourd'hui partagée. »</p> <p>Page 5 : Entretien avec Dr Bernard Rouchon, directeur « L'année 2015 a été marquée par deux projets majeurs de structuration des politiques de promotion de la santé dans lesquels les personnels de l'ASS-NC se sont particulièrement investis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en route des assises de la santé aboutissant au terme d'une large consultation des acteurs spécialisés et de la société civile au concept de santé Do Kamo. - L'inscription de la santé au sein du Projet éducatif de la NC qui est une grande avancée pour une promotion de la santé de tous les calédoniens dès leur plus jeune âge et jusqu'au Bac. » <p>Page 23 : « un processus de concertation multi-sectorielle avec l'ensemble des partenaires susceptibles d'être impliqués dans sa mise en œuvre.</p> <p>Il s'agit principalement : de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la NC (DASS-NC), des Directions Provinciales des Affaires Sanitaires et Sociales des 3 Provinces et des différents services concernés, des associations actives sur les différentes thématiques, des acteurs du monde scolaire (Vice-rectorat, Directions de l'enseignement de la NC et des Provinces) [...] ».</p>

Fenêtre d'opportunité			
Janv.2016	Adoption du Projet Educatif Calédonien		
15/01/2016	Délibération n° 106 du 15 janvier 2016 relative à l'avenir de l'École calédonienne	https://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/de_liberation_no106_du_15.01.16_relati_ve_a_l_avenir_de_l_école_calédonienne.pdf	<p>« Préambule : Pour parvenir à la refondation d'un lien social durable entre les communautés qui vivent aujourd'hui en Nouvelle-Calédonie, la Nouvelle-Calédonie met en œuvre le droit à l'éducation pour tous, sur le fondement de la Constitution de la République française, des conventions internationales, des normes et des dispositions qu'elle adopte dans le cadre de ses compétences. » –[...] « En tant qu'instrument d'émancipation individuelle et collective, elle joue un rôle fondamental dans le développement du « vivre ensemble », en devenant le creuset du destin commun. »[...] « L'École calédonienne contribue de la sorte à forger une citoyenneté qui s'appuie sur la solidarité, la tolérance, l'équité et le respect. »[...] « Le principe de l'équité est le fil conducteur de la politique éducative de la Nouvelle-Calédonie. Celle-ci s'oblige en conséquence à mettre à disposition de chacun, et notamment des enfants en situation de handicap ou en difficulté, les moyens nécessaires dans une logique d'inclusion à leur formation et à leur réussite, en fonction de leur situation singulière. »</p> <p>« Article 12 : Le bien-être de l'élève, tant physique que mental et social, est un élément essentiel de sa réussite. [...] le respect de la culture de chacun, un environnement de travail favorable à son épanouissement personnel, un accès équitable à l'éducation pour la santé et à l'éducation au développement durable, un accès à un service sanitaire et social scolaire, une prise en charge adaptée des enfants à besoins éducatifs particuliers. »</p> <p>« Article 12-1 : La réussite pour tous et la lutte contre les inégalités à l'École sont garanties par les actions de promotion de santé assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun. Toute la communauté éducative telle que définie à l'article 20 de la présente délibération participe à la réalisation de cet objectif. »</p> <p>« Article 12-3 : L'École de la Nouvelle Calédonie participe tout au long de la scolarité de l'enfant à l'éducation à la santé et au développement durable. »</p>
Mars 2016	Adoption du Plan de santé Do Kamo		
Mars 2016	Délibération 114 Plan de santé Do Kamo	https://sap.gouv.nc/sites/default/files/documents/Deliberation_114_plan_do_kamo.pdf	<p>Préambule : "Il s'agit de développer une stratégie qui prenne en considération les effets des autres politiques (sociale, culturelle, éducative, sportive, agricole, économique, industrielle, du logement, du transport, de l'environnement, ...) sur la santé. »</p> <p>2.1 « La santé publique est au contraire transversale (intersectorielle, transdisciplinaire, multi-niveau) et elle doit-être dans toutes les politiques publiques aussi bien au niveau de la santé de ses acteurs de ceux-ci, qu'à l'attention de ses destinataires. »</p> <p>4 « Parce que la santé va bien au-delà de l'absence de maladie, sa promotion dépasse le cadre restreint des soins médicaux. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs en les incitant à prendre la mesure des conséquences de leurs décisions sur la santé. »</p> <p>4.2 « Garantir le droit d'accès à la promotion et l'éducation pour la santé de tous et à tout âge »</p> <p>5.3 « Garantir l'accès à la santé scolaire et à la santé au travail pour tous. »</p> <p>6.3 « Éducation pour la santé à l'école, en impliquant les familles, chez la femme enceinte et pour les jeunes déscolarisés »</p> <p>7.1 « Systématiser les actions d'éducation et de promotion à la santé à différents âges ; Favoriser la qualité alimentaire en restauration scolaire (produits locaux) »</p> <p>8.2 « Le développement des compétences psychosociales (estime et don de soi) ;L' éducation nutritionnelle et pratique d'activité physique à tout âge; L'éducation à la santé sexuelle et relationnelle; L'éducation à l'hygiène. »</p>

			Ajustements au contexte
Avril 2016	Article web GNC « Le plan de santé en action »	https://gouv.nc/actualites/25-04-2016/le-plan-de-sante-en-action	« Le plan "Do Kamo, être épanoui" est un véritable projet de société tant son champ d'action est étendu. Nous sommes réunis aujourd'hui pour en lancer les travaux », a rappelé Valentine Eurisouké, membre du gouvernement en charge notamment de la santé. »
Mai 2016	Article web « Le Projet éducatif en action »	https://gouv.nc/actualites/31-05-2016/le-projet-educatif-en-action	« Enseignants, chefs d'établissement, inspecteurs, mais aussi membres d'associations, conseillers, acteurs de la santé : un peu plus de 500 personnes ont ainsi contribué à l'élaboration de la charte d'application qui contiendra l'ensemble de ces actions. »
Dec.2016	Adoption de la charte d'application du Projet Educatif Calédonien		
01/12/ 2016	Délibération n° 186 du 1er décembre 2016 relative à la charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie	https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/charte_dapplicati on_de_la_deliberatio n_ndeg106.pdf	Annexe 2 : Plan d'action triennal 2017-2019 Page 5 : « Proposer une délibération sur les orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire et créer le comité inter Institutionnel de promotion de la santé en milieu scolaire (gouvernance partagée) » Page 9 : - « Proposer une délibération sur les modalités de mise en œuvre de la politique de promotion de la santé en milieu scolaire - Rendre obligatoire le volet « promotion de la santé » dans les projets d'établissement et l'instaurer dans les projets d'écoles » Page 12 : - « Structurer un dispositif sanitaire et social scolaire » - « Structurer un dispositif d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires » - « Mettre en place les dispositifs sanitaire et social scolaire, et d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires »
			Ajustements au contexte
Déc 2016	Articles web GNC	https://gouv.nc/actualites/03-12-2016/les-actions-du-projet-educatif-votees-au-congres	« Au cœur de ce texte crucial pour l'avenir de l'école calédonienne : un plan de 120 actions qui ont été définies et planifiées de 2017 à 2019 pour atteindre notamment les quatre ambitions fixées par le Projet éducatif. À savoir : développer l'identité de l'école calédonienne, considérer la diversité des publics pour une école de la réussite pour tous, ancrer l'école dans son environnement pour un climat scolaire au service de l'épanouissement de l'élève et ouvrir l'école sur la région Océanie et sur le monde

Annexe 2 : Tableau des textes étudiés pour la problématisation – Période 2017-2019

PERIODE 2017 – 2019			
Date de publication	Document étudié	Lien d'accès	Ajustements au contexte
2017	ASS-NC rapport d'activité 2016	https://www.anteourtous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=342:rapport-d-activites-ass-nc-2016	<p>Page 5 : Editorial du membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge de l'animation et du contrôle des secteurs de la santé, de la jeunesse et des sports. « Elle [L'Agence sanitaire et sociale] a présenté en collégialité encore un panorama des possibilités et intérêts des taxes en faveur de la réduction des impacts du tabac, de l'alcool et de l'alimentation permettant aux membres du gouvernement de mieux appréhender les convergences entre rendement fiscal et effet positif sur la santé. »</p> <p>Page 7 : Entretien avec Dr Bernard Rouchon, directeur – Les développements 2017 de l'ASSNC « l'agence poursuit le travail de terrain avec ses partenaires, elle participe encore très activement en 2017 au soutien des activités de l'équipe Do Kamo avec le prêt de trois postes à temps complet, médecin économiste, responsable de développement de la promotion de la santé à l'école, responsable du développement du sport santé, prise en charge financière des missions du cabinet DME .</p>
Août 2017	Courrier d'invitation au séminaire relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire le vendredi 15 septembre 2017 de 08h30 à 16h00, à l'université de Nouvelle-Calédonie	https://cpe.ac-noumea.nc/IMG/pdf/invitation_seminaire_promotion_de_la_sante_en_milieu_scolaire_15_9_17.pdf	<p>Invitation signée des membres du gouvernement en charge des secteurs de la santé et de l'enseignement. « Ainsi, lors de cette journée, le Pr. Jourdan partagera son expertise sur les questions de promotion de la santé en milieu scolaire et plus particulièrement sur les questions d'éducation pour la santé à l'École. Les ateliers de travail de l'après-midi, permettront d'échanger autour des possibilités offertes à la Nouvelle-Calédonie de mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire, dans le cadre du plan Do Kamo et du Projet Educatif de la Nouvelle-Calédonie. »</p>

Sept 2017	Article web GNC « A l'école de la bonne santé »	https://gouv.nc/actualites/2017-09-2017/lecole-de-la-bonne-sante	<p>« Valentine Eurisouké et Hélène Iékawé ont introduit la conférence du Pr Jourdan à l'Université de la Nouvelle-Calédonie, vendredi 15 septembre. » « Présentes vendredi à l'Université, les membres du gouvernement en charge respectivement des secteurs de l'enseignement et de la santé, Hélène Iékawé et Valentine Eurisouké, ont souligné l'importance accordée à la santé en milieu scolaire, la décrivant unanimement comme « un enjeu de premier ordre », « une question primordiale » et « une condition de la réussite scolaire et de l'épanouissement des élèves ».</p> <p>Discours de clôture par les chefs de cabinet santé et éducation</p> <p>« Du Projet éducatif au plan Do Kamo, santé et école se font en effet écho. « La santé constitue l'un des objectifs du Projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie qui vise à créer, au sein des établissements, un climat favorable au bien-être des élèves, a rappelé Hélène Iékawé. L'école forme les futurs citoyens, mais ces citoyens doivent avant tout être en bonne santé. »</p> <p>« Mener une politique de promotion de la santé à l'école c'est aussi, pour l'avenir, davantage de productivité et moins de dépenses de santé, a ajouté Valentine Eurisouké » (actu GNC sept 2017)</p> <p>+</p> <p>« École et santé doivent être considérées conjointement, c'est pourquoi une initiative de gouvernance partagée de la santé scolaire est en construction. » Les équipes en charge du plan de santé Do Kamo et du Projet éducatif travailleront désormais main dans la main » (actu GNC sept 2017)</p>
-----------	--	---	--

			Courant du politique	Courant des problèmes	Courant des politiques publiques
Sept 2017	« Dix mesures pour une politique de Promotion de la Santé en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie » Pr Didier JOURDAN - septembre 2017	Voir avec DJ (site UCA)	-	-	Reco : pilotage de la santé à l'Ecole à l'échelon provincial et gouvernemental ; parcours éducatif de santé au sein du parcours civique ; renforcement du suivi de la santé des élèves ; formation et la production de ressources opérationnelles.
Décembre 2017	Déclaration de politique générale du président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie	https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2017.12.22_-_dpg_2017_0.pdf	<ul style="list-style-type: none"> - Union/accord intergroupe (loyalistes-indépendantistes) - Mesures à venir issues des acteurs du plan Do Kamo - Extraits : <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Un gouvernement qui a retrouvé l'esprit de l'Accord de Nouméa » ▪ « Des mesures ont été arrêtées par les acteurs de Do Kamo. Elles seront dans les prochaines semaines proposées au gouvernement puis au Congrès. Je pense à la 	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité routière - Violences faites aux femmes - Consommations alcool et cannabis - Référendum 2018 - Crise du nickel - Coûts du régime santé - Extraits : <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Avec 51 morts sur les routes en 2016, le territoire compte 19 décès pour 100 000 habitants, soit quatre fois plus que la Métropole. Plus de 90 % des accidents mortels sont le fait 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre PEC - Mise en œuvre PDK - Programmes 1^{er} degré - Collaborations sport-santé - Coordination échelle NC + autorités coutumières du PTPSD - Communication dans milieux : école, sport, CVL, culture, santé, formation pro et entreprise

			<p>protection de la périnatalité, la promotion de la santé à l'école, le sport-santé ou la lutte contre les conduites addictives »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ « le 30 novembre dernier, l'Intergroupe - Calédonie Ensemble, Le Rassemblement Les Républicains, le MPC -, l'UNI et l'UC-FLNKS et Nationalistes ont décidé de mettre un terme à la crise politique du gouvernement, en adoptant une déclaration commune » 	<p>d'individus qui ont consommé de l'alcool et/ou du cannabis. Dans 80 % de ces accidents, il y a défaut du port de la ceinture de sécurité. »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ « Aujourd'hui, il est devenu impératif de changer en profondeur les mentalités et les comportements. » ▪ ▪ « Notre première urgence est donc de sauver notre régime de santé » 	<p>Extraits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ « «Entre 2015 et 2016, le Congrès de la Nouvelle-Calédonie a adopté trois textes fondateurs de notre politique éducative : le Projet éducatif, sa charte d'application et le statut des Établissements publics. L'année 2017 est la première année de la mise en œuvre réelle et concrète du plan d'actions triennal 2017-2019. « ▪ ▪ « Notre priorité ensuite est la mise en œuvre du plan Do Kamo.
--	--	--	--	--	--

			Ajustements au contexte
2018	Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie Rapport de présentation du compte administratif 2017	https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=294:rapport-compte-administratif	« Poursuivre le travail de terrain, Soutenir le Do Kamo. L'agence poursuit le travail de terrain avec ses partenaires, elle participe encore très activement en 2017 au soutien des activités de l'équipe Do Kamo avec le prêt de trois postes à temps complet, médecin économiste, responsable de développement de la promotion de la santé à l'école, responsable du développement du sport santé, prise en charge financière des missions du cabinet DME »
2018	Rapport de l'IGAS	https://www.igas.gouv.fr/Mission-d-appui-conseil-au-gouvernement-de-la-Nouvelle-Caledonie-relative-a-l.html	« Le système de protection sociale et de santé et les éléments de stratégie qui l'accompagne s'appuient, en 2018, sur des bases robustes dont les principaux piliers sont : une volonté politique d'améliorer le niveau sanitaire et social de la population très largement partagée par les partis politiques, les Gouvernements successifs, les Provinces, les partenaires sociaux, les corps intermédiaires et la population. »

Déc. 2018	Adoption du plan d'action Do Kamo		
19/12/2018	Délibération n° 365 du 19 décembre 2018 portant application de la délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Être épanoui ! » en matière de modèle de santé	https://www.anteportous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=380:deliberation-n-365	Page 4 : « Une stratégie opérationnelle qui prend en considération les effets des autres politiques, tout en veillant à ce que celles-ci intègrent des critères de santé dans leurs Plans d'action respectifs » « Action n°26 : Nommer un référent au sein du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge d'assurer la coordination multisectorielle en santé publique. » « Action n°56 : Développer l'éducation pour la santé en milieu scolaire en lien avec le Projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie. » « Action n°57 : Structurer un dispositif Pays de dépistage et de suivi sanitaire et social scolaire en lien avec le Projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie et le Schéma Directeur du Handicap et de la Dépendance de la Nouvelle-Calédonie. »
			Ajustements au contexte
2019	ASS-NC rapport d'activité 2018 Le compte administratif	https://www.anteportous.nc/component/phocadownload/category/148-l-agence?download=347:rapp	Page 6 : « L'ASSNC participe activement à la mise en œuvre du plan de santé Do Kamo, lequel a été approuvé par une délibération du Congrès n° 365 du 19 déc. 2018. » Page 21 : « Les prestations « diverses » sont relatives en 2018 à l'élaboration des outils d'accompagnement pédagogique CP au CM2 participant à la promotion de la santé »

		ort-compte-administratif-2018	
10/01/2019	Délibération n°381 du 10 janvier 2019 portant organisation de l'enseignement primaire de la Nouvelle-Calédonie (annulée en mai 2019)	https://juridoc.gouv.nc/JuriDoc/JdJonc.nsf/0/FC298E955CA89A2C4B25838C00181456/%24File/9679.pdf	<p>Cycle 1 Page 14 : « Les activités physiques participent d'une éducation à la santé »</p> <p>Cycle 1 Page 24 : « Cette éducation à la santé vise l'acquisition de premiers savoirs, savoir-faire et savoir-être relatifs à une hygiène de vie saine. Elle intègre une première approche des questions nutritionnelles qui peut être liée à une éducation au goût. »</p> <p>Cycle 2 Page 7 : « en développant un comportement responsable vis-à-vis de l'environnement et de la santé. »</p> <p>Cycle 2 Page 8 « Cet enseignement [Questionner le monde] développe une attitude raisonnée sur la connaissance, un comportement responsable vis-à-vis des autres, de l'environnement, de sa santé à travers des gestes simples et l'acquisition de quelques règles simples d'hygiène relatives à la propreté, à l'alimentation et au sommeil, la connaissance et l'utilisation de règles de sécurité simples. »</p> <p>Cycle 2 Page 36 « Adopter un comportement éthique et responsable Développer un comportement responsable vis-à-vis de l'environnement et de la santé grâce à une attitude raisonnée fondée sur la connaissance. »</p> <p>Cycle 2 Page 38 « Connaître des caractéristiques du monde vivant, ses interactions, sa diversité. –Reconnaître des comportements favorables à sa santé. »</p> <p>Cycle 2 Page 39 « Mettre en œuvre un dispositif simple visant à montrer les risques de pollution de l'eau et l'impact de la pollution de l'eau sur la santé »</p> <p>Cycle 2 Page 56 « Elle [L'éducation physique et sportive] amène les enfants et les adolescents à rechercher le bien-être et à se soucier de leur santé. »</p> <p>Cycle 2 Page 59 « En lien avec l'enseignement « Questionner le monde », l'éducation physique et sportive participe à l'éducation à la santé et à la sécurité. »</p> <p>Cycle 3 Page 5 « L'éducation physique et sportive occupe une place originale où le corps, la motricité, l'action et l'engagement de soi sont au coeur des apprentissages et assure une contribution essentielle à l'éducation à la santé. »</p> <p>Cycle 3 Page 9 « En éducation physique et sportive, par la pratique physique, les élèves s'approprient des principes de sante, d'hygiène de vie »</p>

			<p>Cycle 3 Page 52 « Adopter un comportement éthique et responsable Relier des connaissances acquises en sciences et technologie a des questions de santé, de sécurité et d'environnement. » « Le thème « le vivant, sa diversité et les fonctions qui le caractérisent » participe plus particulièrement à la construction des concepts ou notions en lien pour l'éducation pour la santé. »</p> <p>Cycle 3 Page 56 « Apprendre à devenir responsable pour sa santé : prévenir les comportements à risques (addictions...) »</p> <p>Cycle 3 Page 57 « Des partenariats dans le domaine de la santé peuvent être envisagés. »</p> <p>Cycle 3 Page 61 « Il s'agit ici de faire le lien entre éducation pour l'environnement et éducation pour la sante. »</p> <p>Cycle 3 Page 78 « La responsabilité de l'individu et du citoyen dans le domaine de l'environnement, de la santé. »</p> <p>Cycle 3 Page 85 « apprendre à entretenir sa santé par une activité physique régulière »</p> <p>Cycle 3 Page 88 « En lien avec l'enseignement des sciences, l'éducation physique et sportive participe à l'éducation à la santé [...]constitutives du parcours civique scolaire.</p>
11/01/2019	Projet de délibération n° 383 du 11 janvier 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire	https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/fd4f6272-d1fb-42ff-9c0c-378ea8af15a1/Integration?&e p=8sVQ6h1Czl cTSpls5v4Lzkk wixKRSNXgvW M8GBwtqbxY zTUwzqwulDo DeRbKtxyFMF9	<p>Page 2 : Propos liminaire par le membre du GNC en charge de l'enseignement : « Ce projet de texte va poser le cadre de la compétence de la Nouvelle-Calédonie en matière de santé scolaire depuis le transfert de l'Etat en 2012. Cependant, je rappelle que votre assemblée a adopté quatre grands textes qui font référence à la promotion de la santé en milieu scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le Projet éducatif, - sa charte d'application, - le plan Do Kamo, - et enfin, le plan territorial de sécurité et de prévention de la délinquance. » <p>Page 9 : Rapport de présentation « Généralisation en 2018 du parcours civique en milieu scolaire : approuvé par le PENC, il est construit autour de quatre volets dont un consacré à l'éducation à la santé. A ce titre, un référentiel unique a été élaboré et permet aux enseignants de mener des actions d'éducation à la santé dans le cadre de leurs programmes disciplinaires. Il convient de préciser que la Nouvelle-Calédonie est la seule collectivité à avoir inscrit un programme d'éducation à la santé dans les disciplines enseignées. Ce programme sera évalué dans le diplôme national du brevet (DNB). »</p>

		P6Yq8-ty127tc PHWa00Izlv0Wkq7Ki wEH6kCYfPOC yXBTcevSNxu7 Fi1IisOJY4G Y QGbegdgVQ7t QWA2	<p>Page 16 : Intervention du membre du gouvernement en charge de l'enseignement « ce périmètre de la promotion de la santé en milieu scolaire, c'est bien l'école, mais c'est forcément en lien avec ce secteur de la santé.</p> <p>Page 27 : Intervention d'une élue indépendantiste : « Nous ne pouvons que féliciter ces deux secteurs du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, qui ont su travailler ensemble et nous démontrer qu'ailleurs dans d'autres domaines, on peut le faire pour l'intérêt général. Ce nouveau texte commun s'inscrit de ce fait dans la continuité des réformes globales engagées durant cette mandature en matière d'éducation, mais également dans les domaines de la santé et du social et en particulier pour les enfants. Nous insisterons toutefois sur la prévention : qui peut le faire mieux que l'école ? La veille sanitaire et sociale est une avancée dans ce texte. Il faut lui donner les moyens de remplir ces missions dans les établissements scolaires. »</p>
Janv 2019	Article GNC web « Réforme du primaire et nouveau socle commun »	https://gouv.nc/actualites/04-01-2019/reforme-du-primaire-et-nouveau-socle-commun	« « Ces textes vont obliger la Nouvelle-Calédonie à se fixer des objectifs plus exigeants en matière de santé scolaire et contribuer à améliorer l'éducation à la santé, tout en favorisant la réduction des inégalités sociales et territoriales », affirme Hélène Iékawé. » (membre du GNC en charge de l'enseignement)
Avril 2019	Article GNC web « L'exemple calédonien pour promouvoir la santé »	https://gouv.nc/actualites/11-04-2019/lexemple-caledonien-pour-promouvoir-la-sante	« Lors de son ouverture le 8 avril, Valentine Eurisouké, membre du gouvernement en charge de la santé, de la jeunesse et des sports, a fait une intervention intitulée « Renouvellement du cadre intersectoriel de la promotion de la santé dans les écoles de Nouvelle-Calédonie : multiculturalisme, équité et inclusion au cœur du processus » [...]. Ces actions répondent aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire qui ont été fixées par la délibération votée le 11 janvier par le Congrès. La membre du gouvernement a ajouté que « ce type d'initiative, conduite en partenariat avec la chaire Unesco "Écoles, éducation et santé", permet de faire connaître l'action publique conduite en Nouvelle-Calédonie et de la valoriser à l'échelon international »

			Courant du politique	Courant des problèmes	Courant des politiques publiques
Août 2019	Discours de politique générale du président du gouvernement	https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2019.08.22_declaration_politique_generale_du_16e_gouv.pdf	<ul style="list-style-type: none"> - Entre le 1er et le 2nd referendum - Citoyenneté calédonienne - Bilan du PEC - Economie en berne - Collégialité politique <p>Extraits :</p> <p>Page 5 : « En novembre dernier, la jeunesse calédonienne s’est fortement mobilisée lors du référendum. Il faut entendre cette volonté de sortir par le haut de l’accord de Nouméa. »</p> <p>Page 14: « Une identité commune que les Calédoniens vivent, mais qui peine à se traduire dans un cadre institutionnel consensuel. »</p> <p>Page 15: « Les politiques publiques doivent reconnaître et protéger le patrimoine immatériel kanak, tout en prenant en compte la diversité culturelle. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Délinquance - Egalité des genres - Parentalité - Obésité - Alcool et tabac - Emploi des jeunes - Insécurité - Violences intrafamiliales - Sécurité routière - Syst protection sociale - Vieillesse de la population <p>Extraits :</p> <p>Page 16: « La coutume doit par ailleurs prendre toute sa place dans la prise en charge de la jeunesse délinquante. »</p> <p>Page 17 : « Nous adopterons les textes réglementaires nécessaires à ce que le principe de l’égalité homme-femme soit pris en compte dans toutes les politiques publiques » + « Le travail d’élaboration du « schéma directeur du handicap et de la dépendance » touche à sa fin et sera soumis au Congrès fin 2019. »</p> <p>Page 18:: « une politique de la famille innovante, volontariste, et attentive</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Education et Santé - Déterminants de la santé - Education à la santé dans le 1er degré - Sport - Multisectorialité - Décloisonnement - Bien-être et climat scolaire - Maitrise des dépenses de santé - Responsabilisation de l’usager <p>Extraits :</p> <p>Page 19: « Sur notre terre calédonienne, riche de sa diversité, notre jeunesse ne pourra sereinement se projeter dans l’avenir qu’en bonne santé et bien formée. » + « Promouvoir la santé, tant physique que psychique, assurer une éducation de qualité ; ces deux grandes ambitions seront au cœur de l’action de ce gouvernement. Parce qu’investir dans la santé, en particulier dans la prévention, investir dans l’éducation, c’est permettre à la jeunesse d’être en</p>

			<p>Page 21: « Cette année 2019 est la dernière année du plan d'actions triennal engagé dans le cadre du Projet éducatif adopté en 2016. C'est donc l'occasion d'en faire un bilan afin de partager avec les élus du Congrès les actions à consolider et les nouvelles orientations à donner à notre politique éducative. »</p> <p>Page 24 : « Notre économie est « à marée basse » - comme l'a qualifiée pudiquement l'IEOM. Une situation lourde de conséquences d'abord pour les familles calédoniennes directement touchées par cette crise. Ensuite, il est indéniable que cette situation participe aux déficits des comptes sociaux et pèse sur les ressources de toutes les collectivités, qu'elles soient communales, provinciales et de la Nouvelle-Calédonie, car</p>	<p>aux changements et aux évolutions du monde. »</p> <p>Page 20: « Pour ce gouvernement, la mise en place d'une taxe comportementale « sucre » sera incontournable. Le fléau de l'obésité se répand sur notre jeunesse et, à l'instar de l'alcool et du tabac, la consommation de sucre doit être réduite. »</p> <p>Page 24: « Si la santé et l'éducation sont des conditions nécessaires pour que la jeunesse calédonienne puisse se saisir de son avenir, cela ne suffira pas. Trop de jeunes Calédoniens formés, malgré leur attachement au territoire, voient leur volonté entravée par le manque d'opportunités. Il est de notre responsabilité de leur proposer des perspectives professionnelles en Nouvelle-Calédonie, et de renouer avec l'esprit pionnier. »</p> <p>Page 39 : « L'action de ce gouvernement est résolument centrée sur les aspirations et les besoins des Calédoniens. Et la sécurité figure parmi ces attentes fondamentales sans lesquelles, ce que nous ferons ne saurait recueillir</p>	<p>pleine possession de ses capacités, et c'est lutter contre les inégalités qui menacent la cohésion sociale. » + « Fin 2018, les élus du Congrès ont voté le plan de santé « Do Kamo, Être épanoui » qui nous a engagés à améliorer la santé des Calédoniens en agissant sur ses déterminants tout au long de la vie par une approche multisectorielle. »</p> <p>Page 19-20 : « Le dispositif « Réussir, être bien, être ensemble » sera également lancé pour répondre aux besoins spécifiques de la Nouvelle-Calédonie en matière d'éducation à la santé dans l'ensemble des écoles maternelles et primaires du territoire. »</p> <p>Page 20 : « Le sport est indissociable d'une politique de prévention de la santé, comme il contribue à renforcer le lien social et l'éducation. Le gouvernement soutiendra donc toutes les actions et dispositifs ciblés vers les publics les plus éloignés de la pratique physique et sportive. »</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>nettement inférieures aux prévisions initiales. » Page 44 : « tous nos discours de paix, et de développement, ne resteront que de vains mots si nous ne faisons pas œuvre collective, le plus souvent possible, et le plus loin possible. »</p>	<p>l’assentiment des Calédoniens. » + « La lutte contre les violences intrafamiliales sera un enjeu majeur pour le gouvernement. Une commission dédiée sera créée au sein du conseil calédonien de la famille, afin de proposer un plan d’actions y associant tous les partenaires. » Page 41: « Le gouvernement sera également attentif à la sécurité sur les routes. Le plan triennal de sécurité routière 2019-2021 sera mis en œuvre. » + « un système de protection sociale qu’il est nécessaire de réformer en profondeur pour en assurer la pérennité. » Page 43 : « Le gouvernement continuera à s’engager dans une politique du bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »</p>	<p>Page 34 : « Il est temps de transcender le « mille-feuille administratif », de décloisonner les fonctionnements en silo pour créer de la synergie. » Page 40: « Nous avons aussi à bâtir une école bienveillante, car l’école est, et doit rester un sanctuaire. Nos enfants doivent y vivre et étudier dans un climat serein, sûr et apaisé. » Page 42: « nous réformerons la gouvernance de notre système de protection sociale comme prévu par le plan Do Kamo. Il s’agira de créer un Objectif Calédonien d’évolution des Dépenses de Santé et de protection sociale » Page 43 : « Toutes les autres pistes de maîtrise des dépenses de santé seront également explorées, dont celles qui responsabiliseront davantage les bénéficiaires de soins. »</p>
--	--	--	---	---	--

Déc. 2019	Adoption de la délibération relative aux orientations générales de la promotion de la santé en milieu scolaire		
23/12/2019	Délibération n°36 du 23 décembre 2019 relative aux orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire	https://ged.congres.nc:9803/DocuWare/PlatformRO/WebClient/fd4f6272-d1fb-42ff-9c0c-378ea8af15a1/Integration?&ep=8sVQ6h1CzlcTSpls5v4LZkkwixKRSNXgzTuwzwquIDoDeRbKtxyFMF9_P6Yq8-ty127tc_PHWa00Izlv0Wkq7KiwEH6kCYfPOCyXBTcevSNxu7Fi1IijYddnSUZWtLpljMC3kL-ow2	<p>« Article 2 : La promotion de la santé en milieu scolaire est une mission à part entière de l'Ecole. Elle est obligatoire et gratuite en milieu scolaire sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie. Cette mission se décline en trois objectifs principaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Offrir à chaque élève un suivi sanitaire et social scolaire ; 2- Offrir à chaque élève une éducation pour la santé : le soutenir, l'accompagner et » l'encourager à adopter des comportements responsables pour lui-même et son environnement ; 3- Disposer d'une veille sanitaire et sociale scolaire. » <p>« Article 5 : La gouvernance de la politique de santé scolaire est assurée par le membre du gouvernement en charge de l'enseignement, en étroite coordination avec le membre du gouvernement en charge de la santé. »</p>

Annexe 3 : Tableaux des échanges mails de la phase d'intéressement des cadres

Tableau des acteurs intersectoriels de la phase 1 (pour article2)

Acteurs	Dec-18	Janv-19	Fev-19	Mars-19	Avril-19	Phase1
Sante_Coord				1	9	10
Chercheurs					3	3
Ens_prive1					3	3
Ens_prive2					2	2
Ens_Coord					2	2
Ens_Geo3					1	1
Ens_LCK					1	1
Ens_Syndicats					1	1
Cab_GNC					1	1
Total connexions intersectorielles				1	23	24

Tableau détaillé des échanges mails (phase1)

Expéditeurs	Dec-2018	Janv-19	Fev-19	Mars-19	Avril-19	Phase1
Chercheurs	6	2	9	22	8	47
Chercheurs	1		5	8	1	15
Circo_Geo2					1	1
Ens_Coord					2	2
Ens_Geo2			2	2	1	5
Ens_GNC	4			1		5
Ens_prive1					1	1
Sante_Coord				1		1
Sante_Geo1				1		1
Sante_Geo2				2		2
Sante_Geo3					1	1
Sante_GNC	1	2	2	7	1	13
Sante_GNC		3	2	12	7	24
Chercheurs		3	2	7	4	16
Sante_Coord				5	2	7
Sante_Geo2					1	1
Sante_Coord			1	8	12	21
Chercheurs			1	2	2	5
Circo_Geo3				1		1
Ens_Coord					1	1
Ens_Geo3					2	2
Ens_prive1					1	1
Ens_prive2					3	3
Ens_Syndicats					1	1
Sante_Geo2				2		2
Sante_GNC				3	2	5
Chercheurs					1	1
Ens_Coord					1	1
Ens_Coord			1		8	9

Chercheurs		1		2	3	
Ens_Geo1				1	1	
Ens_Geo2				2	2	
Ens_prive1				2	2	
Sante_Coord				1	1	
Sante_Geo2		7		2	9	
Chercheurs		5			5	
Sante_Geo2		1			1	
Sante_GNC		1		2	3	
Ens_Geo2		1		3	4	
Chercheurs		1			1	
Circo_Geo2				2	2	
Ens_Coord				1	1	
Ens_Coord				1	1	
Cab_GNC				3	3	
Chercheurs				2	2	
Sante_GNC				1	1	
Sante_Coord				1	1	
Sante_GNC				1	1	
Sante_Geo1		1		1	2	
Chercheurs		1			1	
Sante_Coord				1	1	
Sante_Geo3				2	2	
Chercheurs				1	1	
Sante_Geo3				1	1	
Ens_Geo3				2	2	
Ens_Coord				1	1	
Sante_Coord				1	1	
Ens_GNC	1			1	2	
Chercheurs	1			1	2	
Ens_LCK				1	1	
Sante_Coord				1	1	
Ens_Syndicats				1	1	
Sante_Coord				1	1	
Dir_Geo2				1	1	
Ens_Geo2				1	1	
Total mails phase1	7	5	13	52	59	136

Etude des mécanismes de diffusion d'une approche intersectorielle de la santé à l'école primaire
en Nouvelle-Calédonie

Annexe 4 : Tableau détaillé des controverses

Date	Type de document	Sujet	Controverse	Acteurs							Nature_controverse	Solution	Soutien globale	Détails		
				Sante_GNC	Sante_Geo	Sante_Coord	Ens_GNC	Ens_Geo	Ens_Coord	Chercheurs						
23/11/2019	doc-projet	Note relative au dispositif "Réussir, être bien, être ensemble"	oui	oui			oui				oui	Pas de participation	envoi du prototype aux connaissances dans l'enseignement NC des stagiaires	Autres contributeurs	Objectifs : "Obtenir des retours et améliorer le prototype durant les grandes vacances calédonniennes Sensibiliser les enseignants au projet qui leur sera présenté à la rentrée 2019"	
06/12/2018	compte-rendu	Relectures des cadres des 127 fiches	oui				oui				oui	Pas de participation	Report avec constitution de groupes de travail pour fév-2019	Travail collectif	Ens_GNC non ou peu disponibles (contexte fin d'année)	
			oui	oui								oui	Pas de participation	Selection de 46 fiches avec création questionnaire simple en ligne destiné à 6 SAN_GNC	Simplification	Sante_GNC non ou peu disponibles (lourdeur de la tâche - responsabilité)
			non											Entretiens individuels à prévoir par stagiaires master	Entretiens	
07/12/2018	doc-projet	Grille de lecture des fiches (destinée aux relecteurs connaissances des stagiaires)	oui				oui				oui	Pas de participation	Envoi d'une grille de lecture aux connaissances stagiaires relecteurs	Simplification	"Après 4 mois de travail avec des différents acteurs de l'éducation et de la santé en Calédonie, un premier ensemble de fiches a été constitué".	
20/12/2018	doc-projet	Rapport d'étape	oui				oui				oui	Pas de participation	Défiance de septembre dépassée Dynamique à relancer	Relance	"Il semblerait toutefois que l'on ait franchi un cap par rapport au ressenti de défiance voire de rejet notamment des conseillers péda, vécu lors de ma mission en septembre" "Il nous reste à entendre ces participations" "La dynamique participative engendrée par l'initiative REBEE, bien antérieure à la production de ces fiches, doit nous inviter à la prise en compte de la multiplicité de ces paramètres" "La légitimité, la pertinence et l'utilité de l'outil ne sont jamais remises en cause" "La cohérence de notre proposition n'est pas non plus remise en cause"	
dec-2018	doc-projet	Bilan de la relecture 6 SAN_GNC des 46 fiches sélectionnées	non									RESOLUTION participation Sante_GNC		SIMPLIFICATION	6 participants Sante_GNC	
21/12/2018	doc-projet	Notes et points de vigilance	oui				oui				oui	Démarche pédagogique	propositions de synthèse - explicitations - bien rester dans notre champ "outils d'accompagnement didactique" "tout au plus une contribution"	Exploitation pédagogique	"souti du contrôle des intentions pédagogiques de la part de l'institution" "un enseignant évoque le fait que toutes les écoles ne sont pas équipées de TBI ou reliées à Internet et que les copies seront en N/B; il faut mettre cela dans un coin pour y réfléchir"	
09/01/2019	courriel	Réponse mail du 07/12/2018 Proposition de trame pour fiche pedago	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu			"Je n'y ai pas retrouvé l'ensemble des éléments que nous avons évoqué lors de votre venue"	
11/01/2019	courriel	Proposition chercheurs relais étudiant	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu	autre interlocuteur	médiation		
14/01/2019	courriel	proposition chercheurs (humour décalé)	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu	séquençage	ajustements de forme		
15/01/2019	courriel	transmission documents usuels	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu			"Travailler sur cette autorisation plutôt que sur une affiche me semble plus intéressant"	
29/01/2019	courriel	Relais étudiant (effectif)	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu	ajustements de forme	ajustements de forme		
06/02/2019	courriel	Demande appel téléphonique	oui	oui							oui	Désaccord sur contenu			fiches connaissances	
18/02/2019	courriel	arrivée NC mission 2	non										Préparation d'un argumentaire avec prise en compte des CPS	Prevention	questions récurrentes sur "les fameuses progressions"	
12/03/2019	doc-projet	Note de cadrage	non									RESOLUTION participation Ens_GNC		TRAVAIL COLLECTIF	Choix des écoles privé et public ok Remontée des relectures du prototype par coordo_ENS qui organise des groupes de travail	
			non									RESOLUTION participation Geo1 Geo2		RENCONTRE	Calage des rdv skype avec directions provinciales Sante et Ens des Geo1 et Geo2	
18/03/2019	courriel	transmission de USB et PPT pour reunion directeurs privé	non									Désaccord sur contenu	Désamorçage	Prevention	"ATTENTION pour la millième fois ces fiches sont des documents de travail qui ne contiennent pas encore tous les dernières modifications préconisées par nos partenaires [...] désamorcez ces montées au créneau en le rappelant"	
18/03/2019	courriel	demande rencontre	oui	oui	oui							Démarche pédagogique	Demande ce qui est attendu d'eux	Rencontre	Sante_GNC demandant un point	
18/03/2019	compte-rendu	Point relectures Cadres_ENS	oui				oui				oui	Désaccord sur contenu			Ens_GNC souhaite le remplacement des niveaux de classe par des progressions par cycle	
		Point des échanges skype avec SAN_provinces Geo1 Geo2	non										Maintien des niveaux de classe et entrées disciplinaires	Maintien avec soutien hiérarchique	Chercheurs: "dans la vie courante, il n'est pas d'usage d'identifier les élèves ainsi dans leur niveau d'étude"	
		Point relectures Cadres direction SAN	oui	oui							oui	Pas de participation		Relance		
		Point prototype-test en cours d'élaboration	non													Création de nouvelles fiches en fonction des retours
20/03/2019	courriel	reponse demande rencontre	non										Disponibilité			
20/03/2019	courriel	prise rdv	non										Confirmation rdv	Rencontre		
25/03/2019	courriel	demande entretien skype avec chercheurs	oui	oui		oui						en attente				
25/03/2019	courriel	reponse demande rencontre	non										Confirmation rdv skype pour le lendemain	Rencontre		
25/03/2019	courriel	reservation de la salle (satisfaction)	non													
26/03/2019	courriel	relais de questions	oui	oui		oui					oui	Démarche pédagogique			Difficultés appréhension de la démarche et mesure des connaissances acquises par les élèves	

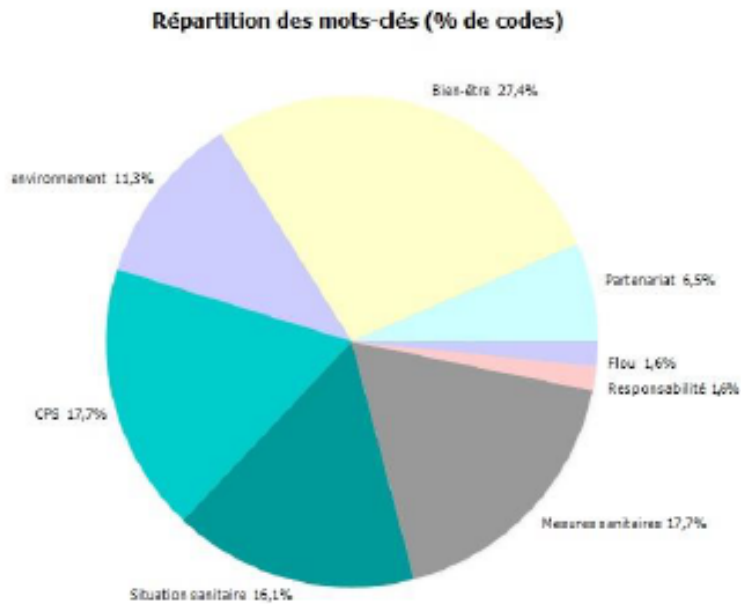
Annexe 4 – Tableau détaillé des controverses

26/03/2019	courriel	confirmation rdv skype	non								Session de travail sur skype			
26/03/2019	courriel	mail de remerciements	non									Rencontre	Sante_GNC vont entamer la relectures prototype - Fiches connaissances sera fait en avril	
29/03/2019	doc-projet	CR journée de préparation phase test	non							RESOLUTION participation ENS_GNC		TRAVAIL COLLECTIF	Compilation des retours par Chercheurs Suggestions Ens_GNC. Homogénéisation des évaluations - Alegement pour meilleure appropriation par les ENS	
			non							RESOLUTION PARTIELLE participation SAN_GNC		RENCONTRE	Compilation des retours par Chercheurs Pas de retour de la direction Sante_GNC Ajout fiches maladie (tuberculose) par Chercheurs	
05/04/2019	courriel	confirmation doc + suggestion formation	oui	oui					oui	Positionnement des acteurs		Rencontre à venir		
11/04/2019	courriel	fiches connaissances	oui	oui		oui				en attente		Rencontre à venir	contribution aux fiches connaissances	
11/04/2019	courriel	confirmation doc + suggestion formation	oui	oui					oui	Positionnement des acteurs		Rencontre à venir		
15/04/2019	courriel	fiches connaissances	oui	oui	oui					Désaccord sur contenu		Rencontre à venir	critique des contributions de Sante_Geo2	
15/04/2019	compte-rendu	Préparation phase 2 - Planification formations et rencontres	non	oui		oui			oui	Démarche pédagogique	Point d'étape prévu avec chercheurs	Rencontre à venir	Sante_GNC + Sante_Geo1 + Sante_Geo2 : difficultés d'apprehension du prototype et de la démarche pour certains	
18/04/2019	courriel	fiches connaissances	oui	oui	oui					Désaccord sur contenu		Rencontre à venir	Réponse critiques faites par Sante_GNC sur contribution Sante_Geo2	
19/04/2019	courriel	fiches connaissances	oui	oui	oui					Désaccord sur contenu		Rencontre à venir	Rencontre prévue avec chercheurs le 23/04/2019	
20/04/2019	courriel	fiches connaissances	non										Sante_Coord informe Chercheurs du désaccord	
23/04/2019	compte-rendu	Présentation du projet REBEE-Rôle des agences de santé - Format des fiches connaissances	oui	oui	oui				oui	Positionnement des acteurs	Eclaircissement du rôle du secteur de la santé	Rencontre	"En complément de l'encadrement pédagogique les agences sanitaires seront un soutien et une ressource auprès des enseignants afin de favoriser une synergie"	
			oui		oui					Positionnement des acteurs			Problème organisationnel pour Sante_Geo1. Aura besoin de se coordonner avec Sante_GNC	
			oui	oui						Positionnement des acteurs			Difficultés pour Sante_GNC car services sectorisés par thématiques santé	
24/04/2019	courriel	attendus	oui	oui		oui			oui	Positionnement des acteurs	Sante_GNC demande attendus par recap reunion de la veille		Sante_GNC Chercheurs-Sante_Coord	
30/04/2019	courriel	attendus	oui			oui				Positionnement des acteurs		Mise en attente	Reponse Sante_Coord à Sante_GNC reponse après F1	
30/04/2019	courriel	fiches connaissances	non									Notes de cadrage	fiches connaissances + ENS Geo1 + ADCK	
Bilan			11 CR - 136 mails - 9 bilans rapports											
			Retrait Sante_Geo1 (difficultés RH)											
			Pas de participation aux formations de Sante_GNC											

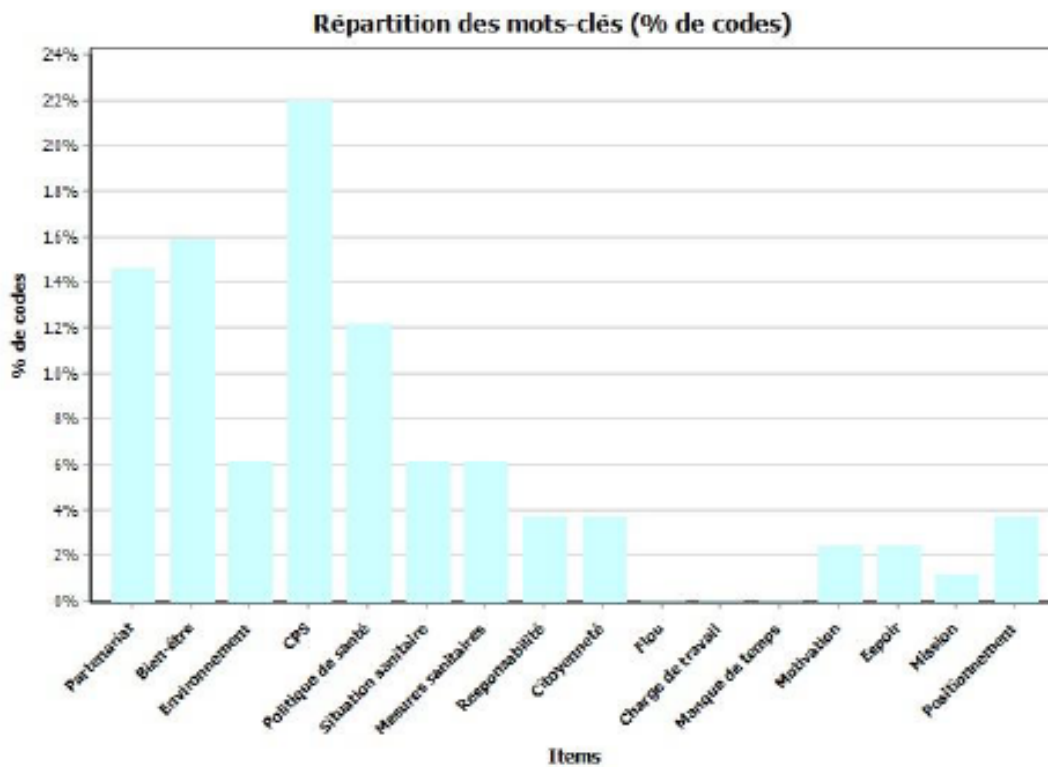
Poursuite
quete
elements
LCK (piste
avec ALK)

Annexe 5 : Graphiques sur QDA Miner des représentations des stagiaires en phases projective et d'envoi

PHASE PROJECTIVE (Représentations de la santé)



PHASE D'ENVOI (Nouvelle vision de la santé)



Annexe 6 : Rapport dispositif Rebee correspondant aux phases d'intéressement et d' enrôlement des écoles



Mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont pris le temps de me faire un retour de leur expérimentation des fiches « Réussir, être bien, être ensemble » (Rebee) ainsi qu'à tous ceux et celles qui m'ont ouvert le chemin pour aller à la rencontre des écoles et faire connaître le dispositif.

Des remerciements tout particuliers aux enfants qui m'ont prêté leurs travaux et aux familles qui ont autorisé l'usage des images des activités de leurs enfants.

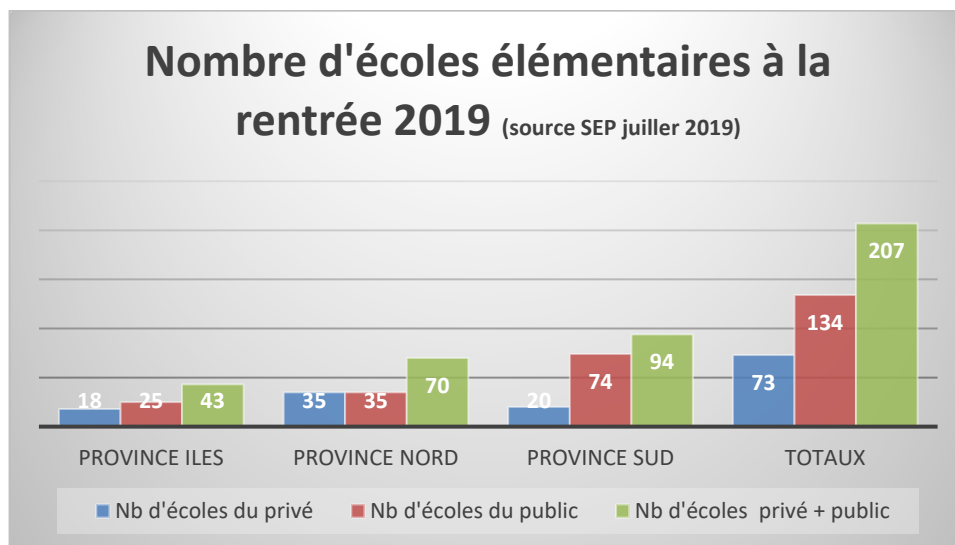
Toutes ces contributions misent bout à bout ont participé au partage de l'expérimentation du prototype ainsi qu'à l'élaboration de l'outil final livré pour la rentrée 2020. Toutes ces interviews collectées vont aider à l'apport de nouvelles connaissances à travers les travaux de recherche de l'équipe support. Au-delà, cela a été un plaisir de tous vous rencontrer, de partager un peu de vos préoccupations dans nos écoles et de notre engagement commun pour nos enfants où qu'ils vivent en Nouvelle-Calédonie.

Carmella Fernandes Da Rocha Puleoto
Infirmière scolaire
Etudiante en Master 2 "Education à la santé enfants, adolescents et jeunes adultes"
Equipe support "Réussir, être bien, être ensemble"
Chaire UNESCO EducationS & Santé

Table des matières

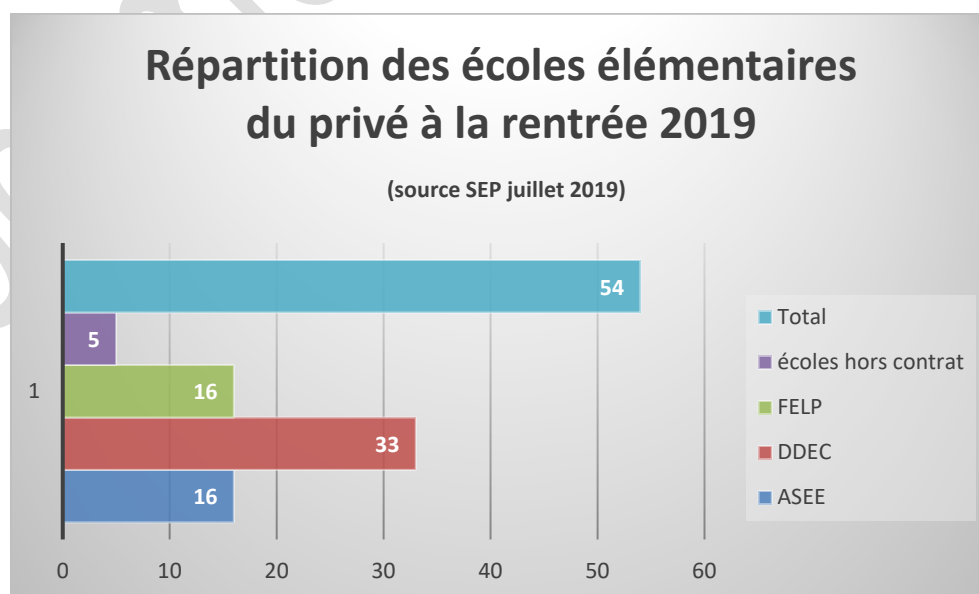
I-	Les écoles élémentaires en Nouvelle-Calédonie	3
II-	Le dispositif REBEE : les co-auteurs de l'outil	4
III-	L'accompagnement des écoles du dispositif	5
	3.1 Les directeurs d'école	7
	3.2 Les conseillers pédagogiques (CP) et Inspecteurs d'Enseignement Pédagogique (IEP) de secteur.....	8
	3.3 Les partenaires sanitaires	9
	3.4 L'équipe support REBEE	9
IV-	L'expérimentation des fiches pédagogiques	10
	4.1 Formations et expérimentation des fiches pédagogiques.....	12
	4.1.1 Les « (in)formations » (avril-mai 2019)	12
	4.1.2 Temps de formation (ou d'information)	13
	4.1.3 Modalités de formation.....	13
	4.2. Evaluation du prototype 4 par 63 enseignants en phase test (ENST)	15
	4.2.1 Les modes d'entrée	15
	4.2.2 Contenus des retours de l'expérimentation.....	17
	4.2.3 La co-construction	18
V-	A venir : La phase 3	21
	ANNEXES	I
	Annexe 1 - Modes de retours des enseignants par directions d'enseignement.....	I
	Annexe 2 - Moyennes de temps de formation	II
	Annexe 3 - Modes d'entrée par Province	III
	Annexe 4 - Liste des évaluations critiquées.....	IV

I- Les écoles élémentaires en Nouvelle-Calédonie

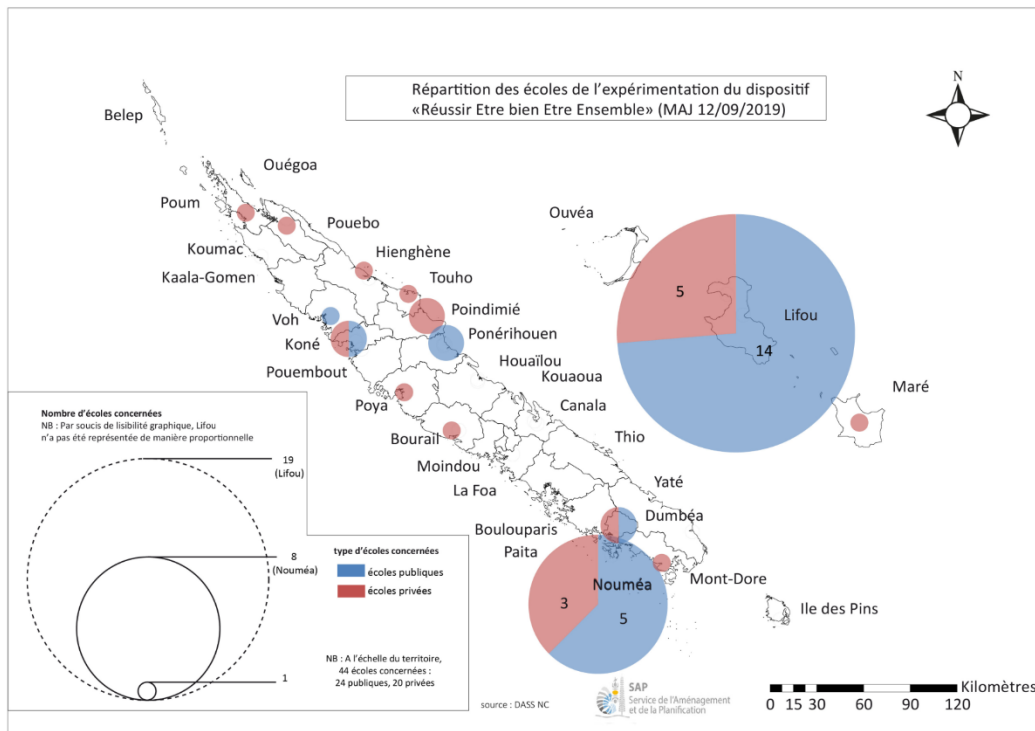


Effectifs écoles élémentaires Rentrée 2019*	Effectifs du privé	Effectifs du public	Effectifs privé + public
Province Iles	735	1052	1787
Province Nord	1278	3111	4389
Province Sud	2786	12604	15390
Totaux	4799	16767	21566

(*source SEP juillet 2019)



II- Le dispositif REBEE : les co-auteurs de l'outil



Les co-auteurs du domaine de l'enseignement sont des personnels volontaires intéressés par l'expérimentation d'un projet pédagogique innovant en éducation à la santé au sein de leur école.

Des présentations du dispositif avec une actualisation de l'approche de l'éducation à la santé en milieu scolaire ont été faites par l'équipe projet. Elles ont été de plusieurs formes en fonction des publics, des lieux et du temps disponible.

- Présentations de 30mn à 1h aux directions des écoles (ME), aux équipes d'écoles (ML/FDRC), aux cadres de l'enseignement et aux représentants syndicaux (DJ).
- Présentations d'1h à l'IFMNC et l'IFPSS.
- Formations en avril/mai de durées entre 3 et 7h dans les 3 Provinces en direction des enseignants, directeurs et conseillers pédagogiques volontaires et disponibles (DJ/ML/NT/NO/ME/FDRC).

A la fin de la formation chaque enseignant ou directeur est reparti avec :

- Le moteur de recherche des fiches sur une clef USB par école
- Une ou deux séquences au format papier.

Ils se proposaient d'expérimenter les fiches avec leurs classes jusqu'en septembre 2019 et d'en faire retour à l'équipe support « Réussir Être Bien Être Ensemble » (REBEE).

Sont donc inclus comme co-auteurs du domaine de l'enseignement (CoEns) : les enseignants, les enseignants spécialisés, les maîtres sup, les directeurs, les conseillers pédagogiques et inspecteurs de circonscription même s'ils ne seront pas tous expérimentateurs des fiches pédagogiques.

III- L'accompagnement des écoles du dispositif

L'accompagnement des 40 écoles du dispositif a été mené par l'équipe support, les directions d'écoles et les conseillers pédagogiques de secteur. L'accompagnement des écoles lors de cette phase n'a pu se faire que pour les écoles de la Province Nord privées et publiques en mai/juin et quelques écoles de la DDEC en Province Sud en juin/juillet.

Initialement les retours devaient se faire par un questionnaire en ligne. Or à la mi-juillet on comptait 4 enseignants (Iles :1- Sud :3) ayant fait leurs retours en ligne pour 2 séquences et 3 fiches. Il a donc été décidé d'organiser une nouvelle tournée des écoles début septembre afin de recueillir leurs retours et les accompagner sur le dispositif. La priorité était de se rendre aux îles loyauté et dans les écoles du Sud puis le Nord si le calendrier le permettait et/ou les retours en ligne ne se faisaient pas malgré des mails de rappel et la newsletter pour communiquer sur le dispositif.

L'organisation des déplacements a nécessité des mails d'accords de visites des écoles aux responsables des directions d'enseignements suivis des directeurs d'écoles avant de contacter directement les enseignants. Puis des appels téléphoniques pour relancer les directions d'écoles n'ayant pas donné de réponses pour convenir d'un rendez-vous.

Les modes de rencontre ont été différents d'une province à l'autre :

- Iles :
 - o Visites en binôme avec la conseillère pédagogique dans les écoles aussi bien du privé que du public.
 - o Planification de la tournée gérée par la conseillère pédagogique
 - o Temps par école : 30 mn-1h
 - o Créneaux : Temps de cours (suppléant en classe ou la CP prenait la classe pendant l'entretien)
 - o Moyen de déplacement : avion et voiture de location
- Nord :
 - o Visite en binôme avec la conseillère pédagogique dans une école du public, les autres seule.
 - o Planification de la tournée avec les directeurs d'écoles et les enseignants
 - o Temps par école : de 10mn (temps de récré) à 3h
 - o Créneaux : avant les cours/ midi/ après les cours/ temps de récré/ temps de cours (directeur prenait la classe pendant les entretiens).
 - o Moyen de déplacement : voiture personnelle
- Sud :
 - o Visite en binôme avec l'animatrice formatrice dans une école privée de la DDEC, les autres seule.
 - o Planification de la tournée avec les directeurs et les enseignants
 - o Temps par école : de 10mn (temps de récré) à 30mn
 - o Créneaux : temps de récré/ midi/ après les cours
 - o Moyen de déplacement : voiture personnelle

Accompagnements écoles PHASE 2	Provinces			
	Iles	Nord	Sud	Total
Modes de rencontres avec les enseignants exp				
Visites dans l'école	11	22	11	44
Entretiens Skype/Messenger		5		5
Entretiens téléphoniques	1			1
Entretiens individuels (présentiel)	8	23	8	39
Focus groupe		6	8	14

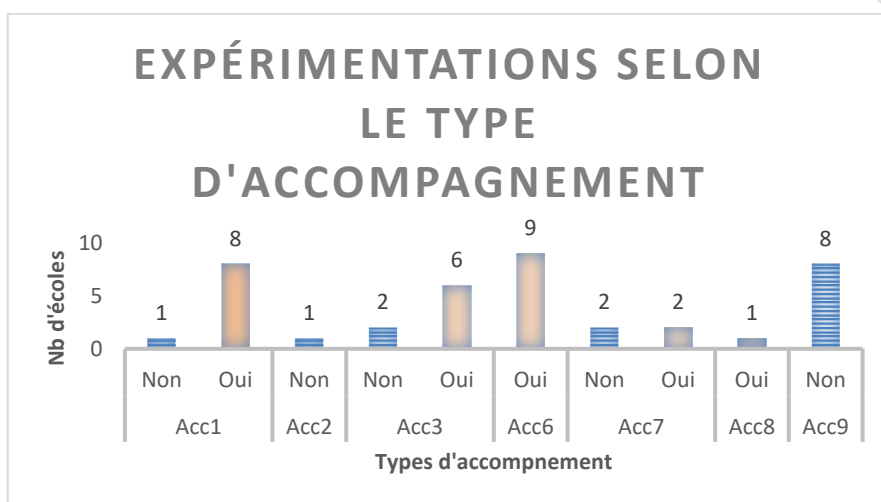
Les écoles n'ayant pas donné suite aux demandes de rendez-vous s'élèvent à 10 (7 aux Iles et 3 pour le Sud). On ne sait donc pas leur avis sur le dispositif ni si l'expérimentation a été abandonnée par ces équipes.

Une autre école ayant expérimenté les fiches n'a pu être visitée lors de la 2nd tournée en Province Nord et nous n'avons donc pas le retour de ces enseignants (qui ne maîtrisent pas tous l'outil informatique).

Ecole en expérimentation	Nombre de Code Ecole	Moyenne de Nb de visites
Non	14	0,43
Oui	26	1,46
Total général	40	1,1

Visites des écoles par Province	Moyenne de Nb de visites
Iles	0,69
Nord	1,75
Sud	1
Total général	1,1

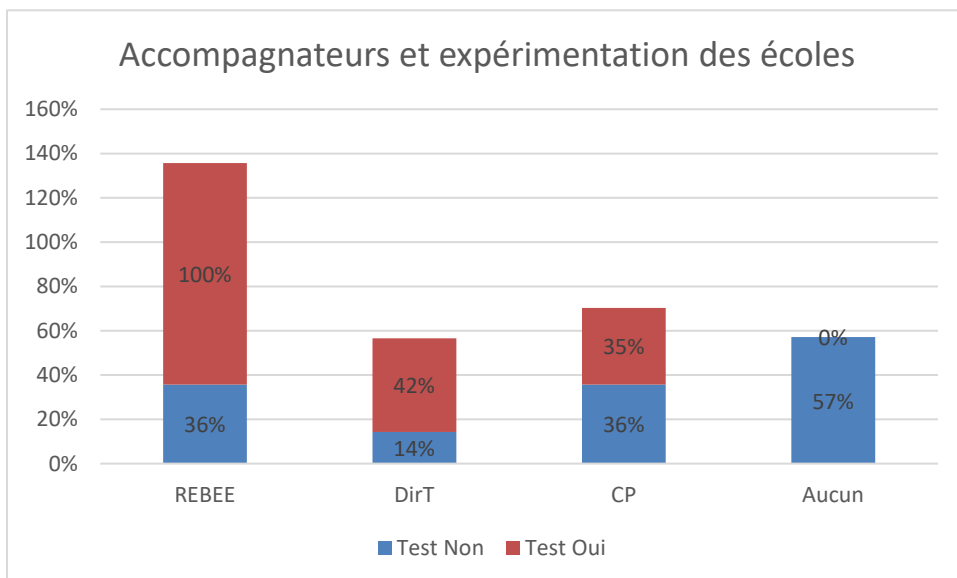
Les écoles en expérimentations ont été plus accompagnées avec 1,46 visites en moyenne contre 0,43 pour celles qui ne sont pas entrées en expérimentation.



Codage	Accompagnements
Acc1	REBEE
Acc2	CP
Acc3	CP+REBEE
Acc4	Direction
Acc5	Direction + CP
Acc6	Direction + REBEE
Acc7	Direction+ CP+REBEE
Acc8	REBEE1+REBEE2
Acc9	Aucun

Les accompagnements effectués par l'équipe REBEE associée à la direction d'école ou le conseiller pédagogique ont été plus en faveur de l'entrée dans l'expérimentation des fiches pédagogiques de 23 écoles sur 26.

8 écoles sur les 14 n'ayant pas fait de retours d'expérimentation n'ont eu aucun accompagnement du dispositif.



Les écoles en expérimentation ont toutes été suivies par un membre de l'équipe projet, 42% étaient accompagnées par leur direction (DirT) et 35% par le conseiller pédagogique (CP) du secteur.

Toutes les écoles qui n'ont eu aucun accompagnement du dispositif ne sont pas entrées dans l'expérimentation des fiches.

3.1 Les directeurs d'école

Au total 18 directeurs ont suivi la formation : 5 de la Province des Iles, 5 du Nord et 8 du Sud.

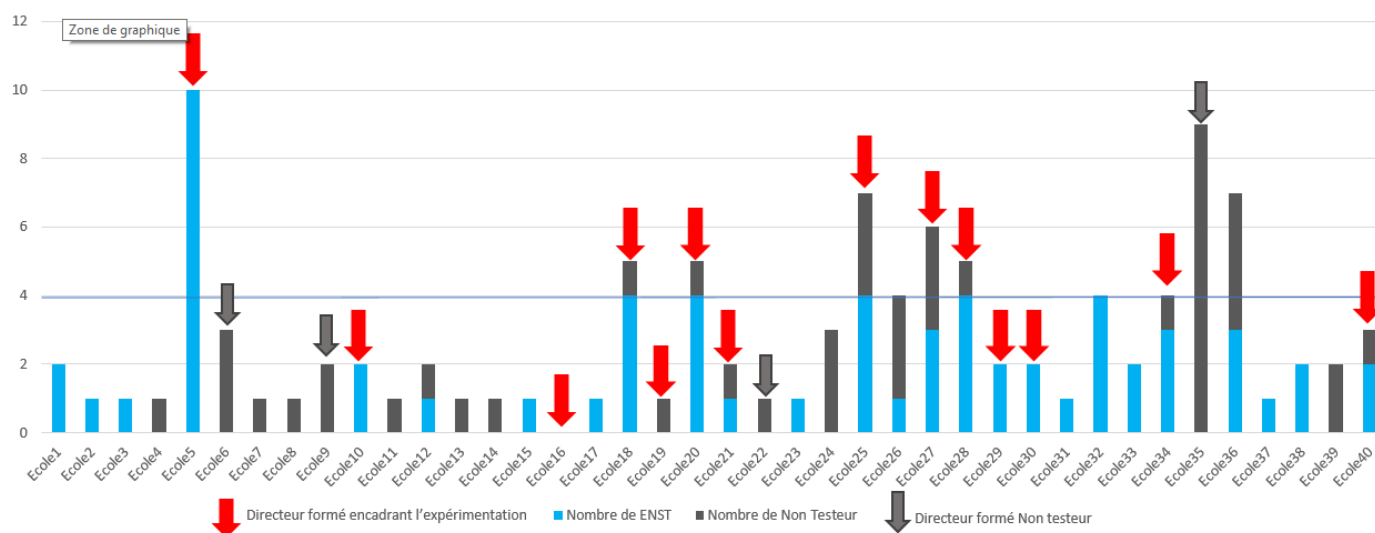
Les accompagnements incluant les directions d'écoles concernent 11 écoles sur 26. Les directeurs participant à l'expérimentation (DirT) ont eu en moyenne 3,96h de formation.

Les 4 directeurs formés non impliqués dans le dispositif ont influé sur la non-participation de toute leur école.

Directeurs inclus dans l'expérimentation		
Par Province	Nombre de Directeur Test	Moyenne de Tps de format° (h)
Iles	3	6
Nord	3	4,17
Sud	6	2,83
Total général	12	3,96

Non testeurs (n=47)	Test Oui	Test Non
Directeur	0	4
Enseignant	18	23
Enseignant spé	2	0
Total	20	27

Les 40 écoles en fonction des directions (n=14)



Il y a une majorité d'enseignants testeurs (41) dans les écoles où les directeurs formés ont suivi l'expérimentation. 14 écoles sont entrées dans le dispositif avec une direction soutenant même si elle n'avait pas reçu de formation et elles comptabilisent 22 enseignants testeurs. Et dans les écoles où les 4 directeurs formés ne sont pas entrés dans l'expérimentation nous n'avons aucun enseignant testeur.

Sur les 8 écoles de plus de 4 enseignants formés on note que 6 ont une direction formée et impliquée dans le dispositif avec plus de la moitié sont expérimentateurs des fiches et inversement pour les 2 écoles sans implication de la direction.

L'implication des directions d'école a donc été primordiale et ne nécessite pas obligatoirement qu'ils soient formés mais surtout convaincus de l'intérêt du dispositif. Leur influence s'en ressent essentiellement dans les plus grandes écoles.

3.2 Les conseillers pédagogiques (CP) et Inspecteurs d'Enseignement Pédagogique (IEP) de secteur

Les directions d'enseignement ont donné leur accord à l'expérimentation et à l'accompagnement dans les écoles de la DENC, de la DDEC et de l'ASEE.

3 CP et 2 IEP des Provinces Nord et Iles ont suivi la formation avec un temps moyen de 5,2h et ont adhéré au projet. Leur adhésion participe sans conteste à l'entrée des écoles dans le dispositif.

Cadres de l'Enseignement dans l'expérimentation	
Provinces	Moyenne de Tps de format° (h)
Iles	6
Nord	4,67
Total général	5,2

Sur le terrain les CP (DENC) et les animateurs-formateurs (DDEC et ASEE) se sont informés du déroulement de l'expérimentation dans les écoles. La voie électronique a été privilégiée pour des raisons organisationnelles et économiques avec malheureusement peu de retours des enseignants. 2 CP ont pu accompagner le référent REBEE afin de lui faciliter l'entrée dans les écoles et faire un point global de l'expérimentation. Cette collaboration sur le terrain a permis aux CP de visualiser l'accompagnement des écoles du dispositif et à l'équipe de recherche d'identifier leurs besoins et leur vision du dispositif. Ainsi des entretiens semi-directifs avec instruction au sosie ont également pu être menés.

3.3 Les partenaires santé des provinces

Il était théoriquement prévu un référent du domaine de l'enseignement et un référent du domaine de la santé par école. Le suivi par le service de prévention en Province Nord a pu se poursuivre à travers un réseau partenarial préexistant entre les écoles et l'équipe de la DASSPS qui a une approche populationnelle et globale de la santé. Ils sont donc intervenus dans les écoles dans le cadre de projets de classe menés en lien avec les séquences REBEE, se sont informés du déroulement de la phase test, ont fait des retours à l'équipe support et 2 entretiens semi-directifs avec instruction au sosie ont également été menés.

En Provinces Sud et Iles, les moyens humains et leurs organisations n'ont pas permis leur implication directe dans la phase d'expérimentation dans les écoles même si une politique d'approche globale de la santé se met en place.

3.4 L'équipe support REBEE

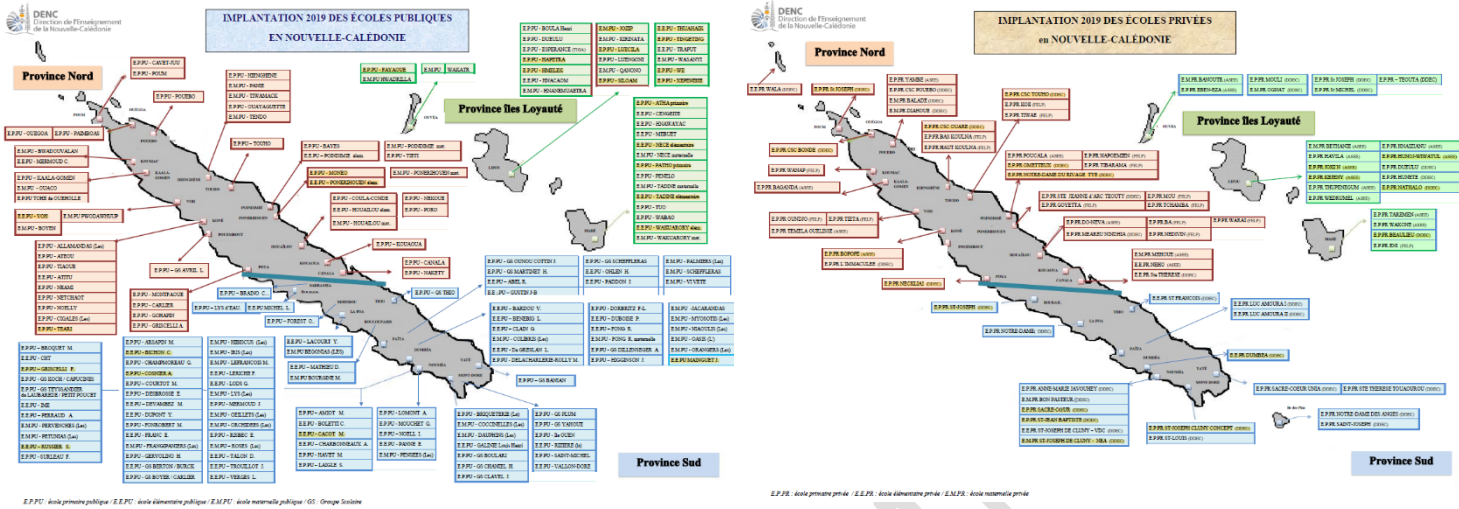
Elle se compose :

- A Clermont-Ferrand de 3 concepteurs des fiches, d'un enseignant-chercheur en charge du volet recherche du dispositif et de 2 étudiants stagiaires en Master Santé Publique 1ere année.
- A Nouméa : de 2 CP de la DENC (l'un en charge de la formation continue et l'autre du numérique), d'une animatrice-formatrice (AF) de la DDEC et de la chargée de mission du gouvernement de la santé en milieu scolaire. Tous deux préparent des thèses, l'un sur l'évaluation du dispositif et l'autre sur le développement professionnel des enseignants.

2 tournées ont pu être faites en Province Nord, 1 à Lifou, 1 à Maré et 1 en Province Sud complétées par des entretiens à distance. Cet accompagnement a consisté en une récolte des retours des enseignants sur leur expérimentation sur l'activité menée en classe mais aussi sur l'apport personnel et professionnel ainsi qu'un accompagnement sur l'usage de l'outil si besoin (problèmes techniques, réexplications, ressources). Des entretiens semi-directifs avec instruction au sosie ont également été menés avec des enseignants (5) et des directeurs (2) ainsi qu'un focus groupe avec une grille afin d'analyser la dynamique de groupe d'une équipe d'école avec l'outil. Les enseignants n'ayant pas expérimenté l'outil ont également été entendus afin de définir les freins et reprendre si besoin avec eux les ressources qu'ils peuvent exploiter dans le dispositif. Une observation d'activité de classe a pu être faite durant cette phase 2 et les retours ont été immédiatement transmis aux concepteurs de Clermont-Ferrand qui ont au fur et à mesure modifié ou créé des fiches et de nouveaux parcours thématiques.

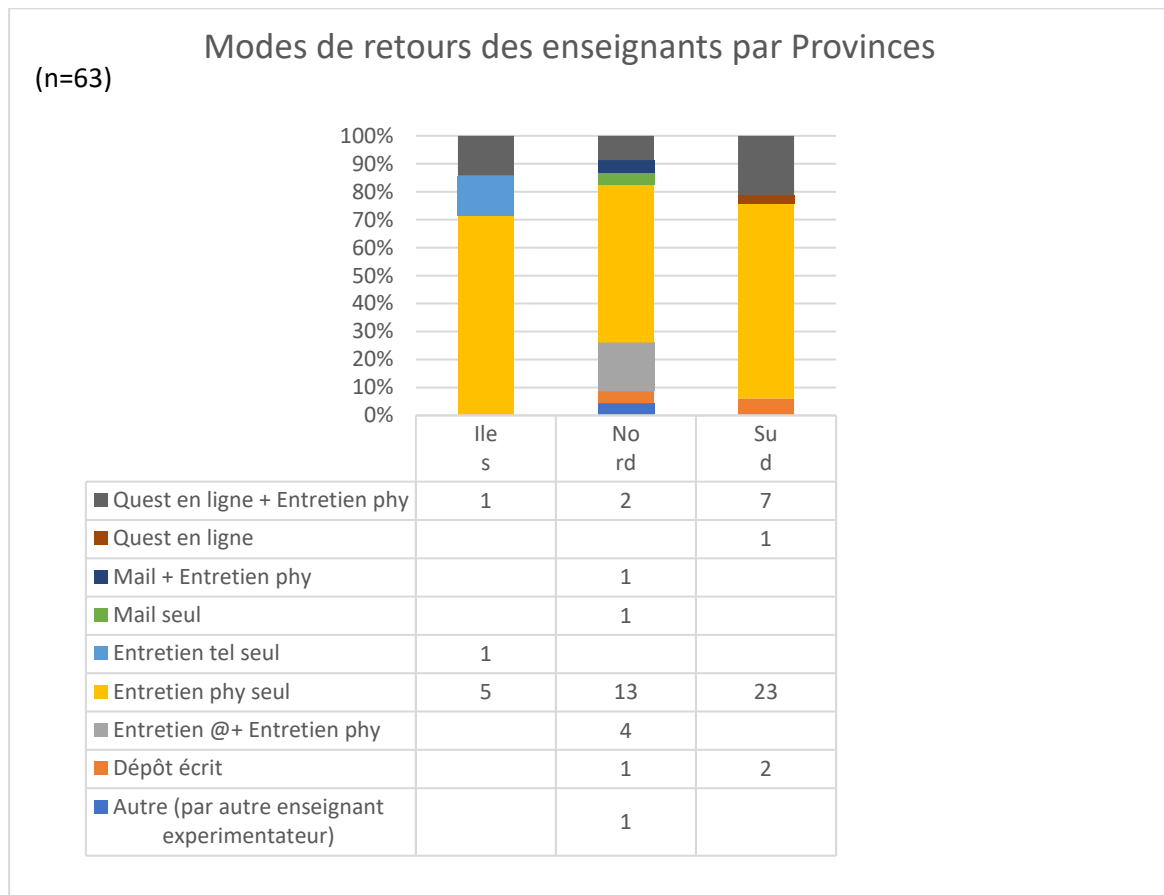
IV- L'expérimentation des fiches pédagogiques

Au 22 octobre 2019, **63 enseignants** (sur 106 = enseignants+ directeurs enseignants+ enseignants spé) de **26 écoles** (sur 40) ont donc pu expérimenter et faire leurs retours. Sont comptabilisés les expérimentations avec retours effectifs (certaines écoles n'ont pas pu transmettre leur expérimentation durant la période test).



Fonctions	Co-auteurs	Expérimentateurs
Conseillers pédagogiques	3	
Directeurs	16	
Enseignants	101	60
Enseignants spé	3	1
IEP	2	
Directeurs Enseignants	2	2
Total général	127	63

Cycles et niveaux de classes	Nb d'enseignants expérimentateurs
<input type="checkbox"/> Cycle 1	3
SG	2
STPSP	1
<input type="checkbox"/> Cycle 2	41
CE1	7
CE1	1
CE2	9
CM1	1
CM2	1
CP	15
CP CE1	5
CP CE1 CE22	1
CE1 CE22	1
<input type="checkbox"/> Cycle 3	15
CM1	5
CM1 CM2	5
CM2	4
CE2 CM1 CM22	1
<input type="checkbox"/> Cycles 2 & 3	4
CE1 CM1 CM2	1
CE2 CM1	1
CP CE1 CE22	2
Total général	63



(Un tableau modes retours par directions d'enseignement est en annexe 1)

Aller à la rencontre des équipes d'école a permis d'accroître le nombre de retours et donc le taux de participation qui aurait été de 13% par les modes de communication à distance (mail, questionnaire en ligne et téléphone).

Les enseignants étaient bien souvent désolés de ne pas avoir fait de retour en ligne ou par mail. Les éléments les plus souvent exprimés ont été le manque de temps pour faire ces retours, la difficulté de poser par écrit leurs remarques par crainte de mauvaises interprétations des concepteurs et le manque « d'espace » pour développer leurs idées ou commentaires sur l'outil.

La rencontre physique permet d'ouvrir cet espace d'échange en face à face, de recevoir leurs remarques sans jugement pour ainsi leur permettre d'exprimer leur vécu de l'expérimentation, leur appréciation globale du dispositif et l'usage (ou non) des fiches.

Les entretiens n'ont pas été identiques de par la variété des organisations et des disponibilités pour se rencontrer. Ce sont généralement des entretiens semi-directifs basés sur le questionnaire initialement prévu et/ou la trame des fiches activité quand cela a été possible.

4.1 Formations et expérimentation des fiches pédagogiques

4.1.1 Les « (in)formations » (avril-mai 2019)

Provinces	Nombre de Co-auteurs ENS	Nombre de ENST	Nombre de Directeur Test	Nombre de Cadre Ens T	Taux de participation
Iles	25	7	3	2	48%
Conseiller pédagogique	1			1	
Directeur	5		3		
Enseignant	18	7			
IEP	1			1	
Nord	47	23	3	3	62%
Conseiller pédagogique	2			2	
Directeur	3		3		
Directeur Ens	2	2			
Enseignant	37	20			
Enseignant spé	2	1			
IEP	1			1	
Sud	55	33	6		71%
Directeur	8		6		
Enseignant	46	33			
Enseignant spé	1				
Total général	127	63	12	5	63%

Les personnels de l'enseignement co-auteurs de l'outil sont au nombre de **127 au début de la phase 2** avec en moyenne un temps de formation ou « d'information » de 4h15 et représentant 40 écoles. En général les directeurs accompagnés leurs enseignants quand ces derniers ont pu être remplacés auprès des élèves. Pour les écoles de la DDEC de la Province Nord une journée pédagogique avait été fixée afin que les enseignants puissent se libérer.

La phase d'expérimentation s'est déroulée sur les 3 Provinces et a impliqué **5 personnels d'encadrement des enseignements, 12 directeurs d'écoles, 63 enseignants (dont 2 directeurs non déchargés de classe) et plus de 1100 élèves** ce qui fait un **taux de participation de 63%** et 26 écoles en expérimentation du dispositif.

Province	Somme de Effectif
Iles	104
2	93
2 & 3	11
Nord	418
1	36
2	261
3	101
2 & 3	20
Sud	585
1	23
2	343
3	198
2 & 3	21
Total général	1107

4.1.2 Temps de formation (ou d'information)

Enseignants expérimentateurs (n=63)	Moyenne de Temps de format° (h)
Iles	6,0
Nord	6,0
Sud	2,1
Total général	4,0

Les enseignants qui se sont lancés dans l'expérimentation ont eu en moyenne 6h de temps de formation pour les Provinces Nord et Iles et 2,11 h pour la Province Sud (plus nombreux et venus par école).

Enseignants sans retour d'expérimentation (n=47)	Moyenne de Tps de format° (h)
Iles	4,4
Nord	5,7
Sud	2,8
Total général	4,3

47 co-auteurs n'ont pas fait remonter leurs expérimentations à l'équipe d'encadrement ou de recherche.

En comparant les tableaux des enseignants qui ont testé les fiches et des non-testeurs on peut remarquer que le temps de formation n'influe pas là-dessus.

(Un tableau complet des moyennes de temps de formation est en annexe 2)

4.1.3 Modalités de formation

Différentes modalités de formation ont été appliquées afin de répondre aux contraintes des écoles :

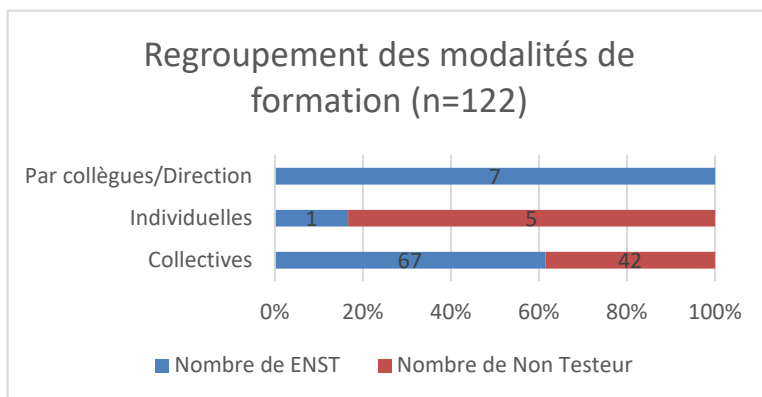
- Sur une journée (Collective) correspondant à 6h de formation
- Sur une matinée (Collective Matin) correspondant à 3h de formation
- Sur une après-midi (Collective AM) correspondant à 2h30 de formation
- Sur un temps de présentation par un membre de l'équipe projet allant de 15 à 90 mn
- Sans oublier ceux qui sont entrés dans l'expérimentation suite au retour de leurs collègues ou de leur direction.

Modalités de formation et expérimentation	Nombre de Co-auteurs		Nombre de Directeur	Nombre de Non Testeur
	ENS	Nombre de ENST	Test	
Collectives	113	56	11	42
Collective	65	30	5	26
Collective AM	25	17	2	6
Collective Matin	23	9	4	10
Individuelles	7		1	5
Individuelle 1	1			
Individuelle 2	4		1	3
Individuelle 4	2			2
Aucune	7	7		
Par collègues/Direction	7	7		
Total général	127	63	12	47

Les formations individuelles n'ont pas favorisé le lancement de l'expérimentation alors que parmi les enseignants expérimentateurs nous en avons 7 qui ont inclus le dispositif sans « formation ou information du dispositif » mais par leurs collègues ou leur direction.

Ce sont les formes collectives que celle-ci soient formelles ou non qui ont le mieux contribué à l'entrée dans l'expérimentation des enseignants et des directeurs des écoles.

Rappelons que l'expérimentation consistait en la mise en œuvre de 2 séquences (correspondant à 14 activités chronologiquement prédéfinies) avec leurs élèves.

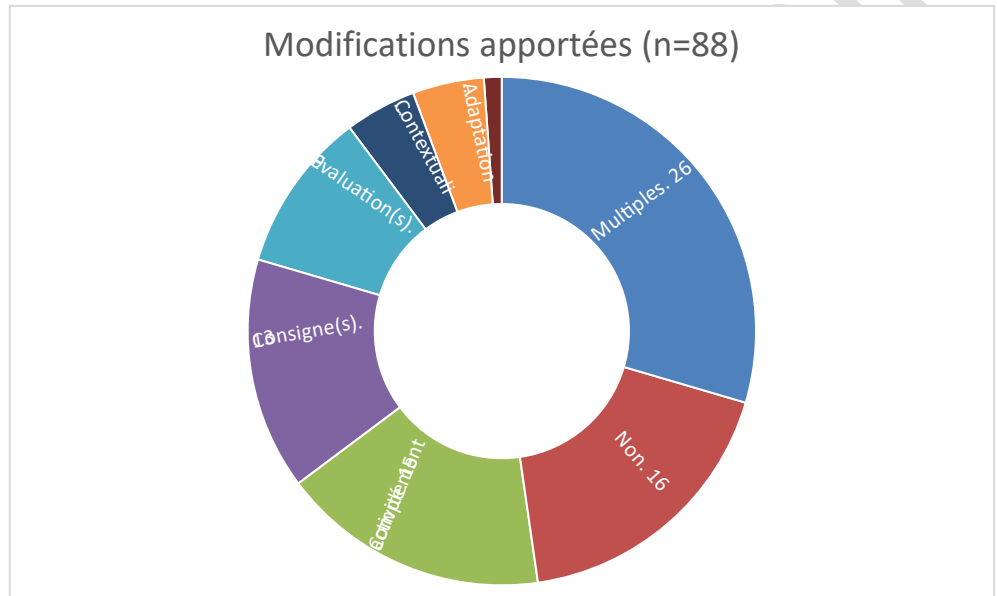


4.2. Evaluation du prototype 4 par 63 enseignants en phase test (ENST)

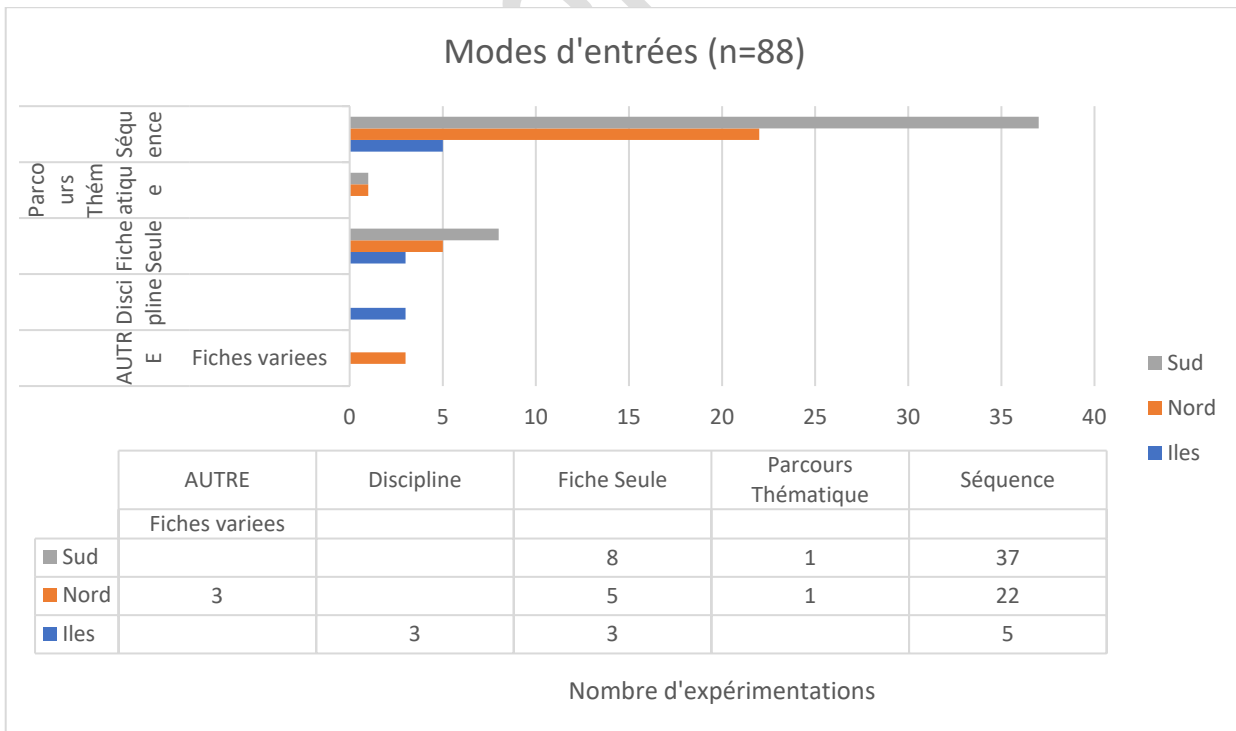
Le taux de participation (sur la base des 127 enseignants co-auteurs) à la phase test s'élève à 63% y sont inclus les enseignants qui ont expérimenté l'outil en classe, les directeurs et cadres de l'enseignement engagés dans le dispositif. L'outil a donc été testé en conditions réelles par 63 enseignants expérimentateurs (ENST).

- 46 ont testé les séquences,
- 9 en fiches isolées
- 1 par parcours thématique
- 1 par discipline
- 2 en succédant une séquence et une fiche seule
- 1 en succédant une séquence et un parcours thématique
- 3 en « piochant » plusieurs fiches et construire leur projet de classe.

Au total **88 expérimentations** ont été faites avec des modifications pour 72 d'entre elles, sur plusieurs parties du déroulement proposé, de nouveaux compléments d'activité et des reprises de consignes.

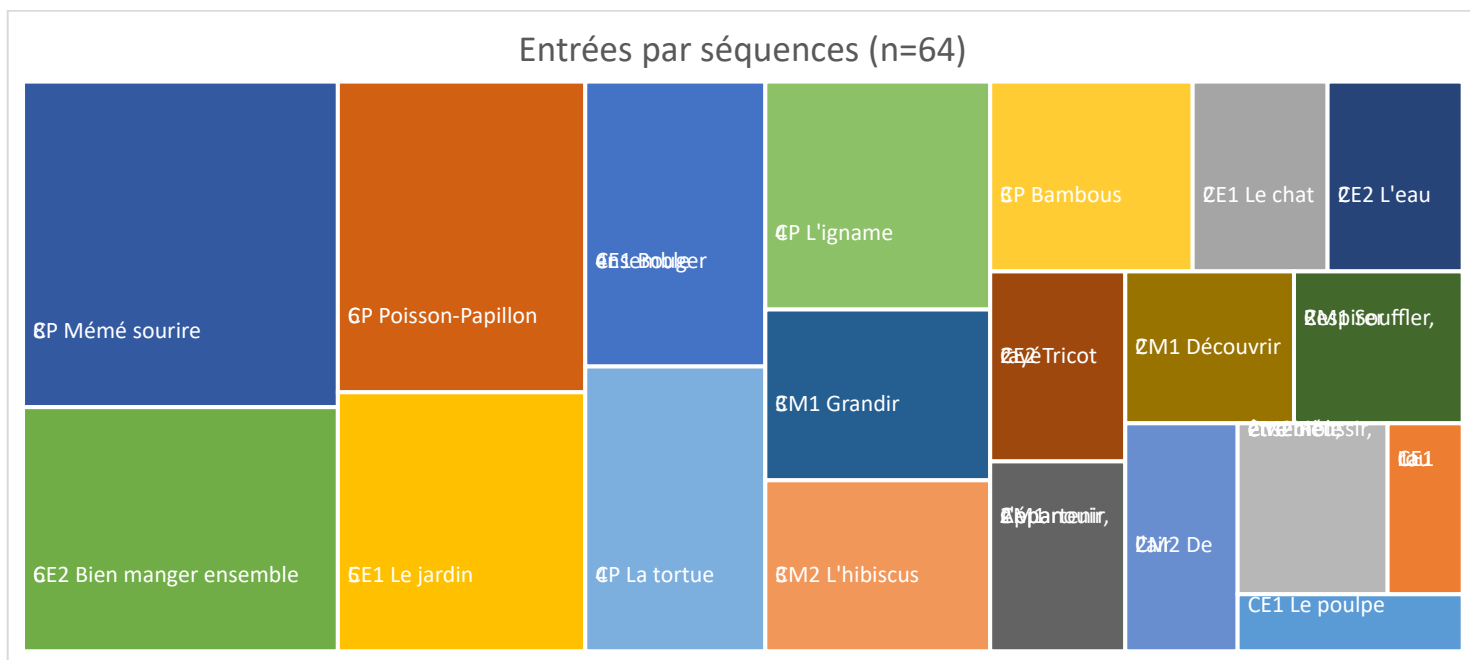


4.2.1 Les modes d'entrée

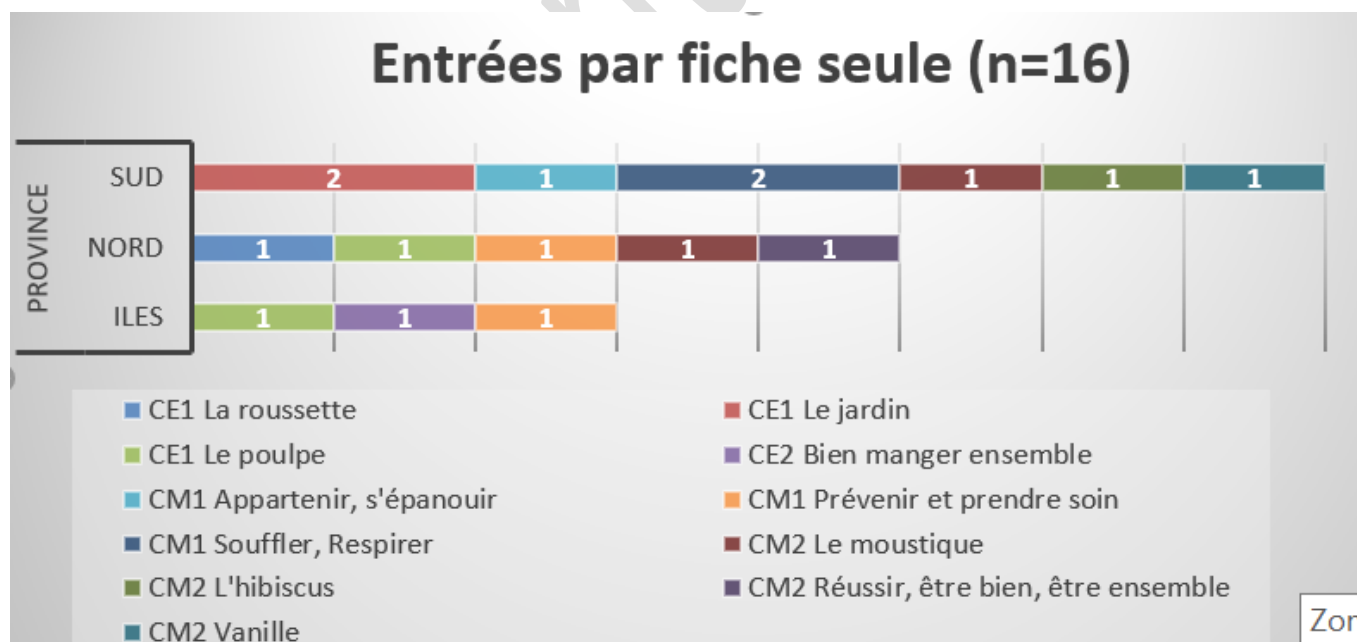


(Un tableau plus détaillé est en annexe 3)

L'utilisation des fiches par séquence a été la plus utilisée et s'est faite pour beaucoup d'enseignants comme une commande de la part des concepteurs afin de pouvoir évaluer la forme et le contenu de l'outil.

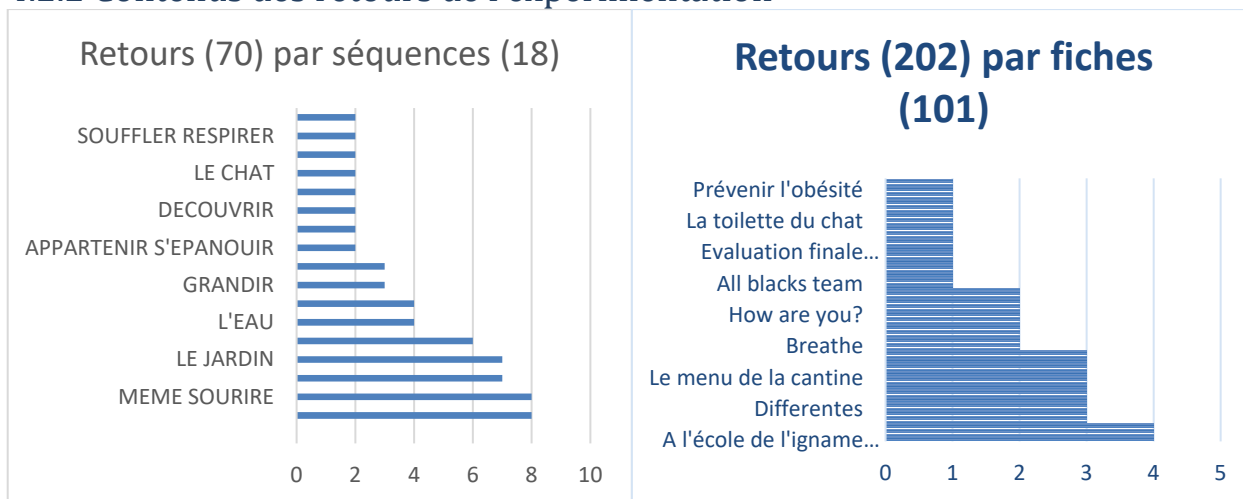


20 séquences (sur 25) ont été expérimentées mais pas toujours en totalité. Les séquences les plus expérimentées ont été Mémé sourire (CP), Poisson-Papillon (CP) et Bien manger ensemble (CE2). Prévenir et prendre soin (CM1), Le moustique (CM2) et Vanille (CM2) ont pu être testé en mode fiches isolées.

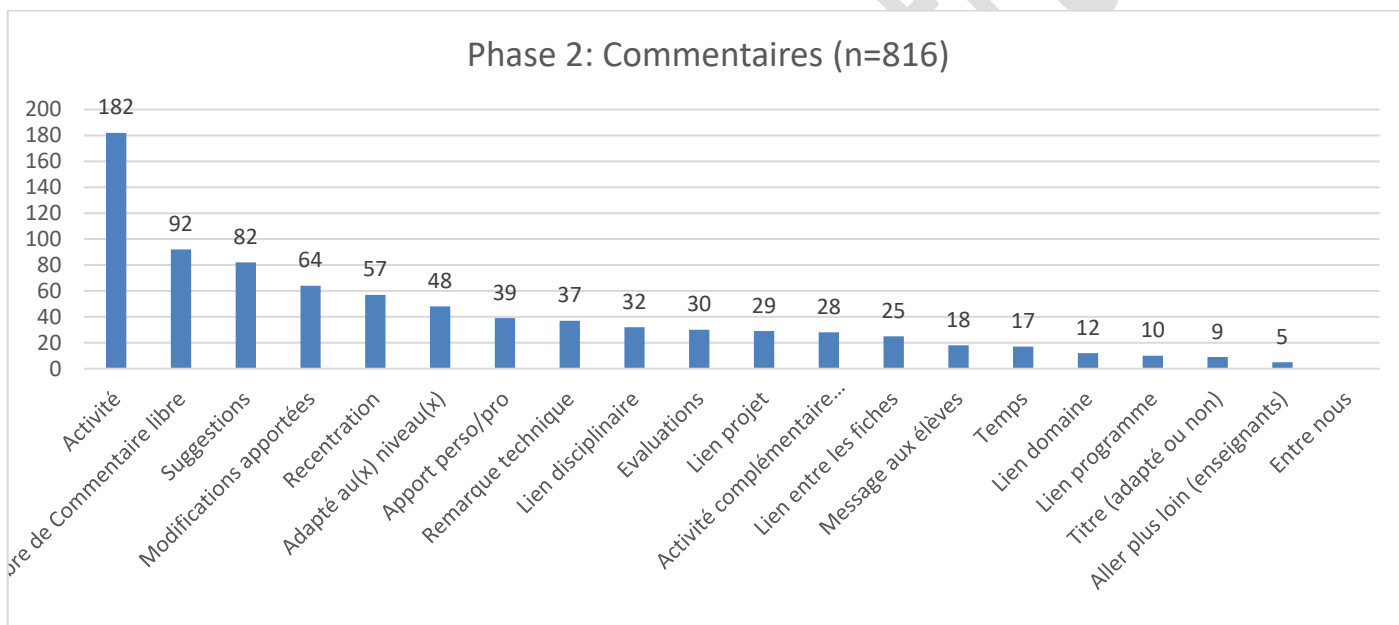


Nous n'avons pas de retour d'entrée par album qui a pourtant été très apprécié par les enseignants lors des temps de formation. L'une des conseillères pédagogiques du dispositif évoque le fait que l'entrée par albums a été surexploitée dans de nombreux projets transversaux.

4.2.2 Contenus des retours de l'expérimentation



Les 272 retours ont porté sur 101 fiches et 18 séquences ce qui représente **une expérimentation de 58% des fiches de l'outil**. On peut remarquer que 20% des retours concernent les fiches d'évaluation (liste en annexe [4](#))



Les retours (272) ont été fructueux, multiples et riches de commentaires (816) aussi bien sur la mise en œuvre de l'activité proposée (182) éclairant ainsi les réalités de terrain selon les moyens et les lieux d'exercice. Mais aussi sur beaucoup de ressources partagées permettant d'offrir une actualisation des données sur les pratiques pédagogiques et enrichir les liens proposés dans l'outil.

- L'activité de recentration a été particulièrement appréciée, développée et réinvestie sur d'autres temps que celui de l'activité santé (46 commentaires positifs sur 57) « *Recentration très bien j'aime beaucoup, je le fais tous les après-midi en rentrant en classe* ».

- Des adaptations de niveaux ont été relevées (48) concernant l'apparente simplicité des activités proposées « *C'est même trop facile, certaines accroches sont trop justes pour du cycle 3, trop bébé pour mes CMI. On peut complexifier* », des clarifications de vocabulaire « *Expliquer la différence entre activité physique et activité sportive au préalable.* » et des activités inadaptées par rapport au programme tel que l'origine minérale des aliments en cycle 2. Y sont inclus également l'adaptation de fiches par les enseignants aux classes de cycle 1, la fiche de la dengue (CM1) au cycle 2 ainsi que pour des classes multiniveaux (voire multicycle).

- Les apports sur un plan professionnel et/ou personnel (39) ont concerné pour beaucoup la découverte des bénéfices en entrée d'activité de la recentration. « Une nouvelle façon de travailler avec les enfants avec la respiration. L'activité de recentration est un plus dans la pratique » « La phase de recentration ça change des habitudes. La possibilité de prendre la parole. Ces fiches m'ont aidé pour faire passer des messages et faire avancer mon programme en même temps. Cette expérimentation m'a permis de comparer ma façon de faire avec la trame proposée. »

- Les remarques techniques (37) ont été apportées afin d'adapter l'outil aux contraintes des divers lieux d'exercice En sachant que 21% des enseignants qui ont participé à l'expérimentation ont un TBI dans leur classe et 57% un vidéoprojecteur (parfois partagé dans l'école voire sur le secteur). Le moteur de recherche sur clef USB a donc été une ressource accessible pour beaucoup d'entre eux. Les erreurs ou non fonctionnalités des liens video ont été répertoriées dans les items « activité complémentaire » ou « aller plus loin » (10 retours de problèmes de liens ont été signalés).

- L'intégration de l'outil dans les disciplines (32) et dans les projets (29) sont exprimés de manière comparable puis le domaine (12) et le programme (10). « Fiche faite en lien avec le programme sur l'alimentation équilibrée et en transversalité avec le français, les élèves ont collé cette feuille dans le cahier de rédaction puisque c'était de la lecture compréhension et ça rentre donc dans le domaine de la langue française de même que dans les sciences ». Différentes disciplines ont été citées : le français (compréhension et expression orale), l'EPS, les sciences, les mathématiques, l'EMC, QLM et EFCK.

- Concernant les évaluations (30) les commentaires concernent la non-identification par l'enseignant et les élèves du lien avec la séquence abordée ou un manque d'évaluation sur les notions acquises. « Aller plus loin sur l'aspect notionnel même si c'est intéressant d'évaluer les représentations des enfants ».

- Le message aux élèves (18), lorsqu'il a été évoqué a toujours fait l'unanimité même s'il aura fallu parfois l'adapter, les enseignants s'en sont saisi. « Message clair et possibilité d'étayage facile pour l'enseignant ». « A la fin je n'ai pas eu besoin d'expliquer les choses, les enfants exprimaient les messages d'eux même et je leur demandais : Pourquoi ? Et les enfants arrivaient à développer et argumenter leurs réponses. Ils ont pu ensuite aborder les inconvénients et les avantages du sucre et faire le lien avec le règlement de l'école qui interdit de consommer des boissons sucrées. J'ai également remarqué qu'ils en parlent à la maison ».

- 9 commentaires (tous critiques) ont été émis sur le titre de la séquence expérimentée regrettant l'absence de lien entre le titre et le contenu de la séquence. « Le titre des séquences manque de clarté... difficile de s'y retrouver dans son listing de séance en fonction du titre... le lien avec le poisson-papillon ? » « Non, je ne vois pas le lien avec l'hibiscus or le titre est important, il est porteur ».

- Les liens internet et en particulier les video proposés dans les items « Aller plus loin » (5) et « Activité complémentaire » (28) ont été appréciées lorsqu'ils fonctionnaient bien entendu « Outil riche en vidéo super quand on a un TBI dans la classe et j'apprécie qu'elles soient simples et courtes ». « On apprécie vraiment tous les liens extérieurs qui sont libres à l'enseignant d'aller chercher le travail avec les enfants ».

4.2.3 La co-construction

Les commentaires sur l'activité mise en œuvre (182) décrivent les aménagements, les difficultés, les adaptations et les ressentis des élèves et des enseignants. « Ce qui a bien marché : Mélanger l'anglais et les arts visuels et le plaisir du coloriage. Les élèves ont eu des difficultés à traduire les émotions par des couleurs. Le coloriage a souvent été envisagé comme une simple décoration ». « J'ai trouvé la séance un peu culpabilisante ». « Les filles étaient déçues, il n'y avait que des sports de garçons ». « On est parti de l'activité proposée puis je l'ai enrichie par d'autres vidéos. De travailler sur les numéros d'urgence les a amenés à apprendre leur adresse puis les élèves ont fait des mises en situations en classe le lendemain. » « L'activité de découverte a bien fonctionné, cela a permis aux élèves de mettre en mots la morale et même de suggérer d'autres histoires et contes qu'ils connaissaient avec la morale ».

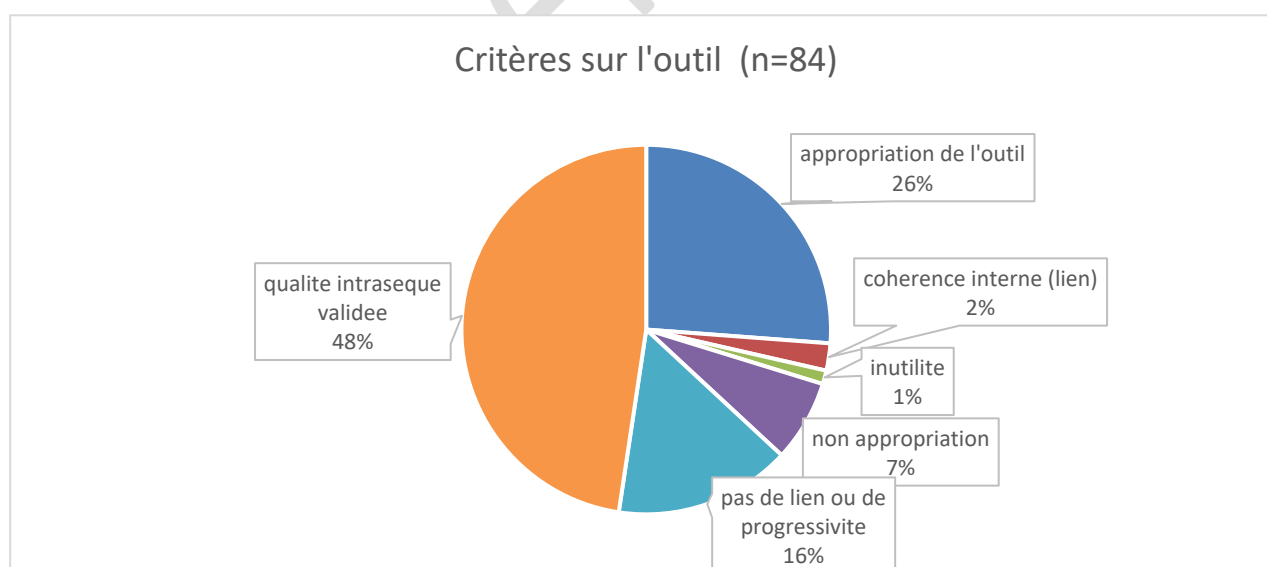
Les modifications (64) et suggestions (82) révèlent que les enseignants ont non seulement expérimenté les activités, ils les ont également critiquées de façon constructive et créative. Certains malgré des difficultés de séance l'ont reprise et améliorée « j'ai refait l'activité le lendemain avec des images couleurs et agrandies en partant d'un brainstorming et en référence aux intelligences multiples ». « Les élèves complètent la toise en classe parallèlement à la germination. »

L'enrichissement des fiches pédagogiques sont de l'ordre de la variété des approches et en particulier par des manipulations, des recherches et des mises en situation. Les productions d'élèves ont été riches mais n'ont pas été systématiquement référencées. Certaines ont été prises en photo et ont été partagées avec les concepteurs, d'autres ont été utilisées lors de la journée de l'école calédonienne ou ont illustré les dernières newsletters. « *Les enfants ont adoré, à partir de l'activité complémentaire proposée (œuvres des artistes Levin et Hearngraves) ils ont réalisé une carte de la Nouvelle-Calédonie avec leurs spécialités culinaires et certains élargissent à la découverte des menus de New-York, de Chine etc... et ils s'éclatent. Tout cela fait du lien entre les domaines mais aussi l'informatique (importation d'images, tableaux...). Et ils ont également fait la carte d'identité des plantes de Nouvelle-Calédonie.* »

La contextualisation des fiches a été peu critiquée en dehors de quelques précisions de vocabulaires et les habitudes locales « *Attention le crabe de cocotier n'est pas un plat à part entière* », « *ne comprennent pas restaurant chinois, ça les a complètement perturbés car en Nouvelle-Calédonie il y a des nems partout* ». L'effort de contextualisation est reconnu même si l'activité sur l'igname (fiche « à l'école de l'igname nouvelle ») est à améliorer « *La séance 2 n'a pas du tout marché car aucun de mes élèves n'a sorti le mot igname même en rajoutant d'autres documents. Du coup, j'ai rajouté une séance sur l'igname même où on l'a observé en vrai (pas en photo), décrit à partir d'une coutume présentée en classe. Puis nous avons effectué une dégustation d'igname grillée sur une autre séance.* ». Autrement les observations sont plutôt positives, les enseignants apprécient d'avoir un outil adapté au contexte de leurs élèves et qui vienne d'eux. « *Les fiches sont bien contextualisées, elles ont toutes été imprimées et collées dans le cahier. J'avais des craintes au départ pensant que ce sont des images d'ailleurs, mais non on est dans le contexte.* »

Globalement les (92) commentaires libres évoquent l'usage (en co-intervention, en groupe ou en classe entière), la maniabilité, l'utilité de l'outil et la liberté pédagogique. « *On peut allier détente et apprentissage à la différence des fondamentaux versus les arts plastiques. L'outil est vraiment différent des manuels scolaires classiques, là on te dit juste ça et après tu es libre de construire comme tu le souhaites.* » « *C'est bien, vous nous donnez de bonnes directives, on se retrouve plutôt bien et après on essaye aussi d'adapter en fonction de ce que l'on sait et de ce que l'on maîtrise surtout. La production écrite a été riche. Les fiches sont bien faites et on adapte en fonction du public* ».

A partir de mots clefs des discours, les 84 expérimentations (sur 88) ont pu être classées en 4 critères : appropriation ou non, cohérence interne (lien) ou non, utilité ou non et validation de la qualité intrinsèque de l'outil. Majoritairement la qualité de l'outil (48%) est reconnue, son appropriation (26%) s'est généralement faite lors de l'expérimentation de la 2nd séquence. C'est également à l'usage que 2% des enseignants expriment y avoir finalement trouvé une cohérence interne.



Reste tout de même 23% des expérimentations où les enseignants n'ont pas retrouvé de lien ou de progressivité dans la séquence et ne se sont pas approprié l'outil.

« L'inutilité » relevée a été faite sur une fiche et non une séquence (ni l'outil complet).

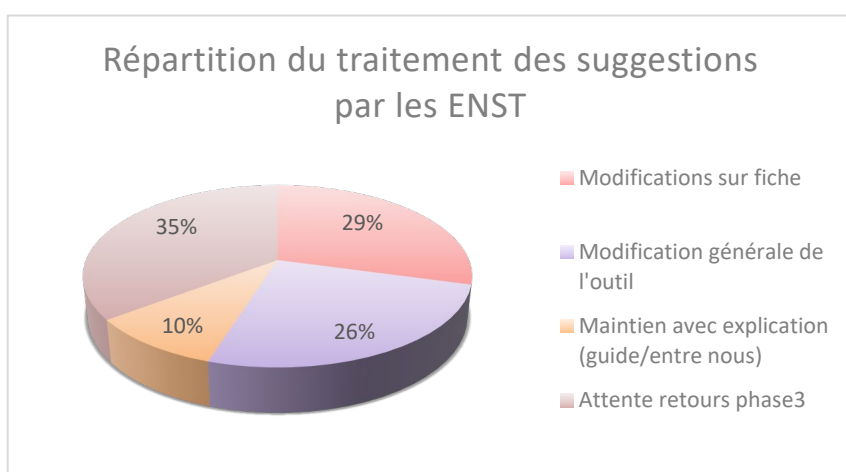
Le dialogue entre enseignants et concepteurs s'est fait à travers la formation et l'accompagnement des écoles du dispositif.

Les modifications apportées aux fiches, la création de nouveaux parcours thématiques et d'albums ont été mis en ligne sur le site du projet spécifiquement créé pour l'expérimentation.

5 newsletters ont été écrites à l'attention de tous les acteurs du dispositif afin de les informer de l'évolution du projet, des dernières mises à jour, le rappel du questionnaire en ligne et des tournées des écoles.

Les retours ont été scannés et transmis aux concepteurs au jour le jour puis catégorisés sur des tableurs. Chaque observation a été traitée par les concepteurs, les choix argumentés et inscrits dans un fichier mis en ligne sur le site. Les modifications apportées à l'outil par les concepteurs suite à l'expérimentation par les enseignants expérimentateurs sont aujourd'hui finalisées.

5 enseignants formés en avril et n'ayant pas expérimenté l'outil ont pu être entendus. 2 motifs sont exprimés : Le manque de temps (« mais je ne jette pas l'éponge ») et de ne pas avoir trouvé de fiches ou de parcours correspondant à leurs projets (addiction : « Pour moi, le fléau c'est l'alcool et le tabac. Je voulais vraiment quelque chose là-dessus ». L'eau : « J'ai cherché des outils sur internet pour travailler sur les états de l'eau »). Ils ont donc mené leurs projets sans les fiches REBEE et leurs remarques ont également été prises en compte dans la conception de l'outil final.



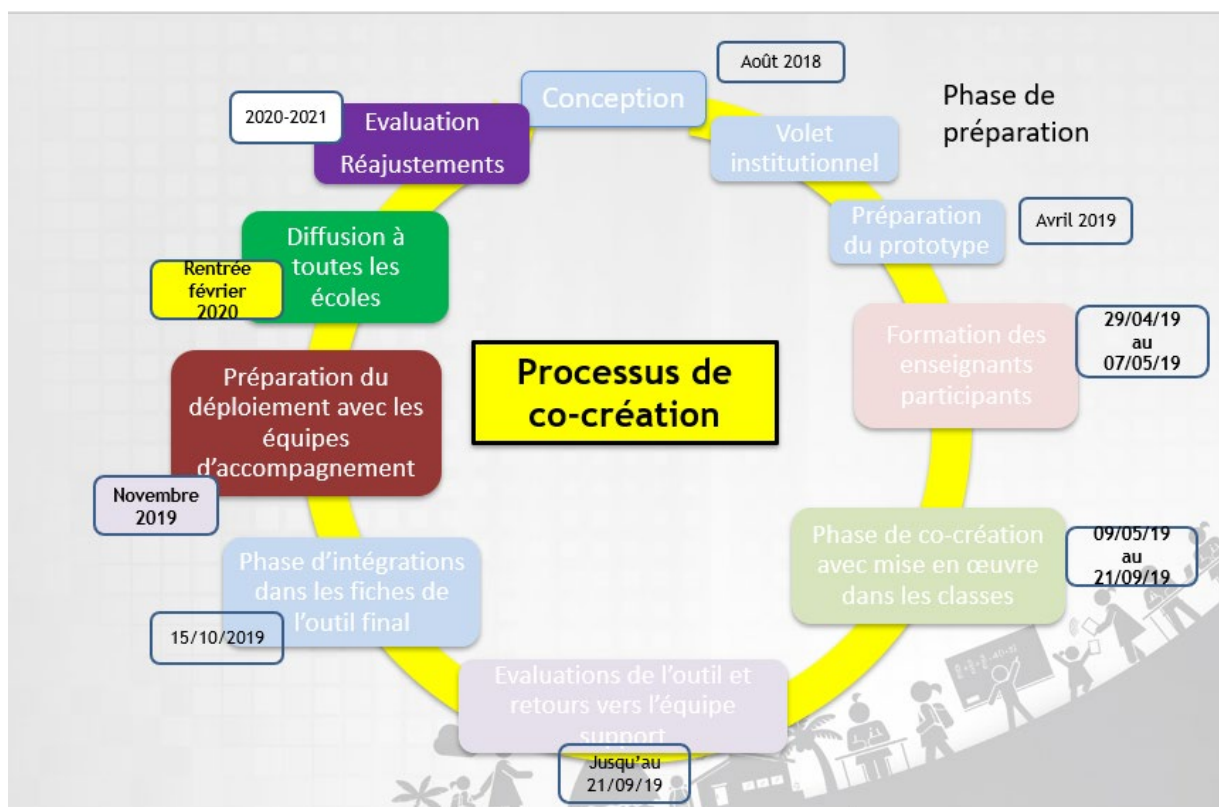
55% des suggestions ont amené à des modifications sur l'outil soit sur une fiche particulière soit dans l'organisation générale de l'outil

10% à une ré-explication des objectifs ou de l'utilisabilité de l'activité qui est inscrite soit dans la partie "Entre-nous" de la fiche soit dans le guide pédagogique

35% à une réflexion ou une réévaluation d'activité durant la phase 3.

La récolte de données majoritairement en entretiens individuels ou en focus groupe ont régulièrement permis aux enseignants de prendre du recul sur l'expérimentation qu'ils venaient de vivre avec leurs élèves et l'activité d'éducation à la santé. Des questionnements ont été verbalisés « Je me demande si ma remarque sur la longueur du texte est pertinente [...] Je réalise que cela a fait travailler leur esprit critique et leur expression, sinon on reste trop collé au texte ». Cette analyse partagée pourra être explorée et précisée ultérieurement. Des entretiens plus spécifiques sont en cours de retranscription ainsi que des données sur les conceptions en santé des enseignants en formation initiale et continue.

V- A venir : La phase 3



La phase 3 a débuté, les formations de formateurs sur le dispositif sont en cours toujours sur les 3 Provinces et l'équipe projet en profite pour visiter, accompagner et informer les écoles. La communication en direction des décideurs et du grand public se déploie afin de les informer des objectifs, des enjeux et de la mise en place du dispositif sur tout le Territoire à la rentrée prochaine.

L'outil est entre les mains des concepteurs, des illustrateurs, des relecteurs des directions de l'enseignement et de santé et des services informatiques afin que les écoles puissent disposer d'un outil opérationnel et de qualité en février 2020.

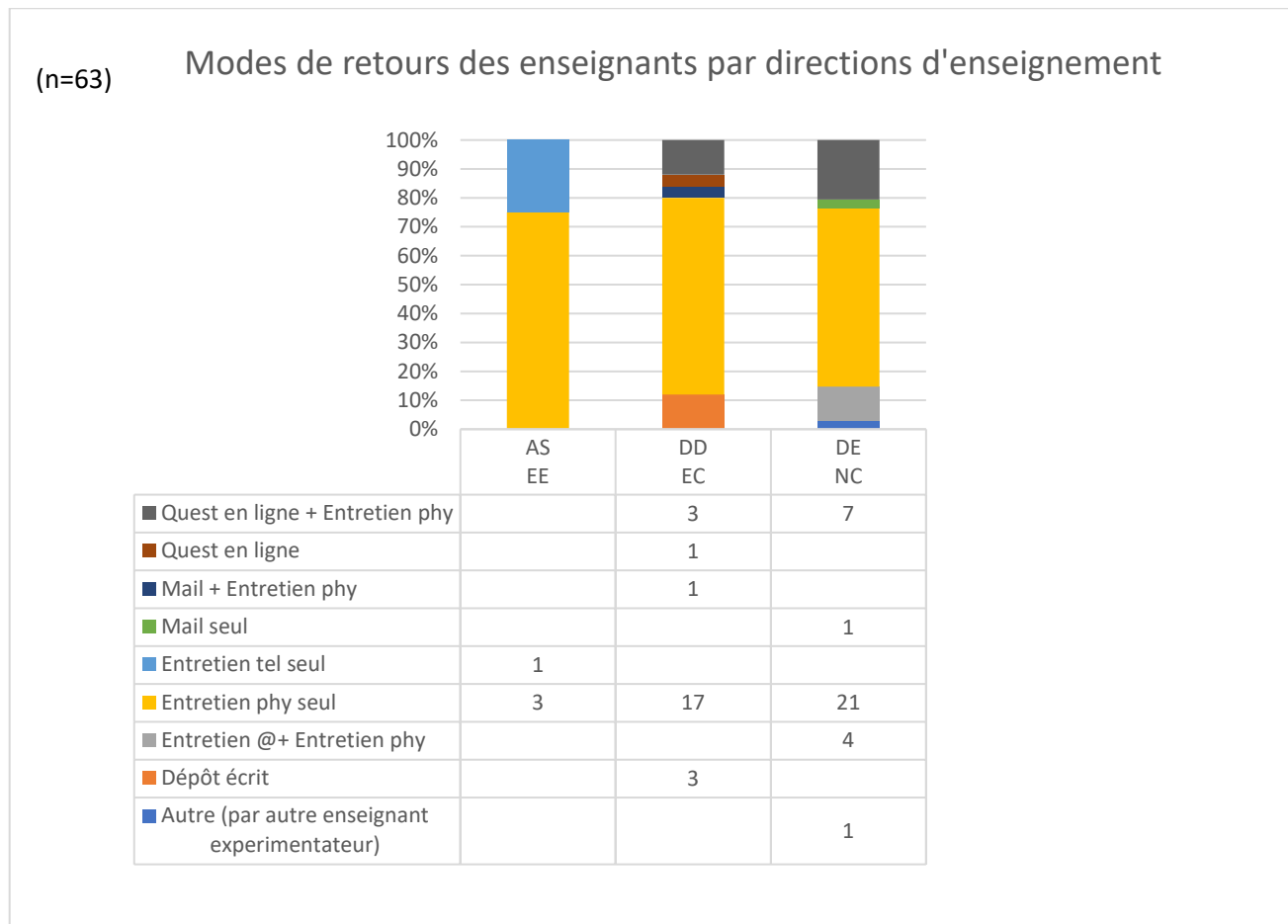
Il se composera d'un site officiel du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie associant les institutions en charge de l'éducation et de la santé où les enseignants pourront télécharger les fiches mises à jour à partir du moteur de recherche qui a été testé sous forme de clef USB durant l'expérimentation. De nouvelles fiches ont été élaborées ainsi que de nouveaux parcours thématiques et d'album. Les séquences ont été supprimées afin de permettre une meilleure liberté d'action pour l'enseignant. Une formation en ligne (mooc) sera également disponible illustrée de capsules vidéo. Elles sont en cours d'enregistrement dans les écoles du dispositif.

La phase 3 consistera en l'évaluation d'impact du dispositif qui sera menée par un doctorant de l'équipe support.

Document de travail

ANNEXES

Annexe 1 - Modes de retours des enseignants par directions d'enseignement



Annexe 2 - Moyennes de temps de formation

Fonctions des co-auteurs et modalités de formation	Nombre de Co-auteurs ENS	Moyenne de Tps de format° (h)
Conseiller pédagogique	3	6,00
Collective	3	6,00
Directeur	16	3,78
Collective	6	6,00
Collective AM	2	2,50
Collective Matin	6	3,00
Individuelle 2	1	0,50
Individuelle 4	1	1,00
Directeur Ens	2	6,00
Collective	2	6,00
Enseignant	101	4,10
Collective	51	6,00
Collective AM	22	2,50
Collective Matin	17	3,00
Individuelle 2	3	0,43
Individuelle 4	1	1,00
Collègues/Direction	7	0,00
Enseignant spé	3	4,83
Collective	2	6,00
Collective AM	1	2,50
IEP	2	4,00
Collective	1	6,00
Individuelle 1	1	2,00
Total général	127	4,15

Annexe 3 - Modes d'entrée par Province

Modes d'entrée par Province	Province			
	Iles	Nord	Sud	Total
AUTRE		3		3
Fiches variées		3		3
Discipline	3			3
CE1 Le jardin	1			1
CE2 L'eau	1			1
CP La tortue	1			1
Fiche Seule	3	5	8	16
CE1 La roussette		1		1
CE1 Le jardin			2	2
CE1 Le poulpe	1	1		2
CE2 Bien manger ensemble	1			1
CM1 Appartenir, s'épanouir			1	1
CM1 Prévenir et prendre soin	1	1		2
CM1 Souffler, Respirer			2	2
CM2 Le moustique		1	1	2
CM2 L'hibiscus			1	1
CM2 Réussir, être bien, être ensemble		1		1
CM2 Vanille			1	1
Parcours Thématique		1	1	2
Environnement santé			1	1
Être bien, être ensemble		1		1
Séquence	5	22	37	64
CE1 Bouger ensemble	1	1	2	4
CE1 La roussette		1		1
CE1 Le chat	1		1	2
CE1 Le jardin	1	3	1	5
CE1 Le poulpe			1	1
CE2 Bien manger ensemble		2	4	6
CE2 L'eau		1	1	2
CE2 Tricot rayé		1	1	2
CM1 Appartenir, s'épanouir		1	1	2
CM1 Découvrir			2	2
CM1 Grandir			3	3
CM1 Souffler, Respirer		1	1	2
CM2 De l'air		1	1	2
CM2 L'hibiscus		1	2	3
CM2 Réussir, être bien, être ensemble		1	1	2
CP Bambous		1	2	3
CP La tortue		1	3	4
CP L'igname		1	3	4
CP Mémé sourire	2	3	3	8
CP Poisson-Papillon		2	4	6
Total	11	31	46	88

Annexe 4 - Liste des évaluations critiquées

Retours par fiches	Nb Obs
Evaluation Initiale CE2SQ4" Mange mieux Bouge plus"	4
Evaluation Finale CPSQ3	3
Evaluation Initiale CE1SQ1	3
Evaluation Initiale CPSQ2	3
Evaluation Initiale CPSQ3	3
Evaluation Initiale CPSQ4	3
Evaluation finale CE1SQ5	2
Evaluation Finale CE2SQ4" Mange mieux Bouge plus"	2
Evaluation Finale CPSQ2	2
Evaluation Finale CPSQ4	2
Evaluation CE1SQ4	1
Evaluation Finale CE1SQ3	1
Evaluation Finale CE2SQ1	1
Evaluation Finale CM1SQ4	1
Evaluation Finale CPSQ1	1
Evaluation finale Sequence environnement santé	1
Evaluation Initiale CE1SQ3	1
Evaluation Initiale CE1SQ5	1
Evaluation Initiale CE2SQ1	1
Evaluation Initiale CM1SQ3	1
Evaluation Initiale CM1SQ4	1
Evaluation Initiale CM1SQ5	1
Evaluation Initiale CPSQ1	1
Evaluation initiale Sequence environnement santé	1

Annexe 7 : Analyses de contenu des discours des 3 directeurs les plus impliqués dans la phase d'enrôlement des écoles

Liste des codes

Chercher dans: [DOCUMENT]

Codes: Tous Sélection: []

Arbre **Tableau**

Catégorie	Code	Description	Fréquence	% Codes	Cas	% Cas
Cercles hors école	Politique	Investissement/Collaboration/Vision politique	5	5,7%	3	100,0%
Cercles hors école	Associatif	Investissement/Collaboration/Vision avec des associations	3	3,4%	3	100,0%
Cercles hors école	Coutumier	Investissement/Collaboration/Vision avec le monde coutumier	4	4,5%	2	66,7%
Cercles hors école	Hierarchique	Investissement/Collaboration/Vision avec la hierarchie de l'enseignement	4	4,5%	2	66,7%
Cercles hors école	Intersectoriel	Investissement/Collaboration/Vision dans d'autres secteurs (santé, social,justice...)	6	6,8%	3	100,0%
Management	Contrôlant					
Management	Libre		1	1,1%	1	33,3%
Management	Souple avec rappels		2	2,3%	2	66,7%
Vision outil Rebee	Utilisabilité		5	5,7%	3	100,0%
Vision outil Rebee	Utilité		3	3,4%	2	66,7%
Vision outil Rebee	Adaptabilité		9	10,2%	3	100,0%
Vision outil Rebee	Contextualisé		4	4,5%	3	100,0%
Vision outil Rebee	Difficulté		2	2,3%	2	66,7%
Vision outil Rebee	pas suffisamment contextualisé		2	2,3%	1	33,3%
Vision outil Rebee	à améliorer		3	3,4%	2	66,7%
Preoccupations	Santé cercle proche		2	2,3%	2	66,7%
Preoccupations	Santé population		11	12,5%	3	100,0%
Preoccupations	Approche contextuelle	Interêt/Respect/Souci des cultures locales	13	14,8%	3	100,0%
Preoccupations	Developpement du pays	Vision élargie des missions de l'école dans une dimension/construction du "pays"	9	10,2%	2	66,7%

Chemin fichier Excel : Document/My provalis research projects/DirT

Catégorie	Code	Description	Fréquence	% Codes	Cas	% Cas
Cercles hors école	Politique	Investissement/Collaboration/Vision politique	5	5,70%	3	100,00%
	Associatif	Investissement/Collaboration/Vision avec des associations	3	3,40%	3	100,00%
	Coutumier	Investissement/Collaboration/Vision avec le monde coutumier	4	4,50%	2	66,70%
	Hierarchique	Investissement/Collaboration/Vision avec la hierarchie de l'enseignement	4	4,50%	2	66,70%
	Intersectoriel	Investissement/Collaboration/Vision dans d'autres secteurs (santé, social,justice...)	6	6,80%	3	100,00%
Management	Contrôlant					
	Libre		1	1,10%	1	33,30%
	Souple avec rappels		2	2,30%	2	66,70%
Vision outil Rebee	Utilisabilité		5	5,70%	3	100,00%
	Utilité		3	3,40%	2	66,70%
	Adaptabilité		9	10,20%	3	100,00%
	Contextualisé		4	4,50%	3	100,00%
	Difficulté		2	2,30%	2	66,70%
	pas suffisamment contextualisé		2	2,30%	1	33,30%
Preoccupations	à améliorer		3	3,40%	2	66,70%
	Santé cercle proche		2	2,30%	2	66,70%
	Santé population		11	12,50%	3	100,00%
	Approche contextuelle	Interêt/Respect/Souci des cultures locales	13	14,80%	3	100,00%
	Developpement du pays	Vision élargie des missions de l'école dans une dimension/construction du "pays"	9	10,20%	2	66,70%

Rappel 4 directions impliquées sont dans une démarche participative d'habilitation et de co-décision
3 d'entre elles ont été enregistrées en fin de la phase d'expérimentation (septembre 2019).

Analyse descriptive :

Eléments communs aux 3 directions :

- Une vision de l'école et un investissement dans les domaines politiques et associatifs de manière intersectorielle.
- Une préoccupation de la santé de la population et d'une nécessaire approche qui tienne compte de leurs contextes de vie.
- L'utilité, l'adaptabilité et l'effort de contextualisation de l'outil sont reconnus.
- Une gestion de l'expérimentation non contrôlante.

Annexe 6 - Analyses transcriptions de 3 DirT Phase 2 sur logiciel QDAMiner

Autres éléments extraits :

- Ils agissent et influent leur hiérarchie, le domaine coutumier ou leur communauté sur leurs préoccupations quant aux questions éducatives (participation à des groupes de travail dans des institutions ou auprès de leur hiérarchie sur l'éducation à la santé et le Projet éducatif calédonien).
- Ils sont dans également dans une démarche d'amélioration continue de l'outil pédagogique.
- Leur préoccupation personnelle en matière de santé est retrouvée pour 2 directions sur 3 qui ont été exprimées plutôt pudiquement.
- Un autre élément a été relevé car spécifique au contexte politique de la Nouvelle-Calédonie qui est dans un processus de décolonisation : une vision dite « pays » de la mission de l'école dans les questions de santé et par conséquent du dispositif Rebee.

Fichier accessible sur l'UCA Drive : <https://drive.uca.fr/smart-link/969d3022-2c4c-4b47-a336-faf86c394f8b/>

Annexe 8 : Analyse des commentaires des cadres en phase d'enrôlement des cadres à la fin du stage de formateurs

Province	Commentaire phase d'envoi (vision avec l'outil)	Projection
PN	je me mets à la place des élèves, avec les activités proposées, la diversité, les photos, les supports, les enfants vont s'amuser et s'en rappeler. Ce sera efficace.	positive
PN	diversité des fiches, albums, jeux de rôle. Permet de revoir mes pratiques et de me diversifier. Profitable pour des élèves enfermés dans des mêmes rôles. Apprécie la trace écrite, le côté scolaire, bien organisé. Exploitation d'albums donne des idées.	positive
PN	à travers l'album, on peut aussi aborder la santé. Démarche à reproduire pour le cycle 1	positive
PN	outil complet, avec des accès visuel que l'on n'a pas forcément en tant qu'éducateur sanitaire. Fiches complètes. Jeux de rôles, photo langage marchent bien. C'est complémentaire à nos actions.	nr
PN	aspect pluridisciplinaire, autre que les sciences. On peut répartir les mêmes thématiques avec des entrées différentes selon les cycles. Intérêt pour le rituel d'entrée, en lien avec le bien-être. Insérer aussi un rituel de clôture. La trace écrite n'est pas toujours pensée par les enseignants, l'inclure permet de viser véritablement les notions abordées. Beaucoup de séances passent par le corps, c'est bien. Outil très large.	nr
PN	Avec les enseignants de la zone, nous serons complémentaires avec les enseignants et cela nous permettra d'identifier d'autres besoins. Très bonne boîte à outils dans la lignée de Profédus.	nr
Piles	L'approche album intéressant car je les ai déjà. Comment impliquer les enseignants de mon école ?	mitigée
Piles	J'aimerais reconduire cette animation avec les enseignants concernés pour vivre le stage.	hypothétique
Piles	Simple, limpide. Plaisir à vous entendre (ex les écrans)	nr
Piles	Enseignement complémentaire avec des activités simples. Éviter que cela soit trop scolaire. Articuler avec les locaux (environnement) et les manifestations culturelles	nr
Piles	Pistes de travail qui enrichissent. Cela donne des idées pour enrichir notre travail.	nr
Piles	Je n'ai pas suivi le projet.	nr
Piles	Rassuré car j'aime bien le discours	nr
Piles	Convaincu. En termes de moyen il faut l'intégrer à une AP. Donc il faut en parler.	positive
Piles	Pas de moralité mais il y a une moralité à la fin.	nr

Piles	Heureuse de participer à ce stage. Expérimenter avec le CLK	positive
Piles	Satisfaite par rapport au contenu et les pistes de travail en classe. Le lien avec la santé et la spiritualité car je suis dans une école privée à respecter la vie.	nr
	partie transition intéressante, se l'approprier avant de le diffuser	mitigée
Psud		
Psud	vu l'évolution, bravo à tous. Formation parcours civique : santé, citoyenneté et sécurité	nr
Psud	intéressant, transmet de façon explicite les compétences à développer, action concrète et facile à mettre en place. Je ne pense pas l'utiliser en art.	non
Psud	banque d'idées et de ressources. Je ne me servirais pas de tout mais intéressant. Faire vivre les choses différemment aux élèves.	mitigée
Psud	outil intéressant, sera tester dans ma classe. Dans la circonscription beaucoup de PE sur le bien-être	positive
Psud	fiches pratiques, s'en servir pour aider les enseignants à gérer les conflits, surtout celles qui trainent.	positive
Psud	clef en main, pragmatique. Difficulté de véhiculer des messages de santé à l'école, l'outil pourra être une aide. Point de départ de formation maths pour 2020.	positive
Psud	bien fait, complet, varié. Fiches pratiques, utilisables de suite. Test dans ma classe et peut-être intégré dans un PE.	positive
Psud	Proposer peut-être les fiches aux stagiaires. Ce qui va servir ce sont les ateliers ou les fiches pour les stages d'anglais en formation continue. Learning by doing.	hypothétique
Psud	clef en main, sera une base pour l'accompagnement des entrant dans le métier, leur faire vivre des séances en formation	positive
Psud	intelligence collective, ressource, permet un partage entre les enseignants. Me baser dans le 2aire de la culture commune des élèves du 1aire. permettre aux enseignants du secondaire de prendre ne compte les compétences des élèves qui arrivent. Lien avec le 1aire	nr
Psud	rester sur le sens, ne pas perdre le sens de cet outil. Mise en place parcours civique	nr
Psud	Outils abordés avec les stagiaires de 3ème année. J'aimerais ne plus être la seule référente de l'éducation à la santé. Conscientiser l'idée que l'éducation à la santé nous concerne tous ! Remplir l'enquête de l'ASSNC à plusieurs.	nr
Psud	IS3 : au début les stagiaires semblaient enthousiastes (30), seul 7 ont mené l'expérimentation la thématique qu'ils souhaitaient.	mitigée

Psud	Contrat de travail des titulaires qui était bloquant.	non
Psud	Retour : outil aidant mais déstabilisant. Difficulté à faire le lien avec les programmations. Manque de formalisation des objectifs. L'articulation de l'outil avec les exigences institutionnelles. Les deux évaluations qui sont identiques les ont perturbés. Articulation des activités entre elles.	mitigée
Psud	Retour mitigé des étudiants.	mitigée
Psud	-ASS était associé au projet REBEE. Pour la mise en œuvre, les personnes peuvent appuyer les enseignants. Ce matin on a pu faire un retour sur les ateliers.	nr
Psud	-Les fiches sont pratiques et fonctionnelles pour tous les enseignants. En terme de santé, la province Sud s'implique via des actions provinciales : innov'Ecole, offre éducative et label école en santé. Il y a une volonté d'éduquer à la santé. Le projet REBEE pourrait s'y insérer.	hypothétique
Psud	-Les fiches sont simples, adaptables et pratiques pour les différents enseignants (suppléants, titulaires et confirmés). Toutes les écoles ont des axes dans leur projet d'école et l'outil peut répondre à leurs besoins. Pour l'accompagnement, présentation dans une animation pédagogique et laisser les écoles se l'approprier.	positive
Psud	-Fiches très simples. On va voir ensuite dans la mise en œuvre. 2 écoles dans le secteur qui souhaitent s'inscrire au label en santé mais pas réussi.	hypothétique
Psud	-Outil intéressant avec l'entrée par les albums. Il sera efficace	positive
Psud	-Travail autour des albums et les lier aux fiches. Vendre cette approche avec les albums et les faire glisser sur des fiches en lien.	mitigée
Psud	-Partie livre et scientifique intéressante. Animation pédagogique en petit groupe avec des activités simples et accessibles. Il faut le vivre avant pour être plus efficace ensuite. Approche avec les gens de la santé.	mitigée
Psud	-Echo avec mon ancien métier de maître G. Support apporté au premier degré.	nr
Psud	-Transposer au cycle 1 cette approche avec des enseignants volontaires.	hypothétique
Psud	-L'accompagnement à la DDEC est à finaliser. Les fiches sont des supports réadaptables intéressants. Au niveau des animations pédagogiques, il faut que les équipes vivent les choses et se les approprient.	positive
Psud	-Les albums et les jeux de rôle sont pertinents surtout les faire vivre aux enseignants.	positive
Psud	-Vision plus globale des fiches et le travail des enseignants au service de la santé.	nr

Psud	-Belle découverte. Faire un partenariat avec le groupe pour que les étudiants puissent venir dans vos établissements du 1er degré pour apporter notre aide et notre soutien.	hypothétique
Psud	-La rédaction des fiches a été très instructifs de voir la mise en œuvre possible dans les classes.	nr
Psud	-Les fiches seront des supports pour nos étudiants. [Dir_Ens_privé1] sera notre lien pour l'enseignement.	positive
Psud	-Les fiches sont pratiques et simples. C'est un bon support pour les enseignants.	positive
Psud	-Très pertinent, outil et dispositif. Mise en place à W et F, formation continue, à proposer au VR et DDEC W et F	hypothétique
Psud	-Utilisation plus régionale, en fonction des demandes des pays	hypothétique
Psud	-Très instructif, mini révolution, CPS dans l'éducation. Développer du partenariat.	nr
Psud	-Absolument ravie, 15 ans de travail sur le développement des CPS à tous les niveaux scolaires. Communication au VR de l'outil.	nr
Psud	-Hâte de découvrir l'outil final. Espère avoir l'occasion de travailler dans la formation initiale des maîtres.	hypothétique
Psud	-Travail d'appropriation à faire	mitigée
Psud	-Je me projette avec l'articulation de mon dossier LCK.	positive
Psud	-Découverte enrichissante, perspective de trouver en Europe des enseignants qui auraient tester ce type de dispositif.	nr
Psud	-En réflexion, partenariat avec les parents.	mitigée
Psud	-Entrées intéressantes, hâte de voir l'outil final.	hypothétique
Psud	-Espace de partage, santé/éducation, outil très riche.	nr
Psud	-Intéressant, remet en questions les pratiques, angle de vue différents. Prendre en compte la complexité des individus.	nr
Psud	-Très inspirante, démarche qui puisse être en cohérence avec le programme 1000 jours.	nr
Psud	-A apprécié l'organisation en atelier et les discussions. A reproduire pour les enseignants.	hypothétique
Psud	-Journée riche, batterie d'activités possibles. Attention à l'essoufflement des enseignants.	mitigée
Psud	-Pas mal d'outil à réinvestir pour le climat scolaire. Travail essentiel primaire/secondaire.	nr
Psud	-Permet de renforcer des pratiques déjà existantes.	nr
Psud	-Plus de temps d'échange avec les partenaires santé et social pour tisser des liens et un travail collaboratif.	hypothétique
Psud	-A aimé l'activité théâtrale. Outil pour faire passer des messages aux parents aussi.	positive

Psud	-Santé abordée du côté psychosociale plutôt qu'hygiène.	nr		
Psud	-Hâte de voir le produit fini.	nr		
Psud	-Rester dans un équilibre connaissance/CPS/Famille/Politique.	nr		
Psud	-Donner du sens aux actions dans les écoles qui ont testés les fiches. Espace collaboratif.	nr		
Psud	Travail colossal, outil bientôt accessible, attend d'en prendre connaissance pour accompagner le terrain. Question au niveau institutionnelle : Stratégie Pays qui privilégierai la santé en axe de travail principal	hypothétique		
		positive	18	24%
		mitigée	11	15%
		hypothétique	13	17%
		non	2	3%
		nr	30	40%

PN : province Nord

PIles : province des Iles

PSud : province Sud

nr : non-réponse à la question sur la vision de l'usage de l'out

Annexe 9 : Confirmation de la soumission de l'article 1 en date du 04 septembre 2024

Objet **RSP - Confirmation de la soumission de votre manuscrit**
De Santé publique <rsp@manuscriptmanager.net>
À <carmella.fernandes_da_rocha@doctorant.uca.fr>
Cc <carmella.fernandesdarocha@unescochair-ghe.org>
Répondre à Carmella Fernandes Da Rocha
<carmella.fernandes_da_rocha@doctorant.uca.fr>
Date 2024-09-04 23:41



Manuscrit : RSP-2024-238 - Étude des conditions d'émergence d'une politique intersectorielle de promotion de la santé à l'échelon du territoire néocalédonien
par : Carmella Fernandes Da Rocha (Corresponding Author), Pierre-Christophe Pantz (Co-author), Didier Jourdan (Co-author)
Date de soumission : 2024-09-03

Bonjour Mrs Fernandes Da Rocha

Merci beaucoup d'avoir (re)soumis le manuscrit mentionné ci-dessus. S'il vous plaît, veuillez utiliser le numéro du manuscrit ci-dessus dans tous vos messages le concernant.

- S'il s'agit d'une révision, nous allons renvoyer vos documents aux relecteurs et relectrices du premier tour. Nous reviendrons à nouveau vers vous dès qu'une nouvelle décision sera prise.

- S'il s'agit d'une première soumission:

Dans un premier temps, votre article sera examiné par le Comité de Rédaction, qui vérifiera que votre article constitue une contribution originale, qu'il entre dans la ligne éditoriale de la revue, qu'il s'appuie sur une méthodologie pertinente et qu'il est correctement structuré. Cette procédure prend habituellement quelques semaines. Elle permet de réorienter rapidement les projets ne correspondant pas à notre ligne éditoriale vers d'autres supports de publication.

S'il est présélectionné, votre article sera confié à l'un des membres de notre Comité de Rédaction qui sera votre interlocuteur durant la procédure d'évaluation. Il ou elle se chargera de soumettre votre article à deux experts anonymes, et de vous remettre un premier avis quant à sa publication. Comptez environ trois mois pour obtenir ce retour d'expertise. La publication d'un article nécessite généralement deux vagues de révision, soit une période de préparation qui s'étale en moyenne pendant six mois.

Les articles acceptés sont désormais prépubliés en ligne. La prépublication n'a lieu que quelques jours après la validation des dernières épreuves.

Pour suivre la progression de votre manuscrit, vous pouvez consulter le rapport d'avancement, accessible depuis votre espace personnel sur Manuscript Manager.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin d'aide ou d'information.
A très bientôt !

La rédaction
Revue Santé Publique ;

YOUR SIGN IN INFORMATION

Website: <https://www.manuscriptmanager.net/rsp>
Email: carmella.fernandes_da_rocha@doctorant.uca.fr

Forgot password or not signed in before?

Click the URL below to create/reset your password.

https://www.manuscriptmanager.net/sLib/v4/retrieve_pw.php?paramScreen=oeRcG92hYkax9D/7MupsM/Ru8HX4oCWgz+z82X/u8tQ=