

L'appropriation par les acteurs locaux de la stratégie globale de mise en œuvre de l'*approche École en santé* en lien avec la thématique des saines habitudes de vie chez les jeunes (GIR-89694)*

Rapport de recherche (1-3-10)

Yves Couturier¹
Marthe Deschesnes²
Nathalie Drouin³
Marlène Gagnon⁴

1. Chercheur principal désigné et professeur agrégé, Département de service social, Université de Sherbrooke
2. Co-chercheuse principale, Institut national de santé publique du Québec, Département de médecine sociale préventive, Université du Montréal
3. Co-chercheuse et professeur, Département de management et de technologie, Université du Québec à Montréal
4. Agente de recherche, Université de Sherbrooke

* Recherche financée dans le cadre du programme de subvention de fonctionnement : *Recherche interventionnelle (Promotion d'une vie saines et prévention des maladies chroniques)* des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Montant et durée de la subvention :

100 000 \$ (1 an)

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les personnes qui ont eu la générosité de prendre part aux entrevues semi-dirigées et aux observations. Merci aussi à Johanne Bernier et Geneviève Trudel pour leur support à la coordination.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'*approche École en santé (AÉeS)* est une approche globale et concertée de promotion des saines habitudes de vie (SHV) qui se déploie à partir de l'école. La recherche visait à mieux comprendre les conditions d'implantation de l'*AÉeS*, actuellement en cours, en s'appuyant sur l'expérience des premières écoles l'ayant adoptée pour en tirer des informations utiles pour le soutien efficace de la seconde vague d'implantation.

Résultats : La quasi-totalité des répondants a une bonne compréhension des principes de l'*AÉeS*, surtout les directions d'école qui, le plus souvent, portent concrètement le dossier. Elles ont mobilisé une série de champions, le plus souvent des éducateurs physiques et des professionnels des services complémentaires et de la vie étudiante, pour les soutenir concrètement dans la mise en œuvre de l'approche. La densité de maîtrise des fondements de l'approche diminue cependant au fur et à mesure qu'on se rapproche du corps enseignant, des jeunes, de la famille et des communautés. La participation des enseignants qui ne sont pas des champions de la cause des SHV, soit le plus grand nombre, constituant le principal défi pour la pérennisation de l'approche, qui doit dépasser pour cela le premier cercle de convaincus. Quant au processus de déploiement, les huit écoles à l'étude respectent globalement la démarche proposée par les promoteurs de l'*AÉeS*, et ce, avec peu d'adaptations fondamentales. La production d'un portrait des besoins de l'école afin d'identifier des priorités locales constitue l'élément le plus saillant de la démarche proposée. Nous avons identifié cependant des micro-adaptations ayant toutes pour finalité d'accroître l'efficacité fonctionnelle des travaux d'élaboration du portrait et de mise en priorité des stratégies d'action qui en découlent. La plus importante de ces adaptations consiste en l'emprunt de diverses méthodologies d'analyse de la situation en usage sur le terrain, principalement celle de la Stratégie d'intervention Agir Autrement (SIAA). Le principal écart à l'attendu observé porte sur la méthodologie d'élaboration des priorités locales d'action. Si dans tous les cas à l'étude des priorités ont été identifiées, le processus décisionnel varie beaucoup d'un contexte à l'autre, certains comités *AÉeS* se limitant par exemple à faire un tour rapide des avis plus ou moins spontanés de leurs membres à l'égard des priorités. Cet écart se manifeste selon deux usages de l'approche. Le premier, attendu par le guide d'implantation, pose l'*AÉeS* comme un dispositif permettant de planifier l'offre de services de façon rigoureuse, éventuellement en épurant des activités dont l'efficacité est incertaine. L'autre utilise l'*AÉeS* comme une grille de principes permettant de valoriser une série d'activités déjà existantes. Les écoles à l'étude sont remarquables par le très grand nombre d'initiatives ayant un lien direct ou indirect avec les SHV. Elles ont de toute évidence une facilité à inclure leur large bassin d'activités dans le cadre *AÉeS*. Cependant, il y a un doute chez nos répondants à savoir si ce qui se fait se serait réalisé de toute façon sans l'apport de l'approche. Ce doute peut sembler a priori disqualifiant, mais deux hypothèses interprétatives sont présentes. La première soutient que l'*AÉeS* vient consacrer un virage SHV déjà bien amorcé, la seconde affirme qu'elle a permis la cristallisation d'efforts jusque-là disparates. *Prima facie*, la première hypothèse serait partiellement inadéquate quant à l'effet de transformation des pratiques recherché, alors qu'elle serait un réel succès au vue de la seconde. Dans les faits, les écoles ont agi de façon fort différente en fonction de leur contexte respectif d'action. Il importe ainsi de poursuivre l'accompagnement en termes de processus décisionnel pour atteindre les visées intégratrices de l'approche.

RÉSUMÉ DU PROJET DE RECHERCHE ET DE SES RÉSULTATS

L'*AÉEeS* est une approche globale et concertée en promotion de la santé qui se déploie à partir de l'école. Dans le contexte actuel, elle accorde une attention particulière à l'adoption de SHV et à la prévention des maladies chroniques chez les jeunes. L'approche est offerte conjointement par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'ensemble des écoles primaires et secondaires, qui y adhèrent sur une base volontaire. La présente recherche visait à mieux comprendre les conditions d'implantation de l'*AÉEeS*, actuellement en cours de déploiement dans l'ensemble des régions du Québec, en s'appuyant sur l'expérience des premières écoles l'ayant adoptée. Plus spécifiquement, le projet de recherche visait à :

Obj.1. Documenter l'écart entre ce qui est attendu, i.e. la démarche opérationnelle de planification proposée par le guide, et ce qui est réalisé, soit l'appropriation effective par les acteurs locaux lors de la mise en œuvre de l'*AÉEeS*.

Obj.2. Identifier les modulateurs contextuels, organisationnels et individuels qui ont le plus d'influence sur l'appropriation locale de l'*AÉEeS*.

Obj.3. Identifier les transformations organisationnelles et professionnelles encourues par le processus d'appropriation et qualifier la faisabilité de la démarche opérationnelle proposée pour la mise en œuvre de l'approche à la lumière de la nature et de l'étendue des écarts observés.

Obj.4. Évaluer l'adéquation des stratégies d'appropriation et d'adaptation locales.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude de cas multiples à partir de l'équipe «*École en santé*» de huit écoles rendues à un stade relativement avancé d'implantation de l'approche selon le référentiel utilisé par le MSSS. Nous avons retenu un échantillon d'écoles, contrasté au regard de la région, de l'indice de défavorisation et de l'ordre scolaire. Une analyse documentaire des *plans de réussite* de l'école et des documents afférents, des entrevues de type semi-dirigé auprès de 37 informateurs clés, et des observations de réunions des comités ont été les trois stratégies de collecte de données retenues.

Résultats relatifs à l'objectif 1 : La quasi-totalité des répondants a une bonne compréhension des principes de l'*AÉEeS*, surtout les directions d'école qui, le plus souvent, portent concrètement le dossier. Ces directions ont mobilisé autour d'elles une série de champions, le plus souvent des professeurs d'éducation physique et des professionnels des services complémentaires et de la vie étudiante, pour les soutenir de façon pratique dans la mise en œuvre de l'approche. Malgré ce soutien efficace, renforcé par la présence d'accompagnateurs *AÉEeS* jugés très compétents, l'engagement des directions d'école découle avant tout d'une conviction personnelle, contribuant cependant, dans la majorité des cas, à une importante surcharge de leur travail. La densité de maîtrise des fondements de l'approche diminue au fur et à mesure qu'on se rapproche du corps enseignant, des jeunes, de la famille et de la communauté. Quant au processus de déploiement, les huit écoles à l'étude respectent globalement la démarche proposée par les promoteurs de l'*AÉEeS*, et ce, avec peu d'adaptations fondamentales. La production d'un portrait des besoins de l'école et de sa communauté, afin d'identifier des priorités locales, a sans aucun doute été l'élément le plus saillant de la démarche proposée. Nous avons identifié cependant une série de micro-adaptations locales ayant toutes pour finalité d'accroître l'efficacité fonctionnelle des travaux de production du portrait et de mise en priorité des stratégies d'action qui en découle. La plus importante de ces adaptations consiste en l'emprunt de diverses méthodologies d'analyse de la situation en usage sur le terrain, principalement de la Stratégie d'intervention Agir Autrement (SIAA). Il nous a d'ailleurs apparu à ce propos que la présence de telles mesures à visée intégratrice constitue moins une source de concurrence qu'une condition de

renforcement de la mobilisation des acteurs, même si ce constat mérite une certaine prudence puisque le foisonnement d'initiatives de cet ordre constitue aussi un facteur d'épuisement.

Le principal écart à l'attendu observé porte sur le processus décisionnel d'identification des priorités locales d'action. Si dans tous les cas à l'étude des priorités ont été identifiées, et qu'elles sont sans conteste légitimes sur le plan politique, le processus décisionnel varie beaucoup d'un contexte à l'autre. Certains comités *AÉeS* se limitent à faire un tour rapide des avis plus ou moins spontanés de leurs membres à l'égard des objets d'intervention qui devraient être priorisés. Cet écart se manifeste selon deux usages de l'approche. Le premier, attendu selon le guide d'implantation, pose l'*AÉeS* comme un dispositif permettant de planifier l'offre de services de façon rigoureuse, éventuellement en épurant des activités ou des mesures dont l'efficacité est incertaine, voire avérée nulle. L'autre utilise l'*AÉeS* comme une grille de principes permettant de valoriser une série d'activités déjà existantes. Si cette posture a de nombreux effets positifs, notamment en termes de légitimation de l'action des uns et des autres, et en termes de mobilisation des acteurs à l'égard des cibles générales SHV, force est de constater que ce renversement logique (faire entrer les activités existantes dans l'approche plutôt que d'identifier grâce à elle les meilleures façons de faire) affaiblit la puissance transformatrice de l'*AÉeS* et constitue un écart à l'attendu, au moins dans la phase actuelle d'implantation.

Résultats relatifs à l'objectif 2 : À propos du soutien au déploiement, tous les acteurs s'entendent sur les qualités et limites de l'accompagnement proposé. Il y a reconnaissance de la qualité de la formation offerte par les promoteurs de l'*AÉeS*, des stratégies d'accompagnement par les accompagnateurs, mais aussi de la lourdeur relative des outils d'accompagnement. Certains d'entre eux sont arrivés trop tard pour soutenir efficacement les comités. La stratégie de ciblage des directions d'écoles les plus volontaires pour identifier les écoles à soutenir en priorité semble avoir un effet puisque, dans tous les cas, mais selon des styles de gestion variables, ce sont les directions d'école qui portent concrètement le déploiement de l'approche dans leur milieu. Sur le plan sociétal, l'ambiance médiatique favorable aux SHV constitue une condition très positive au déploiement de l'approche, surtout lorsque cette ambiance est relayée par des politiques publiques claires.

Résultats relatifs à l'objectif 3 : Les changements observés sont nombreux et déployés sur plusieurs niveaux. Nombre des transformations observées se centrent sur les conditions structurelles qui permettent la réalisation efficace d'activités de promotion des saines habitudes de vie. L'*AÉeS* a permis des réaménagements de locaux, la construction d'infrastructures, l'achat d'équipement, la ratification d'ententes de partenariat, la transformation de menus, la modification de codes de vie, etc. Ces changements structurels engagent des transformations de pratiques professionnelles, par exemple la formation de la main-d'œuvre responsable des cuisines. Même sur un plan plus personnel, nous avons observé des changements de conduites, comme des enseignants qui viennent au travail en marchant, qui ont modifié leurs pratiques alimentaires, etc. En fait, la liste des micro-transformations est longue et convaincante, même s'il est parfois difficile d'en établir la valeur systémique.

Sur le plan académique, nous avons relevé plusieurs initiatives de liaison de l'*AÉeS* aux activités académiques des enseignants, mais nous ne pensons pas que, pour le moment, ces initiatives se fédèrent pour constituer un changement fondamental de culture. Nous avons noté une transformation qui découle spécifiquement de l'*AÉeS*, soit un changement dans la façon dont les professionnels du CSSS investissent l'école. Par exemple, certains d'entre eux ont

même fait l'objet d'une formation ad hoc aux stratégies pédagogiques. L'une des transformations parmi les plus attendues concerne l'adhésion de l'ensemble du corps enseignant à de telles mesures intégratrices. En fait, hors d'une frange très mobilisée d'enseignants champions, il semble difficile d'engager les enseignants dans cette approche comme en d'autres, ceux-ci préférant se concentrer sur leur activité d'enseignement dans leur classe. Il semble cependant que cela ne puisse se résumer qu'à une question de sensibilisation aux valeurs générales de l'AÉeS, puisque les enseignants y adhèrent en principe. Il appert plutôt que leur résistance découle avant tout de leurs conditions de travail, notamment quant au peu de temps qui est réservé à l'intégration de l'approche.

Résultats relatifs à l'objectif 4 : Les écoles à l'étude sont remarquables par le très grand nombre d'initiatives ayant un lien direct ou indirect avec les SHV. Elles ont de toute évidence une facilité à inclure leur large bassin d'activités dans le cadre AÉeS. Cependant, il y a un doute largement partagé par nos répondants à savoir si ce qui se fait se serait réalisé de toute façon sans l'apport de l'approche. Ce doute peut sembler disqualifiant pour l'approche. En fait, deux hypothèses interprétatives permettent de lui donner sens. La première soutient que l'AÉeS vient faciliter un virage SHV déjà bien amorcé, la seconde affirme au contraire qu'elle a permis la cristallisation d'efforts trop longtemps disparates. *Prima face*, la première hypothèse serait partiellement inadéquate au regard de l'effet de transformation des pratiques recherché, alors qu'il s'agirait d'un réel succès en ce qui concerne la seconde. Avant de trancher, une certaine prudence s'impose ici puisque le portrait est à cet égard complexe. Tout à la fois les huit écoles ont focalisé leurs efforts sur la démarche telle que proposée, mais elles ont inversé pour une part importante la logique de la planification rigoureuse au profit d'une logique plus inductive de revalidation de ce qui se faisait déjà dans leurs écoles. Il y a donc une tension entre un usage activiste de l'approche, où la somme des activités fait preuve de l'engagement pour les SHV, et une approche planificatrice, où c'est l'intégration et la rigueur qui comptent. Dans les deux cas, les effets sont présents, tant directement qu'indirectement, mais selon des compositions variables suivant le contexte de chaque école. Sans doute que l'effet le plus important de l'approche, et ce, dans les deux postures évoquées ici, c'est qu'elle aura permis aux leaders et champions de légitimer leur action à l'interne comme à l'externe de l'école, et d'acquiescer ainsi une force de conviction permettant de susciter la mobilisation des acteurs à l'égard de leur intention transformatrice. D'une certaine façon, l'approche activiste est en deçà des attentes des concepteurs de l'approche, et constitue à première vue une adaptation qui atteint le cœur de l'approche. Cependant, à mieux y regarder, elle a de nombreux effets indirects, dont celui de problématiser la question de la rigueur de la planification.

RAPPORT DE RECHERCHE

Contexte: L'AEeS comme priorité publique d'intervention en promotion de la santé

L'AEeS est une approche globale et concertée en promotion de la santé qui se déploie à partir de l'école. Dans le contexte actuel, elle accorde une attention particulière à l'adoption de SHV et à la prévention des maladies chroniques chez les jeunes. L'approche est offerte conjointement par le MELS et le MSSS à l'ensemble des écoles primaires et secondaires, qui y adhèrent sur une base volontaire. Une démarche opérationnelle est proposée conjointement par les deux ministères pour soutenir la mise en œuvre de l'approche. La présente recherche visait à mieux comprendre les conditions d'implantation de l'AEeS, actuellement en cours de déploiement dans l'ensemble des régions du Québec, en s'appuyant sur l'expérience des premières écoles l'ayant adoptée. Cette compréhension accrue permettra de soutenir l'implantation efficace dans d'autres régions du Québec et du Canada.

Selon les écrits scientifiques, le potentiel d'impact à long terme d'une telle approche sur la santé et le bien-être des jeunes est important. L'école est de plus en plus reconnue comme un environnement clef pour promouvoir des comportements de santé, tels que la pratique de l'activité physique, la saine alimentation, et le non-tabagisme¹. Plusieurs résultats de recherche montrent que les modulateurs qui influencent ces comportements sont à la fois individuels et environnementaux². Par conséquent, les actions en promotion de la santé doivent être déployées de façon cohérente et coordonnée par les divers acteurs et partenaires concernés par la santé des jeunes, soit l'école, la famille, les services sociaux et de santé ainsi que la communauté. L'école est le lieu où doivent s'articuler efficacement ces actions puisqu'elle constitue un milieu de vie pour les jeunes³.

À titre d'exemple, l'augmentation actuelle de la prévalence de l'obésité dans divers pays met en cause les modes de vie et les environnements en tant que déterminants majeurs de ce problème de santé⁴. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la prévalence d'embonpoint et d'obésité chez les adolescents canadiens de 12 à 17 ans a plus que doublé⁵. Dans l'éventualité où aucune mesure n'est prise pour remédier à cette situation, certains auteurs émettent l'hypothèse d'une inversion possible de la tendance à l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays riches⁶. Au Québec, l'urgence d'agir a conduit le MSSS à lancer son *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*⁷. Celui-ci mentionne que la saine alimentation doit constituer une priorité du milieu scolaire. À sa suite, le MELS appuya cet objectif avec sa politique *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*⁸. Celle-ci fixe des objectifs en vue de rendre l'environnement scolaire plus favorable aux saines habitudes alimentaires et à l'activité physique, considérées comme déterminantes de la réussite scolaire des jeunes. Par ailleurs, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et l'OMS soulignent que l'adoption de SHV chez les jeunes contribue à favoriser leur attention en classe et à leur capacité d'apprentissage^{9;10}. De plus, la mise en place d'interventions multidimensionnelles, comportant des mesures éducatives et environnementales, s'avèrent plus efficaces que celles se limitant à l'éducation à la santé^{2;6;11}. En cohérence avec les recommandations issues de ces travaux, plusieurs auteurs préconisent l'adoption d'une approche globale de santé en milieu scolaire afin de transformer les environnements scolaires et améliorer les habitudes de vie des jeunes^{12;13}.

Sur les plans international et national, différents cadres d'intervention globale, notamment le «*Health Promoting School*», dit «*Écoles-santé*», de l'OMS, le «*Coordinated School Health Program*» des CDC aux États-Unis, ou encore le «*Comprehensive School Health*» de

l'Association canadienne de santé scolaire⁴ ont été proposés afin d'agir simultanément sur les déterminants individuels et sociaux qui affectent la santé des jeunes d'âge scolaire. Ces cadres d'intervention entendent fournir un contexte organisationnel à l'intérieur duquel les politiques et les programmes visant à promouvoir la santé (ex. : les SHV) peuvent être coordonnés localement de façon à ce qu'ils produisent un impact maximal auprès des jeunes. Ces approches globales font toutes ressortir l'importance de dépasser le cadre d'intervention traditionnel en milieu scolaire en raison du caractère trop souvent morcelé des interventions et souvent limité à la transmission d'informations en classe³. Les approches de type «École en santé» sont globales puisqu'elles cherchent à agir simultanément sur trois grandes cibles d'intervention : 1) le curriculum scolaire, 2) l'environnement scolaire et 3) les interactions entre l'école, la famille et la communauté¹⁴. Elles sont aussi globales en raison de la perspective multidimensionnelle de la santé qui les fonde. Ainsi, en ce qui concerne le développement de SHV chez les jeunes, les approches de type *AÉE*S accordent une place importante à toutes les dimensions de la santé et conditions de vie qui la déterminent.

Au niveau québécois, ces approches prennent la forme de l'*AÉE*S, telle que proposée dans le *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires-École en santé*¹⁵. Elle réunit les préoccupations liées à l'éducation et à la santé en inscrivant la promotion de la santé et du bien-être et la prévention au cœur même du projet éducatif et du plan de réussite de l'école. Les interventions proposées visent le développement de compétences spécifiques chez les jeunes, notamment quant à la pratique de la saine alimentation et de l'activité physique. Les interventions qui en découlent font appel à leur participation et sont ancrées dans la réalité de l'école, de la famille et de la communauté. L'école assume ici un rôle central dans la mise en œuvre de cette approche tout en s'associant aux autres organismes de la communauté, comme le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et les mouvements associatifs. Sur le plan opérationnel, le guide de l'*AÉE*S énonce des principes directeurs et propose une démarche opérationnelle de planification concertée, à laquelle sont associés des accompagnateurs issus des domaines scolaires et de la santé ainsi qu'une série d'outils d'aide à l'implantation. La démarche proposée à l'école ayant adopté l'*AÉE*S consiste en tout premier lieu à mobiliser les acteurs et à mettre en place une «Équipe *École en santé*» qui regroupe des acteurs provenant de l'école, de la CS, des CSSS, de la famille et de la communauté. Cette équipe doit se doter d'un plan d'action qui découlera d'une analyse rigoureuse des besoins de l'école en matière de santé et du bien-être ainsi que la sélection des meilleures pratiques pour répondre à ces besoins. Le plan d'action de l'équipe sera repris en tout ou en partie dans l'élaboration de la planification triennale de l'école, soit le *plan de réussite*. Comme le soulignent certains auteurs¹⁶, le plan d'action constitue un résultat intermédiaire important du travail d'un groupe d'acteurs, en lui fournissant un moyen concret pour agir plus efficacement sur son environnement.

Approche : L'appropriation locale des principes de l'innovation *AÉE*S

Le cadre théorique de cette étude se fonde sur les travaux portant sur la diffusion de l'innovation. Tant les écrits généraux sur ce thème^{17;18} que ceux portant spécifiquement sur l'implantation d'innovations en milieu scolaire^{19;20} montrent qu'il importe que les différents acteurs puissent adapter l'innovation à leur contexte. Des écrits récents ont d'ailleurs fait ressortir l'importance particulière de la dimension organisationnelle de l'école, comme conditions de réussite de l'implantation d'approches globales en promotion de la santé²¹. Selon Oldenburg et ses collaborateurs²², la diffusion d'innovations en promotion de la santé comporte cinq phases: 1) son développement conceptuel; 2) sa dissémination (le processus par lequel l'innovation est communiquée au public visé); 3) son adoption (la décision de participer); 4) son implantation par les participants visés; 5) sa continuité sur une période

suffisamment longue pour produire les effets escomptés. La présente recherche porte spécifiquement sur la quatrième phase et focalise son attention sur les conditions et stratégies ayant eu un impact sur l'appropriation de la démarche de planification concertée proposée dans le cadre de l'ÀÉeS chez les premières écoles adoptantes. Les appropriations en cours d'implantation d'une telle innovation sont fréquentes, par choix ou par nécessité, et peuvent affecter de façon importante leur efficacité²³. Les travaux les plus à jour sur l'innovation soutiennent que la capacité adaptative d'une innovation constitue néanmoins une condition fondamentale de son succès^{18:20}. Il est donc important de pouvoir identifier les facteurs qui augmentent le potentiel de succès dans la diffusion d'une innovation en tenant compte de ces appropriations eu égard aux conditions locales dans lesquelles elle s'implante. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer cette appropriation, notamment la compréhension que les acteurs ont de l'approche, leur motivation et leur capacité à la mettre en pratique²⁴. Pour s'assurer de la qualité de l'implantation, ils doivent en effet avoir la capacité de traduire l'approche efficacement dans leur réalité, c'est-à-dire trouver la meilleure façon de l'adapter aux conditions locales sans cependant en compromettre l'intégrité²⁵. La formation adéquate du personnel scolaire sur les enjeux reliés à la santé à l'école²⁶, la participation des jeunes et des acteurs locaux légitimes²⁷, la prise en compte des perceptions et motivations des jeunes²⁸, l'intégration de ces mesures dans le curriculum scolaire et le fonctionnement de l'école²⁹ sont autant de facteurs favorisant une appropriation réussie.

Même si ce type d'approches est reconnu par les chefs de file internationaux en matière de promotion de la santé (OMS, CDC), les connaissances relatives à leur implantation sont encore fragmentaires. Les écrits reposent en grande partie sur des textes théoriques qui se limitent à en décrire les principes fondamentaux, bien que certaines études récentes tentent de cerner davantage les éléments clés nécessaires à leur appropriation³⁰⁻³⁵. Par exemple, une étude de cas multiples a permis à Inchley *et al.*³⁰ de souligner quatre thèmes facilitant la traduction des principes de l'ÀÉeS en pratiques effectives : 1) l'autonomisation et l'appropriation, 2) le leadership et la gestion 3) la collaboration, touchant à la fois les partenaires professionnels, les jeunes et les parents et 4) l'intégration des initiatives à la vie scolaire pour assurer leur pérennité.

De façon opérationnelle, l'étude a porté sur deux objets distincts, d'abord les modulateurs contextuels et organisationnels (ex. : l'indice de défavorisation) qui influencent l'appropriation locale, puis les stratégies locales d'appropriation (ex. : les modalités d'identification des priorités d'action). Pour étudier ces stratégies, nous nous sommes inspiré de l'ergonomie cognitive³⁶, cadre théorique qui postule que l'écart entre ce qui est attendu par les concepteurs de l'innovation et ce qui est réalisé par les adoptants constitue un lieu privilégié pour l'étude de l'innovation (Alter, 2002). Le processus d'appropriation de l'innovation s'est observé dans le cadre de ce projet de recherche de deux façons, d'une part, par les caractéristiques locales de modulateurs reconnues pour leur influence comme les caractéristiques des leaders¹⁸ et, d'autre part, par les processus d'adaptation en tant que tels. La présente recherche visait à mieux comprendre les conditions ayant pu influencer l'appropriation locale de la démarche de planification proposée dans le cadre de l'ÀÉeS, laquelle est une composante essentielle de l'approche, en s'appuyant sur l'expérience des premières écoles l'ayant adoptée. Plus spécifiquement, le projet de recherche visait à :

1. Documenter l'écart entre ce qui est attendu, c'est-à-dire la démarche opérationnelle de planification concertée (guide École en santé, formation, outils proposés), et ce qui est réalisé, soit l'usage effectif d'une démarche de planification dans le cadre de la mise en œuvre locale de l'ÀÉeS.

2. Identifier les modulateurs contextuels, organisationnels et individuels qui ont le plus d'influence sur l'appropriation locale de l'AÉeS.
3. Identifier les transformations organisationnelles et professionnelles encourues par le processus d'appropriation et qualifier la faisabilité de la démarche opérationnelle proposée pour la mise en œuvre de l'approche à la lumière de la nature et de l'étendue des écarts observés.
4. Évaluer l'adéquation des stratégies locales d'appropriation et d'adaptation de l'AÉeS.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude de cas multiples ayant pour unité d'analyse l'équipe «*École en santé*» dans huit écoles rendues à un stade relativement avancé d'implantation de l'approche, selon les données du MSSS. Selon Yin³⁷, l'étude de cas est particulièrement appropriée lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène contemporain complexe à l'intérieur de son contexte naturel, et dont les frontières ne sont pas clairement tracées, ce qui est le cas ici. Nous avons retenu un échantillon contrasté d'écoles provenant de trois types de régions, réparties également entre écoles primaires et secondaires

- 1) Montérégie (deux écoles urbaines ayant un indice de défavorisation de niveau 1¹)
- 2) Beauce-Appalaches (deux écoles semi-urbaines ayant un indice de défavorisation de niveaux 7 et 8)
- 3) Abitibi (quatre écoles semi-urbaines ou rurales ayant un indice de défavorisation de niveaux 7 et 8).

Trois stratégies de collecte de données ont été réalisées:

- 1) L'analyse documentaire rétrospective des *plans de réussite* de l'école, et des divers documents afférents. Au total, 42 documents totalisant quelque 500 pages ont été analysés.
- 2) La réalisation d'entrevues de type semi-dirigé auprès d'informateurs clef (directions d'école, accompagnateurs, enseignants, etc.) soit au total 37 entrevues (60% en provenance de l'éducation, 18% de la santé et 16% de la communauté).
- 3) La réalisation d'observations de réunions d'équipes «*École en santé*», de façon à documenter en direct le processus de coélaboration de la programmation. Nous avons réalisé 42 heures d'observation au total, en deux temps dans chaque école.

Les résultats sont présentés par objectif. Ils synthétisent l'analyse des points de vue formulés ou mis en œuvre par les acteurs interviewés et observés.

Résultats : une appropriation en cours

Objectif 1. Documenter l'écart entre ce qui est attendu et réalisé

Ce qui est attendu réfère aux étapes de la démarche opérationnelle proposée pour implanter l'AÉeS. Il s'agit de (1) Mobiliser le milieu et faciliter la concertation, dont la création d'une «*Équipe École en santé*», composée des acteurs-clés, (2) analyser la situation, faire le portrait de l'école et de la communauté, (3) bonifier le plan de réussite, soit convenir des priorités et identifier les objectifs et actions pour une école en santé. Dans l'ensemble, pour le processus de déploiement, les huit écoles à l'étude respectent globalement la démarche de planification proposée, et ce, avec peu d'adaptations fondamentales en termes d'étapes d'implantation. La quasi-totalité des répondants (à l'exception de quelques enseignants et parents) a une bonne compréhension des principes de l'AÉeS, notamment en termes de compréhensions des fondements théoriques de l'approche. Cette compréhension plus fine

¹ Les écoles sont classées sur une échelle allant de 1 à 10, le rang 1 étant considéré comme étant le moins défavorisé et le rang 10 comme étant le plus défavorisé, selon l'IMSE-Indice de milieu socio-économique.

concerne avant tout les directions d'école qui, le plus souvent, portent concrètement l'implantation de l'approche.

Tel qu'attendu pour la première étape, ces directions ont mobilisé autour d'elles une série de champions, le plus souvent des professeurs d'éducation physique et des professionnels des services complémentaires et de la vie étudiante pour les soutenir concrètement dans la mise en œuvre de l'approche. Malgré ce soutien efficace, renforcé par la présence d'accompagnateurs *AÉeS* jugés compétents par les adoptants de l'approche, l'engagement des directions d'école découle avant tout d'une motivation personnelle, contribuant dans la majorité des cas à une importante surcharge de leur travail. La densité de maîtrise des fondements de l'approche diminue au fur et à mesure qu'on se rapproche du corps enseignant, des jeunes, des parents et des représentants de la communauté. Les collaborations espérées avec les organismes de la communauté et les parents sont somme toute modestes. La place de ces divers acteurs, ainsi que celle des élèves dans les processus d'élaboration des stratégies locales d'action est minime, une seule école ayant réservé un siège pour un élève, et seulement trois d'entre elles ayant un parent actif au sein du comité. Nous avons observé que cela est moins un défaut de volonté qu'une difficulté réelle de recrutement.

Concernant l'analyse de la situation la production d'un portrait des besoins de l'école et de sa communauté, réalisé à l'aide de l'outil d'analyse de la situation (OAS), et ce, en vue d'identifier des priorités locales, a sans aucun doute été l'élément le plus saillant de la démarche proposée. Nous avons cependant relevé une série de micro-adaptations locales ayant toutes pour finalité d'accroître l'efficacité fonctionnelle des travaux de production du portrait et de mise en priorité des stratégies d'action qui en découle. La plus importante de ces adaptations consiste en l'emprunt de divers outils d'analyse de la situation en usage sur le terrain, principalement ceux provenant de la Stratégie d'intervention Agir Autrement (SIAA), soit une mesure faisant appel à des principes d'actions similaires. Il apparaît à l'analyse des données sur ce thème que la présence d'autres mesures à visée intégratrice, telle que SIAA, constitue moins une source de concurrence qu'une condition de renforcement de la mobilisation des acteurs, même si ce constat mérite une certaine prudence puisque le foisonnement d'initiatives de cet ordre constitue aussi, selon les directions d'écoles et les accompagnateurs, un facteur d'épuisement des leaders.

Le principal écart observé porte sur la méthodologie d'élaboration des priorités locales d'action. Si dans tous les cas à l'étude des priorités ont été identifiées, et qu'elles sont sans conteste légitimes pour les acteurs locaux, le processus décisionnel varie beaucoup d'un contexte à l'autre. Par exemple, certains comités *AÉeS* se sont limités à faire un tour rapide des avis plus ou moins spontanés de leurs membres, d'autres ont imparti à des sous-comités un travail de priorisation plus approfondi. Cet écart révèle deux usages du modèle proposé. Le premier, conforme au modèle attendu, pose l'*AÉeS* comme un dispositif permettant de planifier l'offre de services de façon rigoureuse, c'est-à-dire, choisir les meilleures pratiques disponibles pour répondre aux besoins identifiés lors de l'analyse des besoins (suite à la production du portrait) et évaluer leur faisabilité compte tenu du contexte (qui fait quoi ? avec quelles ressources ? quand ? comment ?) et abandonner les activités dont l'efficacité est incertaine. L'autre, utilise la démarche l'*AÉeS* comme une grille d'analyse des activités construite à partir de principes de l'approche (valeurs, cibles d'intervention, etc.) permettant de valoriser une série d'activités déjà existantes. Si cette posture a de nombreux effets positifs, notamment en termes de légitimation de l'action des uns et des autres, mais aussi de concertation des acteurs à l'égard des cibles générales SHV, force est de constater que ce renversement logique (faire entrer les activités existantes dans l'approche plutôt que

d'identifier grâce à elle les meilleures façons de faire) affaibli la puissance transformatrice de l'AEeS. Nous pensons cependant que ce constat est à nuancer au moins au regard de trois conditions. D'une part, sur le seul plan temporel, il importe de rappeler que l'approche est encore en voie d'implantation, et que ses effets fondamentaux sont encore en grande partie à venir. D'autre part, il faut souligner que depuis la fenêtre d'observation, l'outil d'aide à la décision (OAD) a été produit par les promoteurs de l'approche afin de soutenir l'étape de priorisation, mais qu'il n'était pas disponible en 2009. Il faut enfin mettre en exergue la nécessité pour plusieurs de ces acteurs de partir de ce qui se faisait, comme modalité concrète d'apprentissage de l'approche. Pour ces raisons, on peut penser que la disponibilité et l'utilisation de ces outils faciliteront la rigueur méthodologique du processus décisionnel au cours des prochains mois.

Par ailleurs, en termes de cibles d'intervention, l'ensemble des écoles ont la préoccupation d'intervenir aux quatre niveaux prévus par l'approche : le jeune, la famille, l'école et la communauté. Ceux-ci sont pris en compte dans le travail de problématisation des besoins de l'école. Cependant, les mesures retenues se limitent souvent à la réalisation d'activités parascolaires visant en priorité les SHV et l'estime de soi, qui sont rattachées principalement à la mission de socialisation de l'école, délaissant quelque peu l'arrimage avec sa mission d'instruction. L'AEeS a pourtant pour visée l'intégration des initiatives de promotion des SHV à la dimension académique. Or, s'il ressort un certain nombre d'initiatives en classe, force est de constater qu'elles apparaissent plutôt isolées et le fait de quelques professeurs champions. Trois conditions expliquent cette situation :

- 1) Le rattachement institutionnel et symbolique de l'approche aux services complémentaires.
- 2) La réticence d'une majorité d'enseignants face aux initiatives qu'ils perçoivent comme éloignées de leurs préoccupations académiques.
- 3) La temporalité de la fenêtre d'observation, la plupart de nos interlocuteurs estimant qu'il y aura des transformations à cet égard dans les prochaines années.

Objectif 2. Identifier les modulateurs contextuels

Sur le plan contextuel, l'ambiance médiatique favorable aux SHV constitue une condition très positive au déploiement de l'approche puisqu'elle facilite la mobilisation des acteurs, surtout lorsque cette ambiance est relayée par des politiques claires de la part du MELS, du MSSS et des commissions scolaires. La qualité de l'adhésion des acteurs locaux est cependant modulée négativement par leur perception que l'effort de concertation demandé localement ne trouve pas sa pleine contrepartie à tous les niveaux des appareils ministériels. Du point de vue de nos répondants, les actions des décideurs doivent être en cohérence avec les principes de l'approche qu'ils demandent d'implanter dans les écoles. Le contexte sociodémographique de l'école a aussi un impact sur le choix des priorités. Par exemple, les écoles provenant des milieux aisés se préoccupent davantage des conditions stressantes de la vie, alors que les écoles de milieux défavorisés se centrent davantage sur les déterminants sociaux de la santé, comme l'accès à des déjeuners pour les élèves de milieux économiques faibles. Les écoles ayant un indice de défavorisation élevé ont une habitude des mesures gouvernementales (ex. : SIAA), ce qui accroît tout à la fois leur compétence en matière de concertation, par exemple, mais aussi leur fatigue à l'innovation. Ces milieux sont souvent dirigés par des leaders éclairés affichant un leadership significatif, accompagnés de champions très fortement engagés. Mais ces acteurs sont surchargés, voire épuisés par le grand nombre de mesures qui s'adressent à leur école. Si tous affirment croire en la valeur et l'efficacité de l'AEeS, parmi d'autres mesures utiles, ils convergent tout autant quant à la nécessité de prévoir du temps dégrevé pour faciliter la participation des enseignants et un soutien opérationnel concret pour

rencontrer les exigences que posent ces mesures, pensons par exemple, à du soutien en termes de rédaction de projets par les accompagnateurs.

Quant au soutien au déploiement, tous les acteurs reconnaissent les qualités et les limites de l'accompagnement proposé. D'une part, il y a reconnaissance de la qualité de la formation offerte par les promoteurs de l'AÉEeS et de l'adéquation des stratégies d'accompagnement réalisées par les accompagnateurs. Quant aux limites, il y a consensus quant à la lourdeur relative des outils d'accompagnement. Plus encore, certains d'entre eux sont arrivés trop tard pour soutenir efficacement les comités en démarrage. La stratégie de ciblage des directions d'écoles les plus volontaires pour identifier les écoles à soutenir en priorité semble avoir un effet puisque, dans tous les cas, mais selon des styles de gestion variables, ce sont les directions d'école qui portent concrètement le déploiement de l'AÉEeS dans leur milieu.

Objectif 3. Identifier les transformations organisationnelles et professionnelles.

Les changements observés sont nombreux et déployés autant sur les niveaux organisationnels et professionnels, qu'au niveau individuel. Nombre de ces transformations se centrent sur les conditions structurelles qui permettent la réalisation efficace d'activités de promotion des SHV. Ainsi, la majorité des répondants ont mentionné que l'AÉEeS a contribué à des réaménagements de locaux, la construction d'infrastructures, l'achat d'équipement, la ratification d'ententes de partenariat, la transformation de menus, la modification de codes de vie, etc. Ces transformations structurelles engagent des changements de pratiques professionnelles, par exemple par la formation de la main-d'œuvre responsable des cuisines. Même sur un plan plus personnel, nous avons relevé des modifications de conduites, comme des enseignants qui viennent au travail en marchant, qui ont modifié leurs pratiques alimentaires, etc. En fait, la liste des changements dans l'environnement scolaire est longue et convaincante, même s'il est difficile à ce moment-ci de prévoir si elles se traduiront par une transformation de culture à l'égard des SHV, et plus encore, par des changements d'attitudes et d'habitudes de vie chez les jeunes. Soulignons qu'en raison des multiples mesures présentes en milieu scolaire, il est impossible, dans le cadre de la présente recherche, d'attribuer ces changements à l'AÉEeS seulement.

Sur le plan académique, nous avons relevé plusieurs initiatives en classe en lien avec AÉEeS, mais nous ne pensons pas que, pour le moment, ces initiatives se fédèrent suffisamment pour constituer un changement de culture générale. Ce début de transformations se fonde sur une conception très large de la santé, ouverte notamment aux questions de réussites éducative et sociale des élèves. La clef de voute de cette ouverture est la thématique de l'estime de soi, qui permet d'unir la vision large de la santé et bien-être et la cible de la réussite éducative. Les directions d'école nous ont dit que l'AÉEeS leur a même permis de modifier leur façon de gérer les difficultés scolaires, notamment en induisant dans leur école un élargissement des pratiques de rédaction des plans d'intervention destinés aux enfants en difficulté (ex. : assouplissement temporaire des exigences pour un élève afin qu'il vive des réussites).

L'une des transformations les plus attendues suite à l'adoption de l'approche parmi les plus attendues concerne l'adhésion et l'engagement de l'ensemble du corps enseignant à l'égard de la démarche proposée dans le cadre de l'AÉEeS. Hors d'une frange très mobilisée d'enseignants champions, il semble difficile d'engager l'ensemble des enseignants, ceux-ci préférant se concentrer sur leur activité d'enseignement dans leur classe. Ce constat ne peut se réduire qu'à la question de sensibilisation aux valeurs générales de l'AÉEeS, puisque les enseignants y adhèrent en principe. Il semble que leur résistance se situe davantage du côté de leurs conditions de travail, pensons par exemple à l'absence de moments de rencontre au

primaire, ou de la départementalisation des matières au secondaire. Au primaire, les codes de vie sont influencés par l'approche, alors qu'au secondaire les services aux étudiants sont des lieux privilégiés de son développement.

Nous avons également noté une transformation qui découle de l'*AÉE*S, soit un changement dans la façon dont les professionnels du CSSS investissent l'école. Par exemple, la pratique d'infirmières a été modifiée, par une capacité accrue à ajuster son intervention en fonction des besoins et des priorités retenues par l'école. Certains des professionnels des CSSS ont même fait l'objet d'une formation ad hoc portant sur les stratégies pédagogiques.

Objectif 4. Évaluer l'adéquation des stratégies d'adaptation.

Les écoles à l'étude se caractérisent par le très grand nombre d'activités ayant un lien direct ou indirect avec les SHV qu'elles réalisent. Elles ont de toute évidence une facilité à inclure leur large catalogue d'activités dans le cadre de l'*AÉE*S. Cependant, il y a un doute chez nos répondants quant à l'attribution des activités réalisées à l'approche *ÉS* ou à l'environnement sociétal favorable évoqué plus haut. Ce doute peut sembler disqualifiant pour l'approche. En fait, deux hypothèses interprétatives permettent de donner sens à ce doute. La première soutient que l'*AÉE*S vient faciliter un virage SHV déjà bien amorcé, alors que la seconde suggère que cela a permis la cristallisation d'efforts jusqu'alors trop disparates. *Prima face*, la première hypothèse serait un indice d'inadéquation relative au regard de l'effet de transformation des pratiques recherché puisque cette stratégie repose sur la reconduite des activités déjà en cours. Dans la seconde hypothèse, le niveau d'adéquation serait plus élevé car les choix sont effectués en tenant compte des interventions pertinentes et conformes aux meilleures pratiques. En fait, l'une et l'autre de ces hypothèses sont présentes dans nos écoles, mais selon une composition propre à chacune en fonction de son degré d'avancement de l'implantation. En fait, les huit écoles ont inscrit leurs efforts dans la démarche globale telle que proposée, mais elles ont joué, selon diverses configurations, sur la logique de planification rigoureuse au profit d'une logique plus inductive de revalidation de ce qui se faisait déjà dans leur école, ce qui est, somme toute, porteur d'effets relativement positifs en termes notamment de concertation et de vision commune en ce qui a trait au portrait de l'école. Il y a néanmoins une tension entre un usage activiste de l'approche, où la somme des activités fait preuve de l'engagement, et une approche planificatrice, où c'est l'intégration, la cohérence et la sélection des meilleures pratiques qui comptent. Sans doute que l'effet le plus important de l'approche à ce jour, et ce dans les deux postures types évoquées ici, c'est qu'elle aura permis aux leaders et champions de légitimer leur action aux yeux de leurs différents partenaires (interne et l'externe à l'école), et d'instaurer une démarche de réflexion collective favorable à la mobilisation. D'une certaine façon, l'approche activiste est en deçà des attentes des concepteurs de l'approche, et peut sembler à première vue une adaptation qui réduit l'efficacité de l'approche. Cependant, elle a de nombreux effets indirects, dont celui de problématiser la question de la rigueur de la planification chez les membres des comités. Elle permet également de faire l'apprentissage de l'approche à partir de ce qui mobilise le plus les acteurs, soit l'action concrète. Cela laisse croire que le passage graduel d'une posture activiste à une posture planificatrice sera un indice important de l'appropriation de l'approche, sur lequel pourra être fondée une étude évaluative de plus ample envergure. Au total, les adaptations réalisées par les écoles peuvent s'expliquer en partie en réaction à l'absence d'outils par exemple lors de la priorisation et par la nécessité pragmatique de travailler rapidement en contexte de rareté de ressources.

Recommandations à destination des concepteurs de l'approche

- Augmenter la facilité d'usage des outils, et mettre à la disposition des adoptants, aux moments opportuns de la démarche, l'ensemble des outils requis, notamment l'OAD.
- Constituer une banque d'outils et un réseau d'échanges (communauté de pratique), ainsi que des outils d'auto-évaluation des comités *ÉeS*.
- Réévaluer le ratio écoles/accompagnateurs de CSSS ou CS.
- Réfléchir à un modèle d'accompagnement pérenne et transversal aux diverses mesures intégratives. Cet accompagnement doit demeurer au plus près des directions d'école et leur offrir un soutien concret, pas seulement un accompagnement aux principes et outils de l'approche.

Recommandations à destination des décideurs des deux ministères concernés

- Formuler un message clair quant à la nécessité d'adhérer à une approche globale et concertée en promotion de la santé en milieu scolaire et soutenir son déploiement de façon durable.
- Démontrer un leadership en renforçant la concertation interministérielle
- Encourager concrètement les directions d'école à devenir des écoles en santé, en offrant un accompagnement adéquat, concret et pérenne.
- Agir sur les conditions entravant la capacité des enseignants à se mobiliser pour de telles mesures.
- Avoir une stratégie intégratrice des diverses mesures, afin de minimiser la fatigue à l'innovation des leaders, champions et intervenants.

Recommandations à destination des membres des comités *École en santé*

- Mieux planifier le processus d'identification des priorités.
- Expérimenter un processus plus rigoureux de planification des activités annuelles.
- Développer des stratégies de formation des enseignants.

Recommandations destinées aux directions d'écoles

- Démontrer un leadership en faisant connaître les principes *de l'AÉeS* à toute la communauté éducative.
- Agir sur les conditions locales entravant la capacité des enseignants à s'impliquer dans ce type d'approche.
- Encourager et faciliter la participation des élèves et des parents au sein des processus décisionnels conduisant au choix et à l'élaboration des activités de promotion de la santé dans l'école

Recherches plus approfondies :

- 1) Il importe de réaliser une analyse fine et transversale des conditions entravant ou facilitant l'engagement des enseignants dans de telles approches, puisque cet engagement est crucial à leur pérennité. Ces travaux pourraient soutenir une révision de certaines conditions structurant la capacité des enseignants à se mobiliser (reconnaissance dans la tâche, espace temporel libéré pour ces activités).
- 2) Il importe de mieux comprendre l'interaction entre les diverses mesures partageant un corps de principes communs (ex. : concertation, lien école-famille-communauté).
- 3) Il importe enfin de mieux comprendre les stratégies spécifiques de travail déployées par les accompagnateurs de façon à comprendre comment l'accompagnement s'adapte aux contextes locaux.

Références bibliographiques

1. St-Leger L, Nutbeam D. A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *J Sch Health* 2000 Feb;70(2):45-50.
2. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2006.
3. Smedley BD, Syme SL. Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research. Washington: Institute of Medicine / National Academy Press; 2000.
4. World Health Organization. The physical school environment : an essential component of a health promoting school. Geneva: World Health Organisation. Information series on school health ; Document 2. 2004
5. Shields M. L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada. Ottawa: Statistique Canada; 2005. Report No. 82-620-MWF2005001.
6. James WPT, Rigby NJ, Leach RJ, Kumanyika S, Lobstein T, Swinburn B. Global strategies to prevent childhood obesity: forging a societal plan that works. London: International Obesity Task Force; 2006.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Investir pour l'avenir : plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2006.
8. Ministère de l'éducation du loisir et du sport. Pour un virage santé à l'école : politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Québec: Ministère de l'éducation, du loisir et du sport; 2007.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic disease prevention: promising practices. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
10. World Health Organization. World health organization process for a global strategy on diet, physical activity and health. Genève: World Health Organization; 2003.
11. Hoelscher DM, Feldman HA, Johnson CC, Lytle LA, Osganian SK, Parcel GS, Kelder SH, Stone EJ, Nader PR. School-based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH Institutionalization study. *Prev Med* 2004 May;38(5):594-606.
12. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev* 2006; 7(Suppl 1):7-66.
13. Knai C, Pomerleau J, Lock K, McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Prev Med* 2006; 42(2):85-95.

14. Booth ML, Samdal O. Health promoting schools in Australia: models and measurement. *Aust N Z J Public Health* 1997; 21(4):365-70.
15. Martin C, Arcand L, Rodrigue Y. *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2005.
16. Kegler MC, Steckler A, McLeroy K, Malek SH. Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. *American stop smoking intervention study for cancer prevention. Health Educ Behav* 1998; 25(3):338-53.
17. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th ed. ed. New York: Free Press; 1995.
18. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004; 82(4):581-629.
19. Fullan M. *The new meaning of educational change*. 3e Ed. ed. New York: Teachers College Press; 2001.
20. Barry MM, Domitrovich C, Lara MA. The implementation of mental health promotion programmes. *Promot Educ* 2005; 12(Suppl. 2):30-6.
21. Loureiro MI. A study about effectiveness of the health promoting schools network in Portugal. *Promot Educ* 2004; 11(2):85-92, 117, 133.
22. Oldenburg BF, Hardcastle D, Kok G. Diffusion of health education and health promotion innovations. Dans : Glanz K, Lewis BF, Rimer B, editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 2nd ed. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 270-86.
23. Durlak JA, Dupre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:327-50.
24. Nutley SM, Davies HT. Developing organizational learning in the NHS. *Med Educ* 2001 ;35(1):35-42.
25. Jané-Llopis E, Barry MM. What makes mental health promotion effective? *Promot Educ* 2005 ;Suppl 2:47-55, 64, 70.
26. Lytle LA, Ward J, Nader PR, Pedersen S, Williston BJ. Maintenance of a health promotion program in elementary schools: results from the CATCH-ON study key informant interviews. *Health Educ Behav* 2003; 30(4):503-18.
27. Worsley A. Children's healthful eating: from research to practice. *Food Nutr Bull* 2005; 26(2 Suppl 2):S135-S143.
28. McKinley MC, Lowis C, Robson PJ, Wallace JM, Morrissey M, Moran A, Livingstone MB. It's good to talk: children's views on food and nutrition. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59(4):542-51.

29. Gross SM, Cinelli B. Coordinated school health program and dietetics professionals: partners in promoting healthful eating. *J Am Diet Assoc* 2004; 104(5):793-8.
30. Inchley J, Muldoon J, Currie C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promot Int* 2007; 22(1):65-71.
31. Leurs MT, Bessems K, Schaalma HP, de VH. Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health Educ Res* 2007; 22(1):58-69.
32. Rowling L, Jeffreys V. Capturing complexity: integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health Educ Res* 2006; 21(5):705-18.
33. Clift S, Jensen BB. *The health promoting school : international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005.
34. Warwick I, Aggleton P, Chase E, Schagen S, Blenkinsop S, Schagen I, Scott E, Eggers M. Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents. *Health Educ Res* 2005; 20(6):697-708.
35. Deschesnes M, Martin C, Hill AJ. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot Int* 2003; 18(4):387-96.
36. Falzon P. *Ergonomie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
37. Yin RK. *Case study research: design and methods*. Newbury Park: Sage Publications; 2008.